



Bundesamt
für Migration
und Flüchtlinge

Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel

Forschungsbericht 12



www.bamf.de

Forschungsbericht

gsbericht

gsbericht

gsbericht

gsbericht

gsbericht

Forschungsbericht

Forschungsbericht

Forschungsbericht

Forschungsbericht

Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel

Martin Kohls



Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2012

Zentrale Ergebnisse



- Für ältere Migranten wird zukünftig häufig mit erhöhtem Pflegebedarf gerechnet. Dies wird zum einen mit der demographisch bedingten Zunahme älterer Menschen und zum anderen mit den gesundheitlichen Belastungen begründet, die diese Gruppe in ihrem Arbeitsleben ausgesetzt war.
- Aus den Erkenntnissen nur zur Gesundheit von Migranten lassen sich jedoch keine eindeutigen Aussagen über deren Pflegebedürftigkeit ableiten. So erscheint eine höhere Pflegewahrscheinlichkeit im Vergleich zu Nicht-Migranten aufgrund gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen und sozialen Belastungen im Lebensverlauf und daraus resultierenden Gesundheitsrisiken möglich. Allerdings gibt es Argumente für eine geringere Pflegebedürftigkeit, die durch protektive Faktoren („Healthy-Migrant-Effect“, Ernährung) und hohen familialen Solidarpotenzialen begründet sind.
- Die Vorstellungen älterer Personen mit Migrationshintergrund über ihre pflegerische Versorgung im Alter unterscheiden sich nur unwesentlich von denen der Personen ohne Migrationshintergrund. Sie erwarten überwiegend Hilfe von Verwandten und Kindern. Es ist aber zunehmend zu beobachten, dass nicht alle älteren Migranten Verwandte in Deutschland haben, die diese Aufgabe übernehmen können und auch wollen.
- Insgesamt sind ambulante und stationäre Angebote der Pflege bei älteren Migranten wenig bekannt. Gründe hierfür sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen, das Vertrauen auf Pflege durch Kinder

und Verwandte, die Unübersichtlichkeit des Pflegesystems sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption.

- Im Sinne der interkulturellen Öffnung der Pflegeversorgung sind weiterhin verstärkte Bemühungen zur Erleichterung des Zugangs zu Leistungsangeboten, zur Anpassung bestehender Angebote an die besonderen Belange und Bedarfssituationen von pflegebedürftigen Migranten und auch an den künftig zunehmenden Bedarf an professioneller Hilfe und Pflege dieser Bevölkerungsgruppe erforderlich.
- Für die Pflegeversorgung von Migrantinnen und Migranten lassen sich literaturgestützt Handlungsempfehlungen ableiten, wie eine interkulturelle Pflegeversorgung verbessert werden kann:
 - Allgemeine Integration von Migrantinnen und Migranten verbessern
 - Stärkung der Prävention
 - Geschlechtsspezifische Angebote etablieren
 - Überwindung von Sprachbarrieren
 - Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung
 - Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten
- Die Datensituation zur Pflegebedürftigkeit von Migranten ist unbefriedigend, obwohl Einzeluntersuchungen auf eine defizitäre Pflegeversorgung von Migranten hinweisen. Einzig eine seit kurzem verfügbare Studie des Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ erlaubt es, Aussagen zu pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten und vollstationären Einrichtungen sowie von ambulanten Pflegediensten betreuten Personen mit Migrationshintergrund abzuleiten.

- Unter Zugrundelegung der Bestandszahlen des Mikrozensus und der Pflegewahrscheinlichkeiten der BMG-Studie würde sich in einer Schätzung für 2009 eine Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund von etwa 192.000 Pflegefällen ergeben. Der Anteil an allen Pflegebedürftigen würde damit 8,2% betragen. Unter Verwendung des Mikrozensus und der Annahme, dass bei der ausländischen Bevölkerung dieselben Pflegequoten wie bei der deutschen Bevölkerung gelten, würde sich die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2009 auf etwa 201.000 Personen belaufen. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2009 würde somit ca. 8,6% betragen. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund entspricht damit ungefähr dem Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Gesamtbevölkerung bei den 65-Jährigen und Älteren (8,7%).
- In multivariaten Analysen zur Pflegebedürftigkeit wird deutlich, dass das Pflegerisiko vor allem durch erwerbsbezogene Aspekte und bereits bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen bestimmt wird. Die erwerbsbezogenen Aspekte stellen dabei in der Regel die langfristigen Auswirkungen physisch belastender Berufstätigkeiten dar.
- Auffallend ist, dass Erwerbstätige in der Baubranche bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund kein höheres Pflegerisiko aufweisen. Weiterhin übt bei Personen mit Migrationshintergrund der Ausbildungsstand keinen signifikanten Einfluss auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit aus, während dieser Zusammenhang bei Personen ohne Migrationshintergrund stark ausgeprägt ist. Hier ist eine Überlagerung der Effekte heterogener Gruppen zu vermuten.

Inhaltsübersicht



	Zentrale Ergebnisse	5
1	Einführung	14
2	Gesundheit und Pflegebedürftigkeit von Migranten – Bestandsaufnahme	21
3	Pflegebedürftigkeit bei Migranten – Forschungsstand, Datenlage	34
4	Pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund – Analysen und Schätzungen	52
5	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	89
	Anhang	97
	Verzeichnisse	100
	Glossar	118

Inhaltsverzeichnis



	Zentrale Ergebnisse	5
1	Einführung	14
1.1	Einleitung/Fragestellung	14
1.2	Begriffsbestimmungen	17
1.2.1	Migrantinnen und Migranten	17
1.2.2	Gesundheit und Pflegebedürftigkeit	19
2	Gesundheit und Pflegebedürftigkeit von Migranten – Bestandsaufnahme	21
2.1	Gesundheitsrisiken bei Migranten	22
2.2	Erklärungshypothesen und -modelle	26
2.3	Auswirkungen von Gesundheitsrisiken auf die Pflegebedürftigkeit von Migranten	31
2.4	Schlussfolgerungen	32

3	Pflegebedürftigkeit bei Migranten – Forschungsstand, Datenlage	34
3.1	Pflegerische Versorgung von Migranten	35
3.1.1	Barrieren	35
3.1.2	Pflegeversorgung und -situation am Beispiel türkischer Migranten	37
3.1.3	Pflegeideale bei Migranten und Nicht-Migranten	38
3.1.4	Sensibilisierung von Pflegekräften und Angehörigen – Interkulturelle Öffnung der Pflegeversorgung	38
3.1.5	Zwischenfazit	40
3.2	Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei Migranten	41
3.2.1	Exkurs: Gesetzliche Pflegeversicherung	41
3.3	Datenlage zur Analyse der Pflege- bedürftigkeit von Migranten	47
3.4	Schlussfolgerungen	51
4	Pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund – Analysen und Schätzungen	52
4.1	Aktuelle Trends der Pflegebedürftigkeit	52
4.1.1	Amtliche Pflegestatistik	52
4.1.2	Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung	55
4.1.3	Alter und Geschlecht	59

4.1.4	Ergebnisse der Studie zum Pflege- Weiterentwicklungsgesetz	61
4.1.5	Angebot an Pflegediensten und -einrichtungen	63
4.2	Vorausschätzungen	67
4.2.1	Demographische Rahmenbedingungen	68
4.2.2	Pflegeszenarien	69
4.2.3	Pflegeversorgung in der Zukunft	70
4.2.3.1	Familien- und Haushaltsstrukturen	70
4.2.3.2	Erwerbsquoten	71
4.2.3.3	Pflegebereitschaft	72
4.2.3.4	Zusammenfassung	72
4.2.4	Vorliegende Vorausschätzungen	73
4.2.5	Schätzung der pflegebedürftigen Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund von 1999 bis 2009	74
4.3	Determinanten der Pflegebedürftigkeit	78
4.4	Die Angebotsseite von Pflege- und Gesundheitsleistungen	85
4.4.1	Aktuelle Trends	85
4.4.2	Modellrechnungen	86
4.4.3	Herausforderungen bei zukünftigem Pflegepersonalmangel	87
5	Zusammenfassung und Handlungs- empfehlungen	89

Anhang	97
Literaturverzeichnis	100
Glossar	118
Abkürzungsverzeichnis	122
Tabellenverzeichnis	123
Abbildungsverzeichnis	124
Publikationen	125

1 Einführung

1.1 Einleitung/Fragestellung

Gesundheit und Krankheit bestimmen wesentlich die Möglichkeiten der Lebensgestaltung und -qualität von Menschen. Mit fortschreitendem Alter nehmen dabei Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen zu, dauerhafte Beschwerden werden wahrscheinlicher. Im Zuge des demographischen Wandels werden zukünftig deutlich mehr Menschen medizinische und pflegerische Hilfen in Anspruch nehmen müssen.

Aktuell sind etwa 20% der in Deutschland lebenden Personen entweder selbst zugewandert oder Nachkommen von zugewanderten Personen. Aufgrund anders erfahrener Lebensumstände kann angenommen werden, dass sich ein Migrationshintergrund auf die gesundheitliche Lage und langfristig auf die Pflegebedürftigkeit auswirkt. Auf der einen Seite kann ein Migrationshintergrund die tatsächliche Erkrankungs- bzw. Pflegewahrscheinlichkeit beeinflussen. Auf der anderen Seite können die Möglichkeiten beeinträchtigt sein, eine adäquate Behandlung bzw. pflegerische Betreuung zu erhalten. Die Gesundheit und Pflege von Migranten¹ ist vor dem Hintergrund des demographischen Wandels von steigender Relevanz. Zukünftig werden die Zahl und der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund weiter zunehmen. Zum einen wird eine zumindest konstante Zahl von Zuwanderern erwartet (Statistisches Bundesamt 2009) und zum anderen bleiben diese Zuwanderer auch vermehrt nach Abschluss ihres Erwerbslebens in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2011b). Somit sind sie zunehmend in Deutschland von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit betroffen.

1 Zur Definition des Begriffs „Migrant“ siehe Kap. 1.2.1.

Zahlreiche nationale und internationale Studien stellten bereits fest, dass sich die Gesundheit von Migranten und Nicht-Migranten systematisch unterscheidet. Eine Verknüpfung mit der Pflegebedürftigkeit bei Migranten wurde aber nur selten hergestellt. So sind in Deutschland zwar häufig geringere Gesundheitsrisiken von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Personen ohne Migrationshintergrund festgestellt worden, die überwiegend mit dem „Healthy-Migrant-Effect“² in Verbindung gebracht werden (RKI 2008, Kohls 2008, 2011). Vor dem Hintergrund, dass aber vor allem Zuwanderer der sogenannten „Gastarbeitergeneration“ der 1950er bis 1970er Jahre in überwiegend physisch anspruchsvollen und mitunter gesundheitsgefährdenden Beschäftigungsverhältnissen tätig waren und gleichzeitig zu den sozioökonomisch benachteiligten Gruppen zählen, stellt dieser Zusammenhang allerdings ein Paradox dar. Müssten daher nicht gerade Migranten eine tendenziell schlechtere Morbidität aufweisen und könnten damit vermehrt von Pflegebedürftigkeit betroffen sein?

Da höhere Pflegebedürftigkeitsrisiken in der Regel mit vorherigen höheren Gesundheitsrisiken einhergehen, erscheint eine gemeinsame Analyse sinnvoll. Für die Analyse der Pflegebedürftigkeit von Migranten in Deutschland stehen allerdings nur wenige Datensätze und Studien zur Verfügung, die überdies zusätzlich regional beschränkt sind. Dies ist aufgrund der aktuell in Deutschland lebenden 15,7 Millionen Personen mit Migrationshintergrund und der voraussichtlich weiter steigenden Zahlen erstaunlich, auch vor dem Hintergrund, dass von 1990 bis 2010 die Zahl der ausländischen Personen in Deutschland, die älter als 65 Jahre sind, von 146.134 um fast das Fünffache auf 703.382 Personen zunahm sowie die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in dieser Altersgruppe im Jahr 2010 insgesamt etwa 1,48 Millionen Personen ausmachte. Dieser Trend wird zukünftig anhalten, weshalb auch vermehrt Migranten von Pflegebedürftigkeit im Alter betroffen sein werden (Kohls 2010).

2 Am Ende des Berichts werden themenspezifische Begriffe in einem Glossar erläutert.

In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, ob der wachsende Pflegebedarf bei Migranten nur auf der zunehmenden Zahl von älteren Migranten beruht, oder eher eine Folge der während des Erwerbslebens erfahrenen Gesundheitsbelastungen darstellt. Des Weiteren ist auch bekannt, dass die Verbreitung und der Stellenwert innerfamiliärer Pflegebeziehungen bei Personen mit Migrationshintergrund wesentlich höher als bei Personen ohne Migrationshintergrund sind. Tatsächlich aber leben auch immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten alleine. Ihre Kinder können und wollen nicht mehr alle Aufgaben der Pflege übernehmen. Ein weiteres Argument verweist auf die erwartete Rückkehr vieler Migranten, so dass sich für Deutschland dieses Problem nicht stelle. So besaßen zum Jahresende 2006 fast zwei Drittel der in der gesetzlichen Rentenversicherung registrierten ausländischen Rentempfänger einen Wohnsitz außerhalb Deutschlands (Kohls 2011). Viele von ihnen pendeln jedoch zwischen Deutschland und der Heimat.

Nicht zu vergessen ist auch der Bedarf bzw. die Notwendigkeit migrantenspezifischer Pflegeeinrichtungen, die bei einer erwarteten Zunahme älterer Migranten zunehmend nachgefragt werden. Für die Planung von Ressourcen und Strukturen in der Pflegeversicherung und im Pflegemarktsektor ist es daher von zentraler Bedeutung, abschätzen zu können, wie sich die Pflegebedürftigkeit bzw. das Pflegerisiko gerade auch bei Migrantinnen und Migranten in den kommenden Jahren entwickeln wird. Neben der Nachfrageseite von Pflegeleistungen ist allerdings auch die Angebotsseite von enormer gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Bedeutung, weil Personen mit Migrationshintergrund zum einen zukünftige Personalengpässe im Gesundheits- und Pflegewesen schließen sowie zum anderen zu einer verstärkten interkulturellen Sensibilität im Gesundheits- und Pflegewesen beitragen können.

Im Rahmen dieser Zusammenhänge wird in diesem Bericht folgenden Fragen nachgegangen:

- Sind Migranten höheren Erkrankungs- und Pflegerisiken ausgesetzt?

- > An welchen Krankheiten leiden sie?
- > Gibt es aufgrund sprachlicher und kultureller Hindernisse einen erschwerten Zugang zur Pflege?
- > Wie viele Migranten sind pflegebedürftig und wie hoch ist deren Anteil an der Gesamtbevölkerung?
- > Wie viele Migranten werden zukünftig pflegebedürftig?

Im Einzelnen erfolgt nach begrifflichen Klärungen (Kap. 1) zunächst eine Bestandsaufnahme zur Gesundheit von Migranten in Deutschland (Kap. 2). Anschließend werden diese Ergebnisse mit dem vermuteten Pflegerisiko von Migranten in Zusammenhang gebracht und diskutiert (Kap. 3). Es folgt eine indirekte Abschätzung pflegebedürftiger Ausländer sowie pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund (Kap. 4). Zusätzlich werden in einem multivariaten Analysemodell die Determinanten der Pflegebedürftigkeit bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund bestimmt und auch die Angebotsseite der Pflege betrachtet. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung und einer Ableitung von Handlungsempfehlungen (Kap. 5).

1.2 Begriffsbestimmungen

Nachfolgend wird auf die Verwendung und Abgrenzung der Begriffe Migrantinnen und Migranten (Kap. 1.2.1.) sowie Gesundheit und Pflegebedürftigkeit (Kap. 1.2.2.) eingegangen.

1.2.1 Migrantinnen und Migranten

In den Sozial- und Bevölkerungswissenschaften spricht man von Migration, wenn der Wohnsitz bzw. der Lebensmittelpunkt verlagert wird.³ In internationaler Perspektive wird von den Vereinten Nationen die räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunktes als eine Verlegung des gemeldeten Wohnsitzes definiert. Internationale Migration liegt vor, wenn eine Staatsgrenze passiert wird und der Aufenthalt für mindestens 3 Monate geplant ist (BAMF 2011).

3 Der Begriff „Migration“ stammt aus der lateinischen Sprache („migratio“) und bedeutet „Wanderung“. Einen Überblick zur Begriffsdiskussion geben u.a. Schimany (2007) und Treibel (2008).

Der Begriff Ausländerin bzw. Ausländer beschreibt im Gegensatz dazu den rechtlichen Status einer Person (BAMF 2011). Mittels dieses Konzepts war es lange Zeit vergleichsweise einfach möglich, die Zahl der Migranten im Bundesgebiet zu ermitteln. Seit den 1980er Jahren wurden jedoch aufgrund zunehmender Einbürgerungen und einer steigenden Zahl von in Deutschland geborenen Kindern mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die keine eigene Migrationserfahrung haben, erhebliche Fehleinschätzungen deutlich (BAMF 2011, Kohls 2011). Daher wird seit 2005 im jährlichen Mikrozensus das Konzept des „Migrationshintergrundes“ verwendet, in dem Angaben zum Geburtsort, Zuwanderung, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit des Befragten und dessen Eltern einbezogen werden (Statistisches Bundesamt 2007).

Dieses Konzept ist allerdings nicht frei von Problemen. So stellt sich unter anderem die Frage, ab wann bzw. wie lange der Migrationshintergrund bzw. die Zuwanderungsgeschichte einer Person relevant sein soll. Dennoch stellt das Konzept des Migrationshintergrundes einen Fortschritt dar, weil die komplexe Realität des Migrationsgeschehens damit differenzierter abgebildet werden kann. Da bisher nur wenige Fachstatistiken mit diesem Konzept arbeiten, müssen allerdings in der Forschungspraxis zwangsläufig Daten verwendet werden, die nur nach dem Ausländerkonzept differenzieren (Kohls 2011).⁴

In der vorliegenden Studie werden im Rahmen der Bestandsaufnahme (Kap. 2 und 3) sämtliche Personen mit Migrationshintergrund betrachtet, wobei sich die literaturgestützte Analyse auf Personen

4 Bei der Betrachtung eines umfassenden Ansatzes, dass Migration „auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen“ (Treibel 2008: 21) darstellt, besteht eine besondere Schwierigkeit darin, zu erkennen, zu welchem Zeitpunkt eine Person den Prozess der Migration abgeschlossen hat. Hierbei handelt es sich vor allem um eine politische Frage, die größtenteils mit der Integrationsbereitschaft des Aufnahmelandes und des Wandernden zusammenhängt. Darauf wird jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht näher eingegangen.

mit Migrationserfahrung (sogenannte Migranten⁵) konzentriert. In der empirischen Analyse (Kap. 4) sind aufgrund fehlender geeigneter Datengrundlagen dagegen nur vereinzelt Analysen von Personen mit Migrationserfahrung möglich. Hierbei wird zumeist nach Deutschen und Ausländern bzw. Personen mit und ohne Migrationshintergrund (unabhängig von der tatsächlichen Wanderungserfahrung) differenziert.

1.2.2 Gesundheit und Pflegebedürftigkeit

Gesundheit wird in der Verfassung der World Health Organization (WHO) sinngemäß definiert als ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, der sich nicht nur durch Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet. Trotz Mehrdimensionalität und Vielschichtigkeit kann Pflegebedürftigkeit allgemein so beschrieben werden, dass ein Individuum aufgrund von Krankheit, Funktionseinschränkungen, Behinderung oder Alter nicht nur kurzfristig auf pflegerische Hilfe zur Aufrechterhaltung elementarer Lebensfunktionen angewiesen ist (Deutscher Bundestag 2000).

Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland (Kap. 3.2.1.) gibt es eine geltende sozialrechtliche Definition (§ 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI). In diese fließen in Erweiterung der allgemeinen Umschreibung konkrete Annahmen über Art und Umfang des Pflegebedarfs ein. Als pflegebedürftig gelten nach diesen Bestimmungen Personen, die eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllen und aufgrund von Krankheit oder Behinderung bei bestimmten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung) voraussichtlich für mindestens sechs Monate Hilfe in erheblichem oder höherem Maße benötigen.

Der sozialrechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden bereits seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert (BMG 2009). Er gilt

5 Wird im Folgenden der Begriff „Migranten“ verwendet, ist damit grundsätzlich die erste Zuwanderergeneration charakterisiert, die selbst eine Migrationserfahrung aufweist. Auf Ausnahmen wird ausdrücklich hingewiesen.

als zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig auf körperliche Beschwerden ausgerichtet. Dadurch würden wesentliche Aspekte, wie beispielweise die Kommunikation und soziale Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu wenig berücksichtigt (BMG 2009). Diese Ausgrenzung abweichender Problem- und Bedarfslagen führe insbesondere dazu, dass Hilfebedürftige mit demenziellen Erkrankungen oder anders verursachten Einschränkungen keine adäquate Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Vielmehr verursache die geltende Definition erhebliche Defizite bei der Versorgung dieser Personengruppe (BMG 2009).⁶

Dies hat zur Folge, dass in der Pflegestatistik (Kap. 3.2.1.) lediglich ausgewiesene Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung erfasst sind. Eine statistische Erhebung bei Kostenträgern und Leistungserbringern kann immer nur den jeweils gültigen leistungsrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff abbilden.

6 Es wurde daher ein Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen, der im Jahr 2009 konkrete, wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit verbundenes neues Begutachtungsverfahren vorlegte (BMG 2009). Bisher erfolgte jedoch keine Umsetzung.

2 Gesundheit und Pflegebedürftigkeit von Migranten – Bestandsaufnahme

Insgesamt hat sich die Gesundheitssituation der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Dies zeigt sich in einem Rückgang der Sterblichkeit und in einem Anstieg der Lebenserwartung (Schimany 2007). Mit steigendem Alter kommt es jedoch zu einer Zunahme der gesundheitlichen Probleme. Die Pflegebedürftigkeit hängt dabei eng mit der Morbidität (Gesundheits- bzw. Krankheitsstatus) einer Person zusammen. Je öfter und stärker eine Person von Erkrankungen betroffen ist, desto höher ist auch das Risiko einer (späteren) Pflegebedürftigkeit. Die Art, Schwere und Verknüpfung mit weiteren Erkrankungen (Multimorbidität) spielen hierbei eine besondere Rolle (Kohls 2010).

Die Bedingungen der Gesundheit und Pflege von Migranten stellen ein komplexes Geflecht dar. Zunächst sind im subjektiven Gesundheitszustand individuelle Einschätzungen der eigenen Gesundheit subsumiert, die teils auch nach kulturellen Gesichtspunkten variieren. Dagegen wird der objektive Gesundheitszustand auf der Grundlage medizinischer Diagnosen abgeleitet, unabhängig von migrationspezifischen Aspekten (Okken et al. 2008, Brzoska/Razum 2009). Wie in der Mehrheitsbevölkerung steigt auch in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit zunehmendem Alter die Krankheitslast, -dauer und -komplexität (RKI 2008, Kohls 2011). Im Vordergrund stehen die gleichen Krankheiten wie in der gleichaltrigen deutschen Bevölkerung. Teilweise sind die Erkrankungen nach Herkunftsland bzw. Migrationshintergrund aber unterschiedlich ausgeprägt (RKI 2008).

Nach kurzer Darstellung von Gesundheitsrisiken bei Migranten (Kap. 2.1.) folgt zunächst eine Diskussion von Erklärungsmodellen und -hypothesen (Kap. 2.2.). Anschließend werden mögliche Auswirkungen von bestehenden Gesundheitsrisiken auf die Pflegebedürftigkeit von Migranten erörtert (Kap. 2.3.), ehe daraus Schlussfolgerungen für die weitere Analyse gezogen werden (Kap. 2.4.).

2.1 Gesundheitsrisiken bei Migranten

Herkunftslandspezifische Erkrankungen

Migrantinnen und Migranten leiden häufiger unter bestimmten Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, HIV oder Hepatitis B), die Ausdruck der (Umwelt-)Bedingungen des jeweiligen Herkunftslandes sein können (Mehle 1981, Marmot et al. 1984, Korporal 1990, Haas et al. 2006, RKI 2008). Migrantinnen und Migranten aus (weniger entwickelten) Herkunftsländern sind häufig stärker durch Umweltgifte und industriell verursachte Schadstoffe belastet worden als im (höher entwickelten) Zielland der Migration, weil die Umweltschutzbestimmungen bzw. deren Einhaltung zumeist nicht den Maßstäben höher entwickelter Länder entsprechen. Diese Belastungen begünstigen z.B. eine höhere Verbreitung von Magen- und Darmerkrankungen, die dann als langfristige Folgeerscheinungen auch im Zielland der Migration überdurchschnittlich auftreten (Zeeb/Razum 2006, Kohls 2011).

Stressbelastungen

Migranten erfahren im Aufnahmeland häufig erhöhte Stressbelastungen, weil ungewohnte klimatische, soziale und kulturelle Bedingungen Anpassungsreaktionen seitens der Migranten erfordern (Hull 1979, Shuval 1982, Kasl/Berkman 1985, King/Locke 1987, Klierer 1992). Diese können laut internationalen Studien zu einem höheren Risiko von Selbstmord, Gewaltverbrechen und Unfällen führen (Young 1987, Trovato/Clogg 1992). Für Migranten in Deutschland ist dies bisher nicht feststellbar (RKI 2008).

Lebensstil, Risiko- und Gesundheitsverhalten

Die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten wird auch durch deren Lebensgewohnheiten beeinflusst. So ist z.B. der Alkoholkonsum bei männlichen Aussiedlern aus den ehemaligen GUS-Staaten

im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung annähernd gleich, doch die Zufuhr der täglichen Alkoholmenge erfolgt hauptsächlich durch den Genuss hochprozentiger Getränke (Aparicio et al. 2005). Unter muslimischen Migranten ist allerdings ein deutlich niedrigerer Alkoholkonsum festzustellen (RKI 2008). Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien und sonstigen osteuropäischen Ländern, Griechenland, Italien und arabischen Ländern weisen erhöhte Raucherquoten auf, die vermutlich mit der vergleichsweise ungünstigen sozialen Lage der Migranten in Zusammenhang stehen (Lampert 2010).

Migrantinnen und Migranten weisen im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ein anderes Nutzungsverhalten des öffentlichen Gesundheitswesens auf. So werden z.B. häufiger Rettungstellen statt Hausärzte aufgesucht, die dann vermehrt in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende in Anspruch genommen werden. Dagegen ist die Nutzung von Vorsorgeleistungen sowie ambulanter Pflegedienste im Vergleich zur deutschen Bevölkerung unterdurchschnittlich (Zeeb et al. 2004, RKI 2008). Dies wird u.a. damit erklärt, dass derartige Besuche in den Herkunftsländern unüblich waren (Schenk 2002).

Arbeitsbedingungen, Arbeitsunfälle und Frühberentung

Die Verbreitung von Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsunfällen bei Migranten ist ein weiterer Indikator der gesundheitlichen Lage dieser Personengruppe. Ausländische, und dabei vor allem türkische Erwerbstätige, sind demnach häufiger von Arbeitsunfällen und -unfähigkeit betroffen als Deutsche (BBK 2007). Dies wird vornehmlich damit begründet, dass ausländische Beschäftigte häufiger Berufe ausüben, die ein erhöhtes Unfallrisiko aufweisen, wie Tätigkeiten mit beweglichen Arbeitsgeräten im Baugewerbe und in der Landwirtschaft sowie bei Hilfs- und Nebentätigkeiten in der verarbeitenden Industrie (RKI 2008, Kohls 2010).

Längerfristige Auswirkungen auf die Morbidität können mit Hilfe anerkannter Berufserkrankungen (Frühberentung) beurteilt werden, die zumeist als Spätfolge dauerhaft gesundheitlich belastender Arbeitsbedingungen auftreten. Es fällt auf, dass vor allem

türkische Erwerbstätige überproportional und früher von Frühberentung und Erwerbsminderung betroffen sind (Höhne/Schubert 2007, RKI 2008). Die beruflichen Tätigkeiten vor der Frühberentung waren bei Migranten im Vergleich zu Nicht-Migranten zumeist körperlich stark belastend (Baugewerbe, Reinigungsberufe). Allerdings werden von Migranten medizinische Rehabilitationsleistungen weniger in Anspruch genommen, was vor allem auf Kommunikations- und Verständigungsprobleme, Informationsdefizite und ein unterschiedliches Gesundheits- und Krankheitsverständnis zurückgeführt wird (Razum et al. 2004, Höhne/Schubert 2007, RKI 2008, Knipper/Bilgin 2009, Kohls 2010).

Zwar ist eine erhöhte Frühberentungsquote bei Migrantinnen und Migranten feststellbar, deren Ausmaß war aufgrund der Verbreitung physisch belastender Tätigkeiten, vor allem bei männlichen Migranten, allerdings höher erwartet worden (Kohls 2010). Dies könnte durch eine unterdurchschnittliche Beantragungsquote von Migranten, aber auch durch die langfristigen Auswirkungen des „protektiven“ Healthy-Migrant-Effects bedingt sein (Höhne/Schubert 2007, Okken et al. 2008).

Gesundheitsversorgung

Weiterhin lässt sich ein mangelhafter Zugang zu den Angeboten des öffentlichen Gesundheitswesens vermuten (Borde et al. 2005, Knipper/Bilgin 2009). So bestehen Einschränkungen bei der Gesundheitsversorgung bestimmter Gruppen von Migranten (Schenk 2007). Auf der Angebotsseite stehen eine ethnozentrische Ausrichtung und oft fehlende interkulturelle Kompetenz des Personals der uneingeschränkten Verfügbarkeit von Gesundheitsversorgung für Migranten entgegen (Beauftragte 2003, Beauftragte 2007, Schenk 2007, Beauftragte 2010). Aber auch die Migranten können infolge fehlender Sprachkenntnisse, mangelnder Informationsbeschaffung und geringem Vertrauen gegenüber öffentlichen Einrichtungen die verfügbare Gesundheitsversorgung nicht vollständig nutzen. Kulturelle Unterschiede wie unterschiedliches Krankheitsverständnis oder erhöhtes Schamgefühl verstärken dies noch (Beauftragte 2003, Beauftragte 2007, RKI 2008, Beauftragte 2010).

Diese Zugangshindernisse bzw. Versorgungsmängel zeigen sich auch in der unterdurchschnittlichen Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen (Duncan/Simmons 1996, Zeeb et al. 2004, Aparicio et al. 2005, Beauftragte 2007, Knipper/Bilgin 2009, Schenk et al. 2009), beispielsweise hinsichtlich Zahngesundheit und Impfschutz (Gesundheitsamt Nürnberg 1997, Poethko-Müller et al. 2007, Schenk/Knopf 2007, Butler 2009).

Soziale Belastungen

Migranten sind neben gesundheitlichen häufig auch mit sozialen Belastungen konfrontiert (Oppolzer 1986, Collatz 1994, Bollini/Siem 1995, Siahpush/Singh 1999). Infolge einer niedrigen sozialen Position entstehen soziale Benachteiligungen, die gesundheitliche Risiken zur Folge haben können.⁷ Diese resultieren aus gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Wohnbedingungen oder sozialen und beruflichen Abstiegsprozessen (Weber et al. 1990). Die langfristigen Folgen einer sozioökonomischen Benachteiligung sorgen häufig dafür, dass die Morbidität und Mortalität von Migranten und ihrer Nachkommen im Vergleich zur Bevölkerung des Aufnahmelandes mit zunehmender Aufenthaltsdauer ansteigt (Elkeles/Mielck 1997, Harding 2000, Razum/Rohrmann 2002, Razum/Twardella 2004).

Genetische Besonderheiten

Des Weiteren können sich genetische Besonderheiten auf die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten auswirken. So treten diese in Populationen aus bestimmten geographischen Regionen auf, die Kennzeichen einer Anpassung an lokale Bedingungen sein können (Hergenc et al. 1999, Zeeb/Razum 2006, Schenk 2007).

7 Soziale und/oder ökonomische Benachteiligung führt demnach zu einem höheren gesundheitlichen Risiko im Vergleich zu nicht-benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Oppolzer 1986, Marmot et al. 1991, Elkeles/Seifert 1993, 1996, Klein 1993a, 1993b, Steinkamp 1993, Voges 1996, Elkeles/Mielck 1997, Helmert et al. 2002, Hurrelmann 2006).

Gesundheitliche Vorteile

Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und Krebserkrankungen sowie dadurch bedingte Sterbefälle treten dagegen seltener bei Migranten als bei Nicht-Migranten auf (Weber et al. 1990, Razum et al. 1998, Porsch-Oezcueruemez et al. 1999, Zeeb et al. 2002, Kyobutungi et al. 2005, Ronellenfitsch et al. 2006, Becher et al. 2007, Kohls 2008b, Kohls 2009). Dies wird mit „protektiven“ Ernährungsgewohnheiten, vor allem hinsichtlich der Fettsäure-Auswahl (Courbage/Khlat 1996, Kouris-Blazos 2002), und einer unterschiedlichen Struktur der Krankheiten bzw. Todesursachen im Herkunfts- und Zielland begründet (Razum/Twardella 2002).

Positiv auf die Gesundheit von Migranten wirkt sich der Umstand aus, dass überwiegend junge und gesunde Personen migrieren. Nach der Healthy-Migrant-Hypothese (Razum et al. 1998, Kohls 2011) riskieren zumeist nur junge und gesunde Personen eine dauerhafte internationale Migrationsentscheidung. Ältere bzw. gesundheitlich beeinträchtigte Personen wagen diesen Schritt eher nicht (Kohls 2008a).

2.2 Erklärungshypothesen und -modelle

Zur Begründung auftretender Unterschiede zwischen Migranten und Nicht-Migranten hinsichtlich Gesundheit und Sterblichkeit gibt es zahlreiche Erklärungsansätze, die allein betrachtet jedoch keinen vollständigen Erklärungsgehalt bieten (Kohls 2008a, 2011).

Ein populärer Erklärungsansatz geht auf die Auswahlprozesse bei der Migration zurück (Ravenstein 1885). Wandernde Personen stellen demzufolge eine selektive Personengesamtheit dar, die im Vergleich zur nicht-migrierten Population des Herkunfts- und Zielgebietes überdurchschnittlich gesund sind (Kohls 2008a). Die Auswahlprozesse bei der Migration müssen allerdings mit dem sozioökonomischen Status der Migranten sowie der Aufenthaltsdauer zusammen betrachtet werden (Kliewer 1992, Razum/Rohrman 2002, Jasso et al. 2004). So erzeugt der als Healthy-Migrant-Effect charakterisierte Auswahlprozess nur temporär einen Morbiditätsvorteil und verschwindet

mit zunehmender Zeit im Zielland der Migration, was durch den (niedrigen) sozioökonomischen Status der Migranten begründet wird. Aus dem bekannten Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Morbidität kann geschlussfolgert werden, dass der anfängliche Morbiditätsvorteil mit zunehmender Aufenthaltszeit durch die erhöhte Morbidität bei Gruppen mit niedrigem sozialen Status kompensiert und letztlich nur noch durch den sozioökonomischen Status bedingt wird (Elkeles/Mielck 1997, Razum/Rohrmann 2002, RKI 2008, Kohls 2011).

Allerdings weisen z.B. türkische Migranten auch bei längerer Aufenthaltsdauer mit einhergehender sozialer Benachteiligung eine geringere Morbidität als Nicht-Migranten auf (Razum et al. 1998). Daher werden in einem weiteren Schritt die differenziellen Unterschiede z.B. bei Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen damit begründet, dass sich Migranten im Herkunfts- und Zielland in unterschiedlichen Phasen des gesundheitlichen Übergangs befinden. Dieser beschreibt einen Übergang von hoher Sterblichkeit, die durch einen hohen Anteil von Infektionskrankheiten sowie hoher Mütter- und Kindersterblichkeit gekennzeichnet ist, zu einer niedrigeren Mortalität, die vorwiegend durch chronische, nicht übertragbare Erkrankungen und Todesursachen charakterisiert ist (Omran 1971, Dinkel 1989, Razum/Twardella 2002, Kohls 2008a). Im Falle einer internationalen Migration werden Migranten zunächst noch von der Krankheitsstruktur des Herkunftslandes beeinflusst. Ist diese z.B. bei Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen günstiger als im Zielland der Migration, so weisen die Migranten aus diesen Ländern im Zielland eine bessere Gesundheit als Nicht-Migranten auf (Razum/Twardella 2002, Kohls 2008a).

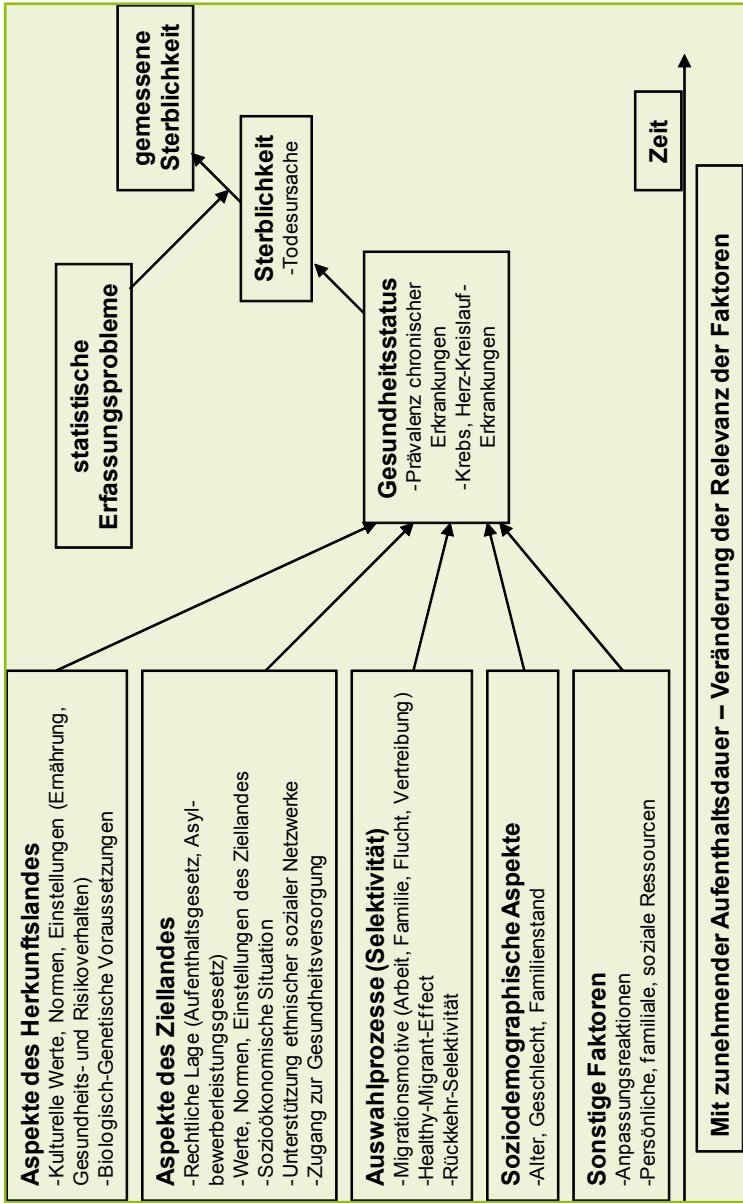
Anstelle des Healthy-Migrant-Effects wird auch der Healthy-Worker-Effect zur Erklärung der Differenzen der Morbidität zwischen Migranten und Nicht-Migranten herangezogen (Razum et al. 1998). Dieser besagt, dass Erwerbspersonen einen durchschnittlich besseren Gesundheitszustand als nichterwerbstätige Personen aufweisen, auch wenn sie von sozioökonomischer Benachteiligung betroffen sind. Dies wird mit einem Selbst-Selektionsprozess begründet (McMichael 1976, Fox/Collier 1976).

Darüber hinaus werden methodische Probleme bei der statistischen Erfassung von Migranten angeführt (Weitoft et al. 1999, Palloni/Arias 2004, Kohls 2008a, 2011). So ist der Bestand der ausländischen Personen in den zugrundeliegenden Daten der Bevölkerungsstatistik häufig verzerrt, weil eine Remigration oft nur unzureichend erfasst wird. Infolge der Überschätzung des Bevölkerungsbestandes und der Unterschätzung von Krankheits- bzw. Sterbefällen von ausländischen Personen ergibt sich zwangsläufig eine Unterschätzung der erfassten Gesundheits- und Sterberisiken von Ausländern (Kohls 2008a).

Insgesamt betrachtet beruhen gesundheitliche Differenzen bei Migranten und Nichtmigranten auf verschiedenen Ursachen (Kap. 2.1.). Sie können durch „mitgebrachte“ Gesundheitsrisiken, beibehaltene Ernährungs- und Verhaltensweisen, selektive Auswahlprozesse (Healthy-Migrant-Effect) und Auswirkungen gesundheitsbelastender Lebens- und Arbeitsweisen im Herkunfts- und Zielland begründet sein. Zudem haben Unterschiede in der Nutzung des Gesundheitssystems einen Einfluss. Das Modell von Kohls (2008a, 2011) zur Beschreibung der Gesundheit und Sterblichkeit von Migranten fasst diese verschiedenen Einflussfaktoren zusammen (Abb. 2-1). Hierzu zählen Aspekte des Herkunfts- und des Ziellandes, Auswahlprozesse (Selektivität) sowie soziodemographische und sonstige Faktoren, wobei die Relevanz und das Zusammenspiel der Faktoren sich mit zunehmender Aufenthaltszeit verändert.

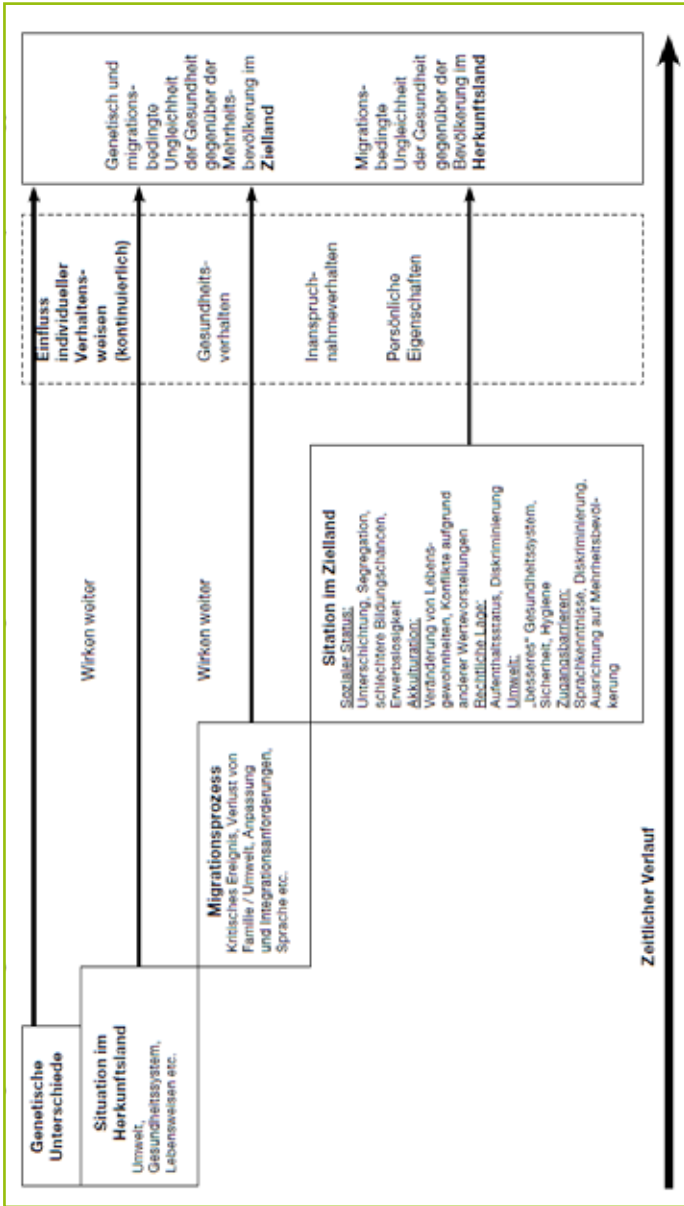
Im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationserfahrung sind Migrantinnen und Migranten in ihrem Lebensverlauf anderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. So können z.B. spezielle Risiken aus den jeweiligen Herkunftsländern resultieren, aber auch eine Folge von Benachteiligungen in den Arbeits- und Lebensverhältnissen sowie langfristigen Anpassungen an den Lebensstil des Ziellandes darstellen (Spallek/Razum 2008). Eine derart doppelte Belastung kann zu einer insgesamt erhöhten Krankheitslast bei Migranten führen (Knipper/Bilgin 2009).

Abb. 2-1: Modell zur Beschreibung der Morbidität und Mortalität von Migranten



Quelle: Kohls (2008a, 2011).

Abb. 2-2: Die Gesundheit von Migranten im Lebensverlauf



Quelle: Spallek/Razum (2008, S.283).

Spallek/Razum (2008) setzen diese Einflussfaktoren mit dem zeitlichen Lebensverlauf von Migranten in Beziehung und bestimmen vier aufeinanderfolgende Determinanten der Gesundheit von Migranten (Abb. 2-2):

1. Genetische Unterschiede,
2. Bedingungen im Herkunftsland (z.B. Ernährungsgewohnheiten, Gesundheitsversorgung),
3. Bedingungen während des Migrationsprozesses, wie Verlust der gewohnten Umgebung, die Trennung von der Familie und die Auflösung bestehender sozialer Beziehungen,
4. Bedingungen im Zielland (z.B. Arbeits-, Lebensbedingungen, Gesundheitsversorgung).

2.3 Auswirkungen von Gesundheitsrisiken auf die Pflegebedürftigkeit von Migranten

Aus den Ergebnissen interdisziplinärer Studien zur Morbidität von Migranten lassen sich keine eindeutigen Schlussfolgerungen auf deren Pflegebedürftigkeit ableiten. So gibt es auf der einen Seite durchaus Argumente für eine im Vergleich zu Nicht-Migranten eher geringere Pflegebedürftigkeit bei Migranten, die zum einen durch die protektiven Migrationsfaktoren (Healthy-Migrant-Effect) und der zumeist beibehaltenen gesünderen Ernährung begründet werden (Okken et al. 2008). Ein weiterer Grund, der zur eher verhaltenen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen beiträgt, ist mit den vorhandenen hohen familialen Solidarpotenzialen begründet (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005). So besteht bei vielen Migrantengruppen der ausgeprägte Wunsch, innerhalb der Familie gepflegt zu werden (BMG 2011). Damit korrespondiert eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen, insbesondere der Frauen. Verstärkt wird sie dadurch, dass die Einkommenssituation von Migranten schlechter als die der deutschen Bevölkerung ist. Dies trägt dazu bei, dass pflegebedürftige Migranten Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen geben und auf familiäre Unterstützung gesetzt wird (Dietzel-Papakyriakou/Olbermann 2005, BMG 2011).

Auf der anderen Seite gibt es eine Vielzahl von Risikofaktoren, die eine erhöhte Pflegebedürftigkeit bei Migranten verursachen können. So sorgt eine dauerhafte, schwere, körperlich belastende Tätigkeit in Verbindung mit einem höheren Risiko der vorzeitigen Erwerbsminderung vor allem in langfristiger Perspektive und in hohem Alter dafür, von einer Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein (Schopf/Naegele 2005, Kobi 2008). Eine sozioökonomische Benachteiligung, die vor allem bei gering ausgebildeten Migranten zu beobachten ist, tritt hierbei noch verstärkend auf. Berichte aus der Pflegepraxis dokumentieren darüber hinaus aber auch fehlende Ressourcen im häuslichen Pflegealltag, die unter anderem aus den wohnräumlichen Bedingungen, einer Überforderung der Angehörigen und der Tabuisierung von Themenfeldern, die für die Pflege wichtig sind, resultieren (Algül/Mielck 2005). Dass in der Realität sämtliche Faktoren gleichzeitig und durchaus in verschiedene Richtungen wirken, erschwert eine umfassende Analyse zusätzlich.

Darüber hinaus gelten die Faktoren für die jeweiligen Herkunftsgruppen unterschiedlich. So ist die geringe Nachfrage stationärer bzw. professioneller Pflegeleistungen vor allem bei türkischen Migranten bekannt (Zeman 2005, Okken et al. 2008). Des Weiteren muss beachtet werden, dass im Falle einer (weniger schwerwiegenden) Pflegebedürftigkeit diese in vielen Fällen innerhalb der Familie aufgefangen wird (informelle Pflege), die dann in der amtlichen Pflegestatistik aufgrund des Nicht-Bezugs von Leistungen nicht enthalten ist.

2.4 Schlussfolgerungen

Bei der gesundheitlichen Lage sind für Personen mit und ohne Migrationserfahrung systematische Unterschiede zu erkennen. Hieraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Pflegebedürftigkeit von Migranten ein Resultat der Wechselwirkungen von gesundheits-schädigenden Faktoren und den unzureichend genutzten Möglichkeiten der physischen und psychischen Regeneration im Lebensverlauf darstellt. Daher ist zu vermuten, dass höhere Gesundheitsrisiken auch mit erhöhten Pflegerisiken einhergehen (Dietzel-Papakyriakou 1993).

Allerdings nehmen Migrantinnen und Migranten im Vergleich zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund gesetzliche Pflegeleistungen unterdurchschnittlich in Anspruch. Dies dürfte sich in Zukunft verändern. Nicht nur aufgrund sich wandelnder demographischer Strukturen, sondern auch, weil die von älteren Migranten bislang nutzbaren familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale vermutlich nicht mehr im heutigen Umfang zur Verfügung stehen werden. So deutet sich an, dass der Wunsch älterer Migranten nach familialer Unterstützung im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden Generationen bedingt durch veränderte soziale Normen, Lebensstile und Lebensentwürfe auf Grenzen stößt. Schon heute geht in den jüngeren Migrantengenerationen die Pflegebereitschaft zumindest in Teilpopulationen zurück (Wingenfeld 2003). Daher ist mit einem Anstieg des Bedarfs an professioneller Hilfe zu rechnen.

3 Pflegebedürftigkeit bei Migranten – Forschungsstand, Datenlage



In zahlreichen Forschungsstudien stand der Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Migration im Fokus. Diese Studien zeigen häufig, dass die Pflegeversorgung von Migranten von ähnlichen Schwierigkeiten begleitet wird, wie sie schon für die allgemeine Gesundheitsversorgung festgestellt wurde. Demnach liegen erhebliche Informations- und Kommunikationsdefizite vor – mit der Folge fehlender oder unzureichender Versorgungsangebote bzw. therapeutischer Interventionen.

Mit der quantitativ-empirischen Analyse der Pflegebedürftigkeit von Migranten in Deutschland beschäftigten sich dagegen bisher nur wenige Studien, trotz der Zahl von 6,7 Millionen Ausländern bzw. 15,7 Millionen Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahr 2010. Zahlreicher sind kommunale Studien, die jedoch in der Regel zielgruppen- und themenspezifisch angelegt waren. Diese sind zumeist nicht für das Bundesgebiet repräsentativ. Derartige Studien wurden z.B. durchgeführt für Aachen (Stadt Aachen 2002), München (Landeshauptstadt München 2008), Bremen (Gesundheitsamt Bremen 2004, 2008, Lotze/Hübner 2008), Bielefeld (Stadt Bielefeld 2004) und Münster (Stadt Münster 2006).

Nach einem umfassenden Überblick über die pflegerische Versorgung (Kap. 3.1.) und der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen von Migranten (Kap. 3.2.) folgen eine Diskussion zur Datenlage (Kap. 3.3.) sowie daraus abgeleitete Schlussfolgerungen (Kap. 3.4.) für die empirische Analyse.

3.1 Pflegerische Versorgung von Migranten

Bei der pflegerischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten können besondere, zumeist kulturell bedingte, Herausforderungen entstehen, die bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund in der Regel nicht auftreten (Brzoska/Razum 2009, 2011, BMG 2011). Aspekte, die die pflegerische Versorgung von Migranten beeinflussen, sind häufig Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Pflegepersonal und Betroffenen sowie kulturelle und religiöse Unterschiede im Vergleich zur einheimischen Mehrheitsbevölkerung.

Pflegepersonal ist häufig mit kulturbezogenen Angewohnheiten und Lebensweisen konfrontiert. Bei der ambulant-pflegerischen Versorgung von Migranten gehört deren Kenntnis und Akzeptanz zu den Voraussetzungen einer guten Pflege, weil dort der „Eingriff“ in die Privatsphäre besonders groß ist (Wingenfeld 2003). So wird beispielsweise bei Hausbesuchen häufig erwartet, dass das Pflegepersonal vor dem Zutritt zur Wohnung die Schuhe auszieht. Weiterhin ist es für muslimische Migrantinnen in der Regel nicht möglich, eine Pflege von männlichen Pflegekräften anzunehmen (Wingenfeld 2003).⁸

3.1.1 Barrieren

In Bezug auf die häusliche Pflege können unterschiedliche Barrieren die Beziehung zwischen professioneller Pflegekraft und Betroffenen erheblich beeinträchtigen.

Sprachliche Barrieren

Bei unzureichenden Sprachkenntnissen sind die zumeist nur in deutscher Sprache vorhandenen Informationen zu Antragsverfahren, Kriterien der Pflegeeinstufung und Leistungen schwierig nachzuvollziehen. Sprachliche Barrieren spielen vor allem in der Begutachtung zur Einstufung in die Pflegestufen eine erhebliche Rolle, die eine Interaktion zwischen Gutachtern und Migranten erschweren und so zu

8 Dies ist auch im Gesetzestext berücksichtigt (Kap. 3.2.1.): „Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.“ (SGB XI § 2).

Missverständnissen führen können. Diese Barrieren können auch in der praktischen Pflege zu Fehlinformationen, Missverständnissen und Vertrauensverlust führen (Wingefeld 2003, Glodny et al. 2009, BMG 2011).

Informationsdefizitäre Barrieren

Von sprachbezogenen Hindernissen lassen sich informationsdefizitäre Barrieren häufig nicht trennen, die fehlende Informationen hinsichtlich des gesamten Leistungsspektrums der Pflegeversicherung umfassen (Wingefeld 2003). So herrscht bei Betroffenen z.B. die Angst, der Bezug von Pflegegeld könnte die Aufenthaltssicherheit negativ beeinflussen. Dies wird verstärkt durch die Erfahrungen von Antragstellern aus Nicht-EU-Ländern, dass der Bezug von Pflegeversicherungsleistungen durch das Pendeln zwischen Deutschland und der Heimatregion mit dem/der pflegebedürftigen Angehörigen gefährdet werden kann (Landeshauptstadt München 2008).

Kulturelle Barrieren

In der Begutachtung und pflegerischen Versorgung selbst sind zusätzlich kulturelle Barrieren von Bedeutung (Brzoska/Razum 2009, 2011). Dazu zählen auch Schamgefühle, wenn z.B. bestimmte Themen wie Inkontinenz angesprochen werden. Als Folge kann es passieren, dass Pflegeeinstufungskriterien fehlerhaft angewendet und womöglich falsch eingeordnet werden (Wingefeld 2003). Des Weiteren sind es Migranten teilweise aus ihren Sozialisierungserfahrungen im Herkunftsland gewohnt, Erkrankungen bzw. Beschwerden dramatischer oder auch diffuser darzustellen bzw. anders zu kommunizieren. Dies erzeugt häufig Missverständnisse. Mitunter können Migranten auch nicht zwischen physischen und psychischen Leiden differenzieren (Wingefeld 2003, Glodny et al. 2009).

Familiale Barrieren

Weiterhin sind auch familiäre Barrieren bei der pflegerischen Versorgung von Migranten wirksam. So wird von pflegebedürftigen Migranten häufig erwartet, dass ihre Familien die Versorgung im Pflegefall übernehmen. Die Nichtberücksichtigung bzw. Nichterfüllung dieser Erwartung wird mitunter als Versagen des nahen sozialen

Umfelds beurteilt (Wingenfeld 2003, Glodny et al. 2009). Erfahrungen aus der Pflegepraxis verweisen zudem auf fehlende Ressourcen im häuslichen Pflegealltag wie wohnräumliche Bedingungen, Überforderung der Angehörigen und Tabuisierung von heiklen Themen (Schenk 2008, Ulusoy/Grässel 2010). Auch ein zunehmender Generationenkonflikt zwischen älteren und jüngeren Migranten bzw. der Zuwanderer- und der Nachfolgeneration könnte zukünftig dafür sorgen, dass weniger ältere Migranten in der Familie pflegeversorgt werden (Wingenfeld 2003, Tüsün 2002). Auch steigt seit längerem der Anteil berufstätiger Frauen unter den Migranten, was im Pflegefall zu Konflikten zwischen der eigenen Erwerbstätigkeit und zu pflegenden Angehörigen führen kann (Wingenfeld 2003, Okken et al. 2008).

3.1.2 Pflegeversorgung und -situation am Beispiel türkischer Migranten

Nur bei der größten Migrantengruppe der in der Türkei Geborenen sind fundierte Studien vorhanden, die die Pflegeversorgung und -situation im Fokus haben.

Bei türkischen Migranten stellen im Rahmen der häuslichen Pflege zumeist Frauen die Betreuenden (Tüsün 2002, Glodny et al. 2009, 2010). Dies sind meistens Ehefrauen, können aber auch Töchter oder Schwiegertöchter sein. Weitere (zumeist weibliche bzw. junge) Familienmitglieder und Nachbarn helfen zusätzlich der betroffenen Familie. Ehemänner übernehmen nur äußerst selten und dann zumeist zeitlich begrenzt die Pflege. Die Pflege eines Angehörigen wird in der Regel nicht als belastende Arbeit angesehen, auch weil dies im Familienkontext als selbstverständliche (mitunter verpflichtende) Aufgabe angesehen wird (Tüsün 2002, Glodny et al. 2009). Daher wird soweit wie möglich versucht, die Betroffenen innerhalb der Familie zu belassen und zu betreuen. Auf der anderen Seite kann eine zeitintensive, aufopferungsvolle familiäre (nicht-professionelle) Pflege für die Pflegekräfte zu physischen, psychischen und sozialen Belastungen führen (Tüsün 2002, Glodny et al. 2009).

Nur wenn keine Angehörigen zur Pflege bereitstehen, ist auch für die Betroffenen sowie den weiter entfernt lebenden Migranten

überhaupt eine professionelle Pflege vorstellbar (Raven/Huismann 2000, Tüsün 2002). Dennoch wird die Hilfe professioneller Pflegedienste im Rahmen der häuslichen Pflege von türkischen Migranten überwiegend abgelehnt, unter anderem auch weil türkische Migranten diese Hilfsmöglichkeiten aus dem Herkunftsland nicht kennen und im heiklen Falle der Pflege eines Angehörigen bürokratische, sprachliche und soziale Barrieren als besonders schwierig wahrgenommen werden (Zielke-Nadkarni 1999).

3.1.3 Pflegeideale bei Migranten und Nicht-Migranten

Idealvorstellungen, wie Pflege aussehen sollte, sind bei Migranten und Nicht-Migranten annähernd gleich (RKI 2008). Beide erwarten Hilfe vor allem vom (Ehe-)Partner bzw. von den Kindern. Allerdings zeigt sich auch für die Betroffenen mit Migrationshintergrund in der Praxis, dass die Angehörigen die Pflege oft nicht in ausreichendem Maße leisten können, weil diese z.B. weit entfernt leben, selbst vollzeiterwerbstätig sind, über zu kleine Wohnungen verfügen, geringe finanzielle Ressourcen aufweisen oder nur unzureichende Gesundheits- und Pflegekenntnisse haben (Matthäi 2004). Dieses Problem wird, wie auch bei Deutschen, oftmals verdrängt bis ein akuter Pflegebedarf eintritt.

3.1.4 Sensibilisierung von Pflegekräften und Angehörigen – Interkulturelle Öffnung der Pflegeversorgung

Aus dem Wissen erkannter Defizite in der pflegerischen Versorgung von Migranten entwickelten sich in den letzten beiden Dekaden zusehends (Pilot-)Projekte, die eine allen Belangen genügende Pflege von Migranten im Fokus haben.⁹ Vor allem die besonderen sprachlichen und kulturellen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Migrationshintergrund stehen dabei im Mittelpunkt. Mit Konzepten wie „interkulturelle Kompetenz“ oder „kultursensible Pflege“¹⁰ wird daher

9 Ein Literaturüberblick von Kuckert (2003) zeigt die internationale und nationale Diskussion zur interkulturellen Altenhilfe und Pflege.

10 In den 1990er Jahren auch als „Interkulturelle Kompetenz in der Altenarbeit“ bezeichnet. Heute werden überwiegend die Bezeichnungen "kulturkompetente", "kultursensible", "interkulturelle" oder auch "transkulturelle Pflege" verwendet.

die Öffnung des Altenhilfesystems für ältere Zuwanderer und eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf kulturspezifische Bedürfnisse angestrebt (Gesundheitsamt Bremen 2004, BMFSFJ 2005). Diese Ansätze zielen darauf ab, Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung zu entwickeln und diese Differenzen im Pflegealltag zu berücksichtigen.

So erschienen im Rahmen des „Arbeitskreises Charta für eine kultursensible Altenpflege“ mehrere Veröffentlichungen, die für die verantwortlichen Akteure in der Pflege eine notwendige „interkulturelle Öffnung“ zum Ziel haben (Glodny et al. 2009). In diesem Arbeitskreis sind Verbände, Migrantenorganisationen und Institutionen aus den Arbeitsfeldern der Altenhilfe und Migrationsarbeit zusammengeschlossen (Baric-Büdel et al. 2009). Die interkulturelle Öffnung wird als wichtig angesehen, um Pflegekräfte, aber auch beteiligte Akteure, z.B. im Begutachtungsverfahren, bei den Pflegekassen zu sensibilisieren. Stigmatisierungen und mögliche Ängste vor Fremd- und Andersartigkeit sollen so bereits im Vorfeld einer möglichen Entstehung vermieden werden (Kuckert 2003, Arbeitskreis „Alt werden in der Fremde“ 2005).

Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass sich (bisher) nur wenige Pflegeanbieter bzw. Träger von Pflegeheimen interkulturell geöffnet haben bzw. auch Migrantinnen und Migranten als zukünftige Nachfragende sehen (BMG 2011). So sind nur selten Infotafeln in der (türkischen) Muttersprache sowie entsprechende kulturelle, mediale und ernährungsbezogene Angebote zu sehen, die die Aufmerksamkeit der zukünftig größer werdenden Zielgruppe erreichen könnten (Baric-Büdel et al. 2009). Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Ausgestaltung der Altenhilfe rückt jedoch zunehmend ins öffentliche Bewusstsein (u.a. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2009). Konkrete Ansatzpunkte hierzu sind die Qualifizierung und Weiterbildung des Pflegepersonals zu Fragen der Migration, der Lebenssituationen und Alternsbilder sowie die vermehrte Einstellung von muttersprachlichen Pflegekräften.

3.1.5 Zwischenfazit

Zukünftig wird die Relevanz der Pflegeversorgung für (ältere) Migrantinnen und Migranten erheblich zunehmen. Es gibt zwar eine Vielzahl von Verordnungen und Regelungen zur pflegerischen Versorgung, doch häufig sind diese den Migrantinnen und Migranten nicht bekannt. Hier spielen sprachliche, kulturelle aber auch familiäre Barrieren eine Rolle. Barrieren stellen vor allem Verständigungsprobleme dar, ebenso unzureichende Information und Informationsmöglichkeit über Versicherungsansprüche, Finanzierungsfragen und das Versorgungsangebot. Ferner wirken Leistungskonturierungen ausgrenzend, die nicht mit den kulturellen und sozialen Wertvorstellungen, Lebensstilen und Bedürfnissen der Migrantengruppen übereinstimmen. Speziell da, wo diese Aspekte gehäuft auftreten, bestehen immense Hürden bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen.

Des Weiteren gleichen sich familiäre und generative Beziehungen in Migrantenfamilien immer mehr an Verhältnisse bei Familien ohne Migrationshintergrund an, so dass die Annahme, der Betreuungs- und Pflegebedarf von Migrantinnen und Migranten würde familiär aufgefangen, zu kurz greift (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2009). Ungeachtet dessen gibt es seitens der Migranten häufig noch Bedenken gegenüber der Inanspruchnahme von professionellen Pflegeleistungen.

Selbst wenn die Zugangsbarrieren überwunden sind, eröffnen sich weitere Herausforderungen bei der Nutzung ambulanter Pflege. Die Pflegekräfte begegnen bei Migranten Umgangsformen, Interaktionsweisen, Lebensgewohnheiten und Krankheits- und Pflegeverständnissen, die ihnen vielfach nicht vertraut sind und mitunter in Konflikt mit dem professionellen Selbstverständnis und eigenen Normen- und Wertvorstellungen stehen.

Das Versorgungssystem ist auf diese Probleme bislang nicht hinreichend ausgerichtet. Um ihnen gerecht zu werden, sind – im Sinne der interkulturellen Öffnung der Pflegeversorgung – verstärkte Bemühungen zur Erleichterung des Zugangs zu Leistungsangeboten, zur Anpassung bestehender Angebote an die besonderen Belange und

Bedarfssituationen von pflegebedürftigen Migranten und auch an den künftig zunehmenden Bedarf an professioneller Hilfe und Pflege dieser Bevölkerungsgruppen erforderlich.

3.2 Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bei Migranten

In einer regionalen Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe zeigte sich, dass bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherungen türkische Migranten Geldleistungen präferieren (91%). Sachleistungen werden dagegen eher selten beantragt (Okken et al. 2008).¹¹ Dies zeigt sich auch in der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, nach der 79% der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten ausschließlich Pflegegeldleistungen in Anspruch nehmen (BMG 2011). In einer weiteren auf Bremen beschränkten Studie wurde festgestellt, dass Leistungen häufig nur in Anspruch genommen werden, wenn gleichzeitig ein soziales Unterstützungssystem funktioniert (Lotze/Hübner 2008). Die Angehörigen werten die gezahlten Leistungen als Zusatzeinkommen für die erbrachten Leistungen der (familialen) Pflege. Bedeutend ist auch der Umstand, dass viele zumeist ältere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund nur wenige Finanzmittel aufweisen, wodurch professionelle Pflege unerschwinglich erscheint bzw. dafür Familienvermögen aufgebracht werden müsste (Okken et al. 2008). Generell zeigt sich, dass Migranten häufig fehlende bzw. unklare Informationen über gesetzlich zustehende pflegerische Leistungen haben (Wingenfeld 2003). Dies ist auch damit begründet, dass derartige Angebote in den Herkunftsländern in der Regel nicht in dem Maße zur Verfügung stehen.

3.2.1 Exkurs: Gesetzliche Pflegeversicherung

Bei der Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen und Migranten ist zwischen der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit und der konkreten

11 In der ambulanten Versorgung wird zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld unterschieden. Unter „Sachleistung“ ist die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen einer Pflegeeinrichtung zu verstehen (Kap. 3.2.1.).

Nutzung von Pflegeleistungen zu unterscheiden. Daher wird in einem Exkurs zunächst auf die Pflegeleistungen nach der gesetzlichen Pflegeversicherung eingegangen (vgl. BMAS 1999, 2006, Klie/Krahmer 2003, Klie 2005, BMG 2006). Im Folgenden wird ausschließlich die gesetzlich festgelegte Pflegebedürftigkeit betrachtet. Diese ist im Gegensatz zur tatsächlichen Pflegebedürftigkeit eindeutig statistisch nachweisbar. Daher wird einleitend zunächst die Pflegeversicherung mit den wichtigsten Eckdaten beschrieben.

Einführung

Die auch als „soziale Pflegeversicherung“ bezeichnete gesetzliche Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 eingeführt.¹² Nach der gesetzlichen Krankenversicherung (1883), der Unfallversicherung (1884), der Rentenversicherung (1889) und der Arbeitslosenversicherung (1927) bildet die soziale Pflegeversicherung somit die fünfte Säule der gesetzlichen Sozialversicherung. Bis 1995 war das Risiko der Pflegebedürftigkeit überwiegend privat, pflegebedürftige Personen mussten ihr Vermögen einsetzen oder ggf. ihre Angehörigen in Anspruch nehmen (Rothgang 1997, Klie 2005).

Ziele, Organisation

Das Ziel der Pflegeversicherung im Allgemeinen ist, „die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern und auf eine neue Grundlage zu stellen“ (Deutscher Bundestag 1997: 8). Dies soll durch eine über die Leistungen der Sozialhilfe hinausgehende einkommensunabhängige Grundversorgung zur Abdeckung pflegebedingter Aufwendungen sichergestellt werden. Zur Organisation der

12 Das Pflege-Versicherungsgesetz trat stufenweise in Kraft: die Beitragszahlungen wurden zum 01.01.1995 begonnen, Leistungen zur häuslichen Pflege wurden ab 01.04.1995 gewährt (1.Stufe), ab 01.07.1996 wurden Leistungen zur stationären Pflege gewährt (Deutscher Bundestag 1997: 9). Grundlage der gesetzlichen Pflegeversicherung bildet der 1. Artikel des ersten Teils des Gesetzes zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. Es wurde dem Sozialgesetzbuch angefügt: Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung.

Pflegeversicherung werden sowohl den Ländern, dem Bund, den Pflegeeinrichtungen, den Pflegekassen als auch den Medizinischen Diensten und den Sozialhilfeträgern spezifische Verantwortungsbereiche übertragen (§ 8 Abs.1 SGB XI).¹³

Versicherte

Die Pflegeversicherung wurde als Pflichtversicherung konzipiert und orientiert sich vollständig an der gesetzlichen Krankenversicherung. Jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, ob pflicht-, freiwillig- oder familienversichert, wird zugleich Mitglied der sozialen Pflegeversicherung (§§ 20, 25 SGB XI). Zusätzlich sind auch Personen verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen, die privat bzw. über Sondersysteme krankenversichert sind (§ 21 SGB XI).

Leistungsempfänger

Alle Versicherten, die pflegebedürftig sind, gelten als leistungsberechtigte Personen. Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße [...] der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs.1 SGB XI).

Kriterium der Pflegebedürftigkeit

Das zentrale Kriterium für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist der regelmäßige Hilfebedarf einer Person, die aufgrund Krankheit oder Behinderung besteht. Hierzu zählen Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane wie auch Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen (§

¹³ So ist z.B. beim BMG ein Ausschuss für Fragen der Pflegeversicherung angesiedelt (Bundespflegeausschuss), der u.a. dreijährlich über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung und die Umsetzung der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung informieren soll (§ 10 Abs.1-4 SGB XI).

14 Abs. 2 SGB XI). Zu den gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, bei denen Hilfebedarf besteht, zählen die elementaren Grundbedürfnisse und die zu deren Erfüllung nötigen Hilfsverrichtungen, die den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung zugeordnet werden (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Wer diesen Anforderungen nicht entspricht, ist nach dem Gesetz nicht anspruchsberechtigt und muss die Hilfe selbst tragen oder ist auf Sozialhilfe angewiesen.

Stufen der Pflegebedürftigkeit

Entsprechend des Hilfebedarfs werden die Betroffenen einer von drei Pflegestufen zugeordnet (§ 15 SGB XI). Kriterien sind dabei unter anderem die Häufigkeit und der Umfang des Hilfebedarfs bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und ein zeitlicher Mindestaufwand. Die Einstufung ist maßgeblich für den Umfang der Leistungen. Zusätzlich muss in allen drei Stufen Hilfebedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung bestehen. Für die Gewährung von Leistungen sind Pflegebedürftige einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen (§ 15 SGB XI).

- **Pflegestufe I** - Erhebliche Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- **Pflegestufe II** - Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- **Pflegestufe III** - Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen

und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Entscheidung, ob Pflegebedürftigkeit und welcher Schweregrad der Pflegebedürftigkeit vorliegt, trifft die zuständige Pflegekasse auf der Basis eines Gutachtens, dass durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) in Person von Pflegefachkräften und/oder pflegeerfahrenen Ärzten erstellt wurde. Grundlage sind die gesetzlichen Bestimmungen des SGB XI. Die Untersuchung erfolgt im Normalfall im Wohnbereich des Antragstellers, damit sich dem Gutachter ein umfassendes und genaues Bild von der Wohnsituation ergibt, zumal sich dies fördernd oder hemmend auf den Hilfebedarf auswirken kann. Im Rahmen einer Mitwirkungspflicht ist auch die Einholung erforderlicher Auskünfte, z.B. von behandelnden Ärzten, zu gestatten (§ 18 SGB XI). Die Untersuchung durch den MDK ist in Abhängigkeit von Befund und Prognose in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

Leistungen

Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig gewährt und sollen den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung weitgehend abdecken. Sämtliche Leistungen werden nur auf Antrag gewährt und ruhen bei Auslandsaufenthalt (länger als 6 Wochen im Kalenderjahr) sowie Leistungsbezug aus anderen öffentlichen Versicherungen (vor allem bei Leistungen des SGB V) (§ 34 SGB XI).

Für Leistungsempfänger besteht Wahlrecht. Es kann grundsätzlich zwischen Leistungen und Einrichtungen verschiedener Träger ausgewählt werden (§ 2 SGB XI). Damit korrespondiert der Grundsatz des Vorrangs häuslicher Pflege (§ 3 SGB XI). So soll die Bereitschaft der Familienangehörigen und nahen Verwandten zur eigenverantwortlichen Pflege gefördert werden. Ein weiterer Grundsatz zielt auf den Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Inanspruchnahme von Leistungen ab (§ 5 SGB XI). Pflegekassen sollen daher frühzeitig

darauf hinwirken, dass Maßnahmen der Prävention, der Behandlung und der Rehabilitation genutzt werden, um den Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben, zu mindern oder ganz zu vermeiden (§ 31 SGB XI).

Die Leistungsart hängt von den Faktoren Pflegestufe und gewählter bzw. benötigter Versorgung ab. Für die Betroffenen und ihren Angehörigen besteht die Möglichkeit, zwischen einer häuslichen Betreuung mit oder ohne Hilfe ambulanter Dienste und einer stationären Versorgung zu wählen. Neben dem Pflegebedarf sind hier vor allem die häuslichen Ressourcen sowie regionale Versorgungsstrukturen und Unterstützungsangebote ausschlaggebend (Hoffmann/Nachtmann 2007).

Die häusliche Pflege soll der stationären Pflege vorangehen, damit Pflegebedürftige möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können. In der ambulanten Versorgung unterscheidet man zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld. Unter „Sachleistung“ ist die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen einer Pflegeeinrichtung zu verstehen. Als Sachleistung können Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 450 Euro monatlich in Pflegestufe I, bis zu 1.100 Euro in Pflegestufe II, bis zu 1.550 Euro in Pflegestufe III, in Härtefällen auch bis zu 1.918 Euro monatlich in Anspruch genommen werden (§ 36 Abs. 3-4 SGB XI). Sofern Pflegegeld in Anspruch genommen wird, muss die häusliche Pflege durch Angehörige oder andere Personen gesichert sein (§ 37 SGB XI). Das Pflegegeld soll die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Ebenso wie die Sachleistungen richtet sich die Höhe des Pflegegeldes nach der Pflegestufe. Das Pflegegeld beträgt seit dem 1. Januar 2012 235 Euro monatlich in Pflegestufe I, in der Pflegestufe II 440 Euro und in der Pflegestufe III 700 Euro (§ 37 Abs.1 SGB XI). Des Weiteren können Sach- und Geldleistungen auch kombiniert werden, wenn der Betroffene die Pflegesachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt (§ 38 SGB XI). Der Bereich der stationären Pflege unterteilt sich in teilstationäre und vollstationäre Pflege, wobei wiederum zwischen Kurzzeitpflege und Dauerpflege unterschieden werden kann (§ 28 SGB XI).

Änderungen in der Pflegeversicherung

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) trat zum 1. Juli 2008 in Kraft und reformierte einige Teile der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dazu gehören folgende Maßnahmen:

- Festschreibung des Anspruchs von Pflegebedürftigen und Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, auf eine individuelle Rechtsberatung, die auch in den neu eingerichteten Pflegestützpunkten angeboten wird.
- Verabschiedung eines Pflegezeitgesetzes zur unbezahlten Freistellung von Mitarbeitern bis zu sechs Monaten.
- Pflegebedürftige und deren Angehörige können sich mittels vergleichbarer Pflegenoten über die Qualität jeder Pflegeeinrichtung informieren. Daraus hervorgehende Berichte werden regelmäßig im Internet und in den Pflegeeinrichtungen veröffentlicht.
- Dynamisierung des Leistungssatzes in drei Stufen (1. Stufe: 1.7.2008; 2. Stufe: 1.1.2010; 3. Stufe: 1.1.2012).

Die vom Pflegebeirat (BMG 2009) geforderte Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf Demenzkranke sowie die Differenzierung der Pflegeleistungen in fünf Stufen wurde bisher nicht umgesetzt.

3.3 Datenlage zur Analyse der Pflegebedürftigkeit von Migranten

Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung liefert das Berichtswesen der amtlichen Statistik detaillierte empirische Zahlen für Deutschland mit dem Ziel, Daten zum Angebot und zur Nachfrage pflegerischer Versorgung in den Bereichen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen im häuslichen Bereich zu gewinnen. In Verbindung mit der regelmäßigen Berichterstattung des Bundesministeriums für Gesundheit, die auf den Daten der sozialen Pflegeversicherung sowie

der privaten Pflegepflichtversicherung beruhen und deren Daten im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erhoben werden, sind grundlegende Informationen über Versorgungsstrukturen und Entwicklung der pflegerischen Versorgung in Deutschland verfügbar (zuletzt BMG 2008).

Über die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI liegen neben den Daten der amtlichen Pflegestatistik auch Daten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) vor. Diese Ergebnisse lagen bei den letzten Erhebungen um ca. 3 bis 4% unter den Resultaten der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2011a). Nimmt man die Stichtagsdaten zum Jahresende 2009 der SPV und der PPV, so weisen sie zusammen rund 2,38 Millionen Pflegebedürftige aus - die Pflegestatistik gibt also mit 2,34 Millionen rund 40.000 (knapp 2%) Pflegebedürftige weniger an. Hierbei sind Erfassungsunterschiede bei behinderten Personen, Nacherfassungen, Pflegefällen ohne Stufeneinordnung sowie unterschiedlichen Zielsetzungen und Berichtswegen relevant (Statistisches Bundesamt 2011a).

Diese Bundesstatistik ist eine Totalerhebung und erfasst neben den gesetzlichen auch sämtliche privatversicherte Pflegebedürftige. Daten über die Pflegeheime und ambulante Dienste einschließlich des Personals werden ebenfalls erfasst. Bei der Pflegestatistik handelt es sich um eine Stichtagsbefragung zum 15.12. eines Erhebungsjahres (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) und zum 31.12. für Pflegegeldempfänger. Statistiken sind seit 1999 zweijährlich erhältlich (zuletzt: Statistisches Bundesamt 2008a, 2011a). Es ist zu beachten, dass die statistischen Definitionen und Abgrenzungen auf dem Pflegeversicherungsgesetz beruhen. Daher beinhalten diese Zahlen nur die Pflegebedürftigen, die auch Leistungen nach dem SGB XI beziehen. Pflegebedürftige Personen, die nicht die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung erfüllen, sind darin nicht enthalten (Butler et al. 2007, Habermann et al. 2009, Kohls 2010).

Allerdings sind mit Hilfe dieser Datengrundlage derzeit keine Aussagen über ausländische Staatsangehörige und Personen mit Migrationshintergrund möglich. Die Erhebung der Staatsangehörigkeit

bzw. des Migrationshintergrundes in der amtlichen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes ist nach § 109 SGB XI nicht vorgesehen. Des Weiteren ist für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK die Staatsangehörigkeit bzw. der Migrationshintergrund unerheblich und wird daher auch nicht mit erhoben (Beauftragte 2010, Kohls 2010).

Eine Gesamtauswertung von Daten der Pflegeberichterstattung unter dem Aspekt der Migrationssensitivität zeigt, dass Menschen mit Migrationshintergrund weder als Pflegebedürftige noch als Pflegekräfte ausgewiesen werden (Habermann et al. 2009, Habermann/Schenk 2010). Ebenso werden auch keine Daten erhoben, die Hinweise auf die soziale Lage der Leistungsbezieher geben können (Tab. 3-1). Betreute Personen werden in der Regel nur nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Art der Pflegeleistungen erfasst. Auch die Statistik der Gesundheits- und Pflegeberufe enthält keine Hinweise, ob und in welchen Sektoren und mit welchem Ausbildungsniveau Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt sind. Lediglich mittels Mikrozensus können Aussagen zum Bezug von Pflegegeld bzw. -sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung abgeleitet werden, die zumindest das Niveau der ambulanten Pflegebedürftigkeit abbilden (Kohls 2010).

Es wurde der Aufbau einer kommunalen Pflegeberichterstattung diskutiert (Boschek 2006), wobei diese hauptsächlich wiederum auf Daten der bestehenden Pflegestatistik beruhen und somit ohne zusätzliche Erfragungen zum Migrationshintergrund keine migrationsbezogenen Aussagen zulassen würden. Grundsätzlich sind migrationsbezogene Analysen sozialwissenschaftlicher Datengrundlagen möglich, z.B. mittels SOEP (Rothgang et al. 2008, 2009, Butler et al. 2007). Diese weisen aber zumeist derart niedrige Fallzahlen von älteren Migrantinnen und Migranten auf, dass fundierte Analysen nicht sinnvoll sind. Auch mittels prozessproduzierter Routinedaten bei den Pflegekassen sind keine migrationsbezogenen Analysen möglich (Rothgang et al. 2009).

Tab. 3-1: Migrationsbezogene Analyse in der Pflegeberichterstattung

Datenquellen	Datenhalter	Gesetzliche Grundlage	Migrationspezifische Merkmale	Veröffentlichungs-Rhythmus
Bundesstatistik zur Pflege- und Gesundheitsberufen	Länder, Bund	Sekundärstatistik	Keine	Zweijährlich veröffentlicht in der Bundesstatistik zu Gesundheitsberufen
Berichterstattung zur Entwicklung der Pflegeversicherung	Länder, Bund	SGB XI, § 10, Abs.2, Berichtverantwortlicher: BMGS – berichtet wird alle 3 Jahre	Keine in Bezug auf in Deutschland lebende Migranten; nur Aussagen zu Begutachtungen in EU- und EWR-Staaten	Veröffentlichung: BMG
Bericht der MDS zur Qualität in der ambulanten Versorgung 2004, 2007	MDS	SGB XI, § 118, 4	Keine	MDS, dreijährlich
Pflegeberichterstattung des MDS	MDS	SGB XI, § 53a, Satz 1, Abs. 3	Keine	MDS-Veröffentlichungen, jährlich
Bericht entsprechend der Pflegestatistik-Verordnung	Land, Bund	§ 109 (seit 1999) SGB XI	Keine	Stat. Bundesamt, BMG
Gesundheitsberichterstattung des Bundes Themenschwerpunkt: „Pflege“	Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt	Zusammenstellung und Diskussion Primär- und Sekundärstatistiken	Keine	Robert-Koch-Institut, Stat. Bundesamt Gesundheitsberichterstattung


Quelle: Habermann et al. (2009:3).

Auf der Basis der Ergebnisse einer vom BMG in Auftrag gegebenen Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ sind jedoch repräsentative Aussagen zu pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten und vollstationären Einrichtungen sowie von ambulanten Pflegediensten Betreuten ableitbar. Auch Analysen zu Pflegekräften mit Migrationshintergrund sind möglich (BMG 2011).

3.4 Schlussfolgerung

Nach wie vor liegen nur wenige Befunde zur Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen und Migranten vor. Vorliegende Statistiken betrachten zumeist lediglich die Gesamtbevölkerung und unterscheiden nicht nach Nationalität, Staatsangehörigkeit oder Migrationsstatus. Fehlende und unzureichende migrationsspezifische Daten der Pflegeberichterstattung erschweren die Einschätzung aktueller und zukünftiger Bedarfe der Migrantenbevölkerung. Erst seit kurzem steht eine Studie zu den „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ des BMG zur Verfügung, die fundierte Erkenntnisse für bedarfsgerechte Planungen zur Verfügung stellt. Insgesamt ist die Datensituation jedoch unbefriedigend. Aufgrund einer im Zuge des demographischen Wandels erwarteten Zunahme hochaltriger Migranten dürften Dienste und Einrichtungen der Pflege in Zukunft verstärkt nachgefragt werden. Zentrale Bedeutung kommt daher der Abschätzung zu, wie sich die Pflegebedürftigkeit in den vergangenen Jahren entwickelte und wie zukünftige Szenarien aussehen könnten (Kap. 4).

4 Pflegebedürftige Personen mit Migrationshintergrund – Analysen und Schätzungen



Die Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen und Migranten in Deutschland wurde bisher nur selten analysiert, was vor allem durch die geringe Verfügbarkeit entsprechender Daten begründet ist (Kap. 2.3.). In der Regel stellen Daten der amtlichen Pflegestatistik die Grundlage von Analysen dar, die jedoch nicht nach dem Migrationsstatus differenzieren. Um Größenordnungen zu verdeutlichen, werden zunächst aktuelle Trends der Pflegebedürftigkeit der gesamten Bevölkerung Deutschlands dargestellt (Kap. 4.1.). Es schließen sich Überlegungen zur zukünftigen Bedeutung der Pflegebedürftigkeit bei der Gesamtbevölkerung und der Teilgruppe mit Migrationshintergrund in Deutschland an, die in eigenen Schätzungen der pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund münden (Kap. 4.2.). Weiterhin werden in multivariaten Analysen zusätzlich Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund analysiert (Kap. 4.3.). Schließlich wird auch auf die Angebotsseite von Pflege- und Gesundheitsleistungen näher eingegangen (Kap. 4.4.).

4.1 Aktuelle Trends der Pflegebedürftigkeit

4.1.1 Amtliche Pflegestatistik

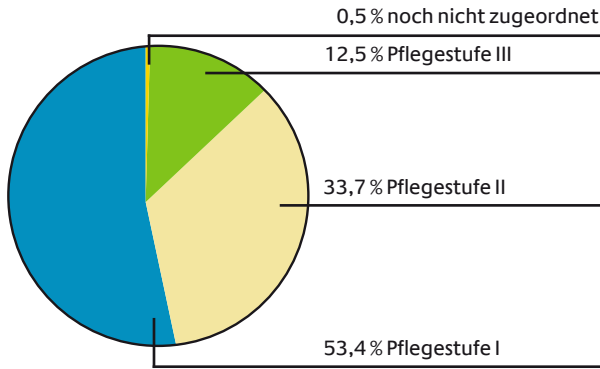
Nach zuletzt verfügbaren Zahlen der bundesamtlichen Pflegestatistik waren zum Jahresende 2009 etwa 2,34 Millionen Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig an-

erkannt (Statistisches Bundesamt 2011a, Tab. 4-1).¹⁴ Setzt man diese in Relation zur Gesamtbevölkerung, so waren etwa 2,9% der Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Von den anerkannt Pflegebedürftigen sind mehr als die Hälfte (53,4%) der Pflegestufe I zugeordnet. Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt bei 33,7% und der Anteil der Pflegestufe III bei 12,5%, wobei 0,5% noch ohne Zuordnung waren (Abb. 4-1).

Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen (69,3% bzw. 1,62 Millionen) wurden zu Hause versorgt. Pflegegeld bezogen davon 1,07 Millionen Pflegebedürftige. Diese Personen wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Bei weiteren 0,55 Millionen Pflegebedürftigen erfolgte die Pflege zwar auch zu Hause, allerdings ergänzt oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. In Pflegeheimen wurden zudem etwa 0,72 Millionen Pflegebedürftige versorgt (Statistisches Bundesamt 2011a). Von den in Heimen versorgten Pflegebedürftigen waren 75,0% Frauen und 48,9% 85 Jahre und älter. Bei den zu Hause Versorgten waren nur 63,4% Frauen und 29,1% älter als 85 Jahre (Statistisches Bundesamt 2011a).

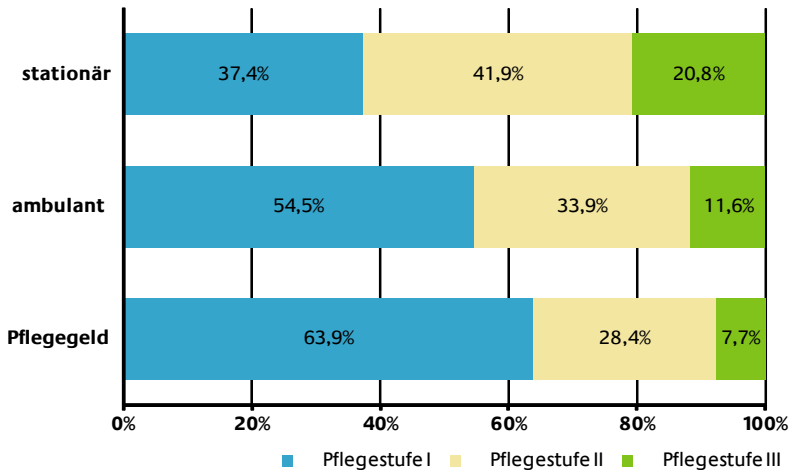
14 In der Gesamtheit kann laut Infratest Sozialforschung (2003) und Neuhaus et al. (2009) für Deutschland mit 5 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet werden, darunter etwa 3 Millionen nicht in der Pflegeversicherung registrierte Personen, die oft oder ständig auf Hilfe durch andere angewiesen sind. Nachfolgend werden jedoch nur Pflegebedürftige betrachtet, die Pflegeleistungen nach SGB XI erhalten (Kap. 3.2.1.).

Abb. 4-1: Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Anteile, 2009



Quelle: Statistisches Bundesamt 2011a, eigene Berechnung.

Abb. 4-2: Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Versorgungsart, Anteile, 2009



Pflegebedürftige ohne Pflegestufenzuordnung wurden nicht berücksichtigt.
Quelle: Statistisches Bundesamt 2011a, eigene Berechnung.

Die allein durch Angehörige gepflegten Personen sind im Jahr 2009 zu 63,9% in die Pflegestufe I eingestuft (Abb. 4-2). Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt bei dieser Versorgungsart bei 28,4% und der Anteil der Pflegestufe III bei 7,7%. Ambulante Pflegedienste versorgen auch zum größten Teil Pflegebedürftige der Pflegestufe I (54,5%), gefolgt von 33,9% Pflegebedürftigen der Stufe II und 11,6% der Stufe III. Bei den Leistungsempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen beträgt der Anteil der Pflegestufe I 37,4%, während 41,9% auf die Pflegestufe II und 20,8% auf die Pflegestufe III entfallen. Pflegebedürftige mit einer höheren Pflegestufe werden also häufiger in einem Heim betreut als solche mit einer niedrigen Pflegestufe und umgekehrt (Abb. 4-2).

4.1.2 Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung

Seit Zahlen der amtlichen Pflegestatistik nach SGB XI verfügbar sind, war ein kontinuierlicher Anstieg der Pflegefallzahlen von ca. 1,06 Millionen im Jahr 1995 auf etwa 2,34 Millionen bis zum Jahr 2009 zu beobachten (Tab. 4-1).¹⁵ Die annähernde Verdopplung in den Jahren von 1995 bis 1999 ist vor allem auf die Einführungsphase der gesetzli-

15 Durch die Reformen der Pflegeversicherung 2008 (Kap. 3.2.1.) ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege parallel zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, erhöht worden. Ursache hierfür ist, dass der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen oder dem Pflegegeld durch die Reform auf das 1,5fache des bisherigen Betrages gestiegen ist. Werden also zum Beispiel 50% der Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder -sachleistung. Zuvor galt als Leistungsobergrenze das Pflegegeld oder die ambulante Sachleistung. Bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen werden ab 2009 die teilstationär durch Heime Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert. Diese erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt. Bis 2008 können bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/-innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten. Durch die geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen etwas eingeschränkt. Der damit verbundene Dämpfungseffekt für die Veränderungsrate bei der Pflegestatistik 2009 dürfte im bundesweiten Mittel etwa einen Prozentpunkt betragen (Statistisches Bundesamt 2011).

chen Pflegeversicherung zurückzuführen und daher nur bedingt mit der Entwicklung der nachfolgenden Jahre zu vergleichen. Es wird sich daher auf einen Vergleich ab dem Jahr 1999 beschränkt.

Gegenüber 1999 hat die Zahl der Leistungsempfänger in Deutschland bis 2009 um fast 16% bzw. annähernd 300.000 Personen zugenommen (Tab. 4-1). Am deutlichsten stieg die Anzahl der Pflegebedürftigen von 2005 zu 2007 um 5,6%. Der beobachtete Anstieg ist vorwiegend auf die Zunahme in Pflegestufe I (1999 bis 2009: +34,7%) zurückzuführen (Tab. 4-2). Die Zahl von Pflegebedürftigen in den Pflegestufen II und III ist im ambulanten Bereich (Empfänger von Pflegegeld) sogar leicht gesunken (Tab. A-1).

Weiterhin zeigen die Daten einen Trend hin zur professionellen Pflege. So stieg von 1999 bis 2009 die Anzahl der durch ambulante Dienste Versorgten um 33,7%, während die allein durch Angehörige Betreuten zunächst von 1999 bis 2005 leicht abnahmen. 2007 wurde wieder das Niveau von 1999 erreicht und bis 2009 war ein geringer Anstieg um 3,1% zu beobachten (Tab. A-1). Demgegenüber gibt es einen erheblich schneller wachsenden Anteil an Personen, die im vollstationären Bereich versorgt werden (+30,6%). Korrespondierend stieg die Zahl der Heime und der verfügbaren Plätze in vollstationären Einrichtungen zwischen 1999 und 2009 an (Kap. 4.1.5.).

Tab. 4-1: Pflegebedürftige und Empfänger von Pflegegeld bzw. -sachleistungen in Deutschland, Frauen und Männer, 1995 – 2009

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegebedürftige								
Frauen	683.300	1.135.495	1.384.269	1.397.899	1.414.042	1.438.278	1.517.883	1.566.482
Männer	378.118	524.453	631.822	641.881	662.893	690.272	728.946	771.770
Gesamt	1.061.418	1.659.948	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829	2.338.252
Anteil der Pflegebedürftigen im Alter 65 und älter, in Prozent								
Frauen	n.v.	n.v.	86,6	87,1	87,5	88,0	87,8	87,8
Männer	n.v.	n.v.	65,3	66,7	68,3	70,3	72,5	73,6
Gesamt	n.v.	n.v.	79,9	80,7	81,4	82,3	82,8	83,1
Empfänger von Pflegegeld bzw. -sachleistungen								
Frauen	n.v.	n.v.	739.605	735.172	723.532	731.832	788.876	802.605
Männer	n.v.	n.v.	441.814	446.391	453.516	468.790	478.550	494.930
Gesamt	n.v.	n.v.	1.181.419	1.181.563	1.177.048	1.200.622	1.267.426	1.297.535
Anteil an allen Pflegebedürftigen, in Prozent								
Frauen	n.v.	n.v.	53,4	52,6	51,2	50,9	52,0	51,2
Männer	n.v.	n.v.	69,9	69,5	68,4	67,9	65,6	64,1
Gesamt	n.v.	n.v.	58,6	57,9	56,7	56,4	56,4	55,5

1995-1997: Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung.
1999-2009: Pflegebedürftige nach SGB XI.
Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten der sozialen Pflegeversicherung sowie der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts.

Tab. 4-2: Zahl der Pflegefälle nach Pflegestufe, 1999-2009

Pflegestufe	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Stufe I	926.476	980.621	1.029.078	1.068.943	1.156.779	1.247.564
Stufe II	784.824	772.397	764.077	768.093	787.465	787.018
Stufe III	285.264	276.420	276.126	280.693	291.752	293.096
Noch nicht zugeordnet	19.527	10.342	7.654	10.821	10.833	10.574
Gesamt	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829	2.338.252
Anteile in Prozent						
Stufe I	46,0	48,1	49,5	50,2	51,5	53,4
Stufe II	38,9	37,9	36,8	36,1	35,0	33,7
Stufe III	14,1	13,6	13,3	13,2	13,0	12,5
Noch nicht zugeordnet	1,0	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1999-2009; Pflegebedürftige nach SGB XI.
Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts.

4.1.3 Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit ist äußerst altersabhängig. Insgesamt sind etwa 83% der Leistungsempfänger älter als 65 Jahre (Tab. 4-1). Auf die Hochbetagten, die Gruppe der 85-Jährigen und Älteren entfällt noch ein Anteil von ca. 33% (Statistisches Bundesamt 2011a). Neben der Altersabhängigkeit sind Pflegerisiken auch geschlechtsabhängig, Frauen sind insgesamt stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen. Dies ist vor allem damit begründet, dass Frauen länger leben und das Pflegerisiko mit dem Alter ansteigt. Frauen stellen daher rund zwei Drittel aller Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung. Der Anteil der männlichen Pflegebedürftigen lag im Zeitraum von 1999 bis 2009 relativ konstant zwischen 31% und 33% (Tab. 4-1). Während der Anteil der männlichen 65-Jährigen und älteren Pflegebedürftigen von 65,3% im Jahr 1999 auf 73,6% im Jahr 2009 angestiegen ist, blieb der entsprechende Anteil bei den weiblichen Pflegebedürftigen mit ca. 88% annähernd konstant (Tab. 4-1). Diese Zunahme bei Männern kann vor allem auf den überproportionalen Anstieg der Personen in dieser Altersgruppe (Tab. A-2) zurückgeführt werden.

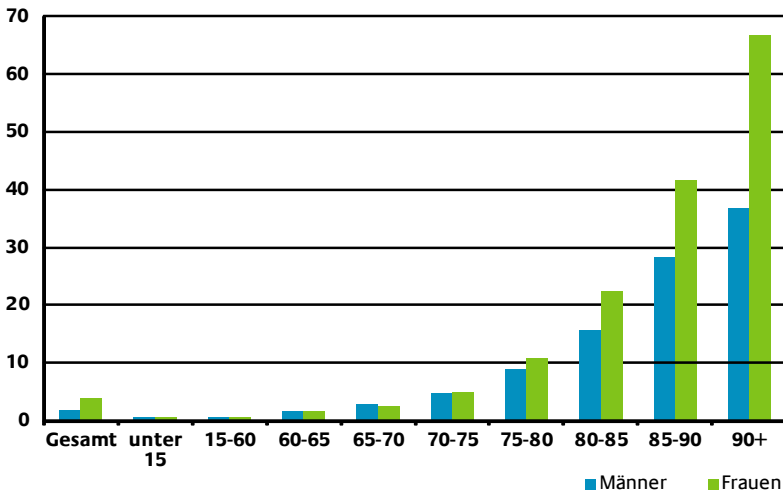
Allerdings sind auch die altersbezogenen Prävalenzen (Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein) bei Frauen höher als bei Männern (Abb. 4-3). Dies ist vor allem dadurch begründet, dass Frauen häufiger als Männer an chronischen und demenziellen Krankheiten sowie an Multimorbidität leiden. Diese haben in der Regel keine unmittelbaren Todesfolgen, gehen jedoch zumeist mit nicht-autonomer Lebensführung einher und bedingen längerfristigen Pflegebedarf. Weiterhin ist der Familienstand ein Faktor, weil Frauen aufgrund höherer Lebenserwartung häufiger verwitwet bzw. alleinstehend sind. Daher können sie auf weniger Unterstützung im familiären Umfeld vertrauen, wenn Hilfe- bzw. Pflegebedarf besteht (Hoffmann/Nachtmann 2007).

Der höhere Anteil bei weiblichen Pflegebedürftigen (Gesamt) resultiert dabei hauptsächlich aus den im Vergleich zu den Männern sehr hohen Pflegequoten in den höchsten Altersstufen (Abb. 4-3). Bis

zum Alter 60 beträgt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein bei beiden Geschlechtern unter einem Prozent. Bis zum Alter 65 steigt diese leicht auf 1,7% bei Männern und 1,6% bei Frauen an (Abb. 4-3). Danach nimmt die Prävalenz sprunghaft zu – bis auf 36,8% bei 90-jährigen und älteren Männern und 66,7% bei gleichaltrigen Frauen (Tab. A-2). Zusätzlich überwiegen in höheren Altersgruppen höhere Pflegestufen (Statistisches Bundesamt 2011a). Die stärkere Pflegebedürftigkeit der Frauen zeigt sich etwa ab dem 75. Lebensjahr und weitert sich aus (Abb. 4-3, Tab. A-2).

Im Vergleich der Pflegequoten von 1999 und 2009 fällt auf, dass in sämtlichen Altersgruppen die Quoten seit 1999 zurückgegangen sind. Eine Ausnahme bildet hierbei die Altersgruppe der 90 Jahre und älteren Frauen, bei denen im Beobachtungszeitraum ein Anstieg von 1,4 Prozentpunkten zu verzeichnen war.

Abb. 4-3: Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (in %) nach Alter und Geschlecht, 2009



Quelle: Statistisches Bundesamt 2011a, eigene Berechnung.

Tab. 4-3: Altersbezogene Pflegequoten 1999 und 2009

	Bis 15	15-64	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+
Pflegequote, 1999, in %									
Frauen	0,5	0,5	1,5	2,7	5,2	11,0	23,2	41,5	65,3
Männer	0,6	0,5	1,8	3,1	5,0	9,3	17,1	29,1	42,0
Gesamt	0,5	0,5	1,6	2,9	5,1	10,5	21,4	38,4	60,2
Pflegequote, 2009, in %									
Frauen	0,6	0,5	1,6	2,5	4,8	10,7	22,3	41,6	66,7
Männer	0,6	0,5	1,7	2,8	4,7	8,8	15,7	28,3	36,8
Gesamt	0,6	0,5	1,7	2,7	4,7	9,9	19,9	38,0	59,1

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts.

4.1.4 Ergebnisse der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Aufgrund fehlender quantitativer Erkenntnisse zu pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund wurden im Rahmen der von TNS Infratest Sozialforschung im Auftrag des BMG durchgeführten repräsentativen „Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ explizit Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Privathaushalten, bei ambulanten Pflegediensten und in vollstationären Pflegeeinrichtungen befragt (Kuhn 2010, BMG 2011).

So haben etwa 8% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten einen Migrationshintergrund nach der Definition des Statistischen Bundesamtes (Kap. 1). Darunter sind insgesamt lediglich 25% mit einer ausschließlich ausländischen Staatsbürgerschaft (BMG 2011). In der Eingruppierung in Pflegestufen zeigen sich Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne Migrationshintergrund. So sind 54% der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund in die Stufe I eingeordnet, während der Anteil bei Personen ohne Migrationshintergrund 59% beträgt. Dagegen ist in der Pflegestufe III der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur Personengruppe ohne Migrationshintergrund überproportional hoch (15% zu 9%). Es zeigt

sich ebenfalls, dass der Anteil Alleinlebender bei Personen mit Migrationshintergrund (21%) erheblich kleiner als bei Personen ohne Migrationshintergrund (35%) ist (BMG 2011).

Bei der Mehrheit der befragten Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund (68%) wurde Deutsch als Muttersprache angegeben, was die eher geringen Unterschiede in der Einschätzung von Informationsangeboten der gesetzlichen Pflegeversicherung erklärt. Somit ist für den Großteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zumindest die Sprachbarriere bei der Informationsgewinnung eher gering (BMG 2011). Es werden auch Erkenntnisse bestätigt, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Privathaushalten mit höherer Wahrscheinlichkeit ausschließlich Pflegegeld beziehen und seltener Sach- und Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen als Personen ohne Migrationshintergrund. Befragte mit Migrationshintergrund geben hierbei häufiger als Befragte ohne Migrationshintergrund an, dass Pflegegeld für den laufenden Lebensunterhalt benötigt wird. Auch der Wunsch, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden gepflegt werden soll, wird bei Personen mit Migrationshintergrund häufiger erwähnt als bei Personen ohne Migrationshintergrund. Die Nichtberücksichtigung kultureller und religiöser Belange bei ambulanten Pflegediensten wurde bei Personen mit Migrationshintergrund dagegen vergleichsweise selten als Grund für die ausschließliche Beziehung von Geldleistungen genannt (BMG 2011). Insgesamt ist bei Personen mit Migrationshintergrund eine im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund größere Distanz zur Nutzung professioneller Pflege festzustellen (BMG 2011).

Bei den ambulant betreuten Pflegebedürftigen weisen insgesamt etwa 7% einen Migrationshintergrund auf. Dieser Anteil macht bei den vollstationär Versorgten ca. 9% aus, wobei die Schätzungen der jeweiligen Heimleitungen nur einen Wert von 6% ergaben. Hier kann davon ausgegangen werden, dass ein etwaiger Migrationshintergrund von der Heimleitung nicht immer ersichtlich ist und daher der Anteil von ihnen eher zu gering eingeschätzt wurde (BMG 2011).

4.1.5 Angebot an Pflegediensten und -einrichtungen

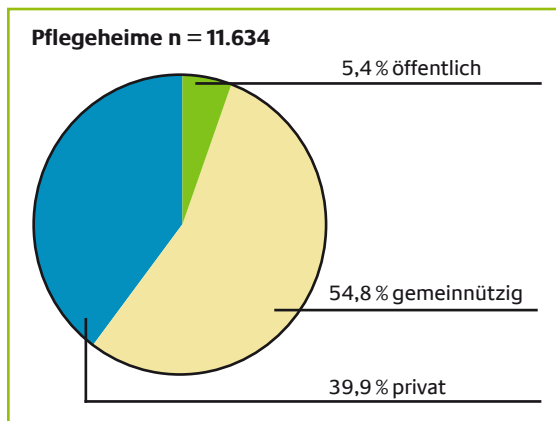
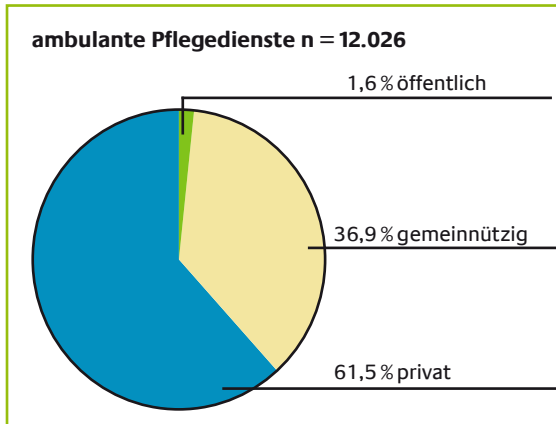
Laut amtlicher Pflegestatistik waren im Jahr 2009 insgesamt 12.026 ambulante Pflegedienste und 11.634 stationäre Pflegeheime in Deutschland zugelassen. Mehr als die Hälfte (61,5%) der ambulanten Pflegedienste befindet sich in privater Trägerschaft. Bei den verbleibenden Anbietern überwiegen gemeinnützige Träger (36,9%), während der Anteil öffentlicher Träger (1,6%) vergleichsweise gering ist. Bei den Pflegeheimen hingegen dominieren gemeinnützige Träger mit 54,8%, gefolgt von den privaten Einrichtungen mit 39,9%. Auch bei den Pflegeheimen besitzen die öffentlichen Einrichtungen mit 5,4% die geringste Bedeutung (Abb. 4-4). In der vollstationären Pflege sind im Jahr 2009 insgesamt 845.007 Pflegeplätze verfügbar. Bei 11.634 Pflegeheimen ergibt sich ein Bundesdurchschnitt von etwa 73 verfügbaren Plätzen je Pflegeheim (Tab. 4-4). Private Pflegeheime weisen durchschnittlich weniger Plätze pro Heim auf. So besitzen private Anbieter durchschnittlich 55 Plätze, Einrichtungen freigemeinnütziger Träger 70 Plätze und öffentliche Pflegeheime 79 Plätze (Statistisches Bundesamt 2011a).

Laut Erkenntnissen aus einer Befragung von ambulanten Pflegediensten gibt es zwar insgesamt etwa 9% ambulant versorgte Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, jedoch haben nach Angaben der Pflegedienstleitungen etwa die Hälfte aller ambulanten Pflegedienste gar keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu betreuen (BMG 2011). Bei einem weiteren Viertel der Pflegedienste macht der Anteil der Betreuten mit Migrationshintergrund weniger als 5% aus. Hierbei sind zusätzlich enorme Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland festzustellen. So ist der Anteil von Pflegediensten, die keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund betreuen, in den neuen Bundesländern (71%) viel höher als in den alten Bundesländern (38%) (BMG 2011). Die Größe einer Einrichtung bedingt auch einen höheren Anteil von Personen mit Migrationshintergrund, weil größere Dienste häufiger in Großstädten anzutreffen sind, in denen gleichzeitig ein höherer Anteil von Personen mit Migrationshintergrund typisch ist. Von den Diensten, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, können in 33% der Fälle überwiegend Pflegekräfte mit derselben Muttersprache eingesetzt werden. 62% von

ihnen gelingt dies in der Regel nicht. Insgesamt haben lediglich 12% der Pflegedienste, die Personen mit Migrationshintergrund pflegen, spezielle Angebote für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen haben 53% der befragten Heimleitungen angegeben, dass der Anteil der Versorgten mit Migrationshintergrund zwischen 0% und 9% beträgt. In 7% der Einrichtungen liegt der Anteil zwischen 10% und 19%, während in 53% der Einrichtungen keine Personen mit Migrationshintergrund wohnen (BMG 2011). Für die Mehrzahl der Pflegebedürftigen (74%) ist Deutsch die Muttersprache. In 22% der Fälle ist dies nicht der Fall, wobei die Analysen darauf hindeuten, dass nur ein kleinerer Teil der Pflegebedürftigen Schwierigkeiten hat, auf Deutsch zu kommunizieren. Die Daten weisen jedoch auch daraufhin, dass es einzelne Pflegebedürftige gibt, deren deutsche Sprachkenntnisse für eine umfassende Verständigung mit dem Pflegepersonal nicht ausreichen. Dies kann Missverständnisse zur Folge haben und belastend für die pflegebedürftige Person sein (BMG 2011). Zusätzlich ist es für viele Pflegebedürftige von Bedeutung, dass zumindest eine der Pflegekräfte denselben kulturellen Hintergrund aufweist. Hierbei wird der überwiegende Teil (65%) der Pflegebedürftigen von einer Pflegekraft aus demselben Kulturkreis betreut. In 14% der Fälle gilt dies nicht (BMG 2011).

**Abb. 4-4: Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft
in Deutschland, 2009**



Quelle: Statistisches Bundesamt 2011a, eigene Berechnung.

In Pflegeeinrichtungen arbeiteten Ende 2009 laut amtlicher Pflegestatistik insgesamt 890.283 Beschäftigte, hiervon 268.891 in ambulanten Pflegediensten und 621.392 in Pflegeheimen (Tab. 4-4). Von 1999 bis 2009 stieg die Zahl der ambulanten Dienste um 11,1% (Tab. 4-4). Noch deutlicher ist der Zuwachs des Personals im ambulanten Bereich mit 46,3%. Die Zahl der Pflegeheime erhöhte sich um 31,3%, während die zugelassenen Plätze um fast 200.000 Plätze bzw. 30,9% anstiegen.

Noch stärker fiel der Anstieg des stationären Personals mit 40,9% aus (Tab. 4-4).

Laut Erkenntnissen der Studie zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zeigt sich, dass im Jahr 2010 in den ambulanten Pflegediensten durchschnittlich 11% der Pflegekräfte einen Migrationshintergrund besitzen (BMG 2011). Hierbei gibt es allerdings auch strukturelle Unterschiede: So beschäftigen 35% der Pflegedienste gar keine Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, weitere 28% weisen maximal 10% Beschäftigte mit Migrationshintergrund auf. In 4% der Pflegedienste stellen Pflegenden mit Migrationshintergrund eine Mehrheit dar. In größeren Einrichtungen werden vermehrt Personen mit Migrationshintergrund beschäftigt, was vor allem auf die stärkere Verbreitung von größeren Diensten in städtischen Gegenden zurückzuführen ist (BMG 2011).

In vollstationären Einrichtungen arbeiten nach Angaben der jeweiligen Heimleitung durchschnittlich 15% Personen mit Migrationshintergrund. Nach Auskunft der Pflegekräfte weisen sogar annähernd 23% einen Migrationshintergrund auf. Diese Diskrepanz ist vor allem dadurch begründet, dass bei Pflegekräften mit Migrationshintergrund, deren Muttersprache deutsch ist, der Migrationshintergrund von der Heimleitung nicht mehr wahrgenommen wird (BMG 2011). Allerdings sind auch strukturelle Differenzen festzustellen: So beschäftigen 14% der Heime keine Personen mit Migrationshintergrund, bei 39% der Einrichtungen sind maximal 10% Beschäftigte mit Migrationshintergrund zu finden, während bei 4% die Mehrheit der Angestellten Personen mit Migrationshintergrund bilden (BMG 2011).

In Bezug auf den Berufsabschluss dominieren in der häuslichen Pflege die ausgebildeten Pflegekräfte (amtliche Pflegestatistik). In ambulanten Einrichtungen sind 75,2% der Pflegekräfte in Pflegeberufen ausgebildet, während 18,1% andere Berufsabschlüsse vorweisen und 6,7% keinen Berufsabschluss besitzen bzw. noch in Ausbildung sind. Der Anteil ausgebildeter Pflegekräfte macht in stationären Einrichtungen etwa 56% aus, andere Berufsabschlüsse weisen 25,3% der Pflegekräfte auf, während 18,8% der Pflegekräfte keinen Berufsabschluss vorweisen können bzw. sich noch in Ausbildung befinden (Statistisches Bundesamt 2011a).

Tab. 4-4: Zahl der Pflegeeinrichtungen und Beschäftigten, 1999 – 2009

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Ambulante Einrichtungen						
Pflegedienste	10.820	10.594	10.619	10.977	11.529	12.026
Personal	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.891
Davon:						
Vollzeit	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405	71.964
Sonstige (Teilzeit, geringfügige Beschäftigung, Soziales Jahr, Zivildienst)	126.868	132.043	143.387	157.953	173.757	196.927
Ausgebildete Pflegekräfte	87.984	90.208	100.350	114.218	130.454	142.681
Stationäre Einrichtungen						
Pflegeheime	8.859	9.165	9.743	10.424	11.029	11.634
Verfügbare Plätze	645.456	674.292	713.195	757.186	799.059	845.007
Ø Plätze je Heim	72,9	73,6	73,2	72,6	72,5	72,6
Personal	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545	621.392
Davon:						
Vollzeit	211.544	218.898	216.510	208.201	202.764	207.126
Sonstige (Teilzeit, geringfügige Beschäftigung, Soziales Jahr, Zivildienst)	229.396	256.470	294.347	338.196	370.781	414.266
Davon:						
Ausgebildete Pflegekräfte	133.886	149.159	169.143	187.335	199.442	204.373

1999-2009: Pflegebedürftige nach SGB XI.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts.

4.2 Vorausschätzungen

Bislang vorliegende zukunftsbezogene Untersuchungen zum Pflegebedarf widmen sich überwiegend der Frage, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen (zum Teil differenziert nach Schweregrad) entwickeln wird, welche der derzeit angebotenen Leistungen der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen in welchem Umfang voraussichtlich in Anspruch genommen werden und wie sich die Ausgaben und Einnahmen dieses Sozialversicherungszweiges bei unterschiedlichen Szenarien verändern.

Entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse von Vorausberechnungen zur Pflegebedürftigkeit haben neben den Annahmen zur altersspezifischen Prävalenz auch die Annahmen zur Entwicklung der weiteren Lebenserwartung im Alter. Insbesondere bei angenommener Konstanz der Pflegefallwahrscheinlichkeiten schlägt sich ein Zueigen an Lebensjahren im höheren Alter unmittelbar in einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger nieder.

4.2.1 Demographische Rahmenbedingungen

Die zukünftige Zahl von Pflegebedürftigen ist eng mit der weiteren demographischen Entwicklung verbunden. Aufgrund zurückgehender Geburtenzahl und gleichzeitigem Anstieg der Sterbefälle wird in der mittleren Variante (1-W1) der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bis 2060 ein Bevölkerungsrückgang von derzeit 82,0 Millionen auf ca. 64,7 Millionen (Untergrenze der Basisvariante) bis 70,1 Millionen (Obergrenze der Basisvariante) Einwohner erwartet (Statistisches Bundesamt 2009). Bis 2020 ist mit einem moderaten Absinken der Bevölkerung auf 80,4 bis 79,9 Millionen Personen zu rechnen. Parallel zur Schrumpfung der Bevölkerung wird sich die demographische Alterung der Bevölkerung weiter fortsetzen. Das Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung wird sich dabei von 43 Jahre im Jahr 2008 auf ca. 52 Jahre im Jahr 2060 erhöhen. 2008 waren 19% der Bevölkerung jünger als 20 Jahre, 20% älter als 65 Jahre und 61% zwischen 20 und 64 Jahre alt. Im Jahr 2060 wird dagegen bereits jeder Dritte (34%) mindestens 65 Jahre alt sein. Gleichzeitig werden doppelt so viele 70-Jährige leben wie Kinder geboren werden (Statistisches Bundesamt 2009).

Die Kombination aus negativer Bevölkerungsentwicklung und demographischer Alterung hat für den Pflegebereich unterschiedliche Konsequenzen. Zum einen geht das Potenzial an Arbeitskräften und damit auch die Zahl an potenziellen Pflegekräften zurück, da die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung (20- bis 64-Jährige) sinkt. So wird die aktuelle Zahl der Bevölkerung im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) von ca. 50 Millionen merklich zwar erst nach 2020 zurückgehen, diese wird 2030 dann aber nur noch etwa 42 bis 43 Millionen Personen betragen. Bis 2060 ist eine weitere Abnahme von 27% bis 34% (ca. 33

bis 36 Millionen) im Vergleich zu 2008 zu verzeichnen. Zum anderen wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen, da mehr Ältere und damit potenziell mehr Pflegebedürftige leben. Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich kontinuierlich von 4,0 Millionen im Jahr 2008 auf ca. 9,0 Millionen im Jahr 2060 erhöhen. Über 14% der Bevölkerung werden dann mindestens 80 Jahre alt sein (2008: 5%).

4.2.2 Pflegeszenarien

Es ist zwar bekannt, dass die Lebenserwartung zukünftig steigen wird, es ist jedoch unklar, ob sinkende Sterbe- mit sinkenden Pflegerisiken einhergehen. Für prognostische Abschätzungen der Pflegebedürftigkeit werden mehrere Szenarien diskutiert.

Im sogenannten Status-quo-Szenario verändert sich das altersbezogene Pflegerisiko zukünftig nicht. Das Verhältnis zwischen der Zeit in Gesundheit und in Pflege bleibt gleich. Die Pflegebedürftigkeit wandelt sich damit implizit parallel zur demographischen Entwicklung. Denkbar sind aber auch Veränderungen der Relation zwischen Jahren in Gesundheit und Jahren in Pflege. Nach der Medikalisierungsthese oder auch Expansionsthese („expansion of morbidity“) werden die durch zurückgehende Sterberisiken erhaltenen Lebensjahre nur zusätzlich in Krankheit bzw. Pflege verbracht. Durch medizinischen Fortschritt wird der krankheitsbedingte Tod lediglich hinausgezögert (Verbrug 1984, Olshansky et al. 1991).

Dagegen wird in der Kompressionsthese („compression of morbidity“) postuliert, dass infolge des medizinischen Fortschritts der Eintritt in die in Krankheit bzw. in Pflege verbrachte Zeit später im Lebenslauf einsetzt. Daraus würde sich eine Absenkung der Pflegerisiken ergeben (Fries 2000). Diese Hypothese geht davon aus, dass medizinische Innovationen und gesunde Lebensweise dazu beitragen, dass Menschen gesünder altern. Diese Effekte konnten durch Analysen auf Basis des Sozioökonomischen Panels gezeigt werden (Ziegler/Doblhammer-Reiter 2005), während in der amtlichen Statistik ein derartiger Effekt bisher nicht nachzuweisen ist (Rothgang 2004). Eine Vermischung beider Sichtweisen ist in der Bi-Modalitäts-These festzu-

stellen. Diese besagt eine Gleichzeitigkeit beider Veränderungen, die jedoch z.B. gruppenspezifisch auftreten können (Kane et al. 1990).

Weder mit der Pflegestatistik noch aus der Statistik der sozialen Pflegeversicherung lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt ein eindeutiger Hinweis auf die weitere Entwicklung des jeweiligen Pflegerisikos ableiten. Aufgrund der Ergebnisse der Pflegestatistik sind zwar eher rückläufige Werte zu erwarten (Kap. 4.2.), doch ist der Beobachtungszeitraum nach der Einführungsphase noch zu kurz. Der überwiegende Teil der bis heute vorliegenden Pflegebedarfsprognosen für Deutschland bzw. einzelne Bundesländer wird daher zumindest in den Basisszenarien mit konstanten Pflegeprävalenzen gerechnet (u.a. Rothgang/Vogler 1997, Schulz et al. 2001, 2008, Hagen-Lamping 2011, Hof 2001, Pristl 2003 Blinkert/Klie 2004, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 2010, Blinkert/Gräf 2009, Bomsdorf et al. 2010). Hierbei wurde jedoch nie nach Staatsangehörigkeit bzw. Migrationsstatus differenziert.

4.2.3 Pflegeversorgung in der Zukunft

Der demographische und gesellschaftliche Wandel wird die Bedingungen der Pflege in qualitativer und quantitativer Sicht verändern. Von besonderer Bedeutung bei Migranten und Nicht-Migranten ist daher, ob und inwieweit die familiäre Betreuung zukünftig vorhanden sein wird und inwiefern familiales Pflegepotential durch professionelle Hilfe ersetzt werden kann. Darüber hinaus spielen auch soziale und kulturelle Veränderungen eine Rolle, da diese eine Veränderung der informellen Pflegenetze erwarten lassen (Blinkert/Klie 1999).

4.2.3.1 Familien- und Haushaltsstrukturen

Familien- und Haushaltsstrukturen sind entscheidend für die Wahl der Versorgungsart. So wurden Anfang des Jahrtausends mehr als 90% aller in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen von Angehörigen betreut (Infratest Sozialforschung 2003). Weiterhin sind 85% der in Heimen lebenden Pflegebedürftigen entweder verwitwet, geschieden oder ledig (Schneekloth 2006), bei in Privathaushalten versorgten Pflegebedürftigen sind es nur 68% (Infratest Sozialforschung 2003).

Für die Zukunft stellt sich die Frage, ob es genügend Verwandte geben wird, die im Pflegefall die Betreuung übernehmen können. Hierbei sind insbesondere folgende Entwicklungen relevant: Der Wandel von Familien- und Haushaltsformen mit einhergehenden veränderten Anteilen allein lebender älterer Menschen, der „Kindergeneration“ der Pflegebedürftigen (30 bis 60-Jährige) und der Erwerbsquote (Blinkert/Klie 2004). Hierbei gibt es zum Teil gegenteilige Wirkungen. So wird zum einen aufgrund der Zunahme der von Kriegen unbeeinflussten Nachkriegsjahrgänge der Anteil alleinstehender älterer Frauen und Männer wahrscheinlich sinken, das Partnerpotenzial für diese Gruppe steigen und sie werden seltener kinderlos sein (BMFSFJ 2002, Hullen 2003, Ziegler/Doblhammer 2006, Doblhammer et al. 2006). Zum anderen fällt die familiäre Pflege umso geringer und die Inanspruchnahme von professionellen ambulanten Diensten umso höher aus, je kleiner der Haushalt ist, in dem der potentielle Pflegebedürftige lebt (Mai 2003, Blinkert/Klie 1999, Scheekloth/Müller 2000).

Bei Migrantinnen und Migranten ist die Wahrscheinlichkeit, in einem Mehrpersonenhaushalt zu wohnen, höher als bei Nicht-Migranten. Daher ist zu vermuten, dass familiäre Pflegearrangements häufiger gewählt werden. Allerdings ist auch bei Migranten der Anteil von älteren Einpersonenhaushalten gestiegen, weshalb zukünftig auch für Migranten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der professionellen Pflege gerechnet werden muss.

4.2.3.2 Erwerbsquoten

Da hauptsächlich Frauen als Pflegepersonen in Erscheinung treten, stellt die Frauenerwerbsquote einen wichtigen Parameter dar. Die Zunahme der Erwerbsneigung bei der weiblichen Bevölkerung ist seit langem zu beobachten. Projektionen des Erwerbspersonenpotenzials gehen in aller Regel davon aus, dass diese Entwicklungen auch weiter anhalten werden (Deutscher Bundestag 2002). Mit etwa 78% liegt die Erwerbsquote der deutschen Frauen im erwerbsfähigen Alter (25 bis 64 Jahre) um etwa 13 Prozentpunkte höher als bei Frauen mit Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt 2011b).

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, in welchem Umfang Frauen mit und ohne Migrationshintergrund zukünftig bereit sein werden, wegen pflegerischer Aufgaben ihre Berufstätigkeit einzuschränken bzw. aufzugeben. So ist für deutsche Frauen bekannt, dass ca. 30% der Frauen bei plötzlichem Eintreten eines Pflegefalls eines Angehörigen unverändert ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nachgehen, während lediglich 15% ihre Beschäftigung aufgeben (Schneekloth/Müller 2000). Unter der Annahme, dass die Bereitschaft der Männer zur Übernahme einer Pflege unverändert bleibt, ist damit zu rechnen, dass von einer weiter zu erwartenden Steigerung der Frauenerwerbsquote ein negativer Einfluss auf die familiäre Pflegebereitschaft ausgeht. Dies dürfte bei Migrantinnen genauso zu beobachten sein wie bei Nicht-Migrantinnen.

4.2.3.3 Pflegebereitschaft

Schließlich ist auch auf (pflege-)kulturelle Veränderungen hinzuweisen. In der Vergangenheit wurde insbesondere von den Töchtern und Schwiegertöchtern in hohem Maße eine „Pflicht zu pflegen“ wahrgenommen. Gerade in traditionalistischen Milieus wird es als selbstverständliche Pflicht empfunden eigene Angehörige zu pflegen – nicht aber in individualisierten Milieus (Blinkert/Klie 1999). Gerade diese werden in Zukunft wahrscheinlich an Bedeutung gewinnen, so dass der Anteil der Pflegebedürftigen mit stabilen Unterstützungsnetzwerken sinken wird. Dies dürfte bei Migranten und Nicht-Migranten gleichermaßen der Fall sein.

4.2.3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass einerseits Entwicklungen erwartet werden, die das informelle Pflegepotential abnehmen lassen. Hierzu zählen die Zunahme der Erwerbsquote der Frauen, die Abnahme der Mehrpersonenhaushalte, die abnehmende Bereitschaft der Angehörigen, die Pflege zu übernehmen sowie eine höhere Mobilität der Kinder. Andererseits werden ebenfalls Entwicklungen für wahrscheinlich gehalten, die das familiäre Pflegepotential zunehmen lassen: Entwicklung neuer Netzwerkstrukturen im Wohnquartier, mögliche Veränderungen in der Berufswelt (Vereinbarkeit von Pflege und Beruf), Entwicklung neuer Wohn- und Lebensformen

oder weitere kulturelle Ausdifferenzierung des Gemeinwesens (Rothgang 2004).

Vorhandene Prognosen zur Entwicklung des familiären und informellen Hilfpotentials kommen zu dem Ergebnis, dass es unter Berücksichtigung eines im Zeitablauf variablen alters-, geschlechts- und pflegestufenspezifischen Inanspruchnahmeverhaltens zu einer erheblich gesteigerten Nachfrage nach ambulanten sowie stationären professionellen Pflegeleistungen kommen wird (Blinkert/Klie 2001, Dietz 2001, Rothgang 2004, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 2010, Bomsdorf et al. 2010).

4.2.4 Vorliegende Vorausschätzungen

Für die zukünftige Entwicklung der Pflegefallzahlen zeigen verschiedene Prognoserechnungen, dass bis 2030 mit einem weiteren Anstieg auf ca. 3,0 bis 4,0 Millionen pflegebedürftigen Personen gerechnet werden muss (Kohls 2010). Zudem liegen Schätzungen für den Zeitraum bis 2050 vor (Bomsdorf et al. 2010, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). In den Basisszenarien werden zumeist konstante Pflegequoten zugrunde gelegt, die den Vorteil haben, dass damit die Wirkung der demographisch bedingten Altersstrukturverschiebungen abgeleitet werden kann. Unter Verwendung variabler Pflegequoten, die entsprechend der Kompressions- oder Expansionsthese begründet werden, sind niedrigere oder höhere Ergebnisse der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030/2050 möglich (Dinkel/Kohls 2005, Dinkel/Kohls 2006, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, 2010).

Die amtliche Statistik hat z.B. eine (regionalisierte) Vorausberechnung der Pflegebedürftigen bis 2030 vorgenommen. Auf der Grundlage eines Status-Quo-Szenarios wird bis zum Jahr 2020 mit einem Anstieg von rund 650.000 Pflegebedürftigen auf knapp 2,9 Millionen gerechnet (2030: 3,37 Millionen Pflegebedürftige). Dies entspricht gegenüber 2007 einem Zuwachs von rund 30% (bis 2030: +50%). Im bundesdeutschen Durchschnitt werden im Jahr 2020 rund 3,6 Pflegebedürftige je 100 Einwohner leben. In einem zusätzlich kalkulierten Szenario mit sinkenden Pflegequoten steigt die Zahl der Pflegebe-

dürftigen erwartungsgemäß langsamer, wobei im Jahr 2020 mit etwa 2,7 Millionen Pflegebedürftigen und im Jahr 2030 mit annähernd 3,0 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet werden muss.

Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Pflegestufen bzw. nach ambulant/stationär bleibt in diesen Szenarien zukünftig gleich. Die hierbei verwendete implizite Annahme, dass sich zukünftig die Zahl der pflegenden Angehörigen erhöhen würde, ist zu hinterfragen. So legen verschiedene Studien zur familiären Pflegebereitschaft den Schluss nahe, dass das Angebot an pflegenden Angehörigen zukünftig eher abnehmen wird (Blinkert/Gräf 2009). Daher wurde von Pohl (2010) ein alternatives Szenario kalkuliert, in dem die Zahl der pflegenden Angehörigen unverändert bleibt. Im Ergebnis ändert sich dabei die Verteilung auf die einzelnen Versorgungsformen dahingehend, dass erheblich mehr Pflegebedürftige in der ambulanten und stationären Pflege versorgt werden müssen. Dies führt zwangsläufig auch zu dem bekannten wachsenden Bedarf an professionellen Pflegeleistungen und qualifizierten Pflegekräften.

4.2.5 Schätzung der pflegebedürftigen Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund von 1999 bis 2009

Aus den vorhergehenden Analysen sind gegensätzliche Entwicklungen zur Pflegebedürftigkeit von Migranten erkennbar (Kap. 2.). Zum einen erscheint eine höhere Pflegeprävalenz aufgrund gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen und sozialer Belastungen im Lebensverlauf und daraus resultierenden Gesundheitsrisiken folgerichtig. Zum anderen wird zwar zukünftig eine abnehmende Relevanz familiärer Pflegepotenziale bei Migranten angenommen, dennoch wird damit gerechnet, dass zumindest aktuell und in naher Zukunft die familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale bei Migranten häufiger in Anspruch genommen werden als bei Nicht-Migranten (Kap. 3.4.). Insgesamt ist somit kein eindeutiger Trend bei der aktuellen und zukünftigen Pflegebedürftigkeit abzuleiten.

Da zusätzlich auch keine repräsentativen Erkenntnisse zur Pflegeprävalenz der ausländischen Bevölkerung bzw. Population mit

Migrationshintergrund vorliegen (Kap. 3.3.), ist es plausibel, auch für die ausländische Personengesamtheit sowie der Bevölkerung mit Migrationshintergrund dieselben Pflegewahrscheinlichkeiten wie für die Gesamtbevölkerung zu unterstellen. Derartige Modellrechnungen zeigen dann zumindest für den einbezogenen Betrachtungszeitraum die demographisch bedingte Zunahme der Pflegefallzahlen für Migranten.

Unter der hypothetischen Annahme, dass bei der in Deutschland wohnhaften ausländischen Population (nach Bevölkerungsforschreibung) dieselben Pflegequoten wie bei der deutschen Bevölkerung gelten, wären im Jahr 1999 fast 68.000 Ausländer sowie im Jahr 2009 ca. 102.000 Ausländer als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu bezeichnen (Tab. 4-5). Der Anteil der männlichen Pflegebedürftigen würde demzufolge im Jahr 1999 noch bei ca. 48,8% liegen und anschließend kontinuierlich bis zum Jahr 2009 auf 44,4% absinken. Gleichzeitig ist in der Modellrechnung der Anteil der pflegebedürftigen Ausländer in der Altersgruppe oberhalb von 65 Jahren aufgrund der voranschreitenden demographischen Alterung mit einer deutlichen Zunahme der Personen in der entsprechenden Altersgruppe deutlich angestiegen. Bei Frauen wäre ein Anstieg um 12,5 und bei Männern um 21,3 Prozentpunkte festzustellen (Tab. 4-5).

Aufgrund des niedrigeren Ausgangsniveaus bei der Zahl der Pflegebedürftigen ist es nicht überraschend, dass der relative Zuwachs seit 1999 bei Ausländern besonders hoch wäre (Abb. 4-5). Unter der Annahme äquivalenter Pflegequoten würde die Zahl der weiblichen ausländischen Pflegebedürftigen um 62,6% steigen, während in der Gesamtbevölkerung lediglich ein Zuwachs von 13,2% zu beobachten wäre (Abb. 4-5). Bei Männern wären die Unterschiede dagegen nicht so stark (Ausländer: +36,4%, Gesamt: +22,1%). Insgesamt würde der Anteil der ausländischen Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2009 allerdings lediglich 4,4% betragen, wobei seit 1999 ein Anstieg um 1 Prozentpunkt zu verzeichnen wäre.

Werden anstelle der ausländischen Bevölkerung Personen mit Migrationshintergrund nach der Mikrozensus-Definition (Statistisches

Bundesamt 2008b) betrachtet und wiederum identische Pflegequoten wie bei der Gesamtbevölkerung unterstellt, würde die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2005 ca. 163.000 Personen (Anteil der Männer: 44,3%) und im Jahr 2009 ca. 201.000 Personen mit Migrationshintergrund (Anteil der Männer: 41,4%) ausmachen (Tab. 4-5). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen Pflegebedürftigen würde im Jahr 2009 ca. 8,6% betragen, das entspricht einem Zuwachs um 1,1 Prozentpunkte seit 2005. Eine weitere Differenzierung nach Personen mit eigener Migrationserfahrung ergäbe für 2005 etwa 136.000 Migranten, für 2009 ca. 169.000.

Auch unter Zugrundelegung der Erkenntnisse aus der repräsentativen Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (Kap. 4.1.4.) kann die Zahl pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund abgeschätzt werden. So weisen demnach 8% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 7% der von ambulanten Diensten Betreuten sowie 9% der vollstationär Versorgten einen Migrationshintergrund auf. Unter Verwendung der Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2009 (Tab. A-1) würde sich daraus für 2009 eine Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund von etwa 192.000 Pflegefällen ergeben.¹⁶ Der Anteil an allen Pflegebedürftigen würde 8,2% betragen. Die Unterschiede zur vorangegangenen Schätzung sind nur gering. Ein Abgleich mit den Bevölkerungszahlen zeigt, dass etwa 8,7% der 65-jährigen und Älteren bzw. 7,1% der 75-jährigen und Älteren einen Migrationshintergrund aufweisen (Statistisches Bundesamt 2010b). Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund entspricht also ungefähr dem Anteil an der entsprechenden Gesamtbevölkerung bei älteren Personen. Über dahinterstehende Zusammenhänge, wie etwa migrantengruppenspezifische Besonderheiten, kann mit den vorliegenden Daten jedoch bisher keine Aussagen gemacht werden (BMG 2011).

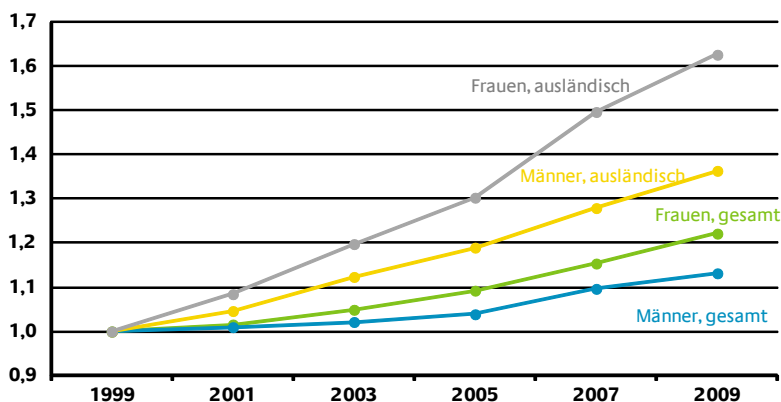
16 Modellrechnung: Anteil der in Privathaushalten gepflegten Personen mit Migrationshintergrund (8%) x Pflegegeldempfänger 2009 (1.065.564) plus Anteil der von ambulanten Pflegediensten Betreuten (7%) x Ambulant Pflegebedürftige 2009 (555.198) plus Anteil der in vollstationären Einrichtungen Gepflegten (9%) x Stationär Pflegebedürftige 2009 (748.889) ergibt 191.509 Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund.

Tab. 4-5: Schätzung von pflegebedürftigen ausländischen Personen und Personen mit Migrationshintergrund, Frauen und Männer, 1999 – 2009

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Ausländische Pflegebedürftige						
Frauen	34.809	37.748	41.697	45.348	52.097	56.607
Männer	33.188	34.727	37.286	39.488	42.456	45.256
Gesamt	67.997	72.475	78.983	84.835	94.553	101.864
Anteil der Pflegebedürftigen im Alter 65 und älter, in Prozent						
Frauen	57,1	60,5	63,5	66,2	67,8	69,6
Männer	37,3	41,7	46,2	50,4	55,2	58,6
Gesamt	47,4	51,5	55,4	58,9	62,1	64,7
Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund						
Frauen	n.v.	n.v.	n.v.	90.582	105.316	117.646
Männer	n.v.	n.v.	n.v.	71.929	77.864	83.153
Gesamt	n.v.	n.v.	n.v.	162.511	183.180	200.799
Anteil der Pflegebedürftigen im Alter 65 und älter, in Prozent						
Frauen	n.v.	n.v.	n.v.	64,5	65,6	67,0
Männer	n.v.	n.v.	n.v.	43,7	48,0	49,7
Gesamt	n.v.	n.v.	n.v.	55,3	58,1	59,9

Schätzung unter Verwendung der Bestandszahlen der ausländischen Bevölkerung in der Bevölkerungsfortschreibung (Ausländer) bzw. den Angaben im Mikrozensus 2005, 2007 und 2009 zu Personen mit Migrationshintergrund und den Pflegequoten für die Gesamtbevölkerung (Kap. 4.1).

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten des Statistischen Bundesamts.

Abb. 4-5: Relative Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (1999 = 1), 1999 – 2009

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten des Statistischen Bundesamts.

4.3 Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Der Mikrozensus erlaubt aufgrund seiner Variablenvielfalt multivariate Analysen zur Pflegebedürftigkeit.¹⁷ Diese können ergänzend zu deskriptiven Analysen untersuchen, von welchen Faktoren die Pflegebedürftigkeit beeinflusst wird, wenn gleichzeitig eine Kontrolle von Strukturvariablen erfolgt. Die zu erklärende Variable stellt den Bezug von Pflegegeld bzw. -sachleistungen dar, womit das Niveau der ambulanten Pflegebedürftigkeit abgebildet wird.¹⁸ Aufgrund der dichotomen Ausprägung der erklärenden Variablen (Bezug gegenüber Nichtbezug von Pflegegeld bzw. -sachleistungen) bietet sich das logistische Regressionsmodell an (Breslow/Day 1987).

17 Informationen zum Mikrozensus sowie zur wissenschaftlichen Nutzung des Scientific Use File (SUF) finden sich unter www.forschungsdatenzentrum.de. Zum Zeitpunkt der Berechnungen stand nur der SUF 2005 des Mikrozensus zur Verfügung.

18 Pflegebedürftige nach SGB XI, die keine Pflegesachleistungen bzw. -geld erhalten, werden in der Regel stationär versorgt, und sind nicht in der Analyse erhalten, weil danach im Mikrozensus nicht gefragt wurde. Im folgenden Kapitel wird aus Vereinfachungsgründen anstelle „Empfänger von Pflegegeld bzw. -sachleistungen“ der Terminus „Pflegebedürftige“ verwendet.

Aufgrund des geringen Pflegerisikos in jüngeren Altersstufen wurden nur Personen in die Analysen einbezogen, die älter als 40 Jahre alt waren. Dadurch verringerte sich die ursprüngliche Fallzahl im SUF Mikrozensus 2005 auf 265.885 Personen, für die Aussagen zur Pflegebedürftigkeit enthalten sind. Davon weisen 41.589 Personen einen Migrationshintergrund auf (15,6%). Infolge der Altersabhängigkeit der Pflegebedürftigkeit (Kap. 4.1.3.) erfolgte in sämtlichen Analysen die statistische Kontrolle des Alters. Zunächst wurden zusätzlich zum Alter weitere Strukturvariablen (Geschlecht, Familienstand) in das Regressionsmodell einbezogen, die anschließend blockweise um zusätzliche unabhängige Parameter ergänzt wurden. Es erfolgte die Berechnung eines Gesamtmodells (Tab. 4-6) sowie eine getrennte Analyse nach dem Migrationshintergrund (Tab. 4-7).

Das Ausgangsmodell (Personen mit und ohne Migrationshintergrund) unter Einbeziehung des Alters, Geschlechts und Familienstandes zeigt, dass die Pflegebedürftigkeit erheblich vom Familienstand abhängt (Tab. 4-6). Im Modell 2 wurde zusätzlich der Migrationshintergrund als erklärende Variable berücksichtigt, wobei festgestellt werden kann, dass Personen ohne Migrationshintergrund ein geringfügig höheres Risiko der Pflegebedürftigkeit als Personen mit Migrationshintergrund aufweisen. Trotz statistischer Signifikanz des Einflusses des Parameters sind allerdings Zweifel an dem Erklärungsgehalt berechtigt, weil durch die Einbeziehung dieses Parameters keine zusätzliche erklärte Varianz (Pseudo- R^2) messbar ist. So bleibt der entsprechende Wert mit 0,229 konstant.

Tab. 4-6: Determinanten der Pflegebedürftigkeit, Ergebnisse der logistischen Regression (jeweils Blockeinschluss), Mikrozensus 2005

	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4		Modell 5	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Kontrollvariable										
Alter	1,11	***	1,11	***	1,10	***	1,10	***	1,09	***
Geschlecht (Ref.: männlich)										
weiblich	0,94	**	0,94	**	1,22	***	0,82	***	1,04	
Familienstand (Ref.: geschieden)										
Ledig	1,86	***	1,85	***	1,73	***	1,93	***	1,75	***
Verheiratet	0,57	***	0,57	***	1,99	***	0,64	***	2,06	***
Verwitwet	1,12	**	1,12	**	0,91		1,24	***	1,03	
Migrationshintergrund (Ref.: mit MH)										
Ohne MH			1,15	***					1,12	***
Partner im Haushalt (Ref.: Nicht vorhanden)										
Vorhanden					0,22	***			0,24	***
Derzeitige bzw. früher ausgeübte Berufstätigkeit (Ref.: Sonstige Berufstätigkeit)										
Nichterwerbstätige/					3,87	***			3,27	***
Ohne Angaben										
Einf. Berufstätigkeiten, physisch anspruchsvoll					1,36	***			1,47	***
Einf. Tätigkeiten in der Textilbranche					1,30	***			1,34	***
Einf. Tätigkeiten in der Baubranche					1,10				1,18	
Hilfsarbeitertätigkeiten					2,12	***			1,91	***
Verkaufstätigkeiten					1,16	*			1,14	*
Krankenpfleger/- schwester					1,33	**			1,30	*
Gründe für vorzeitigen Ruhestand (Ref.: sonstige Gründe)										
Noch erwerbstätig/										
Kein vorzeitiger Ruhestand					1,12	**			1,09	*
Gesundheitliche Gründe					2,51	***			1,66	***
Ausbildung (Ref.: Hochschulabschluss)										
Keinen Abschluss					1,72	***			1,66	***
Berufsabschluss vorhanden					1,74	***			1,64	***
Behinderung (Ref.: Nein)										
Ja							5,10	***	4,88	***
Unfallverletzung (Ref.: Nein)										
Ja							0,94		0,96	
Raucher (Ref.: nie)										
Aktuell bzw. früher							0,91	**	0,94	
Keine Angaben							4,50	***	3,38	***
Anzahl der Fälle (n)	265.885		265.885		265.885		265.885		265.885	
Pseudo-R ²	0,229		0,229		0,272		0,298		0,326	

Empfänger von Pflegegeld bzw. -sachleistungen aus der Pflegeversicherung.

Nur Personen ab 40 Jahre.

Signifikanz für Beta-Koeffizienten: *** = p<0,001; ** = p<0,01; * = p<0,05.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten des SUF Mikrozensus 2005 (ungewichtet).

In einem weiteren Modell wurden sozialstrukturelle und berufsbezogene Aspekte in das Analysemodell einbezogen, die vor allem in langfristiger Perspektive einen Einfluss auf das Risiko späterer Pflegebedürftigkeit ausüben (Kap. 2.2.). So verringert das Vorhandensein eines Partners im Haushalt das Risiko der Pflegebedürftigkeit um etwa das Fünffache. In der Kovarianzanalyse zeigt sich, dass diese Variable stark mit dem Familienstand korreliert, hierbei vor allem bei den Verheirateten. Bei der Ausbildung wird deutlich, dass im Vergleich zu einem Hochschulabschluss das Vorhandensein keines Berufsabschlusses bzw. eines niedrigeren Abschlusses das Risiko der Pflegebedürftigkeit um ca. 70% erhöht. Dies stellt mit hoher Wahrscheinlichkeit das Ausmaß des sozial bedingten Pflegerisikos dar, weil geringer Ausgebildete in der Regel weniger Einkommen beziehen und in gesundheitsgefährlicheren Tätigkeiten als höher Ausgebildete aktiv sind. Dieser Trend bestätigt sich in der Betrachtung der Variablen „Derzeitige bzw. früher ausgeübte Berufstätigkeit“. Gerade Hilfsarbeiter weisen dabei besonders hohe Pflegerisiken im Vergleich zu allen sonstigen Berufstätigkeiten auf, was wiederum mit dem Bildungsniveau hoch korreliert ist.

Bemerkenswert ist, dass Arbeiter in der Baubranche kein signifikant höheres Pflegerisiko aufweisen, was für diese Branche auf den Healthy-Worker-Effect mit einer Selbstselektion zugunsten besonders gesunder Personen hindeutet (Kap. 2.3.). Allerdings ist zu beachten, dass die Gruppe der Personen, die keine Angaben zur derzeitigen oder früheren Berufstätigkeit gemacht haben bzw. den Großteil des Lebens nichterwerbstätig waren, ein besonders hohes Risiko der Pflegebedürftigkeit aufweist (Tab. 4-6).

Dies kann dadurch erklärt werden, dass gerade die Personen, die bereits früh im Lebensverlauf pflegebedürftig waren, in der Regel auch im Erwerbsleben beeinträchtigt sind und daher mit höherer Wahrscheinlichkeit keine (geregelt) Erwerbstätigkeit aufnehmen konnten. Der Aspekt einer bereits früh im Lebenslauf einsetzenden Pflegebedürftigkeit kann auch durch den Parameter „Gründe für vorzeitigen Ruhestand“ bestätigt werden. So ist das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor allem bei Personen erhöht, die aufgrund von Gesundheitsdefiziten vorzeitig in den Ruhestand gingen. Zusätzlich wurden

aktuelle Aspekte der Gesundheit als erklärende Faktoren in das logistische Regressionsmodell einbezogen. Hier wird deutlich, dass eine bereits bestehende Behinderung das Risiko der Pflegebedürftigkeit um das Fünffache erhöht, während eine Unfallverletzung, seien es Arbeits-, Sport- oder sonstige Unfälle, keine Erhöhung des Pflegerisikos zur Folge hat. Beim Lebensstilaspekt des Rauchens ist zwar zunächst eine Verringerung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bei aktuellen oder früheren Rauchern zu erkennen (Tab. 4-6). Die Aussagekraft des Gesamtparameters ist aber anzuzweifeln, weil die Personen, die keine Angaben zum Rauchverhalten gemacht haben, ein besonders hohes Pflegerisiko aufweisen. Es ist zu vermuten, dass aufgrund der freiwilligen Beantwortbarkeit dieser Frage selektive Antwortausfälle zu verzeichnen waren.

Im abschließenden Gesamtmodell wurden sämtliche Einflussfaktoren zusammen betrachtet, wobei durch die unabhängigen Variablen immerhin 32,6% der Varianz der abhängigen Variablen erklärt werden konnten (Tab. 4-6). Insgesamt bestätigen sich im Schlussmodell die vorher ermittelten Zusammenhänge der jeweiligen blockweise ermittelten Modelle. Der Migrationshintergrund behält seinen recht geringen die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit verringern den Effekt bei, ein Partner im Haushalt verringert das Pflegerisiko enorm, während eine Nichterwerbstätigkeit, Hilfsarbeitertätigkeiten, ein gesundheitlich bedingter vorzeitiger Ruhestand sowie eine bereits bestehende Behinderung das Risiko der Pflegebedürftigkeit deutlich erhöht.

Tab. 4-7: Determinanten der Pflegebedürftigkeit, Personen mit und ohne Migrationshintergrund, Ergebnisse der logistischen Regression (schrittweiser Einschluss), Mikrozensus 2005

	Ohne Migrationshintergrund						Mit Migrationshintergrund					
	Modell 1		Modell 2		Modell 3		Modell 4		Modell 5		Modell 6	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Kontrollvariable												
Alter	1,10	***	1,09	***	1,09	***	1,11	***	1,11	***	1,11	***
Geschlecht (Ref.: weiblich)												
männlich	0,94	*	1,24	***	1,06		0,93		1,09		0,91	
Familienstand (Ref.: geschieden)												
Ledig	1,87	***	1,71	***	1,71	***	1,63	**	1,68	**	1,82	**
Verheiratet	0,55	***	2,04	***	2,10	***	0,75		1,92	**	2,05	**
Verwitwet	1,10		0,89	*	1,01		1,23		1,09		1,21	
Partner im Haushalt (Ref.: Nicht vorhanden)												
Vorhanden			0,20	***	0,23	***			0,32	***	0,34	***
Derzeitige bzw. früher ausgeübte Berufstätigkeit (Ref.: Sonstige Berufstätigkeit)												
Nichterwerbstätige/			4,11	***	3,43	***			2,73	***	2,52	***
Ohne Angaben												
Einf. Berufstätigkeiten, physisch anspruchsvoll			1,33	***	1,44	***			1,47	***	1,54	***
Einf. Tätigkeiten in der Textilbranche			1,37	***	1,41	***			1,02		1,04	
Einf. Tätigkeiten in der Baubranche			1,08		1,18				1,20		1,20	
Hilfsarbeitertätigkeiten			2,30	***	2,05	***			1,49	**	1,35	*
Verkaufstätigkeiten			1,19	**	1,18	*			0,94		0,91	
Krankenpfleger/-schwester			1,43	**	1,39	**			1,00		0,95	
Gründe für vorzeitigen Ruhestand (Ref.: sonstige Gründe)												
Noch erwerbstätig/ Kein vorzeitiger Ruhestand			1,10	*	1,08				1,17		1,12	
Gesundheitliche Gründe			2,50	***	1,65	***			2,59	***	1,73	***
Ausbildung (Ref.: Hochschulabschluss)												
Keinen Abschluss			1,88	***	1,79	***			1,18		1,17	
Berufsabschluss vorhanden			1,89	***	1,79	***			1,18		1,11	
Behinderung (Ref.: Nein)												
Ja					4,90	***					4,77	***
Unfallverletzung (Ref.: Nein)												
Ja					0,96						0,93	
Raucher (Ref.: nie)												
Aktuell bzw. früher					0,93						0,98	
Keine Angaben					3,71	***					3,06	***
Anzahl der Fälle (n)	224.296		224.296		224.296		41.589		41.589		41.589	
R ²	0,233		0,278		0,333		0,213		0,241		0,293	

Empfänger von Pflegegeld bzw. -sachleistungen aus der Pflegeversicherung.
Nur Personen ab 40 Jahre.

Signifikanz für Beta-Koeffizienten: *** = $p < 0,001$; ** = $p < 0,01$; * = $p < 0,05$.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten des SUF Mikrozensus 2005 (ungewichtet).

Aufgrund der festgestellten Bedeutung des Parameters Migrationshintergrund im Gesamtmodell (Tab. 4-6) wurden zusätzlich Modelle für Personen mit und ohne Migrationshintergrund berechnet (Tab. 4-7). Der Erklärungsgehalt der (Gesamt-)Modelle liegt mit $R^2 = 0,333$ bei Personen ohne Migrationshintergrund sowie $R^2 = 0,293$ bei Personen mit Migrationshintergrund für sozialwissenschaftliche Studien vergleichsweise hoch. Die Richtung der Zusammenhänge zwischen den erklärenden und der zu erklärenden Variablen bleibt auch bei nach dem Migrationshintergrund getrennten Analysen tendenziell erhalten, lediglich die Stärke der Zusammenhänge variiert. So reduziert das Vorhandensein eines Partners im Haushalt die Pflegebedürftigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund nicht so stark wie bei Personen ohne Migrationshintergrund.

Allerdings ist der zusätzliche Erklärungsgehalt des Merkmals der derzeitigen bzw. früheren Erwerbstätigkeit bei Personen mit Migrationshintergrund nicht so eindeutig wie bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. So weisen bei der Gruppe mit Migrationshintergrund lediglich die Personen mit Hilfsarbeitertätigkeiten sowie mit physisch besonders anspruchsvollen Tätigkeiten deutlich höhere und statistisch signifikante Pflegerisiken als Personen in sonstigen Berufstätigkeiten auf. Auch das Pflegerisiko bei nichterwerbstätigen Personen ist bei weitem nicht so hoch wie bei Personen ohne Migrationshintergrund. Bei dem höheren Pflegerisiko infolge eines gesundheitlich bedingten vorzeitigen Ruhestandes sind keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund erkennbar (Tab. 4-7).

Bemerkenswert ist, dass bei Personen mit Migrationshintergrund keine signifikanten Unterschiede des Pflegerisikos nach dem Ausbildungsstand auftreten, während sie bei Personen ohne Migrationshintergrund besonders hoch und statistisch signifikant sind. Hier ist zu vermuten, dass sich die Wirkungen unterschiedlicher Migrantengruppen überlagern. Des Weiteren kann dieser Vergleich auch dadurch beeinträchtigt sein, dass Personen mit Migrationshintergrund ihren Ausbildungsabschluss bereits im Herkunftsland erworben haben und dadurch diese Abschlüsse nicht mit denen von Personen ohne Migrationshintergrund vergleichbar sind. Bei den Aspekten einer be-

reits bestehenden Behinderung, dem Erfahren einer Unfallverletzung sowie dem aktuellen und früheren Rauchstatus auf das Pflegerisiko sind keine Unterschiede zwischen den Personengruppen mit und ohne Migrationshintergrund auszumachen.

4.4 Die Angebotsseite von Pflege- und Gesundheitsleistungen

Neben der Nachfrage von Pflegeleistungen ist auch die Angebotsseite zu betrachten, weil entsprechend ausgebildete Migranten die aufgrund des demographischen Wandels zukünftig verstärkt auftretenden Personallücken im Gesundheits- und Pflegewesen schließen könnten (Derst et al. 2006). Gleichzeitig würde durch ein vermehrtes Auftreten von Gesundheits- und Pflegepersonal mit Migrationshintergrund die geforderte interkulturelle Sensibilität im Gesundheits- und Pflegewesen und eine damit einhergehende höhere Behandlungsqualität vor allem für Migranten erreicht werden (RKI 2008).

Die Pflege älterer Menschen ist allerdings sehr personalintensiv und muss überwiegend von qualifizierten Personen geleistet werden. Eine schrumpfende und zugleich alternde Gesellschaft erzeugt bei bestehenden Einrichtungen der Pflege neue Herausforderungen. Bereits heute wird oft fachfremdes Personal in der Pflege eingesetzt (Kap. 4.1.5.), um akuten Bedarf decken zu können (Afentakis/Maier 2010).

4.4.1 Aktuelle Trends

In Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen waren nach Angaben der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes zum Jahresende 2009 ca. 4,74 Millionen Personen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2010b). Seit dem Jahr 2000 war ein Anstieg der in diesem Sektor beschäftigten Personen um 15,1% zu beobachten. Auf der Grundlage der in der Gesundheitspersonalrechnung enthaltenen Angaben der Bundesagentur für Arbeit konnte festgestellt werden, dass die Partizipation von Ausländern je nach Berufsgruppe äußerst unterschiedlich ist, was auch auf jeweils unterschiedliche Teilarbeitsmarktlagen und Rechtsgrundlagen (Aufenthaltsgesetz, Beschäftigungsverordnung) zurückzuführen ist. So ist bei Ärzten und Zahnärzten bis 2004 ein Anstieg des Anteils von Ausländern festzustellen, während

im Bereich der (Kranken-)Pfleger eine stagnierende bzw. sogar leicht rückläufige Entwicklung zu beobachten war (Derst et al. 2006), was aber auch eine Folge verstärkter Einbürgerungstendenzen sein kann. Aussagen zur Qualifikation der ausländischen Population sind leider nicht ableitbar. Diese wären sehr aufschlussreich, weil es eine Vielzahl von Personen mit Migrationshintergrund gibt, die nicht in einer dem Qualifikationsstand des Herkunftslandes entsprechenden Berufsgruppe erwerbstätig sind (Kreyenfeld/Konietzka 2002).¹⁹

4.4.2 Modellrechnungen

Modellrechnungen zeigen, dass sich die Nachfrage nach Pflegearbeitskräften von derzeit 561.000 bis 2020 deutlich erhöht (Pohl 2010). Im Basisszenario liegt die Zahl der Beschäftigten in Vollzeitäquivalenten bei 728.000. Dies entspricht einem Anstieg von 30% gegenüber 2007. Im Alternativszenario, bei dem der Umfang der pflegenden Angehörigen auf dem Niveau des Jahres 2005 fest geschrieben wird, fällt der Bedarf an Pflegearbeitskräften mit 893.000 Personen (in Vollzeitäquivalenten) deutlich höher aus. Der Bedarf könnte sich somit gegenüber 2007 um 59% erhöhen, wobei der Bedarf wiederum für den stationären Bereich etwas schneller wächst als für den ambulanten Bereich. Hier wurde davon ausgegangen, dass das Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegebedürftigen unverändert bleibt. Denkbar sind aber auch Produktivitätssteigerungen in der Erbringung von Pflegedienstleistungen, die zu einer Absenkung der Relation Pflegekräfte/Pflegebedürftige führen (z.B. innovative technische Hilfsmittel, neue Wohnkonzepte). Bei einem angenommenen Produktivitätsfortschritt von 0,25% pro Jahr würde der Bedarf im Jahr 2020 etwa 705.000 Vollzeitäquivalente betragen (Pohl 2010). Hier zeigt sich das erwartete

19 Allerdings greift die verwendete Abgrenzung nach der Staatsangehörigkeit zu kurz, weil eine Vielzahl von Migranten eine Einbürgerung vollzogen hatte und somit nicht mehr über das Merkmal der Staatsangehörigkeit als Migranten identifizierbar sind (Kohls 2010). Aufgrund der standardmäßigen Einbeziehung des Mikrozensus in die sekundärstatistische Kalkulation der Gesundheitspersonalrechnung (Statistisches Bundesamt 2010a) sollte es allerdings seit der Erhebung des Migrationshintergrundes im Mikrozensus 2005 theoretisch möglich sein, den detaillierten Migrationsstatus der im Gesundheitswesen tätigen Personen abzubilden.

Bild, dass Effizienzsteigerungen den wachsenden Bedarf an Pflegekräften abmildern können.

Die Entwicklung des Pflegearbeitsmarktes wird auch von der Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen abhängen, da diese seit 2010 notwendige pflegerische Alltagshilfen legal ausüben dürfen. Angehörige von Pflegebedürftigen stehen damit je nach Pflege- und Betreuungsbedarf vor der Entscheidung, selber die Pflege zu übernehmen, auf ambulante Pflegedienste zurückzugreifen, eine stationäre Unterbringung zu veranlassen oder eine Haushaltshilfe einzusetzen. Da die Beschäftigung einer ausländischen Haushaltshilfe oftmals die günstigste Alternative zur Versorgung Pflegebedürftiger darstellt, dürfte diese Beschäftigungsform vor allem bei intensiver Betreuung weiter an Bedeutung gewinnen (Pohl 2010).


4.4.3 Herausforderungen bei zukünftigem Pflegepersonalmangel

Zu welchem Zeitpunkt ein Pflegepersonalmangel auftreten wird, hängt neben der künftigen Zahl an ausgebildeten und fachfremden Pflegekräften auch von der Beschäftigungsstruktur (Anteil der Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten sowie der geleisteten Wochenarbeitszeit) in Pflegeberufen ab.

Vor dem Hintergrund eines prognostizierten Pflegepersonal mangels sind die größten Herausforderungen bei der beruflichen Flexibilität und Beschäftigungsstruktur zu finden (Afentakis/Maier 2010). Es zeigt sich, dass Pflegekräfte zu hohen Anteilen in ihrem erlernten Beruf arbeiten (Afentakis/Maier 2010). Junge Menschen sollten daher zunächst zu einer Ausbildung in diesem Beruf überzeugt werden. Ein hoher Anteil von Un- und Angelernten in der Kranken- und Altenpflege (Kap. 4.1.5.) beweist jedoch, dass Umorientierung von fachfremden Berufen möglich ist. Zukünftig werden Anreize zunehmen müssen, weil für Erwerbspersonen aufgrund des zunehmenden Arbeitskräfte mangels eine Wahl zwischen Berufen einfacher sein wird. Hierbei ist neben der Bezahlung vor allem die Beschäftigungsart relevant.


Eine Veränderung der Beschäftigungsverhältnisse (von geringfügig in Teilzeit bzw. von Teilzeit in Vollzeit) würde einen Pflegepersonalengpass verzögern. Allerdings lassen sich bisher keine derartigen Entwicklungen beobachten (Statistisches Bundesamt 2011a). Eher ist eine Zunahme von geringfügigen und Teilzeitstellen zu sehen, wobei hierfür größtenteils persönliche/familiäre Verpflichtungen ausschlaggebend sind (Afentakis/Maier 2010). Hierbei stehen für das überwiegend weibliche Pflegepersonal hauptsächlich Vereinbarkeitsproblematiken von Familie und Beruf im Fokus. Das bedeutet auch, dass selbst bei einer Ausweitung der Vollzeitstellen womöglich diese Stellen von den Beschäftigten gar nicht nachgefragt werden können.

5 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen



Zukünftig wird es für viele Menschen keine Besonderheit mehr sein, jene Lebensphasen zu erreichen, in denen der Pflegebedarf besonders hoch ist. Insbesondere die Zahl der Hochbetagten wird sich in den nächsten Jahren vervielfachen und so die potenziell zu pflegenden Personen ansteigen lassen. Insgesamt wird damit eine deutliche Zunahme der pflegebedürftigen Personen einhergehen. Gleichzeitig geht jedoch auch die Zahl der Erwerbspersonen zurück. Diese stellen das Potenzial, aus dem sich das Pflegepersonal rekrutiert, sei es im familialen, ambulanten oder stationären Bereich. Weiterhin wird die erwerbstätige Bevölkerung durch das Umlageverfahren auch zur Finanzierung der Pflegeausgaben herangezogen.

Die längerfristige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der gewählten Pflegearrangements hängt von nachfrage- und angebotsseitigen Faktoren ab. Neben demographischen Entwicklungen spielen beispielsweise Änderungen von Familienstrukturen und Erwerbsverhalten, aber auch die Einkommen und die Verfügbarkeit von Versicherungsschutz eine Rolle. Die demographische Entwicklung hat hier nicht nur einen Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit, sondern gleichzeitig auch auf das familiäre Pflegepotential für häusliche Pflege. In dem Maße, in dem – aus welchen Gründen auch immer – die Pflege durch Angehörige zurückgeht, muss diese durch professionelle Pflege ersetzt werden. Allein im stationären Bereich wird die Zahl der pflegebedürftigen weiter zunehmen. Hier sind erhebliche Beschäftigungspotentiale erschließbar. In diesem Zusammenhang ist auch eine Aufwertung der Pflegediensttätigkeiten erforderlich, um qualifiziertes Personal für die entsprechenden Berufsfelder gewinnen zu können.



Nach den hier vorgelegten Berechnungen dürfte die Zahl der Pflegefälle bis 2020/2030 deutlich steigen. Da die Zahl der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen stärker steigt als die der erheblich Pflegebedürftigen, wird sich nicht nur die Zahl der Pflegefälle, sondern auch der Grad der durchschnittlichen Pflegebedürftigkeit erhöhen. Bereits demographisch bedingt wird die Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen stärker steigen, als die der ambulanten Betreuung. Diese Tendenz kann durch die veränderten Familien- und Haushaltsstrukturen, die weiterhin steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie die Alterung der familiären Pflegekräfte verstärkt werden, allerdings aber auch durch einen zunehmenden Anteil der hochbetagten Frauen, die in Zukunft auf ein höheres familiales Unterstützungspotential zurückgreifen können, kompensiert werden.

Für die Gruppe der älteren Migranten wird in den nächsten Jahren mit einem erhöhten Pflegebedarf gerechnet. Der erwartete höhere Pflegebedarf wird zum einen mit der rein demographisch bedingten Zunahme der Menschen in dieser Gruppe und zum anderen mit den gesundheitlichen Belastungen, die diese Gruppe in ihrem Arbeitsleben ausgesetzt war, begründet. Die Vorstellungen der älteren Migranten über ihre pflegerische Versorgung im Alter unterscheiden sich nur unwesentlich von den Vorstellungen älterer Menschen ohne Migrationshintergrund. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund erwarten überwiegend Hilfe von ihren Verwandten und Kindern. Es ist aber zunehmend zu beobachten, dass nicht alle älteren Migranten Verwandte in Deutschland haben, die diese Aufgabe übernehmen können und auch wollen. Insgesamt sind die ambulanten und stationären Angebote der Pflege bei älteren Migranten wenig bekannt und werden kaum in Anspruch genommen. Gründe hierfür sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber den Pflegeinstitutionen aufgrund schlechter Erfahrungen, das Vertrauen auf die Pflege durch Kinder und Verwandte, die Unübersichtlichkeit des Pflegesystems, insbesondere im Bereich der Finanzierung sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption.

Für die Weiterentwicklung des Versorgungsangebots werden in Zukunft vermehrt Erkenntnisse benötigt, die den quantitativen und qualitativen Pflegebedarf im Zeitverlauf dokumentieren sowie eine systematische und zielgerichtete Analyse der erhobenen Daten erlauben. Gerade im Bereich „vor Ort“ ist hierzu schon eine Menge geschehen. Zahlreiche Akteure aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Migrantenorganisationen haben zusammen auch im Rahmen von „Zirkeln“ zur kultursensiblen Pflege Richtlinien und Empfehlungen für die „optimale“ Pflege von Migrantinnen und Migranten erarbeitet. Mit Konzepten wie „interkulturelle Kompetenz“ oder „kultursensible Pflege“ wird bereits vielfach die Öffnung des Altenhilfesystems für ältere Zuwanderer und eine stärkere Ausrichtung der Versorgung auf kulturspezifische Bedürfnisse angestrebt. Diese Ansätze zielen darauf ab, Sensibilität gegenüber unterschiedlichen Hygienebedürfnissen, Tabus, Schamgrenzen, Höflichkeitsregeln oder Formen der Schmerzäußerung zu entwickeln und diese Differenzen im Pflegealltag zu berücksichtigen. Bislang kaum thematisiert worden sind jedoch planungsrelevante Aspekte wie der Umfang und die Struktur der potenziellen Nachfrage nach solchen Dienstleistungen oder deren Kosten.

Auf dem Weg zu einer interkulturellen Öffnung der Altenpflege ist jedoch der Schritt von Theorie zur Praxis nicht vorgezeichnet. Studien zeigen, dass soziale Dienste zwar grundsätzlich für ältere Migranten offen, für den Umgang mit dieser Zielgruppe aber meist noch unzureichend vorbereitet sind. Das zeigt sich auch daran, dass Angebote und Dienste mit Mitarbeitern ausländischer Herkunft stärker in Anspruch genommen werden. Die meisten pflegebedürftigen Migranten werden immer noch von Familienangehörigen gepflegt. Pflegenden Angehörige sind jedoch häufig überfordert. Hier leisten bestehende Unterstützungsansätze in Form von Migrationssozialdiensten und anderen interkulturell orientierten Einrichtungen Abhilfe. Allerdings zeigt sich, dass die Kooperation und Vernetzung dieser Angebote noch an vielen Stellen optimiert werden kann. Weitere Ziele sind der Abbau von Zugangsbarrieren, die Erhöhung des Bekanntheitsgrades von Einrichtungen, die Förderung der interkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter, die Schaffung bedarfsgerechter Dienste und Angebote. Ergänzend sind zielgruppenorientierte Unterstützungs- und Beratungs-

angebote für pflegende Angehörige zu nennen, wie etwa Gesprächskreise oder Pflegekurse mit Übersetzungsmöglichkeiten.

Die professionelle Pflege erbringt einen nicht unerheblichen Beitrag im Gesundheitswesen. Veränderte Bedarfslagen und Ressourcen unter den Vorzeichen der demographischen Alterung und kulturellen Vielfalt der Gesellschaft haben ein Umdenken erzeugt. Allerdings sind die Rahmenbedingungen hinsichtlich Migrations- und Kultursensibilität vielfach defizitär. Es muss konstatiert werden, dass neben einer unzureichenden, migrationssensitiven Datenerhebung im Gesundheitswesen auch die Pflegeversorgung davon betroffen ist.

So zeigte sich auch in der vorliegenden Analyse der Pflegebedürftigkeit von Migrantinnen und Migranten, dass hierzulande nur wenig fundierte Erkenntnisse vorliegen. Mittels amtlicher Pflegestatistik und der durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) erhobenen Daten sind Analysen der Pflegebedürftigkeit von Migranten nicht möglich. Hinsichtlich der MDK-Daten sind auch zukünftig keine Änderungen zu erwarten, weil laut GKV-Spitzenverband derzeit keine besondere Notwendigkeit gesehen wird, die gesetzlichen Grundlagen bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK dahingehend zu ändern, dass das Merkmal der Staatsangehörigkeit bzw. des Migrationshintergrundes erhoben wird (Beauftragte 2010, Kohls 2010).

Tatsächlich sind bisher lediglich Forschungsprojekte bzw. Studien durchgeführt worden, die aber in der Regel regional bzw. kommunal begrenzt blieben, weil vor allem Großstädte mit einem hohen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund (u.a. Berlin, München, Bremen, Münster) vor dem Hintergrund des demographischen Wandels für die zukünftig verstärkt auftretenden Herausforderungen der Pflege von und mit Migranten gewappnet sein wollen. Diese Studien sind allerdings nur schwer miteinander vergleichbar, weil die Zielsetzungen (Pflege- und Hilfsbedürftigkeit, Angebot an Pflegeleistungen, Auslastung bestehender Heime), die Definition der Personen mit Migrationshintergrund und die Struktur der betrachteten Migrantenbevölkerung jeweils verschieden sind. Einzig die seit kurzem verfügbare

Studie zu den „Wirkungen der Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ erlaubt es, repräsentative Aussagen zu pflegebedürftigen Personen mit Migrationshintergrund in Privathaushalten und vollstationären Einrichtungen sowie von ambulanten Pflegediensten betreuten Personen mit Migrationshintergrund abzuleiten (BMG 2011).

Unter Zugrundelegung der Erkenntnisse aus dieser repräsentativen Studie würde sich für 2009 eine Gesamtzahl pflegebedürftiger Personen mit Migrationshintergrund von etwa 192.000 Pflegefällen ergeben. Der Anteil an allen Pflegebedürftigen würde 8,2% betragen. Auch ist es indirekt möglich, durch die Einbeziehung des Mikrozensus bundesweite Aussagen zur Nachfrage von Pflegeleistungen bei ausländischen Personen und Personen mit Migrationshintergrund zu erhalten. Unter der Annahme, dass bei der ausländischen Bevölkerung dieselben Pflegequoten wie bei der deutschen Bevölkerung gelten, wäre von 1999 bis 2009 ein Anstieg der pflegebedürftigen Ausländer um ca. 34.000 zu verzeichnen. Der relative Zuwachs war aufgrund des niedrigeren Ausgangsniveaus seit 1999 bei ausländischen Frauen am größten. Insgesamt würde der Anteil der ausländischen Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2009 allerdings lediglich 4,4% darstellen. Werden anstelle der ausländischen Bevölkerung Personen mit Migrationshintergrund betrachtet, würde die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2005 ca. 163.000 Personen und im Jahr 2009 ca. 201.000 Personen betragen, wobei der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund an allen Pflegebedürftigen im Jahr 2009 ca. 8,6% ausmachen würde. Die Zunahme bei Personen mit Migrationshintergrund war seit 1999 im Vergleich zu den Personen ohne Migrationshintergrund aufgrund der erheblichen Altersstrukturverschiebungen überdurchschnittlich und dürfte zukünftig ebenfalls überproportional ansteigen, weil die Bevölkerung mit Migrationshintergrund derzeit noch eine wesentlich jüngere Altersstruktur als die Population ohne Migrationshintergrund aufweist.

Der Abgleich mit den Bestandszahlen des Mikrozensus zeigt, dass etwa 8,7% der 65-Jährigen und Älteren bzw. 7,1% der 75-Jährigen und Älteren einen Migrationshintergrund innehaben. Der Anteil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund entspricht also unge-

fähr dem Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der entsprechenden Bevölkerung über 65 Jahren.

Der Mikrozensus erlaubt aufgrund seiner Variablenvielfalt ebenfalls multivariate Analysen zur Pflegebedürftigkeit, die aufgrund der hohen Fallzahlen in der Regel auch repräsentativ sind. In den Analysen wird deutlich, dass das Pflegerisiko vor allem durch erwerbsbezogene Aspekte und bereits bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen bestimmt wird. Die erwerbstätigkeitsbezogenen Aspekte stellen dabei in der Regel die langfristigen Auswirkungen physisch belastender Berufstätigkeiten dar. Ein auffallendes Resultat ist, dass Erwerbstätige in der Baubranche bei Personen mit und ohne Migrationshintergrund kein höheres Pflegerisiko aufweisen, was auf die Wirksamkeit des „Healthy-Worker-Effects“ hindeutet. Weiterhin übt bei Personen mit Migrationshintergrund der Ausbildungsstand keinen signifikanten Einfluss auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit aus, während dieser Zusammenhang bei Personen ohne Migrationshintergrund stark ausgeprägt ist. Hier ist eine Überlagerung der Effekte heterogener Gruppen zu vermuten.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die migrationsbezogene Datenlage in der Pflegeberichterstattung nach wie vor unbefriedigend ist. Es sind weitere Daten nötig, um zielgenauer vorgehen zu können, um den Handlungsbedarf wirklich zu identifizieren und um Lösungen zu entwickeln (Böhmer 2010). Die aktuelle Pflegeberichterstattung erlaubt kaum eine angemessene Planung und Qualitätskontrolle. Berechtigte datenschutzrechtliche Interessen und Problemstellungen müssen im Abgleich mit den Anforderungen der Versorgungsplanung und Qualitätssicherung diskutiert werden, um eine angemessene regionale und nationale Steuerung zu gewährleisten (Habermann 2009).

Weiterhin sind vertiefende Analysen nötig, um den Einfluss verschiedener Determinanten, wie die Rolle des familialen Zusammenhalts auf das Pflegerisiko von Migranten abschätzen zu können. Eventuell können Erkenntnisse der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ beitragen (Kuhn 2010, BMG 2011), offene

Fragen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit bei Migrantinnen und Migranten zu beantworten.

Handlungsempfehlungen

Für die Pflegeversorgung von Migrantinnen und Migranten lassen sich literaturgestützt einige Schlussfolgerungen ziehen:

Allgemeine Integration von Migrantinnen und Migranten verbessern

Für viele Migrantinnen und Migranten bestehen teilweise erhebliche sprachliche und kulturelle Barrieren beim Zugang zu den Versorgungsangeboten des Gesundheits- und Pflegewesens. Eine verbesserte allgemeine Integration von Migrantinnen und Migranten und insbesondere die Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse können zukünftig helfen, diese Hürden zumindest teilweise zu überwinden.

Stärkung der Prävention

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Migrantinnen und Migranten sollten ausgebaut werden. Als Schwerpunkte legen Studien eine verstärkte Gesundheitsförderung und Prävention im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen und soziale Belastungen nahe. Hierbei sind bei Migranten die Etablierung von aufsuchenden, niedrigschwelligen Angeboten von hoher Relevanz.

Geschlechtsspezifische Angebote etablieren

Geschlechtsspezifische Rollenvorstellungen und Verhaltensmuster sind bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund anders ausgeprägt als bei der Population ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus sind geschlechtsspezifische Angebote von Gesundheitsdiensten und der Pflegeversorgung wichtig, weil z.B. geschlechtsspezifische Themen aufgrund des kulturellen Hintergrunds tabuisiert werden bzw. auch die Behandlung von Frauen durch männliches Personal nicht erlaubt ist.

Überwindung von Sprachbarrieren

Defizite bestehen sowohl in der mündlichen Kommunikation mit den Pflegebedürftigen als auch in der Verfügbarkeit von Infor-

mationsmaterialien. Hier könnte von den zuständigen Akteuren auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene festgelegt werden, für welche Themen ein besonderer fremdsprachlicher Informationsbedarf für Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund besteht. Auch im Hinblick auf das „Dolmetschen“, vor allem in Pflegeeinrichtungen scheint noch ein deutliches Verbesserungspotential zu bestehen. Hier sollten entsprechende Mindeststandards erarbeitet werden und deren Umsetzung gemeinsam erprobt werden. In vollstationären Pflegeeinrichtungen sollte es das Ziel sein, für die Pflegebedürftigen mindestens eine Pflegekraft zur Verfügung zu haben, die die Muttersprache der pflegebedürftigen Person spricht.

Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung

Die Einrichtung von Migrationsbeauftragten und die Schulung von Beschäftigten sind geeignete Maßnahmen, um Einrichtungen und Personal besser auf die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund vorzubereiten. Die Pflegeinstitutionen sollten hierbei z.B. in Form von Kongressen, Workshops, Projekten zur Qualitätsverbesserung unterstützt werden, insbesondere durch Informationen über entsprechende Schulungsprogramme, Anpassungs- und Umsetzungsmöglichkeiten.

Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten

In vielen Routine-Statistiken der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung fehlt die Möglichkeit einer Differenzierung nach Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund. Wissenschaftlich orientierte Studien wiederum erfassen den Migrationshintergrund nach unterschiedlichen Merkmalen, so dass Datenvergleiche zwischen Studien schwer möglich sind. Eine bessere und einheitlichere Erfassung des Merkmals „Migrationshintergrund“ ist notwendig, um Integrationserfolge und -defizite in gesundheitlicher Hinsicht feststellen zu können

Anhang



Tab. A-1: Zahl der Pflegefälle nach Pflegestufe und Versorgungsform, 1999 – 2009

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Pflegebedürftige, gesamt						
Stufe I	926.476	980.621	1.029.078	1.068.943	1.156.779	1.247.564
Stufe II	784.824	772.397	764.077	768.093	787.465	787.018
Stufe III	285.264	276.420	276.126	280.693	291.752	293.096
Noch nicht zugeordnet	19.527	10.342	7.654	10.821	10.833	10.574
Gesamt	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550	2.246.829	2.338.252
Stationäre Pflege						
Stufe I	176.573	196.553	216.307	231.106	253.406	277.997
Stufe II	248.939	269.151	282.699	293.551	299.936	309.405
Stufe III	128.172	128.319	133.629	141.104	145.136	150.242
Noch nicht zugeordnet	19.527	10.342	7.654	10.821	10.833	11.245
Gesamt	573.211	604.365	640.289	676.582	709.311	748.889
Ambulante Pflege						
Stufe I	190.300	209.613	224.732	240.086	264.527	302.728
Stufe II	165.368	166.717	167.558	172.937	178.532	187.991
Stufe III	59.621	58.349	57.836	58.520	61.173	64.479
Noch nicht zugeordnet	-	-	-	-	-	-
Gesamt	415.289	434.679	450.126	471.543	504.232	555.198
Pflegegeld						
Stufe I	559.603	574.455	588.039	597.751	638.846	680.671
Stufe II	370.517	336.529	313.820	301.605	308.997	303.111
Stufe III	97.471	89.752	84.661	81.069	85.443	81.782
Noch nicht zugeordnet	-	-	-	-	-	-
Gesamt	1.027.591	1.000.736	986.520	980.425	1.033.286	1.065.564

Bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen werden ab der Erhebung 2009 die teilstationär durch Heime Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert. Diese erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt. Bis 2008 können bei der Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt Doppelerfassungen entstehen, sofern Empfänger/-innen von Tages- bzw. Nachtpflege zusätzlich auch ambulante Pflege oder Pflegegeld erhalten. Durch die geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen eingeschränkt (Statistisches Bundesamt 2011a). 1999-2009: Pflegebedürftige nach SGB XI.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts.

Tab. A-2: Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht, Pflegequoten, 2009

Alter	Frauen	Männer	Gesamt
Pflegebedürftige			
unter 15	30.885	35.589	66.474
15-59	124.828	131.508	256.336
60-64	34.909	36.461	71.370
65-69	64.240	65.447	129.687
70-74	122.603	102.200	224.803
75-79	190.444	116.479	306.923
80-84	327.628	132.501	460.129
85-89	407.388	101.995	509.383
90+	263.558	49.591	313.149
Gesamt	1.566.482	771.770	2.338.252
Bevölkerung			
unter 15	5.368.217	5.654.417	11.022.634
15-59	24.439.372	25.130.915	49.570.287
60-64	2.189.134	2.118.460	4.307.594
65-69	2.535.108	2.345.401	4.880.509
70-74	2.552.708	2.187.216	4.739.924
75-79	1.773.138	1.327.478	3.100.616
80-84	1.467.528	844.367	2.311.895
85-89	978.446	360.488	1.338.934
90+	395.000	134.864	529.864
Gesamt	41.698.651	40.103.606	81.802.257
Pflegequoten, in %			
unter 15	0,6	0,6	0,6
15-59	0,5	0,5	0,5
60-64	1,7	1,6	1,7
65-69	2,8	2,5	2,7
70-74	4,7	4,8	4,7
75-79	8,8	10,7	9,9
80-84	15,7	22,3	19,9
85-89	28,3	41,6	38,0
90+	36,8	66,7	59,1
Gesamt	1,9	3,8	2,9

1999-2009: Pflegebedürftige nach SGB XI.

Quelle: Eigene Berechnungen mit Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts.

Literaturverzeichnis



- Afentakis, Anja/Maier, Tobias** (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025, in: *Wirtschaft und Statistik*, 11, 990-1002.
- Algül, Hana/Mielck, Andreas** (2005): Türkische Gastarbeiter als Patienten im deutschen Gesundheitssystem, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 11/12, 45-55.
- Aparicio, Mary L./Döring, Angela/Mielck, Andreas/Holle, Rolf** (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 107-118.
- Arbeitskreis Alt werden in der Fremde** (2005): Kampagne für eine Kultursensible Altenpflege - Fachtagung für Führungskräfte in der Altenpflege. München.
- Baric-Büdel, Daragica/Zanier, Gabriella/Wagner, Monika** (2009): Interkulturelle Öffnung in der Altenhilfe, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.): *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund. Dokumentation Expertenworkshop am 5. Mai 2009*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 97-121.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration** (2003): *Gesunde Integration*. Berlin und Bonn: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration** (2007): *Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis*. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration** (2010): Migrationsensible Datenerhebung für die Gesundheits- und Pflegeberichterstattung. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.
- Becher, Heiko et al.** (2007): Mortalität von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion. Ergebnisse einer Kohortenstudie, in: Deutsches Ärzteblatt, 104, 1655-1661.
- Blinkert, Baldo/Klie, Thomas** (1999): Pflege im sozialen Wandel. Die Situation von Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vinzentz-Verlag.
- Blinkert, Baldo/Klie, Thomas** (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Online: [http://www.soziologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf], Abruf: 29.09.2011.
- Blinkert, Baldo/Klie, Thomas** (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel – die Kasseler Studie, Hannover.
- Blinkert, Baldo/Gräf, Bernhard** (2009): Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. Frankfurt: Deutsche Bank Research.
- Böhmer, Maria** (2010): Gesundheit als Ziel der Integrationspolitik, in: Deutscher Ethikrat: Migration und Gesundheit - Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung, 13-20. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Bollini, Paola/Siem, Harald** (1995): No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000, in: Social Science and Medicine, 41, 819-828.
- Bomsdorf, Eckard/Babel, Bernhard/Kahlenberg, Jens** (2010): Care Need Projections for Germany until 2050, in: Doblhammer, Gabriele/Scholz, Rembrandt (Hrsg.): Ageing, Care Need and Quality of Life – The Perspective of Care Givers and People in Need of Care. Wiesbaden: VS Verlag.

- Borde, Theda/Braun, Tanja/David, Mathias** (2005): Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migrantinnen/innen – Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht. Berlin: Universitätsklinikum Charité.
- Boschek, Hans-Joachim** (2006): Kommunale Pflegeberichterstattung für die Planung der Altenhilfe in Städten und Gemeinden, in: Bundesgesundheitsblatt, 6, 529-536, Springer Medizin Verlag.
- Breslow, Norman E./Day, Nicholas E.** (1987): Statistical methods in cancer research. New York: Oxford University Press.
- Brzoska, Patrick/Razum, Oliver** (2009): Krankheitsbewältigung bei Menschen mit Migrationshintergrund im Kontext von Kultur und Religion, in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18, 151-161.
- Brzoska, Patrick/Razum, Oliver** (2011): Migration und Pflege. In: Schaeffer, Doris/ Wingenfeld, Klaus (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, 429-445.
- Butler, Jeffrey/Albrecht, Niels-Jens/Ellsäßer, Gabriele et al.** (2007): Migrationssensible Datenerhebung für die Gesundheitsberichterstattung - Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung des Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“, in: Bundesgesundheitsblatt 2007, 50, 1232-1237. Springer Medizin Verlag.
- Butler, Jeffrey** (2009): Impflücken bei jugendlichen Migrantinnen und Migrantinnen – Erfahrungen mit der Erreichbarkeit der Zielgruppe im Rahmen der Jugendarbeitsschutzgesetzuntersuchung im Berliner Bezirk Mitte, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheitsförderung konkret, Band 12: Migration und Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 135-143.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS)** (1999): Pflegeversicherung, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)** (2006): Übersicht über das Sozialrecht, Nürnberg: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2006): Pflegeversicherung, BMG-P-G500, Berlin. Online: [http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_603392/SharedDocs/Publikationen/Pflege/g-500,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/g-500.pdf], Abruf: 07.10.2011.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2008): Die Entwicklung der Pflegeversicherung, Vierter Bericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung von demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (2005): Handbuch für eine kultursensible Altenpflegeausbildung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)** (2011): Migrationsbericht 2009 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BBK)** (2007): BKK-Gesundheitsreport 2007. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.)** (2009): Gesundheitsförderung konkret, Band 12: Migration und Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Clayton, David/Hills, Michael** (1993): *Statistical Models in Epidemiology*. Oxford: University Press.
- Collatz, Jürgen** (1994): Zur Realität von Krankheit und Krankheitsversorgung von Migranten in Deutschland, in: *Jahrbuch für kritische Medizin*, 23, 101-132.
- Courbage, Youssef/Khlat, Miriam** (1996): Mortality and causes of death of Maroccans in France, 1979-91, in: *Population: an English selection*, 8, 59-94.
- Deutscher Bundestag** (1997): Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drs. 13/9528. Bonn: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag** (2000): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Drs. 14/5130. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag** (2002): Enquête-Kommission Demographischer Wandel. Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Drs. 14/8800, Berlin: Deutscher Bundestag.
- Derst, Peter/Hess, Barbara/von Loeffelholz, Hans-Dietrich** (2006): *Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Dietz, Bertold** (2001): Kosten steigen schneller als erwartet. Entwicklung des Pflegebedarfs bis 2050, in: *Soziale Sicherheit*, 1, 2-8.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria** (1993): *Altern in der Migration: Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?* Stuttgart: Enke.
- Dietzel-Papakyriakou, Maria/Olbermann, Elke** (2005): *Gesundheitliche Lage und Versorgung alter Arbeitsmigranten in Deutschland*, in: Marschalck, Peter/Wiedl, Karl-Heinz (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. Göttingen: V&R unipress, 283-311.
- Dinkel, Reiner H.** (1989): *Bevölkerungsdynamik*. München: Vahlen.
- Dinkel, Reiner H./Kohls, Martin** (2005): Die zukünftige Zahl von Pflegebedürftigen – Die Auswirkungen von Mortalitätsfortschritt, in: *Tagungsband zur Statistischen Woche 2005*. Braunschweig.

- Dinkel, Reiner H./Kohls, Martin (2006):** Gibt es für die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in einem allgemeinen Sterblichkeitsrückgang einen Ruhezustand?, in: Blätter der Deutschen Gesellschaft für Versicherungs- und Finanzmathematik (DGVMF), 27, 419-433.
- Doblhammer, Gabriele/Westphal, Christina/Ziegler, Uta (2006):** Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung. Bedarfsprognosen zeigen Anstieg häuslichen Pflegepotenzials in Deutschland bis 2030, in: Demografische Forschung aus erster Hand, 3, 3.
- Doblhammer, Gabriele/Scholz, Rembrandt (2010):** Ageing, Care Need and Quality of Life – The Perspective of Care Givers and People in Need of Care. Wiesbaden: VS Verlag.
- Duncan, Laura/Simmons, Mary (1996):** Health Practices Among Russian and Ukrainian Immigrants, in: Journal of Community Health Nursing, 13, 137-139.
- Elkeles, Thomas/Mielck, Andreas (1997):** Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in: Gesundheitswesen, 59, 137-143.
- Fries, James F. (2000):** Compression of morbidity in the elderly, in: Vaccine, 18, 1584-1589.
- Fox, Anthony J./Collier, P.F. (1976):** Low mortality rates in industrial cohort studies due to selection for work and survival in the industry, in: British Journal of Prevention and Social Medicine, 30, 225-230.
- Gesundheitsamt Bremen (2004):** Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen - Lebenssituation, potenzielle Versorgungsbedarfe und gesundheitspolitische Perspektiven. Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Gesundheitsamt Bremen (2008):** Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008. Bremen: Gesundheitsamt Bremen.
- Gesundheitsamt Nürnberg (1997):** Stadtteilgesundheitsbericht Gostenhof. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Nürnberg: Gesundheitsamt Nürnberg.

- Glodny, Susanne/Yilmaz-Aslan, Yüce/Butenuth-Thör, Sylke (2009):** Pflegebegut-achtungen bei Migrantinnen und Migranten, in: Gaertner, Thomas et al. (Hrsg.): Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. Berlin: Walter de Gruyter, 164-170.
- Glodny, Susanne/Yüce, Yilmaz-Aslan/Razum, Oliver (2010):** Häusliche Pflege bei Migrantinnen und Migranten, in: Informationsdienst Altersfragen, 37, 9-13. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Habermann, Monika/Schenk, Liane/Albrecht, Niels-Jens/Gavranidou, Maria/Lindert, Jutta/Butler, Jeffrey (2009):** Planung und Steuerung der Pflegeversorgung auch für Migranten und Migrantinnen? – Eine Analyse der Pflege und Gesundheitsberichterstattung in der ambulanten und stationären Altenpflege, in: Gesundheitswesen, 71, 1-5.
- Habermann, Monika/Schenk, Liane (2010):** Brauchen wir eine migrationsensitive Pflegeberichterstattung? Problemstellungen und Ergebnisse eines Expertenworkshops, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Migrationssensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Berlin, 119-131.
- Haas, Walter/Brodhun, Bonita/Starker, Anne (2006):** Tuberkulose. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 35. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Hagen, Kornelia/Lamping, Wolfram (2011):** Karenzzeit, „Pflege-Rieser“, Bürgerversicherung – Was hilft weiter?, in: DIW-Wochenbericht, 39, 3-15.
- Harding, Seeromanie (2000):** Examining the contribution of social class to high cardiovascular mortality among Indian, Pakistani and Bangladeshi male migrants living in England and Wales, in: Health Statistics Quarterly, 5, 26-29.
- Hergenc, Gulay/Schulte, Helmut/Assmann, Gerd/von Eckardstein, Arnold (1999):** Associations of obesity markers, insulin, and sex hormones with HDL cholesterol levels in Turkish and German individuals, in: Atherosclerosis, 145, 147-156.

- Höhne, Anke/Schubert, Michael** (2007): Vom Healthy-Migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland, in: DRV-Schriften, 55, 103-126.
- Hof, Bernd** (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung: Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln: Institut der deutschen Wirtschaft. Online: [http://www.pkv.de/publikationen/dokumentationen/auswirkungen_der_demographischen_entwicklung_fuer_die_gesetzliche_kranken_und_pflegeversicherung.pdf]. Abruf: 29.09.2011.
- Hoffmann, Elke/Nachtmann, Juliane** (2007): Alter und Pflege, in: GeroStat Report Altersdaten 3/2007. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Hull, Diana** (1979): Migration, adaption and illness: a review, in: Social Sciences and Medicine, 13, 25-36.
- Hullen, Gert** (2003): Projections of living arrangements, household and family structures. in: Hullen, Gert (Hrsg.): Living Arrangements and Households - Methods and Results of Demographic Projections, in: Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, 109, 7-43. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- Hurrelmann, Klaus** (2006): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Infratest Sozialforschung** (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München: Infratest Sozialforschung. Online: [<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-privathaushalten.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>]. Abruf: 29.09.2011.
- Jasso, Guillermina/ Massey, Douglas S./Rosenzweig, Mark R./ Smith, James P.** (2004): Immigrant Health – Selectivity and Acculturation, in: Labor and Demography 0412002. Economics Working Paper Archive. Online: [<http://129.3.20.41/eps/lab/papers/0412/0412002.pdf>]. Abruf: 29.09.2011.

- Kane, Robert L./Evans Grimley J./MacFadyen, David (1990):** Improving the Health of Older People: A World View. Oxford: University Press.
- Kasl, Stanislav V./Berkman, Lisa (1985):** Health consequences of the experience of migration, in: Annual Review of Public Health, 4, 69-90.
- King, Haitung/Locke, Francis B. (1987):** Health effects of migration: U.S. Chinese in and outside the Chinatown, in: International Migration Review, 21, 555-575.
- Klie, Thomas (2005):** Pflegeversicherung. Einführung, Lexikon, Gesetzestexte, Nebengesetze, Materialien, 7. Auflage, Hannover: Vinzenz Verlag.
- Klie, Thomas / Krahmer, Utz (2003):** Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB XI), 2. Auflage, Baden Baden.
- Kliwer, Erich V. (1992):** Epidemiology of diseases among migrants, in: International Migration, 141-164.
- Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2009):** Migration und Gesundheit. Sankt Augustin/Berlin: Konrad Adenauer Stiftung e.V.
- Kobi, Sylvie (2008):** Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten. Eine theoretische und empirische Untersuchung. Bern: Peter Lang.
- Kohls, Martin (2008a):** Erfassungsfehler, Healthy-Migrant-Effect und andere Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität von Migranten – Eine Bestandsaufnahme. Working Paper 15. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohls, Martin (2008b):** Leben Migranten wirklich länger? Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten in Deutschland. Working Paper 16. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Kohls, Martin (2009):** Einfluss von Auswahlprozessen auf die Sterblichkeit verschiedener Zuwanderergruppen in Deutschland, in: DRV-Schriften 2008, 55, 153-175.

- Kohls, Martin** (2010): Die Nachfrage und das Angebot von Pflegeleistungen bei Migranten - Erheblicher Forschungsbedarf, aber nur wenig überregionale Datengrundlagen, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Migrationssensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Berlin, 119-131.
- Kohls, Martin** (2011): Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Korporal, Johannes** (1990): Zur gesundheitlichen Situation der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik, in: Psychomed, 2, 11-16.
- Kuhn, Magnus** (2010): Möglichkeiten einer migrationssensiblen Datenerhebung im Bereich der Pflegeversorgung, in: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.): Migrationssensible Gesundheits- und Pflegeberichterstattung, Berlin, 105-109.
- Krämer, Alexander/Prüfer-Krämer, Luise** (2004): Gesundheit von Migranten. Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven. Weinheim: Juventa.
- Kreyenfeld, Michaela/Konietzka, Dirk** (2002): The performance of migrants in occupational labour markets. Evidence from Aussiedler in Germany, in: European Societys, 4, 53-78.
- Kouris-Blazos, Antigone** (2002): Morbidity mortality paradox of 1st generation Greek Australians, in: Asia Pacific Journal Clinical Nutrition, 11, 569-575.
- Kuckert, Andrea** (2003): Interkulturelle Altenpflege – ein Einblick in die Literatur. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Online: [http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2003/kuckert03_01.pdf]. Abruf: 28.09.2011.
- Kyobutungi, Catherine/Ronellenfitsch, Ulrich/Razum, Oliver/Becher, Heiko** (2005): Mortality from external causes among ethnic German immigrants from former Soviet Union countries, in Germany, in: European Journal of Public Health, 16, 376-382.

- Lampert, Thomas** (2010): Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt 53, 2, 108-116.
- Landeshauptstadt München, Sozialreferat (Hrsg.)** (2008): „Ein bisschen dort, ein bisschen hier...“ Konsequenzen der Landeshauptstadt München aus der Untersuchung von Dr. Philip Anderson zur Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten in München. München: Direktorium, Stadtkanzlei.
- Lotze, Eckhard/Hübner, Norbert** (2008): Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008. Bremen und Bremerhaven: Gesundheitsamt Bremen.
- Mai, Ralf** (2003): Die Alten der Zukunft – Eine bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Band 32. Opladen: Leske & Budrich.
- Matthäi, Ingrid** (2004): Lebenssituationen der älteren alleinstehenden Migrantinnen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Marmot, Michael G./Adelstein, Abraham M./Bulusu, Lak** (1984): Immigrant mortality in England and Wales 1970-1978. OPCS Studies of Medical and Population Subjects No. 47. London: HMSO.
- McMichael, Anthony J.** (1976): Standardized mortality ratios and the healthy worker effect: scratching beneath the surface, in: Journal of Occupational Medicine, 18, 165-168.
- Mehle, Jürgen** (1981): Evaluation der deutschsprachigen medizinischen Literatur von 1962 bis 1979 über die Epidemiologie und die Konfliktfelder im Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik. Dissertation. Bochum.
- Ministerium für Arbeit und Soziales Baden Württemberg** (2009): Familie und Pflege, in: Familien Baden-Württemberg, Report 2/2009. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg.
- Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank** (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

- Okken, Petra-Karin/Spallek, Jacob/Razum, Oliver (2008):** Pflege türkischer Migranten, in: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verlag, 396-422.
- Olshansky, S. Jay/Rudberg, Mark A./Carnes, Bruce A./Cassel, Christine K./Brody, Jacob A. (1991):** Trading longer life of worsening health: The expansion of morbidity hypothesis, in: Journal of Aging and Health, 3, 194-216.
- Omran, Abdel R. (1971):** The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 49, 509-538.
- Oppolzer, Alfred (1986):** Wenn Du arm bist, musst du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg: VSA-Verlag.
- Palloni, Alberto/Arias, Elisabeth (2004):** Paradox lost: explaining the Hispanic adult mortality advantage, in: Demography, 41, 385-415.
- Poethko-Müller, Christina/Kunert, Ronny/Schlaud, Martin (2007):** Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt, 50, 851-862.
- Pohl, Carsten (2010):** Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Deutschland: Modellrechnungen für die Bundesländer bis zum Jahr 2020, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaften, 35, 357-378.
- Porsch-Oezcueruemez, Mustafa/Bilgin, Yasar/Wollny, Michaela/Gediz, Ayla/Arat, Alev/Karatay, Erdogan/Akinci, Ahmet/Sinterhauf, Klaus/Koch, Heinz/Siegfried, Ingeborg/von Georgi, Ricard/Brenner, Gerhard, Kloer, Hans-Ulrich(1999):** Prevalence of risk factors of coronary heart disease in Turks living in Germany: The Giessen Study, in: Atherosclerosis, 144, 185-198.
- Pristl, Karl (2003):** Abschätzung des künftigen Pflegebedarfs – Pflegebedürftige, aktuelle Situation und Projektion bis 2020, in: Statistisch-prognostischer Bericht 2003, 153-171. Stuttgart: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

- Raven, Uwe/Huismann, Adrienne (2000):** Zur Situation ausländischer Demenzzkranker und deren Pflege durch Familienangehörige in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Pflege*, 13, 187-196.
- Ravenstein, Edward G. (1885):** The laws of migration, in: *Journal of the Royal Statistical Society*, 48, 167-227. Reprint 1976. New York: Arno press.
- Razum, Oliver/ Zeeb, Hajo/Akgün, H.Seval/Yilmaz, Selma (1998):** Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect, in: *Tropical Medicine and International Health*, 3, 297-303.
- Razum, Oliver/ Geiger, Ingrid/Zeeb, Hajo/Ronellenfitsch, Ulrich (2004):** Gesundheitsversorgung von Migranten, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 43, 2882-2887.
- Razum, Oliver/Rohrmann, Sabine (2002):** Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-bias, in: *Gesundheitswesen*, 64, 82-88.
- Razum, Oliver/Twardella, Dorothee (2002):** Time travel with Oliver Twist – Towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants, in: *Tropical Medicine and International Health*, 7, 4-10.
- Razum, Oliver/Twardella, Dorothee (2004):** Niedrige Sterblichkeit unter Migranten – wirklich ein Paradox? Ein Gedankenexperiment, in: Krämer, Alexander/Prüfer-Krämer, Luise (Hrsg.): *Gesundheit von Migranten – Internationale Bestandsaufnahme und Perspektiven*, Weinheim: Juventa, 61-74.
- Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (RKI) (2008):** Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rothgang, Heinz (1997):** Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.
- Rothgang, Heinz (2004):** Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen, Gutachten für die Enquete-kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Endbericht, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.

- Rothgang, Heinz/Vogler, Anke** (1997): Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen, in: Arbeitspapier 6. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Rothgang, Heinz/Borchert, Lars/Müller, Rolf/Unger, Rainer** (2008): GEK-Pflegereport 2008. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 66. Schwäbisch Gmünd: Gmünder Ersatzkasse.
- Rothgang, Heinz/Kulik, Dawid/Müller, Rolf/Unger, Rainer** (2009): GEK-Pflegereport 2009. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 73. Schwäbisch Gmünd: Gmünder Ersatzkasse.
- Ronellenfitch, Ulrich/Kyobutungi, Catherine/Becher, Heiko/Razum, Oliver** (2006): All-cause and cardiovascular mortality among ethnic German immigrants from the Former Soviet Union: a cohort study, in: BMC Public Health, 6, 16.
- Schenk, Liane** (2002): Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, in: Gesundheitswesen, 64, 59-68.
- Schenk, Liane** (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien, in: International Journal of Public Health, 52, 87-96.
- Schenk, Liane/Knopf, Hiltraud** (2007): Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), in: Bundesgesundheitsblatt, 50, 653-658.
- Schenk, Liane** (2008): Gesundheit und Krankheit älterer und alter Migranten. In: Kuhlmeier Adelheid/Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, 156-174. Bern: Huber.
- Schenk, Liane/Ellert, Ute/Neuhauser, Hannelore** (2009): Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aus Migrationsfamilien, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheitsförderung konkret, Band 12: Migration und Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 118-124.

- Schimany, Peter** (2007): Migration und demographischer Wandel. Forschungsbericht 5. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schneekloth, Ulrich** (2006): Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsbericht „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MUG IV), Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München: TNS Infratest Sozialforschung.
- Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo** (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München. Baden-Baden: Nomos.
- Scholz, Rembrandt D.** (2005): Differenzielle Sterblichkeit in der GRV: Problemaufriss und erste Berechnungen, in: DRV-Schriften, 55, 253-266.
- Schopf, Christine/Naegele, Gerhard** (2005): Alter und Migration – ein Überblick, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, 384-395.
- Schulz, Erika/Leidl, Reiner/Koenig, Hans-Helmut** (2001): Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, in: DIW-Wochenbericht, 68, 65-77.
- Schulz, Erika** (2008): Zahl der Pflegefälle wird deutlich steigen, in: DIW-Wochenbericht, 47, 736-744.
- Shuval, Judith T.** (1982): Migration and stress, in: Goldberger, Leo/Breznitz, Shlomo (Hrsg.): Handbook of stress. Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press, 641-657.
- Siahpush, Mohammad/Singh, Gopal K.** (1999): Social integration and mortality in Australia, in: Australian and New Zealand Journal Public Health, 23, 571-577.
- Spallek, Jakob/Razum, Oliver** (2008): Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten, in: Bauer, Ulrich/Bittlingmayer, Uwe H./Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit, 271-288. Wiesbaden: VS Verlag.

- Stadt Aachen (Hrsg.) (2002):** Gesundheit und Pflege älterer Migranten. 17. Bericht zur Altenplanung. Aachen: Sozialamt – Sozialplanung.
- Stadt Bielefeld (Hrsg.) (2004):** Gesundheitliche Lage und Versorgung von Migrantinnen und Migranten – Bielefelder Gesundheitsberichterstattung. Bielefeld: Dezernat 3, Umwelt und Gesundheit.
- Stadt Münster (2006):** Pflegebericht 2005 des Sozialamtes. Münster: Sozialamt.
- Statistisches Bundesamt (2007):** Fachserie 1, Reihe 2.2., Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008a):** Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008b):** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008):** Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010):** Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009):** Bevölkerung Deutschlands bis 2060 - Ergebnisse der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010a):** Qualitätsbericht, Gesundheitsbezogene Rechensysteme, Gesundheitspersonalrechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010b):** Gesundheit, Personal, 2009-2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt** (2011a): Pflegestatistik 2009, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt** (2011b): Fachserie 1, Reihe 2.2., Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Treibel, Annette** (2008): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht, Weinheim/München: Juventa.
- Trovato, Frank/Clogg, Clifford C.** (1992): General and cause-specific adult mortality among immigrants in Canada, 1971 and 1981, in: *Canadian Studies in Population*, 19, 47-80.
- Tüsün, Semsî** (2002): Wenn türkische Frauen pflegen, in: Schnepf, Wilfried (Hrsg.): *Angehörige Pflegen*. Bern: Huber, 90-111.
- Ulusoy, Nasan/Grässel, Elmar** (2010): Türkische Migranten in Deutschland Wissens- und Versorgungsdefizite im Bereich häuslicher Pflege – ein Überblick, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 5, 330-338.
- Verbrugge, Lois M.** (1984): Longer life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle Aged and Older Persons, in: *Milbank Memorial Foundation Quarterly, Health and Society*, 62, 474-519.
- Weber, Ingbert/ Abel, Martina/Altenhofen, Lutz/Bächer, Korinna/Berghof, Burkard/ Bergmann, Karl E./Flatten, Günter/Klein, Daniela/Micheelis, Wolfgang/Müller, Paul J.** (1990): Zur gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Erste Erkenntnisse, in: Projektgruppe *Prioritäre Gesundheitsziele* (Hrsg.): *Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland*, Baden-Baden: Nomos, 577-601.
- Weitoft, Gunilla R./ Gullberg, Anders/Hjern, Anders/Rosen, Mans** (1999): Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality, in: *International Journal of Epidemiology*, 28, 756-763.

- Wingefeld, Klaus** (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, in: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld P03-124. Bielefeld.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO)** (1995): Pflege im Aufbruch und Wandel. München.
- Young, Christabel M.** (1987): Migration and Mortality: the experience of birthplace groups in Australia, in: International Migration Review, 21, 531-544.
- Zeeb, Hajo/Razum, Oliver/Blettner, Maria/Stegmaier, Christa** (2002): Transition in cancer patterns among Turks residing in Germany, in: European Journal of Cancer, 38, 705-711.
- Zeeb, Hajo/Baune Bernhard T./Vollmer, Werner/Cremer, Dirk/Krämer, Alexander** (2004): Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung, in: Gesundheitswesen, 66, 76-84.
- Zeeb, Hajo/Razum, Oliver** (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung – ein einleitender Überblick, in: Bundesgesundheitsblatt, 49, 845-852.
- Zeman, Peter** (2005): Ältere Migranten in Deutschland. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Ziegler, Uta/Doblhammer-Reiter, Gabriele** (2005): Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher. Risiko der Pflegbedürftigkeit in Deutschland sinkt, in: Demografische Forschung aus erster Hand, 2, 1-2.
- Ziegler, Uta/Doblhammer-Reiter, Gabriele** (2006): Geschlechterdisparitäten in der familiären Lebenssituation Älterer und ihre Auswirkungen auf den zukünftigen häuslichen und institutionellen Pflegebedarf, in: Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien, 24, 71-84.
- Zielke-Nadkarni, Andrea** (1999): Krankheits-, Gesundheits- und Pflegeverständnis türkischer Migrantinnen. Eine empirische Studie, in: Pflege, 12, 283-288.

Glossar



Demographische Alterung

Altern einer Bevölkerungsstruktur im Zeitverlauf; messbar anhand verschiedener Kennziffern der demographischen Alterung (z.B. Durchschnittsalter).

Demographische Parameter

Bestimmungsfaktoren der Größe und Struktur von Bevölkerungen; dazu zählen Geburtenverhalten (Fertilität), Sterblichkeit (Mortalität) und Wanderungen (Migration).

Demographischer Wandel

Veränderung der Zahl und Struktur der Bevölkerung sowie der -> **demographischen Parameter** im Zeitverlauf; z.B. Bevölkerungszahl, Altersstruktur, Geburten, Sterbefälle etc.

Durchschnittsalter

Durchschnittliches Lebensalter einer Bevölkerung als arithmetisches Mittel des Alters aller Personen dieser Bevölkerung, Kennzahl der -> **demographischen Alterung**.

Lebenserwartung, durchschnittliche/mittlere

Zahl der Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Durchschnitt leben würde; anhand von Sterbetafeln berechnet.

Lebenserwartung, fernere

Zahl der Jahre, die eine Person in einem bestimmten Alter unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Durchschnitt leben würde.

Gesundheit

Laut WHO als ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert, der sich nicht nur durch Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet.

Healthy-Migrant-Effect

Auswahlprozess bei der Zuwanderung, der besagt, dass Migranten in der Regel physisch und psychisch gesünder sind als gleichaltrige Nicht-Migranten.

Migration

Wanderung; räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunktes einer Person, Bezeichnung als internationale Migration, wenn Überquerung einer Staatsgrenze erfolgt, Bestimmungsgröße einer Bevölkerung.

Migrationshintergrund

Laut Definition des Statistischen Bundesamtes zählen dazu alle „nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt 2007: 6).

Migrant

Vor allem in internationaler Perspektive verwendete Bezeichnung für Personen, die eine Staatsgrenze überquert haben und in einem Land leben, in dem sie nicht geboren sind (foreign-born).

Mortalität

Sterblichkeit; Bestimmungsgröße einer Bevölkerung.

Morbidität

Gesundheits- bzw. Krankheitszustand.

Multimorbidität

Gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Erkrankungen, die sich häufig gegenseitig beeinflussen.

Prävalenz

Erkrankungshäufigkeit; gibt z.B. die Wahrscheinlichkeit an, von Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein.

Population

Bevölkerung.

Pflegebedürftigkeit

Liegt im Allgemeinen vor, wenn ein Mensch aufgrund von Krankheit, Funktionseinschränkungen, Behinderung oder Alter nicht nur kurzfristig auf pflegerische Hilfe zur Aufrechterhaltung elementarer Lebensfunktionen angewiesen ist. In die geltende sozialrechtliche Definition gehen konkrete Annahmen über Art und Umfang des Pflegebedarfs ein.

Pflegestufe

Einschätzung der Schwere der Pflegebedürftigkeit; es wird unterschieden in Pflegestufe I (Erheblich Pflegebedürftig), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftig) und Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftig).

R²

Bestimmungsmaß für die Güte eines -> **Regressionsmodells**; kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen; je höher, desto besser wird die zu erklärende Eigenschaft/Variable durch die ins Modell einbezogenen erklärenden Eigenschaften/Variablen vorhergesagt.

Regressionsmodell

Statistisches Analysemodell, mit dessen Hilfe die Wirkung und Stärke von erklärenden Eigenschaften (z.B. Alter, Geschlecht, Migrationsstatus) auf eine zu erklärende Eigenschaft (z.B. Pflegebedürftigkeit ja/nein) untersucht bzw. „vorhergesagt“ wird.

Remigration

Rückwanderung.

Repräsentativität, repräsentativ

Merkmal einer Stichprobe; besagt, dass die aus der Stichprobe gewonnenen Erkenntnisse auf die zugrundeliegende Bevölkerungsgesamtheit übertragbar sind.

Signifikanz, signifikant

Merkmal für die Aussagekraft einer statistisch empirischen Analyse; Differenzen zwischen Variablen/Messgrößen sind signifikant (wesentlich), wenn die Wahrscheinlichkeit, dass sie durch Zufall zustande kommen, gering ist, in der Regel weniger als 5%.

Sozialstatus, soziale Lage

Beschreibung der Position von Personen oder Haushalten in der Gesellschaft; Verwendung zur Identifizierung sozialer Ungleichheiten, zumeist anhand mehrdimensionaler Indizes abgebildet, die auf Bildung, Berufsstatus, Einkommen etc. beruhen.

Abkürzungsverzeichnis



Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BKK	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bzw.	beziehungsweise
EU	Europäische Union
Kap.	Kapitel
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PPV	private Pflegepflichtversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPV	soziale Pflegeversicherung
SUF	Scientific Use File
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

Tabellenverzeichnis



Tab. 3-1:	Migrationsbezogene Analyse in der Pflegeberichterstattung
Tab. 4-1:	Pflegebedürftige und Empfänger von Pflegegeld bzw. -sachleistungen in Deutschland, Frauen und Männer, 1995 – 2009
Tab. 4-2:	Zahl der Pflegefälle nach Pflegestufe, 1999 – 2009
Tab. 4-3:	Altersbezogene Pflegequoten 1999 und 2009
Tab. 4-4:	Zahl der Pflegeeinrichtungen und Beschäftigten, 1999 – 2009
Tab. 4-5:	Schätzung von pflegebedürftigen ausländischen Personen und Personen mit Migrationshintergrund, Frauen und Männer, 1999 – 2009
Tab. 4-6:	Determinanten der Pflegebedürftigkeit, Ergebnisse der logistischen Regression (jeweils Blockeinschluss), Mikrozensus 2005
Tab. 4-7:	Determinanten der Pflegebedürftigkeit, Personen mit und ohne Migrationshintergrund, Ergebnisse der logistischen Regression (schrittweiser Einschluss), Mikrozensus 2005
Tab. A-1:	Zahl der Pflegefälle nach Pflegestufe und Versorgungsform, 1999 – 2009
Tab. A-2:	Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht, Pflegequoten, 2009

Abbildungsverzeichnis



Abb. 2-1:	Modell zur Beschreibung der Morbidität und Mortalität von Migranten
Abb. 2-2:	Die Gesundheit von Migranten im Lebensverlauf
Abb. 4-1:	Pflegebedürftige nach Pflegestufen, Anteile, 2009
Abb. 4-2:	Pflegebedürftige nach Pflegestufen und Versorgungsart, Anteile, 2009
Abb. 4-3:	Prävalenz der Pflegebedürftigkeit (in %) nach Alter und Geschlecht, 2009
Abb. 4-4:	Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft in Deutschland, 2009
Abb. 4-5:	Relative Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit (1999 = 1), 1999 – 2009

Publikationen



Working Paper

- 1/2005** Die Datenlage im Bereich der Migrations- und Integrationsforschung
Verfasserin: Sonja Haug
- 2/2005** Illegalität von Migranten in Deutschland
Verfasserin: Susanne Worbs unter Mitarbeit von Michael Wolf und Peter Schimany
- 3/2005** Jüdische Zuwanderer in Deutschland
Verfasserin: Sonja Haug unter Mitarbeit von Peter Schimany
- 4/2005** Die alternde Gesellschaft
Verfasser: Peter Schimany
- 5/2006** Integrationskurse
Erste Erfahrungen und Erkenntnisse einer Teilnehmerbefragung
Verfasser: Sonja Haug und Frithjof Zerger
- 6/2006** Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland
Verfasser: Peter Derst, Barbara Heß und Hans Dietrich von Loeffelholz
- 7/2006** Einheitliche Schulkleidung in Deutschland
Verfasser: Stefan Theuer

- 8/2007** Soziodemographische Merkmale,
Berufsstruktur und Verwandtschaftsnetzwerke
jüdischer Zuwanderer
Verfasserin: Sonja Haug unter Mitarbeit von Michael Wolf
- 9/2007** Migration von hoch Qualifizierten und hochrangig
Beschäftigten aus Drittstaaten nach Deutschland
Verfasser: Barbara Heß und Lenore Sauer
- 10/2007** Familiennachzug in Deutschland
Verfasser: Axel Kreienbrink und Stefan Rühl
- 11/2007** Türkische, griechische, italienische und polnische Personen
sowie Personen aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen
Jugoslawien in Deutschland
Verfasser: Christian Babka von Gostomski
- 12/2008** Kriminalität von Aussiedlern
Eine Bestandsaufnahme
Verfasser: Sonja Haug, Tatjana Baraulina,
Christian Babka von Gostomski
unter Mitarbeit von Stefan Rühl und Michael Wolf
- 13/2008** Schulische Bildung von Migranten in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 1
Verfasser: Manuel Siegert
- 14/2008** Sprachliche Integration von Migranten in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 2
Verfasserin: Sonja Haug
- 15/2008** Healthy-Migrant-Effect, Erfassungsfehler und andere
Schwierigkeiten bei der Analyse der Mortalität
von Migranten
Eine Bestandsaufnahme
Verfasser: Martin Kohls

- 16/2008** Leben Migranten wirklich länger?
Eine empirische Analyse der Mortalität von Migranten
in Deutschland
Verfasser: Martin Kohls
- 17/2008** Die Einbürgerung von Ausländern in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 3
Verfasserin: Susanne Worbs
- 18/2008** Die Datenlage im Bereich der internationalen Migration in
Europa und seinen Nachbarregionen
Verfasser: Kevin Borchers unter Mitarbeit von
Wiebke Breustedt
- 19/2008** Das Integrationspanel
Ergebnisse zur Integration von Teilnehmern zu Beginn
ihres Integrationskurses
Verfasserin: Nina Rother
- 20/2008** Aspekte der Arbeitsmarktintegration von Frauen
ausländischer Nationalität in Deutschland
Eine vergleichende Analyse über türkische, italienische,
griechische und polnische Frauen sowie Frauen aus den
Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens
Verfasserin: Anja Stichs
- 21/2008** Wohnen und innerstädtische Segregation von Zuwanderern
in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 4
Verfasserin: Lena Friedrich
- 22/2009** Berufliche und akademische Ausbildung von Migranten
in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 5
Verfasser: Manuel Siegert

- 23/2009** Das Integrationspanel
Entwicklung von alltagsrelevanten Sprachfertigkeiten und Sprachkompetenzen der Integrationskursteilnehmer während des Kurses
Verfasserin: Nina Rother
- 24/2009** Förderung der Bildungserfolge von Migranten:
Effekte familienorientierter Projekte
Abschlussbericht zum Projekt Bildungserfolge bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund durch Zusammenarbeit mit den Eltern
Verfasser: Lena Friedrich, Manuel Siegert unter Mitarbeit von Karin Schuller
- 25/2009** Die Organisation der Asyl- und Zuwanderungspolitik in Deutschland
Studie I/2008 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks (EMN)
Verfasser: Jan Schneider
- 26/2009** Unbegleitete minderjährige Migranten in Deutschland
Aufnahme, Rückkehr und Integration
Studie II/2008 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks (EMN)
Verfasser: Bernd Parusel
- 27/2009** Grunddaten der Zuwandererbevölkerung in Deutschland aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 6
Verfasser: Stefan Rühl
- 28/2009** Zuwanderung von Hochqualifizierten aus Drittstaaten nach Deutschland
Ergebnisse einer schriftlichen Befragung
Verfasserin: Barbara Heß

- 29/2010** Das Integrationspanel
Ergebnisse einer Befragung von Teilnehmenden zu Beginn
ihres Alphabetisierungskurses
Verfasserin: Nina Rother
- 30/2010** Europäische und nationale Formen der Schutzgewährung
in Deutschland
Studie II/2009 im Rahmen des Europäischen
Migrationsnetzwerks (EMN)
Verfasser: Bernd Parusel
- 31/2010** Rückkehrunterstützung in Deutschland
Programme und Strategien zur Förderung von unterstützter
Rückkehr und zur Reintegration in Drittstaaten
Studie I/2009 im Rahmen des Europäischen
Migrationsnetzwerks (EMN)
Verfasser: Axel Kreienbrink und Jan Schneider
- 32/2010** Deckung des Arbeitskräftebedarfs durch Zuwanderung
Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das
Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)
Verfasser: Bernd Parusel und Jan Schneider
- 33/2010** Interethnische Kontakte, Freundschaften, Partnerschaften
und Ehen von Migranten in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 7
Verfasserin: Sonja Haug
- 34/2010** Mediennutzung von Migranten in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 8
Verfasserin: Susanne Worbs
- 35/2011** Zirkuläre und temporäre Migration
Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das
Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)
Verfasser: Jan Schneider und Bernd Parusel

- 36/2011** Migranten am Arbeitsmarkt in Deutschland
aus der Reihe „Integrationsreport“, Teil 9
Verfasser: Katharina Seebaß und Manuel Siegert
- 37/2011** Der Einfluss des Integrationskurses auf die Integration
russisch- und türkischstämmiger Integrationskursteil-
nehmerinnen
Verfasserin: Karin Schuller
- 38/2011** Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Ausländerinnen
und Ausländer in qualifizierten Dienstleistungen
Verfasserin: Barbara Heß
- 39/2011** Migranten im Niedriglohnsektor unter besonderer
Berücksichtigung der Geduldeten und Bleibeberechtigten
Verfasser: Waldemar Lukas
- 40/2012** Visumpolitik als Migrationskanal
Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das
Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)
Verfasser: Bernd Parusel und Jan Schneider

Forschungsberichte

- 1/2005** Der Einfluss von Zuwanderung auf die Deutsche Gesellschaft
Verfasser: Manfred Kohlmeier und Peter Schimany
- 2/2005** Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland
Verfasser: Annette Sinn, Axel Kreienbrink,
Hans-Dietrich von Loeffelholz
unter Mitarbeit von Michael Wolf
- 3/2007** Abschlussbericht
Zuwanderung und Integration von (Spät-)Aussiedlern -
Ermittlung und Bewertung der Auswirkungen des
Wohnortzuweisungsgesetzes
Verfasserinnen: Sonja Haug, Lenore Sauer

- 4/2007** Rückkehr aus Deutschland
Verfasser: Axel Kreienbrink, Edda Currlé,
Ekkehart Schmidt-Fink, Manuela Westphal
und Birgit Behrensen unter Mitarbeit von Magdalena Wille
und Mirjam Laaser
- 5/2007** Migration und demographischer Wandel
Verfasser: Peter Schimany
- 6/2009** Muslimisches Leben in Deutschland
Verfasserinnen: Sonja Haug, Stephanie Müssig und
Anja Sticks
- 7/2009** Vor den Toren Europas?
Verfasserin: Susanne Schmid unter Mitarbeit von
Kevin Borchers
- 8/2010** Fortschritte der Integration
Zur Situation der fünf größten in Deutschland lebenden
Ausländergruppen
Verfasser: Christian Babka von Gostomski
- 9/2011** Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland
Verfasser: Martin Kohls
- 10/2011** Generatives Verhalten und Migration
Verfasser: Susanne Schmid und Martin Kohls
- 11/2011** Das Integrationspanel
Ergebnisse einer Längsschnittstudie zur Wirksamkeit und
Nachhaltigkeit von Integrationskursen
Verfasserinnen: Karin Schuller, Susanne Lochner und
Nina Rother



Impressum

Herausgeber:

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
Frankenstraße 210
90461 Nürnberg

E-Mail: info@bamf.bund.de

Internet: www.bamf.de

Gesamtverantwortung:

Antje Kiss
Dr. Axel Kreienbrink

Verfasser:

Martin Kohls

Layout:

Gertraude Wichtrey

Stand:

Februar 2012
1. Auflage

Bildnachweis:

©istockphoto.com/Gene Chutka

Zitat:

Kohls, Martin (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

ISBN:

987-3-9814972-1-2

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge kostenlos herausgegeben. Für nichtgewerbliche Zwecke sind Vervielfältigungen und unentgeltliche Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangaben gestattet. Die Verbreitung, auch auszugsweise, über elektronische Systeme oder Datenträger bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesamtes. Alle übrigen Rechte bleiben vorbehalten.