

STUDY

Nr. 383 · August 2018

PFLEGEGARBEIT IN DEUTSCHLAND, JAPAN UND SCHWEDEN

**Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die
Pflegearbeit einbezogen?**

Hildegard Theobald
unter Mitarbeit von Holger Andreas Leidig

Dieser Band erscheint als 383. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Nr. 383 · August 2018

PFLEGEARBEIT IN DEUTSCHLAND, JAPAN UND SCHWEDEN

**Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die
Pflegearbeit einbezogen?**

Hildegard Theobald
unter Mitarbeit von Holger Andreas Leidig

Die Autorin

Prof. Dr. Hildegard Theobald ist seit 2007 Professorin für Organisationelle Gerontologie an der Universität Vechta. Zuvor war sie von 1998 bis 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im internationalen Vergleich von Pflegepolitiken, Ansätzen und Politikprozessen sowie ihren Auswirkungen auf die Ausgestaltung von Pflegearrangements und die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften. Eine zentrale Frage nimmt dabei die Entwicklung von Mustern sozialer Ungleichheit aus der Perspektive Geschlecht, soziale Schicht und Migration ein.

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden“ von Hildegard Theobald ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

ISBN: 978-3-86593-295-2

INHALT

Zusammenfassung	7
Vorwort	8
1 Einführung und konzeptioneller Rahmen	10
1.1 Einführung: Politikwandel und die Situation in der Langzeitpflege	10
1.2 Konzeptioneller Rahmen und die Entwicklung in Deutschland, Schweden und Japan	13
2 Forschungsdesign	23
3 Grundlegende Trends der Pflegearbeit im Ländervergleich	28
3.1 Beschäftigungssituation: Arbeitszeitarrangements und Qualifikation	28
3.2 Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz	32
3.3 Inhaltliche Aspekte der Arbeit	36
3.4 Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz	39
3.5 Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungssituation	41
3.6 Länderprofile der Pflegearbeit	43
4 Migration und Geschlecht im Ländervergleich	45
4.1 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in Deutschland und Schweden	45
4.2 Die Einbeziehung von Männern in die Pflegearbeit in Japan	55

5 Resümee: Länderpolitiken, Entwicklungen und Handlungsempfehlungen	62
5.1 Die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Kontext der Länderpolitiken	62
5.2 Die Rolle migrantischer Arbeit und männlicher Pflegekräfte	69
5.3 Abschließende Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	72

Literaturverzeichnis	78
-----------------------------	-----------

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte in Deutschland	26
Tabelle 2: Die Beschäftigungssituation nach Land und Sektor	30
Tabelle 3: Zeitliche Belastungen am Arbeitsplatz nach Land und Sektor	34
Tabelle 4: Inhaltliche Aspekte der Arbeit nach Land und Sektor	37
Tabelle 5: Die Beschäftigungssituation von Pflegekräften ohne und mit Migrationshintergrund in Deutschland	48
Tabelle 6: Die Beschäftigungssituation von Pflegekräften ohne und mit Migrationshintergrund in Schweden	49
Tabelle 7: Beschäftigungssituation in der Pflegearbeit in Japan nach Geschlecht	57
Tabelle 8: Pflegekräfte in Japan nach Alter, Geschlecht und Familiensituation	58

ZUSAMMENFASSUNG

Die seit den 1990er Jahren in vielen westlichen Ländern durchgeführten Pflegereformen zielen auf eine universelle, die Bevölkerung insgesamt einschließende soziale Absicherung bei Pflegebedarf und eine Pflegeinfrastruktur, die an Marktprinzipien orientiert ist. Die Reformen führten zu einer Expansion von Erwerbsmöglichkeiten, zu einer Verschlechterung der Arbeits- und Beschäftigungssituation sowie zur Einbeziehung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund und seltener von Männern in die professionelle Pflegearbeit.

Der vorliegende Ländervergleich der Pflegearbeit in Deutschland, Schweden und Japan zeigt, dass sich die Arbeits- und Beschäftigungssituation in der Ausgestaltung und dem Zusammenspiel der Pflege-, Professionalisierungs- und Migrationspolitiken in den Ländern unterscheidet. Die empirische Basis des Ländervergleichs bildet eine repräsentative Untersuchung mit Pflegekräften in der ambulanten und stationären Versorgung in allen drei Ländern mit dem gleichen Fragebogen.

Die Ergebnisse bestätigen die generell schwierige Arbeits- und Beschäftigungssituation. Deutliche Länderunterschiede zeigen sich in der Verbreitung von prekären Beschäftigungsbedingungen, in der Qualifikation der Pflegekräfte, der Organisation der täglichen Pflegearbeit und der Einbeziehung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund sowie von Männern in das Tätigkeitsfeld. Dabei führen insbesondere die Einbeziehung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund ohne formale Pflegequalifikation in der stationären Pflege in Deutschland und die umfangreiche Beteiligung von Männern in der stationären Pflege in Japan zur Entwicklung neuer Ungleichheitsstrukturen oder Stratifikationen. Aufbauend auf den Ergebnissen werden abschließend Handlungsansätze für eine Veränderung der Pflegearbeit in Deutschland entwickelt.

VORWORT

Die vorliegende Veröffentlichung zur Arbeits- und Beschäftigungssituation in der Langzeitpflege in Deutschland, Schweden und Japan beruht auf einer vergleichenden Auswertung des Datensatzes einer umfangreichen Untersuchung zur Situation von Pflegekräften in der ambulanten und stationären Versorgung in den drei Ländern, die mit dem gleichen Fragebogen erhoben wurde. Die Forschung zu der Thematik wurde durch zwei Forschungsprojekte der Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Die Förderung eines größeren Forschungsprojekts¹ zur Durchführung einer repräsentativen bundesweiten Fragebogenuntersuchung gestattete uns, eine in Schweden von Prof. Dr. Marta Szebehely bereits durchgeführte repräsentative Untersuchung zu replizieren und die Daten aus beiden Ländern anschließend vergleichend auszuwerten (siehe Theobald et al. 2013).

Im Rahmen eines zweiten, kleineren Forschungsprojekts² konnten wir nun den entsprechenden Datensatz aus Japan einbeziehen und auswerten. Zusätzlich ermöglichte das zweite Forschungsprojekt eine differenzierte Auswertung des Datensatzes auf der Basis des Migrationsstatus und des Geschlechterverhältnisses. Ich bedanke mich bei Frau Prof. Dr. Yayoi Saito, Universität Osaka, und Frau Prof. Dr. Marta Szebehely, Universität Stockholm, die mir den Datensatz der Untersuchung in Schweden bzw. in Japan zur Verfügung gestellt haben. Der Hans-Böckler-Stiftung, die die Projekte finanziert hat, und Frau Dr. Dorothea Voss, Frau Kirsten Hermeling und Herrn Dr. Sebastian Brandl, die die Projekte organisatorisch und fachkundig unterstützt haben, gilt mein besonderer Dank.

Mein Dank richtet sich weiterhin an die Pflegekräfte in den drei Ländern, die uns einen offenen Einblick in ihre Situation gewährt und damit den Vergleich erst ermöglicht haben. Die Auswertung des japanischen Datensatzes wurde durch einen Forschungsaufenthalt der Autorin an der Universität Osaka im Jahr 2014 vorbereitet. Mein Dank gilt hier insbesondere Prof. Dr. Yayoi Saito, Universität Osaka, für die Einladung zu dem Aufenthalt und gemeinsam mit Frau Prof. Dr. Nobu Ishiguro, Universität Osaka, für die in-

1 Projekt „Erwerbstätigkeit in der Pflege in Deutschland und Schweden“, <https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2009-262-4> (Aufruf am 06.03.2018)

2 Projekt „Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden“, <https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=U-2015-861-4> (Aufruf am 06.03.2018)

tensive Diskussion der Ergebnisse und der Rahmenbedingungen in Japan während des Aufenthalts. Der Aufenthalt wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Rahmen eines Programms zum Aufbau internationaler Kooperationen finanziert. Auch dafür möchte ich meinen Dank aussprechen.

Des Weiteren möchte ich mich für die Recherchen und die Unterstützung bei der Bearbeitung der Daten bei den studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieses zweiten Projekts Frau Johanna Barbosa, Frau Julia Göckel und Herrn Tristan Müskens bedanken. Mein besonderer Dank gilt Herrn Holger Andreas Leidig und Frau Julia Göckel. Herr Leidig hat mich bei der statistischen Auswertung der Daten umfangreich unterstützt. Der Datensatz aus Japan in japanischer Sprache stellte ihn vor besondere Herausforderungen, die er mit Bravour gemeistert hat. Frau Göckel hat mit großer Sorgfalt die Formatierung des Manuskripts durchgeführt.

Vechta, im Dezember 2017

Hildegard Theobald

1 EINFÜHRUNG UND KONZEPTIONELLER RAHMEN

1.1 Einführung: Politikwandel und die Situation in der Langzeitpflege

Demographischer und sozialer Wandel stellt in allen westlichen Ländern die Versorgung pflegebedürftiger Älterer vor große Herausforderungen, denen in vielen Ländern mit der Reform schon bestehender Pflegepolitiken begegnet wurde. Die Reformen schließen die Einführung oder Neudefinition von sozialen Rechten bei Pflegebedarf, die Etablierung, Expansion und Restrukturierung der professionellen Pflegeinfrastruktur und die gezielte Einbindung und Unterstützung familiärer Pflege ein (vgl. Ranci/Pavolini 2013; Pavolini/Theobald 2015). In den Maßnahmen zur Restrukturierung der professionellen Infrastruktur dominieren marktorientierte Ansätze, die die Etablierung eines Pflegemarkts basierend auf Konkurrenz zwischen Anbietern und den Transfer von Organisationsprinzipien aus der Privatwirtschaft in die öffentlich finanzierte Pflegeinfrastruktur als Weg zu Effizienz und Kundenorientierung propagieren. Eingebunden sind diese Maßnahmen in vielen westlichen Ländern in eine restriktive öffentliche Finanzierung (vgl. Theobald 2015a).

Nationale und internationale Forschungen zu den Konsequenzen dieser Politiken für die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften zeigen, dass die marktorientierte Restrukturierung der Pflegeinfrastruktur vor dem Hintergrund restriktiver staatlicher Finanzierung zumeist mit einer Verschlechterung der Beschäftigungs- und Arbeitssituation – gekennzeichnet bspw. durch den Anstieg prekärer Beschäftigungsformen, steigende Arbeitsbelastungen oder einer zunehmenden Standardisierung der Tätigkeit und damit einer Reduktion von Gestaltungsspielräumen – begleitet wird (vgl. zusammenfassend Pavolini/Theobald 2015; Williams/Brennan eds. 2012; Meagher/Szebehely/Mears 2016; Slotala 2011; Meagher/Szebehely eds. 2013).

Der durch den demographischen Wandel zunehmende Bedarf an professionellen Pflegekräften trifft daher auf ein Tätigkeitsfeld, in dem schon jetzt aufgrund der wenig attraktiven Beschäftigungs- und Arbeitssituation Schwierigkeiten bestehen, eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften zu rekrutieren und langfristig und kontinuierlich an das Tätigkeitsfeld zu binden. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Bedarfs an Pflegekräften und der Schwierigkeiten einer dauerhaften Rekrutierung werden in vielen westlichen Ländern vermehrt Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund eingestellt,

wobei hier zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund, die schon im Lande leben, und einer gezielten internationalen Rekrutierung zu unterscheiden ist (vgl. Da Roit/Weicht 2013; zur internationalen Rekrutierung vgl. Pütz et al. 2018, i.E.).

Vorliegende Forschungsergebnisse geben auch Hinweise darauf, dass diese allgemeinen Aussagen zum Zusammenhang von demographischem und sozialem Wandel, Reformen von Pflegepolitiken, einer marktorientierten Restrukturierung der Pflegeinfrastruktur und deren Konsequenzen für Pflegekräfte erhebliche Länderspezifika aufweisen können (bspw. Daly et al. 2016; Williams/Brennan eds. 2012; Meagher/Szebehely eds. 2013). Obwohl in den einzelnen Ländern durchaus umfassende Forschung zur Situation der Pflegekräfte in der Altenhilfe vorliegt, ist die auf einer gemeinsamen Datengrundlage beruhende international vergleichende Forschung noch häufig auf grundlegende strukturelle Dimensionen, wie bspw. die Anzahl der Pflegekräfte, den Frauenanteil, das Qualifikationsniveau oder Arbeitszeitstrukturen bezogen (siehe bspw. Colombo et al. 2011; Bettio/Verashchagina 2012; OECD 2013). Vertiefende international vergleichende Forschung kann jedoch den Zusammenhang zwischen der Entwicklung in dem Tätigkeitsfeld und Länderpolitiken systematisch untersuchen und damit einen wichtigen Beitrag zu einer fundierten Gestaltung von Politiken und betrieblichen Handlungsansätzen leisten.

Mit der Zielsetzung einer systematischen Analyse der Länderspezifika der Auswirkungen des Politikwandels wird in der folgenden Untersuchung die Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften in der ambulanten und stationären Altenhilfe in Deutschland, Schweden und Japan vor dem Hintergrund ausgewählter Länderpolitiken verglichen. Mit Deutschland, Schweden und Japan werden Länder ausgewählt, die ihre Pflegepolitiken reformiert und ihre professionelle Pflegeinfrastruktur auf der Basis von marktorientierten Ansätzen restrukturiert haben. Gleichzeitig unterscheiden sie sich in der konkreten Ausgestaltung der Ansätze, der Situation der professionellen Infrastruktur vor den Reformen und der Einbettung in weitere relevante Politikfelder.

Beschäftigungs- und Professionspolitiken sowie Migrationspolitiken haben sich in der international vergleichenden Forschung als relevante Politikfelder erwiesen, die die Auswirkungen der Reformen der Pflegepolitiken auf die Bedingungen in der professionellen Pflegearbeit mitbestimmen (vgl. Williams 2012; Theobald 2011; v. Hooren 2014). Daher werden in die folgende Untersuchung des Einflusses der Pflegepolitiken auf die Arbeits- und Beschäftigungssituation in den Ländern diese Politikfelder einbezogen.

Bisher lassen sich in den Ergebnissen der vorliegenden Forschung zudem Hinweise darauf finden, dass die Veränderungen auch mit der Entstehung neuer Formen der Hierarchisierung oder Stratifikationen zwischen Pflegekräften in dem weiblich-dominanten Tätigkeitsfeld einhergehen (vgl. [Kapitel 1.2](#)). Vor dem Hintergrund sollen sich entwickelnde neue Formen der Stratifikationen in der Pflegearbeit im Ländervergleich betrachtet werden. Einbezogen in die Analyse der Entwicklung möglicher Stratifikationen werden der Migrationsstatus, das Qualifikationsniveau und das Geschlecht.

Die Auswahl dieser sozialstrukturellen Variablen begründet sich in den Veränderungen der Pflegearbeit. So werden in Schweden und Deutschland zunehmend Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in die Pflegearbeit einbezogen. In Japan betrifft dies die Anstellung männlicher Pflegekräfte in der stationären Versorgung. Das Qualifikationsniveau wiederum ist auf komplexe Art und Weise mit den Veränderungen verknüpft. Die empirische Datenbasis des Vergleichs der Bedingungen in der ambulanten und stationären Pflegeinfrastruktur bilden umfangreiche, landesweite Untersuchungen, die in den drei Ländern mit dem gleichen, thematisch umfassenden Fragebogen durchgeführt wurden und somit eine differenzierte Analyse der Arbeits- und Beschäftigungssituation ermöglichen.

Im folgenden Abschnitt dieses ersten Kapitels werden zentrale konzeptionelle Ansätze, die eine Analyse der Politikfelder gestatten, sowie bisher vorliegende empirische Ergebnisse zu ihren Auswirkungen auf die Pflegearbeit vorgestellt. Darauf aufbauend werden die ausgewählten Politikfelder – Pflege-, Professionalisierungs- und Migrationspolitiken – in den drei Vergleichsländern systematisch verglichen. Das Kapitel endet mit der Darstellung der Forschungsfragen. Im Anschluss daran wird in [Kapitel 2](#) das Forschungsdesign, d. h. die methodische Herangehensweise, der verwandte Fragebogen und die Stichproben und damit die Qualität des Datensatzes erörtert.

Die [Kapitel 3](#) und [Kapitel 4](#) umfassen die Darstellung der empirischen Ergebnisse. Dazu gehört in [Kapitel 3](#) die umfassende Analyse der Entwicklungstrends in der Pflegearbeit in den drei Ländern, wobei die zentralen Ergebnisse auf der Basis von Länderprofilen in der Pflegearbeit zusammengefasst werden. In [Kapitel 4](#) erfolgt die Analyse der Entwicklung neuer Muster von Stratifikationen in der Pflegearbeit in den drei Ländern abhängig vom Migrationshintergrund in Deutschland und Schweden und dem Geschlecht in Japan. Die Diskussion der Bedeutung des Qualifikationsniveaus hinsichtlich sich entwickelnder Stratifikationen erfolgt integriert in den Ausführungen der empirischen Ergebnisse. In dem abschließenden [Kapitel 5](#) werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Länderpolitiken resümierend zusammen-

gefasst und darauf aufbauend Handlungsansätze für eine Veränderung der deutschen Pflegepraxis entwickelt.

1.2 Konzeptioneller Rahmen und die Entwicklung in Deutschland, Schweden und Japan

Demographischer und sozialer Wandel hat in westlichen Ländern zu einer Reform der Pflegepolitiken geführt. Charakteristisch für die Entwicklung in Mitteleuropa und in einigen Ländern in Südostasien – wie Japan und Korea – ist die Etablierung universeller Pflegepolitiken, d. h. eine die Gesamtbevölkerung einschließende soziale Absicherung des Pflegerisikos. Das Niveau öffentlicher Unterstützung unterscheidet sich hingegen deutlich zwischen den Ländern und reicht von einer Basissicherung bis hin zu einer umfassenden Absicherung. Hinzu kommt eine Ausdifferenzierung der Leistungsarten, die ein weites, länderspezifisches Spektrum von Dienst- und Geldleistungen umfasst. Gleichzeitig wurden in einigen Ländern in Skandinavien, wie bspw. in Schweden, die schon seit den 1960er Jahren stufenweise universelle Politiken etabliert haben, der universelle Charakter der Politiken durch eine Erhöhung der Zugangsschwelle begrenzt (vgl. Ranci/Pavolini 2013; Campbell/Ikegami 2010; Theobald/Kern 2011).

Diese Reformen der sozialen Absicherung des Pflegerisikos gehen in vielen Ländern mit einer auf Ideen des Konzepts „New Public Management“ beruhenden marktorientierten Restrukturierung der professionellen Pflegeinfrastruktur einher. Dabei lassen sich drei grundlegende Elemente dieser Restrukturierung zusammenfassen:

- Die Einführung eines Pflegemarkts basierend auf Konkurrenz zwischen Anbietern unterschiedlicher Träger – zumeist öffentliche, gemeinnützige und privatwirtschaftliche Träger.
- Der Transfer von Arbeits- und Organisationsformen aus der Privatwirtschaft in die öffentlich-finanzierte Pflegeinfrastruktur.
- Die Neudefinition der Aufgaben des Staats als Finanzier basierend auf Steuern oder Sozialversicherungen und als Regulator der Dienstleister auf der Basis von Gesetzen etc. Damit einher geht auch eine veränderte Form öffentlicher Finanzierung, die die Formen grundlegender Subventionierung der Dienstleistungstätigkeit zurücknimmt, und dafür auf der Basis von festgelegten Preisen für klar definierte, ausgeführte Dienstleistungen erfolgt (vgl. Gingrich 2011; Meagher/Szebehely eds. 2013; Theobald 2015a).

Die Reformen der Pflegepolitiken haben die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in der professionellen Pflegearbeit erheblich beeinflusst. Dabei lassen sich widersprüchliche Entwicklungen festhalten, die sich zwischen einer Expansion von Erwerbsmöglichkeiten durch die Einführung von universellen Pflegepolitiken, verstärkten Anstrengungen der Qualifizierung, aber auch der gezielten Anstellung von Hilfs- und Assistenzkräften bewegen (siehe Theobald 2003; Burau/Theobald/Blank 2007; Ranci/Pavolini eds. 2013; Kuhlmann/Larsen 2014). In vielen Länderstudien übereinstimmend zeigt sich eine generelle Verschlechterung der Arbeits- und Beschäftigungssituation, die auf die marktorientierte Restrukturierung und auf eine restriktive, nicht den Bedarfen entsprechende Höhe öffentlicher Finanzierung zurückgeführt wird (vgl. Theobald 2012; Williams/Brennan eds. 2012; Meagher/Szebehely/Mears 2016; Meagher/Szebehely eds. 2013).

Der hohe, ansteigende Bedarf an Pflegekräften, der auf der Basis universeller Politiken und des demographischen und sozialen Wandels entsteht, sowie die schwierigen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen führten in vielen Ländern zu einem Anstieg der Beschäftigung von Pflegekräften mit einem Migrationshintergrund (vgl. Williams/Brennan eds. 2012; DaRoit/Weicht 2013). Trotz der genannten Veränderungen erweist sich der Sektor nach wie vor als weiblich dominiert, d. h. er ist charakterisiert durch einen hohen Anteil weiblicher Pflegekräfte, der von ca. 85 Prozent bis über 90 Prozent reicht, und ebenso einen hohen Anteil von Teilzeittätigkeiten (vgl. Geerts 2011; OECD 2011).

Neben der Untersuchung der Veränderung der Arbeits- und Beschäftigungssituation generell geht die internationale Forschung auch der Frage nach, inwieweit sich neue Muster der Hierarchisierung oder Stratifikationen zwischen Pflegekräften in der professionellen Pflegearbeit herausbilden. Stratifikationen können sich auf der Basis zentraler Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation entwickeln, wie bspw. (prekärer) Beschäftigungsformen, (begrenzter) Zugänge zu Qualifizierung oder der Organisation des Pflegealltags (vgl. Theobald 2017; zu Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation siehe [Kapitel 3](#)).

Forschungen zur Entwicklung in der ambulanten und stationären Altenhilfe fanden bspw. in Finnland heraus, dass die Etablierung eines Pflegemarkts insbesondere die Situation von weniger qualifizierten Pflegekräften erschwert hat. Zentral waren dabei der schwierigere Zugang zu sicheren Beschäftigungsverhältnissen und einer angemessenen Qualifizierung sowie Gestaltungsspielräumen im Pflegealltag. Als Gründe für die Entwicklung wurden neben der Etablierung eines Pflegemarkts die restriktive öffentliche

Finanzierung genannt, die die ökonomischen Ressourcen in der Pflegearbeit begrenzt hat, sowie ein Rückgang von öffentlichen Debatten, die auf der Basis von egalitären Werten professionelle Entwicklungsmöglichkeiten für alle Pflegekräfte fordern (vgl. Henriksson/Wrede/Bureau 2006; Wrede 2008).

Vergleichbare Trends, die die Bedeutung des Qualifikationsniveaus aufzeigen, werden bspw. auch in der Lohnentwicklung sichtbar. Für Deutschland belegen Untersuchungen eine zunehmende Differenzierung der Löhne zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften, die von privatwirtschaftlichen Anbietern initiiert und von den gemeinnützigen Anbietern übernommen wurden (vgl. Kühnlein 2007). Ebenso zeigen neuere Untersuchungen für Schweden, dass die Löhne für weniger qualifizierte Pflegekräfte im privatwirtschaftlichen Bereich gesenkt wurden, wobei keine Erhöhung der Löhne der qualifizierten Pflegekräfte erfolgte. Bisher sind diese Veränderungen auf den privatwirtschaftlichen Sektor beschränkt geblieben (vgl. Kommunal 2016).

Die Frage der Entwicklung neuer Stratifikationen beschäftigt auch die Forschung zur Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in die professionelle Pflegearbeit, die bisher in größerem Umfang für die angelsächsischen Länder vorliegt. Für Großbritannien wurden deutliche Hinweise auf eine ungleiche Arbeits- und Beschäftigungssituation und darauf aufbauend auf die Etablierung neuer Stratifikationen gefunden, denn bspw. wurden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund häufiger in unsicheren und geringer entlohnten Tätigkeitsfeldern in der Pflege beschäftigt, sie führten häufiger unbezahlte Überstunden aus, übernahmen zusätzliche Arbeiten – insbesondere Reinigungstätigkeiten – arbeiteten in ungünstigeren Schichten (vgl. Shutes/Chiatti 2012; Shutes 2014). Die Entstehung dieser ungleichen Bedingungen werden in den Untersuchungen durch ein Zusammenspiel einer marktorientierten Pflegeinfrastruktur und restriktiven Migrationspolitiken erklärt, die zu einem unsicheren Migrationsstatus führen.

Doyle und Timonen (2009) fanden auch für Irland Indikatoren für benachteiligende bis hin zu ausbeuterischen Arbeitspraktiken, wobei diese sich in Abhängigkeit des Herkunftslands unterschieden. Auch sie sehen in den Migrationspolitiken und einem damit einhergehenden unsicheren Migrationsstatus einen entscheidenden Einflussfaktor. Auf der Basis einer umfangreichen qualitativen Befragung mit gewerkschaftlich organisierten Pflegekräften in Kanada berichten Martin-Matthews, Sims-Gould und Naslund (2010) dagegen über eine eher übereinstimmende Situation für Pflegekräfte, die in Kanada geboren bzw. eingewandert sind oder Angehörigen von im Lande lebenden ethnischen Minderheiten. Sie fanden keine Hinweise für

eine systematische Benachteiligung in der Arbeits- und Beschäftigungssituation und damit keine Entwicklung neuer Stratifikationen (vgl. Martin-Matthews/Sims-Gould/Naslund 2010). Ebenfalls nur wenige Hinweise auf eine benachteiligende Situation zeigen die bisher vorliegenden Forschungen in Schweden oder Dänemark (vgl. Rostgaard/Chiatti/Lamura 2011; Jönson/Giertz 2013).

Schwierige Arbeitssituationen wurden auch in der alltäglichen Interaktion mit Pflegebedürftigen, deren Familienangehörigen und weniger häufig mit Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten gefunden (bspw. für Großbritannien Hussein/Stevens/Manthorpe 2010; für Irland Doyle/Timonen 2009; für Kanada Bourgeault et al. 2010). Dies wird in den Untersuchungen mit dem Einfluss von Vorurteilen oder Rassismus, aber auch mit Sprachschwierigkeiten oder kulturellen Einflussfaktoren in Verbindung gebracht, die die Wahrnehmung der Bedürfnisse der Pflegebedürftigen sowie deren Familien und damit die Möglichkeit einer individuen-orientierten Versorgung beeinflussen. Shutes (2014) stellt in ihren Untersuchungen in Großbritannien fest, dass gerade die Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten – bspw. der zusätzlichen Reinigungstätigkeiten – durch die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund die Zeit für die Pflege und damit für den Aufbau einer Pflegebeziehung reduziert. Dies wiederum erschwerte die Durchführung einer angemessenen, individuen-orientierten Versorgung.

Die bisher vorliegenden Untersuchungsergebnisse verweisen auf eine erkennbare Länderspezifik in der Ausformung der sich abzeichneten Verschlechterung der Arbeits- und Beschäftigungssituation und der darin sich entwickelnden neuen Formen von Stratifikationen. Diese entstehenden Muster von Stratifikationen beruhen auf einem Mix verschiedener Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation. Die veränderte Arbeits- und Beschäftigungssituation einschließlich der sich darin zeigenden Stratifikationen werden mit der unterschiedlichen Ausgestaltung der Pflegepolitiken im Zusammenhang mit den länderspezifischen Beschäftigungs- bzw. Professionalisierungs- und Migrationspolitiken und deren Zusammenspiel erklärt (vgl. Williams 2012; Theobald 2011/2017).

Professionalisierungspolitiken definieren Ausbildungs- und Studiengänge und mit dem Ausbildungsabschluss verbundene Tätigkeitsprofile, Qualifikationsstandards in den Pflegeeinrichtungen und Formen der Zusammenarbeit im Pflegealltag (vgl. Theobald/Szebehely/Preuß 2013; Kuhlmann/Larsen 2014; Daly et al. 2016). Migrationspolitiken definieren den Zugang zum Arbeitsmarkt generell oder zu ausgewählten Sektoren, bestimmen damit den Arbeitsmarktstatus für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und beein-

flüssen Erwerbsmöglichkeiten, Arbeitsaufgaben und Erfahrungen (vgl. v. Hooren 2014). Internationale Forschung verweist darauf, dass für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund das Zusammenspiel der drei Politikfelder entscheidend für die Ausformung der Integration in die professionelle Pflegearbeit und der Entwicklung von Stratifikationen ist (vgl. Rostgaard/Chiatti/Lamura 2011; v. Hooren 2012/2014; Shutes/Chiatti 2012; Da Roit/Weicht 2013; Lamura et al. 2014; Williams 2012; Theobald 2011).

Mit einem *Vergleich der professionellen Pflegearbeit in Deutschland, Schweden und Japan* sollen die Arbeits- und Beschäftigungssituation in der Pflege und die damit einhergehenden Stratifikationen untersucht und systematisch im Zusammenhang mit den Politiken in den drei Politikfeldern – Pflege-, Professionalisierungs-, und Migrationspolitiken – analysiert werden. In allen drei Ländern wurde seit den 1990er Jahren eine länderspezifische, auf Ideen des New Public Management basierende marktorientierte Restrukturierung der Pflegeinfrastruktur vorgenommen. Länderunterschiede werden hinsichtlich der Entwicklung des universellen Charakters der Pflegepolitiken und der Professionalisierungs- und Migrationspolitiken erkennbar. Vor dem Hintergrund einer länderspezifisch unterschiedlichen, marktorientierten Restrukturierung in allen Vergleichsländern kann der Einfluss der genannten Politikfelder verglichen werden.

In Schweden wurde im Gegensatz zu Deutschland und Japan schon seit den 1960er Jahren allmählich ein umfassendes, universelles System sozialer Dienstleistungen für ältere Menschen mit einem Hilfe- und Pflegebedarf etabliert. Seit Mitte der 1980er Jahre zeichnet sich ein langsamer Rückgang des Anteils der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger unter den älteren Menschen ab, der insbesondere auf eine Erhöhung der Zugangsschwelle zurückgeführt werden kann (vgl. Theobald/Szebehely/Preuß 2013). Japan und Deutschland hatten in den 1960er Jahren eine steuerbasierte, residuale Pflegesicherung eingeführt, die nach einer Prüfung der Einkommens- und Familiensituation öffentliche Leistungen gewährte.

Seit den 1990er Jahren wird auch für Japan und Deutschland ein Übergang zu einer universellen Absicherung erkennbar. In Deutschland bezieht sich dies auf die Einführung der Pflegeversicherung 1995/96 und in Japan auf stufenweise Reformprozesse zwischen 1989 und 2000. In dessen Verlauf orientierten sich die Reformen in Japan in einer ersten Stufe am Modell einer steuerfinanzierten, universellen kommunalen Versorgung in Skandinavien (insbesondere in Schweden). Aufgrund von Finanzierungsproblemen im Rahmen eines steuerfinanzierten Systems wurde in einer zweiten Stufe im Jahr 2000 eine Pflegeversicherung orientiert am deutschen Modell etabliert.

Die Pflegeversicherung in Japan verbindet daher Teile des Konzepts der deutschen Pflegeversicherung mit dem skandinavischen Modell der kommunalen, dienstleistungsorientierten Versorgung (für die Entwicklung in Japan siehe Saito 2010b/2014).

Die Ausgestaltung universeller Pflegepolitiken und die Vermarktlichung der Pflegeinfrastruktur weisen erhebliche Länderspezifika auf, die die Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungssituation beeinflussen können (vgl. Burau/Theobald/Blank 2007; Campbell/Ikegami 2010; Saito 2010b/2014; Soma/Yamashita 2011; Theobald/Kern 2011; Theobald/Szebehely/Preuß 2013).

- Während in Deutschland die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger im Rahmen der Pflegeversicherung Geld- und/oder Dienstleistungen erhalten können, werden in Japan und Schweden lediglich Dienstleistungen gewährt.
- Die Pflegesicherung in Japan und Schweden ist im Vergleich zur deutschen Absicherung großzügiger, d.h. die Zugangsschwelle liegt niedriger, die Unterstützung ist umfangreicher und die privaten Kosten sind geringer. Mit der Etablierung der Pflegeversicherung wurden in Japan Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent der Ausgaben festgelegt. Mit der Reform 2005 wurde dies auf 20 Prozent für Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger mit einem höheren Einkommen erhöht. In Schweden bezahlen die älteren Menschen lediglich 5 Prozent der Gesamtkosten, während in Deutschland der private Anteil ca. ein Drittel beträgt (vgl. Rothgang et al. 2015).
- Vergleichbar mit Deutschland war auch in Japan die Einführung der Pflegeversicherung mit der landesweiten Öffnung eines Pflegemarkts in der ambulanten Versorgung verbunden, in dem öffentliche, gemeinnützige und private Einrichtungen ihre Dienstleistungen anbieten und die Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger einen Dienstleister auswählen können. Die Preise für die Dienstleistungen werden in Japan zentral auf nationaler Ebene und auf gleichem Niveau für alle Anbieter festgelegt (vgl. Campbell/Ikegami 2010; Saito 2010a). Im öffentlich finanzierten stationären Bereich wurde in Japan kein Pflegemarkt etabliert und nach wie vor sind lediglich gemeinnützige und öffentliche Anbieter zugelassen.
- In Deutschland wurde mit der Pflegeversicherung ein Pflegemarkt basierend auf einer Konkurrenz zu gleichen Bedingungen zumeist zwischen privaten und gemeinnützigen Anbietern in der stationären und ambulanten Pflege eingeführt, wobei auch hier die Leistungsempfängerinnen und

Leistungsempfänger zwischen den Anbietern wählen können. Die Anbieter bzw. stellvertretend deren Trägerorganisationen handeln vor dem Hintergrund eines regionalen Rahmenvertrags Angebote und entsprechende Preise mit der regionalen Pflegekasse aus, sodass im Gegensatz zu Japan die Konkurrenz auf dem Pflegemarkt Preise und die Qualität der Angebote einschließt.

- In Schweden wurde zu Beginn der 1990er Jahre auf der Basis von landesweit gültigen Gesetzen den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, auch private und gemeinnützige Anbieter in dem bereits etablierten öffentlichen Dienstleistungssystem zuzulassen. Die Kommunen entscheiden selbst, inwieweit sie die Möglichkeit nutzen oder das öffentliche Dienstleistungssystem beibehalten wollen. Während in den 1990er Jahren noch eine preisorientierte Konkurrenz dominiert hat, werden in jüngster Zeit die Preise zumeist vorgegeben. Die Konkurrenz beruht auf der Qualität der Angebote.
- Die Politiken zur marktorientierten Restrukturierung führten in allen drei Ländern zu einem deutlichen Anstieg des Anteils privatwirtschaftlicher Anbieter, wobei ihr Anteil im ambulanten Sektor in Deutschland und Japan mit ca. 65 Prozent im Jahr 2015 bzw. 2014 am höchsten ist. Darauf folgt der stationäre Sektor in Deutschland mit einem Anteil von 42 Prozent privatwirtschaftlicher Anbieter im Jahr 2015. In Schweden resultierte die Öffnung des vormals öffentlichen Bereichs in einem Anstieg privatwirtschaftlicher Anbieter, die im Jahr 2014 25 Prozent der geleisteten Stunden im ambulanten Bereich lieferten und 26 Prozent der Plätze in der stationären Versorgung zur Verfügung stellten. Gemeinnützige Anbieter konnten sich kaum etablieren. Aufgrund der kommunalen Entscheidungsmöglichkeiten fand die Öffnung für privatwirtschaftliche oder gemeinnützige Anbieter lediglich in ca. 50 Prozent der Kommunen statt (vgl. NBHW 2015; Statistisches Bundesamt 2017; MHLW 2015).
- In Schweden und Japan haben die Kommunen eine bedeutende Rolle in der Organisation und dem Aufbau der Dienstleistungsstruktur sowie ihrer Finanzierung auf der Basis von Steuern bzw. Sozialversicherungsbeiträgen inne. In Deutschland übernehmen die (regionalen) Pflegekassen und die Bundesländer die entscheidenden Aufgaben, während die Aufgaben und Einflussmöglichkeiten der Kommunen im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung reduziert wurden.

Die Pflegepolitiken beeinflussen im Zusammenspiel mit den Professionspolitiken die Expansion der professionellen Pflegeinfrastruktur und die Arbeits-

und Beschäftigungssituation der Pflegekräfte. Charakteristisch für Deutschland und den ambulanten Bereich in Japan ist eine ausgeprägte Expansion der Beschäftigung seit den 1990er Jahren, die mit dem Ausbau und der marktorientierten Umgestaltung der Pflegeinfrastruktur einhergeht. Die Weiterentwicklung und Expansion in der stationären Versorgung in Japan erfolgte unter der Regie öffentlicher oder gemeinnütziger Anbieter. Im Gegensatz dazu ging in Schweden die marktorientierte Umgestaltung nicht mit meinem Ausbau der Beschäftigung einher. In den 1990er Jahren fand zunächst ein Personalabbau statt, wobei der allmähliche Anstieg seit 2000 nur in etwa den Abbau wieder ausgleichen konnte. Dieser allmähliche Anstieg geht mit einer Expansion der Beschäftigung in privatwirtschaftlichen Einrichtungen einher, sodass der Anteil der öffentlichen Beschäftigung rückläufig war (vgl. Kommunal 2016).

Im Zuge der Expansion der Beschäftigung wurden in Deutschland und Japan Fach- und Hilfskräfte in der Langzeitpflege eingestellt (vgl. Edvardsen 2010; Theobald/Szebehely/Preuß 2013). Erste empirische Vergleiche verweisen auf unterschiedliche Zielsetzungen und Zuschnitte der Fachausbildungen der Pflegekräfte. In Japan werden seit 2005 Anstrengungen einer zunehmenden Qualifizierung der Pflegekräfte ausgehend von einem niedrigen Niveau erkennbar. Die Professionalisierungspolitik in Deutschland ist durch die Betonung auf einer umfassenden dreijährigen Berufsqualifikation, der Definition von fachbezogenen Arbeitsaufgaben in der Behandlungspflege und einer Fachkraftquote in der stationären Versorgung gekennzeichnet. Gleichzeitig werden auch signifikante Anteile der Tätigkeiten, insbesondere in der Grundpflege, als Aufgaben betrachtet, die von Hilfskräften ohne oder mit einer kürzeren Ausbildung unter Anleitung der Fachkräfte durchgeführt werden können. In Schweden wiederum werden zu einem kleinen Anteil (ca. 10 Prozent) Krankenpflegefachkräfte zumeist in Experten- oder Führungspositionen in dem Sektor beschäftigt. Die Qualifikation zur Krankenpflegefachkraft setzt in Schweden ein Hochschulstudium voraus. Pflegekräfte, die die alltägliche Pflege übernehmen, erhalten zunehmend unter der Zielsetzung einer Ausbildung für alle eine qualifizierte Ausbildung (vgl. Burau/Theobald/Blank 2007; Theobald/Szebehely/Preuß 2013).

Auch in der steigenden Anstellung von Pflegekräften mit einem Migrationshintergrund werden Länderspezifika erkennbar. In Deutschland und Schweden werden vermehrt Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund eingestellt. In Schweden betrug der Anteil von Pflegekräften, die nicht in Schweden geboren wurden, in der stationären und ambulanten Altenbetreuung 22 Prozent im Jahr 2012, wobei dies in der Regel Personen waren, die

aus anderen Gründen nach Schweden migriert sind und nicht gezielt für eine Tätigkeit in der Pflege angeworben wurden (vgl. Redfoot/Houser 2005; SCB 2012; Jönson/Giertz 2013).

Basierend auf einer Repräsentativbefragung mit Leitungskräften aus dem Jahr 2010 lag in Deutschland der Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung bei 11 Prozent und in der stationären Versorgung zwischen 15 Prozent und 23 Prozent (TNS Infratest Sozialforschung 2011). Diese Gruppe schließt in Deutschland Migranten und Migrantinnen der ersten und zweiten Generation ein, d. h. Pflegekräfte, die selbst im Ausland geboren sind oder deren Eltern bzw. zumindest ein Elternteil migriert ist. Die gezielte Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland erfolgte in größerer Zahl erst nach 2010 (vgl. Braeseke/Bonin 2016; Pütz et al. 2018, i.E.).

In Japan werden im Vergleich zu Deutschland und Schweden nur selten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der ambulanten oder stationären Versorgung beschäftigt. Dies liegt zum einen daran, dass der Anteil von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Migrationshintergrund in der Bevölkerung niedrig ist. Seit 2008 wurden zwar gezielt Programme zur Anwerbung von Pflegekräften aus Indonesien und den Philippinen aufgelegt, die eine Anstellung in Einrichtungen, eine Ausbildung entsprechend japanischer Standards und die spätere Möglichkeit einer unbefristeten Beschäftigung vorsehen. Diese Programme waren jedoch quantitativ nicht erfolgreich. Die Bevölkerung steht zudem prinzipiell der Idee von Immigration oder einer multikulturellen Gesellschaft und vor dem Hintergrund der Beschäftigung von Pflegekräften aus dem Ausland eher skeptisch gegenüber (vgl. Michel/Peng 2012; Onuki 2011; Peng 2016).

Im Gegensatz zur zunehmenden Beschäftigung von Pflegekräften mit einem Migrationshintergrund zeigt sich in Japan eine Veränderung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in der Pflegearbeit, die von der bisher diskutierten, internationalen Entwicklung abweicht. Einem nach wie vor weiblich dominierten Sektor ambulanten Versorgung steht ein vergleichsweise hoher Anteil männlicher Pflegekräfte in der stationären Versorgung gegenüber. Diese Differenzen gehen auch mit Geschlechtervorstellungen einher. Aufgrund der hohen körperlichen Belastung wird stationäre Pflegearbeit auch als für Männer geeignete Arbeit betrachtet, während die ambulante Versorgung, die auch im großen Maße Hausarbeit einschließt, als Frauenarbeit definiert wird (vgl. Yamashita 2011). Dies unterscheidet sich grundlegend von der Entwicklung in Schweden und Deutschland, die in beiden Sektoren im hohen Ausmaß weiblich dominiert sind.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Länderpolitiken soll die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften in der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland, Schweden und Japan und damit einhergehend die mögliche Entwicklung neuer Stratifikationen verglichen werden. Im Fokus steht dabei die Analyse des Einflusses der Länderpolitiken – Pflege-, Professionalisierungs- und Migrationspolitiken – auf die Ergebnisse.

Darauf aufbauend können drei grundlegende Bereiche von Forschungsfragen definiert werden:

1. Wie sieht die Arbeits- und Beschäftigungssituation in den drei Ländern aus? Welche grundlegenden Trends lassen sich in den drei Ländern erkennen?
2. Welche Stratifikationen werden in den Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation beruhend auf dem Qualifikationsniveau in den drei Ländern, des Geschlechts in Japan und des Migrationsstatus in Deutschland und Schweden erkennbar?
3. Wie lassen sich die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Pflege-, Professionalisierungs- und Migrationspolitiken erklären?

2 FORSCHUNGSDESIGN

Die genannten Forschungsfragen werden auf der Basis einer in den drei Ländern mit dem gleichen Fragebogen erhobenen, landesweiten, quantitativ umfangreichen und (nahezu) repräsentativen Untersuchung in der ambulanten und stationären Versorgung beantwortet. Diese Untersuchung wurde erstmals 2005 in Schweden (repliziert 2015), 2010 in Deutschland und 2012 in Japan durchgeführt. Der für Schweden entwickelte Fragebogen wurde in Japan und Deutschland in die Landessprachen übersetzt und wenn notwendig an nationale Gegebenheiten angepasst. Es wurden nur wenige Anpassungen vorgenommen, damit möglichst viele Fragen in den Ländervergleich einbezogen werden können.

Die Untersuchung mit dem umfassenden Fragebogen gestattet einen detaillierten Vergleich der Arbeits- und Beschäftigungssituation. Der Fragebogen beinhaltet bis auf wenige Ausnahmen geschlossene Fragen, die sozialstrukturelle Merkmale, Verhaltensweisen sowie Einschätzungen und Überzeugungen thematisieren. Fragen zu Tätigkeiten und vorliegenden, objektiven Bedingungen zielen zumeist auf das Vorkommen generell bzw. die Häufigkeit der Ausführungen. Antworten zu subjektiven Einschätzungen und Überzeugungen werden zumeist auf einer Rating-skala erfasst, die eine differenzierte Erfassung der Einschätzungen und komplexere Methoden der Datenanalyse (Skalenniveau) gestatten. Die Auswertung der Antworten erfolgt auf der Basis quantitativer Statistiken (SPSS).

Länderspezifische Gegebenheiten erforderten ein unterschiedliches Vorgehen bei der Ziehung der Stichproben. In Schweden (2005) wurden 1.200 Fragebögen an Pflegekräfte, die in der direkten Pflege tätig sind, versandt. Die Befragten wurden aus einer landesweiten Liste der Gewerkschaftsmitglieder zufällig ausgewählt, wobei zu dem Zeitpunkt der Erhebung ca. 80 Prozent der Pflegekräfte in der direkten Pflege gewerkschaftlich organisiert waren. Die Rücklaufquote betrug 67 Prozent. Die Wiederholung der Untersuchung in Schweden im Jahr 2015 wurde mit dem gleichen, nur leicht überarbeiteten Fragebogen durchgeführt. Dabei wurden 2.000 Fragebögen wiederum an gewerkschaftlich organisierte Pflegekräfte versandt, die aus einer landesweiten Mitgliederliste ausgewählt wurden. Allerdings hatte sich zu dem Zeitpunkt der Anteil gewerkschaftlich organisierter Pflegekräfte in der direkten Pflege auf 75 Prozent reduziert. Die Rücklaufquote betrug 54 Prozent. Da die neuen Daten aus 2015 nicht vorliegen, basiert der Vergleich

noch auf den Daten der Untersuchung aus dem Jahr 2005. Die auf der Basis einer ersten, umfangreichen Veröffentlichung zur Untersuchung aus dem 2015 schon verfügbaren Ergebnisse werden in die Ausführungen einbezogen, wenn damit substantielle Veränderungen zwischen 2005 und 2015 erkennbar werden (zu den Ergebnissen von 2015 siehe Szebehely/Stranz/Strandell 2017).

Der niedrige gewerkschaftliche Organisationsgrad der Pflegekräfte in Deutschland und Japan gestattete kein vergleichbares Vorgehen. Stattdessen wurde in beiden Ländern ein zweistufiges Verfahren angewandt. In der ersten Stufe wurden ambulante und stationäre Einrichtungen für eine Teilnahme gewonnen, die dann gebeten wurden, die Fragebögen an alle Pflegekräfte, die in der direkten Pflege tätig sind, zu verteilen. In Deutschland wurden die Einrichtungen auf der Grundlage eines Verzeichnisses sämtlicher ambulanter und stationärer Altenpflegeeinrichtungen in gemeinnütziger und privater Trägerschaft in Deutschland der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) basierend auf den beiden Kriterien – bundesweite Verteilung, unterschiedliche Größen der Einrichtungen – zufällig deutschlandweit ausgewählt. Darüber hinaus wurde die Stichprobe um eine ebenfalls zufällig ausgewählte Stichprobe stationärer Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft ergänzt. In Japan wurden die Einrichtungen regionsweise zufällig ausgewählt. In Deutschland wurden 1.517 Fragebögen und in Japan 2.440 Fragebögen verteilt. Die Rücklaufquote betrug in beiden Ländern übereinstimmend 43 Prozent.

Aufgrund der Herangehensweise und den Rücklaufquoten kann von einer relativ repräsentativen Stichprobe in den drei Ländern ausgegangen werden. Zur Überprüfung dieser Annahme werden im Folgenden Ergebnisse zu zentralen Variablen – Geschlecht, Migrationshintergrund, Qualifizierung, Arbeits- und Beschäftigungsform – der Untersuchung ausgewählt und soweit wie möglich mit vorliegenden nationalen oder internationalen Statistiken verglichen.

Der in der Untersuchung sichtbare Anteil männlicher und weiblicher Pflegekräfte bestätigt die Vorgaben nationaler oder internationaler Statistiken. So beträgt der Anteil weiblicher Pflegekräfte in der schwedischen Untersuchung 97 Prozent im ambulanten und stationären Bereich sowie 90 Prozent im stationären und 94 Prozent im ambulanten Sektor in Deutschland. Diese Daten belegen die Frauendominanz in beiden Sektoren in den Ländern. Der für Deutschland im Vergleich zur Pflegestatistik aus dem Jahr 2009 (mit einem Frauenanteil von 83 Prozent in der stationären und 86 Prozent in der ambulanten Versorgung) zu hohe Frauenanteil in dem vorliegenden Datensatz kann auf die Auswahlkriterien, der in die Untersuchung einbezoge-

nen Pflegekräfte zurückzuführen sein, denn es wurden lediglich Pflegekräfte befragt, die (zumindest auch) direkte Pflege durchführen (zur Pflegestatistik 2009 siehe Statistisches Bundesamt 2011). In den japanischen Daten tritt wie erwartet ein deutlicher Sektoreinfluss hervor, der gekennzeichnet ist durch einen Frauenanteil von 95 Prozent im ambulanten und 65 Prozent im stationären Sektor. Die Untersuchung sich möglicherweise entwickelnder Stratifikationen auf der Basis des Geschlechts wird daher wie geplant nur für die japanischen Daten vorgenommen werden.

Der Anteil von Pflegekräften in der schwedischen Stichprobe, die im Ausland geboren sind, liegt mit 13,1 Prozent (11,3 Prozent im ambulanten Sektor und 14,0 Prozent im stationären Sektor) nahe an den offiziellen Statistiken von 14,0 Prozent, wobei die offiziellen Statistiken keine sektorale Differenzierung erlauben (vgl. SALAR 2009). In der deutschen Stichprobe beträgt der Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung 11,3 Prozent und in der stationären Versorgung 14,0 Prozent. Das Ergebnis zum ambulanten Sektor stimmt nahezu mit den Ergebnissen einer Repräsentativbefragung mit Führungskräften aus dem Jahr 2010 überein, wo ein Anteil von 11,0 Prozent festgestellt wurde. In der gleichen Untersuchung wurde der Anteil in der stationären Versorgung von Führungskräften auf 15 bis 23 Prozent geschätzt (vgl. TNS Infratest Sozialforschung 2011). Für die stationäre Versorgung ist der Anteil von 14 Prozent in der eigenen Untersuchung daher als zu niedrig einzuschätzen. Diese Diskrepanz wird bei der Darstellung und Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 4). Wie aufgrund des Forschungsstands erwartet, ist der Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der japanischen Stichprobe mit einem Wert von 0,5 Prozent sehr niedrig. In den Vergleich der Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in die Pflegearbeit und mögliche, dabei entstehende Stratifikationen werden daher wie geplant nur die Ergebnisse aus Deutschland und Schweden einbezogen werden.

In allen drei Ländern kann aufgrund vorliegender Statistiken eine Unterrepräsentation von Pflegekräften in unsicheren, befristeten oder wenig umfassenden Teilzeittätigkeiten angenommen werden (vgl. Theobald/Szebeheily/Preuß 2013; Theobald et al. 2017). Daher werden zum Vergleich der Beschäftigungssituation noch Ergebnisse der Repräsentativstatistiken hinzugezogen werden (vgl. Kapitel 3). Diese Unterrepräsentation lässt die weiteren Ergebnisse der Untersuchung als eher zu positiv erscheinen, denn es kann davon ausgegangen werden, dass die in der Untersuchung unterrepräsentierten Gruppen stärker von schwierigen Arbeits- und Beschäftigungssituationen betroffen sind.

Auf der Basis eines Vergleichs mit den Daten der Pflegestatistik aus dem Jahr 2009 wird für die deutsche Stichprobe darüber hinaus noch eine Unterrepräsentation von Pflegekräften ohne pflegerische Fachqualifikation erkennbar (vgl. Tabelle 1). In dem Vergleich zeigt sich insbesondere für den stationären und weniger ausgeprägt für den ambulanten Sektor eine Überrepräsentation von Kranken- und Altenpflegefachkräften und eine Unterrepräsentation von Pflegekräften ohne formale pflegerische Ausbildung. Da das Qualifikationsniveau eine wichtige Variable für die Untersuchung darstellt, wurden die Unterschiede mithilfe einer Gewichtung der Ausbildungsvariablen so verändert, dass die Werte, die den folgenden statistischen Berechnungen zugrunde gelegt werden, den Daten aus der Pflegestatistik entsprechen (vgl. Tabelle 1). Aufgrund des hohen Zusammenhangs von Qualifikationsniveau und Arbeitszeitarrangements in Deutschland haben sich damit auch die Arbeitszeitarrangements in der Stichprobe und die Daten der Pflegestatistik 2009 angenähert. Allerdings unterscheiden die Daten der hier vorliegenden Untersuchung nicht zwischen geringfügiger oder sozialversicherungspflichtiger Teilzeittätigkeit bis zu 20 Stunden.

Tabelle 1

Das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte in Deutschland

	eigene Untersuchung (2010)		eigene Untersuchung (2010, gewichtet)		Pflegestatistik (2009)	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Altenpflegefachkraft	22,7 %	43,8 %	19,8 %	22,7 %	19,7 %	22,7 %
Krankenpflegefachkraft	35,2 %	19,4 %	33,5 %	10,2 %	33,4 %	10,1 %
Alten- und Krankenpflegehelfer(in)	13,8 %	12,9 %	7,4 %	7,6 %	7,6 %	7,6 %
Hauswirtschaftsfachkraft	3,2 %	2,9 %	2,8 %	5,1 %	2,9 %	5,2 %
weitere qualifizierte Ausbildung in der Pflege	5,3 %	5,3 %	11,4 %	10,5 %	11,2 %	10,3 %
ohne formale pflegerische Ausbildung	19,8 %	15,6 %	25,0 %	43,9 %	24,8 %	44,0 %

Quellen: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Deutschland (2010); Daten der Pflegestatistik 2009 (Statistisches Bundesamt 2011)

3 GRUNDLEGENDE TRENDS DER PFLEGEARBEIT IM LÄNDERVERGLEICH

Zentrale, ausgewählte Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation liefern einen umfassenden Einblick in die grundlegenden Trends der Pflegearbeit in den drei Ländern. Abschließend werden die zentralen Länderspezifika der Pflegearbeit zu Länderprofilen zusammengefasst.

3.1 Beschäftigungssituation: Arbeitszeitarrangements und Qualifikation

Arbeitszeitarrangements und Qualifikationsstrukturen im ambulanten und stationären Sektor in den drei Ländern reflektieren die gesellschaftliche Definition von adäquaten Qualifikationsanforderungen und Arbeitszeitarrangements in dem mit Ausnahme des stationären Sektors in Japan weiblich dominierten Tätigkeitsfeld (zu Arbeitszeit und Qualifikation vgl. [Tabelle 2](#)). Mit dem hohen Anteil an Teilzeiterwerbstätigkeit wird für den *ambulanten Sektor* in den drei Ländern ein typisches Charakteristikum eines weiblich dominierten Arbeitsmarktbereichs erkennbar, wobei sich die Ausformung zwischen den Ländern unterscheidet. In Schweden und Japan liegt der Anteil von Pflegekräften, die auf der Basis einer Vollzeittätigkeit beschäftigt werden, bei ca. 40 Prozent und damit doch erheblich höher als ihr Anteil in Deutschland mit 29 Prozent. Während in der schwedischen Stichprobe lange Teilzeittätigkeiten dominieren, sind in Japan lediglich 10 Prozent der Pflegekräfte in diese umfangreichen Teilzeittätigkeiten involviert. Auch in den deutschen Daten wird ein hoher Anteil unter den Pflegekräften von 30 Prozent erkennbar, die ebenfalls in zeitlich wenig umfangreiche Teilzeitarrangements bis zu 20 Stunden eingebunden sind.

In den Ländern vorliegenden Repräsentativstatistiken können zeitlich neuere Angaben und Hinweise auf prekäre Beschäftigungsformen entnommen werden. Für Deutschland wird die geringfügige Beschäftigung als zentrale prekäre Beschäftigungsform ausgewählt. In Japan und Schweden hingegen betrifft dies die stundenweise Beschäftigung. Diese Daten verweisen für Japan auf einen sehr hohen Anteil prekärer Beschäftigung im ambulanten Sektor. So waren 2014 82 Prozent der Pflegekräfte befristet und davon wieder-

rum 79 Prozent auf der Basis einer stundenweisen Beschäftigung tätig (vgl. Kaigoroudou Antei Senta 2015 zitiert nach Theobald et al. 2017).

Auf der Basis der Pflegestatistik von 2015 lag der Anteil von Pflegekräften, die auf der Basis einer geringfügigen Beschäftigung im ambulanten Sektor angestellt waren, in Deutschland bei 20 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Für Schweden lässt sich ein mit Deutschland vergleichbarer Anteil der Pflegekräfte in prekären Beschäftigungsformen erkennen. Statistiken für 2011 zeigten einen Anteil von 15 Prozent der Pflegekräfte bei öffentlichen Dienstleistern, die auf der Basis einer stundenweisen Beschäftigung angestellt waren, wobei dies sich bis zu einem Anteil von 34 Prozent unter den Pflegekräften erhöhte, wenn diese bei privatwirtschaftlichen Anbietern unter der Regie einer Risikokapitalgesellschaft tätig waren (vgl. Erlandsson et al. 2013).

Für die deutsche Stichprobe wird darüber hinaus ein ausgeprägter Einfluss des Qualifikationsniveaus erkennbar, denn mehr als 40 Prozent der Pflegekräfte mit einer Helferinnen- bzw. Helferausbildung, bzw. ohne formale pflegerische Ausbildung werden auf der Basis eines Teilzeitarrangements bis zu 20 Stunden pro Woche beschäftigt, während lediglich 15 Prozent unter ihnen einen Zugang zu einer Vollzeitbeschäftigung finden. Repräsentativbefragungen für Deutschland fanden darüber hinaus, dass die Hälfte der wenig qualifizierten Pflegekräfte, die überwiegend mit Haushaltsaufgaben betraut sind, auf der Basis von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen tätig sind (TNS Infratest Sozialforschung 2011). In allen drei Ländern entspricht der Teilzeitanteil nicht unbedingt den Wünschen der befragten Pflegekräfte, denn ca. 13 bis 18 Prozent der Pflegekräfte wünschen sich einen höheren Arbeitszeitumfang, wobei lediglich in Japan ein ebenso großer Anteil unter den Pflegekräften sich einen niedrigeren Arbeitszeitumfang wünscht.

Im *stationären Sektor* steigt der Anteil der vollzeitbeschäftigten Pflegekräfte. In Deutschland und Schweden gibt es jedoch nach wie vor einen hohen Anteil Teilzeitarbeitszeitarrangements, denn in beiden Ländern sind noch ca. 50 bis 60 Prozent der Pflegekräfte auf der Basis eines solchen Arrangements tätig. In Japan hingegen sind 93 Prozent der Pflegekräfte auf der Basis eines Vollzeitarbeitsvertrags angestellt. Damit verliert in Japan der Sektor das typische Arbeitszeitarrangement eines weiblichen dominierten Tätigkeitsfelds. Diese Veränderung geht in Japan auch mit einer deutlichen Steigerung des Anteils männlicher Pflegekräfte auf 35 Prozent einher, wobei in Deutschland und Schweden auch in dem Sektor der Anteil männlicher Pflegekräfte gering bleibt (eine detaillierte Analyse des Zusammenspiels von Geschlecht und Sektor in Japan siehe [Kapitel 4.2](#)).

Tabelle 2

Die Beschäftigungssituation nach Land und Sektor

	Deutschland		Schweden		Japan	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Arbeitszeit**						
Vollzeit	29 %	47 %	38 %	40 %	42 %	93 %
Teilzeit 21–34 Stunden	41 %	42 %	55 %	45 %	10 %	5 %
Teilzeit bis 20 Stunden	30 %	11 %	7 %	15 %	48 %	2 %
alle	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Qualifikation						
Pflegefachkraft	53 %	48 %	45 %	65 %	51 %	78 %
Qualifikation nicht ausreichend**	6 %	24 %	9 %	11 %	26 %	44 %

** p < 0,01

Anmerkung: Pflegefachkraft mit 2- bis 3-jähriger Ausbildung (genaue Ausgestaltung in den Ländern vgl. Text)
Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Deutschland (2010), Schweden (2005) und Japan (2012)

Auch im stationären Sektor wünscht sich mit einem Anteil von 8 Prozent unter den Pflegekräften in Deutschland und einem Anteil von 17 Prozent unter den Pflegekräften in Schweden ein substantieller Anteil der Pflegekräfte eine Ausweitung der Arbeitszeit. Vor dem Hintergrund der Dominanz von Vollzeitarangements möchten 12 Prozent der Pflegekräfte in der japanischen Stichprobe ihre Arbeitszeit verkürzen. Dies bedeutet auch, dass die ausgeprägte Dominanz der Vollzeittätigkeit in Japan weitgehend den Vorstellungen der Pflegekräfte entspricht.

Im Ländervergleich übereinstimmend dominieren als zentrale Fachqualifikation eine zwei- bzw. dreijährige qualifizierte Berufsausbildung und eine unterschiedlich umfangreiche Ausbildung zur Pflegehilfe, wobei noch Pflegekräfte ohne formale pflegerische Qualifikation hinzukommen. Im *ambulanten Sektor* weisen die deutschen Befragten das höchste Qualifikationsniveau mit einem Anteil von 53 Prozent unter den Pflegekräften mit einer abgeschlossenen dreijährigen Ausbildung zur Kranken- oder Altenpflegefachkraft auf, gefolgt von einem Anteil von 51 Prozent unter den Pflegekräften mit einer zwei- bis dreijährigen Ausbildung zur Pflegefachkraft in Japan, und schließlich von einem Anteil von 45 Prozent in Schweden, die mehrheitlich eine zwei- bis dreijährige Ausbildung zur Krankenpflegeassistenz abgeschlossen haben. Da in Schweden der Ausbildungsabschluss auch aufgrund einer Validierung der ausgeführten pflegerischen Tätigkeiten und berufs begleitender Weiterbildung erreicht werden kann, ist keine exakte Zuordnung zur Länge der Ausbildung möglich.

Das niedrigere Ausbildungsniveau im ambulanten Sektor in Japan und Schweden lässt sich durch die Versorgungsbedarfe der Nutzerinnen und Nutzer und die damit einhergehenden Tätigkeiten der Pflegekräfte erklären. Während in Deutschland 30 Prozent der befragten Pflegekräfte mehrheitlich Personen mit Funktionseinschränkungen und damit einem umfangreichen pflegerischen Bedarf betreuen, sind dies lediglich 11 Prozent in Schweden und 5 Prozent in Japan. Vor diesem Hintergrund dominieren in Japan und Schweden grundpflegerische und haushaltsorientierte Tätigkeiten, wobei in Schweden noch behandlungspflegerische Tätigkeiten hinzukommen. Im Gegensatz dazu führen die Befragten der deutschen Stichprobe überwiegend grund- und behandlungspflegerische Aufgaben aus, wobei die Ausführung von letzteren ein höheres Qualifikationsniveau erfordert.

Die Ausbildungsunterschiede verweisen jedoch auch auf eine nichtadäquate Einschätzung der Qualifikationsanforderungen. Hier wird insbesondere von den japanischen Befragten – mit einem Anteil von 26 Prozent unter ihnen – eine nicht den fachlichen Anforderungen entsprechende Fachqualifi-

kation konstatiert. Dies berichten nur 6 Prozent der Befragten in Deutschland und 9 Prozent der Befragten in Schweden. Die doch deutlichen Unterschiede in der Einschätzung verweisen auch darauf, dass ein lediglich an der Ausbildungszeit orientierter Vergleich nicht die damit erworbene Fachkompetenz angemessen abbilden kann.

Im Gegensatz zu ausgeprägten länderspezifischen Unterschieden im ambulanten Sektor besteht in der *stationären Pflege* große Übereinstimmung hinsichtlich der Pflegebedarfe und der Orientierung der Arbeitstätigkeiten zwischen den Ländern. Die Pflegekräfte in allen drei Ländern berichten über einen hohen Anteil unter den Bewohnerinnen und Bewohnern, die an einer dementiellen Erkrankung leiden oder aufgrund funktioneller Einschränkungen eine umfangreiche Versorgung benötigen. Dies drückt sich in weitgehend übereinstimmenden Arbeitsaufgaben mit einem Schwerpunkt auf der Grundpflege aus.

In der japanischen und schwedischen Stichprobe steigt vor dem Hintergrund das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte an. In Japan verfügen 78 Prozent der Befragten über eine zwei- bis dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft, in Schweden steigt der Anteil der Krankenpflegeassistentinnen und Krankenpflegeassistenten mit einer mehrheitlich zwei- bis dreijährigen Ausbildung auf 65 Prozent, während in Deutschland im Vergleich zum ambulanten Sektor der Anteil der Alten- oder Krankenpflegefachkräfte auf knapp 33 Prozent sinkt, wobei noch 16 Prozent der Befragten mit einer weiteren qualifizierten Ausbildung im Pflegebereich hinzukommt.

Trotz des Anstiegs beklagen sich 11 Prozent der Befragten in Schweden und 44 Prozent der Befragten in Japan über eine nicht-adäquate Fachausbildung. Auch in Deutschland entspricht der Rückgang des Qualifikationsniveaus nicht den fachlichen Anforderungen, denn 24 Prozent der Befragten in Deutschland bewerten ebenfalls ihre Qualifikation als nicht mit den fachlichen Anforderungen übereinstimmend. Mit Ausnahme der Krankenpflegekräfte bringen alle Pflegekräfte in Deutschland diese Kritik im gleichen Umfang hervor. Insbesondere in Japan und Deutschland werden damit Defizite in der Qualifizierung der Pflegekräfte erkennbar.

3.2 Belastungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz

Ein weiteres zentrales Kriterium zur Einschätzung der Pflegearbeit in den drei Ländern stellen Ergebnisse zu Belastungen und Beanspruchungserleben dar. Wissenschaftliche Untersuchungen lassen generell Pflegearbeit in westli-

chen Ländern als eine hochbelastete Tätigkeit sichtbar werden, wobei dies im Zuge von marktorientierten Restrukturierung des Bereiches zugenommen hat (zur marktorientierten Restrukturierung vgl. [Kapitel 1](#)). Im Folgenden werden zeitliche Belastung (Zeitdruck und Überstunden), körperliche Belastung und Beanspruchungserleben als zentrale Indikatoren für den Ländervergleich ausgewählt.

Für den *ambulanten Sektor* bestätigen die Antworten der befragten Pflegekräfte in allen verglichenen Ländern einen hohen Zeitdruck (zur zeitlichen Belastung vgl. [Tabelle 3](#)). In Deutschland berichten 54 Prozent der Pflegekräfte, dass sie meistens unter einem sehr hohen Zeitdruck stehen, wobei diese Anteile mit 35 Prozent der Befragten in Japan und 37 Prozent in Schweden niedriger sind. Die hohe zeitliche Arbeitsbelastung und darüber hinaus Ansätze der Rationalisierung von Pflegearbeit werden auch in den Angaben zur Verbreitung von Überstunden in Deutschland und Japan erkennbar. In Deutschland betrifft dies insbesondere den hohen Anteil von 52 Prozent der Pflegekräfte, die mindestens einmal wöchentlich bezahlte Überstunden ausführen. Dies lässt sich vergleichen mit dem deutlich niedrigeren Wert von 28 Prozent in Japan und 13 Prozent in Schweden. Unbezahlte Überstunden gewinnen nur für die japanischen Befragten mit einem Anteil von 38 Prozent unter den Pflegekräften, die mindestens einmal wöchentlich unbezahlte Überstunden übernehmen, eine große quantitative Bedeutung. Der hohe Anteil unbezahlter Überstunden reflektiert auch „die Kultur der Überstunden“ auf dem japanischen Arbeitsmarkt generell.

Der Anteil unter den Pflegekräften, die über Zeitdruck berichten, erhöht sich in allen Ländern noch einmal für den *stationären Sektor*. Mit einem Anteil von 73 Prozent unter den Befragten, die „meistens zu viel zu tun haben“ ist auch in dem Sektor der Zeitdruck in Deutschland am höchsten. Mit einem Anteil von 53 Prozent unter den Pflegekräften in Japan und 40 Prozent unter den Pflegekräften in Schweden wird dies von den Befragten in den beiden Vergleichsländern weit seltener berichtet. Die neueren Ergebnisse aus der Befragung in Schweden von 2015 verweisen auf eine deutliche Erhöhung des Anteils auf 50 Prozent unter den Befragten, die über einen meistens hohen Zeitdruck berichten (zu den Daten für 2015 vgl. Szebehely/Stranz/Strandell 2017).

Hinsichtlich der Häufigkeit von Überstunden treten die schon für den ambulanten Sektor beschriebenen Länderdifferenzen hervor. Vergleichbar mit dem ambulanten Sektor sind in Schweden beide Formen der Überstundenarbeit quantitativ bedeutungslos. In Deutschland sind hingegen bezahlte und unbezahlte Überstunden verbreitet. 36 Prozent der befragten Pflegekräf-

Tabelle 3

Zeitliche Belastungen am Arbeitsplatz nach Land und Sektor

	Deutschland		Schweden		Japan	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Überstunden (mind. wöchentlich)						
bezahlte Überstunden**	52 %	36 %	13 %	4 %	28 %	39 %
unbezahlte Überstunden**	9 %	21 %	9 %	1 %	38 %	66 %
Zeitdruck						
„zu viel zu tun haben“ – Ja, meistens**	54 %	73 %	37 %	40 %	35 %	53 %

** p < 0,01

Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Deutschland (2010), Schweden (2005) und Japan (2012)

te führen mindestens einmal in der Woche bezahlte Überstunden aus, während ein weiterer bedeutender Anteil unter ihnen (21 Prozent) von unbezahlten Überstunden berichtet. Verknüpft mit den Ergebnissen zum hohen Zeitdruck erscheint dies nicht nur ein Ausdruck der Rationalisierung der Tätigkeit zu sein, sondern reflektiert zudem im Vergleich zu Schweden eine niedrige Personalausstattung (vgl. Theobald 2015b). Charakteristisch für Japan ist wiederum der mit 66 Prozent hohe Anteil befragter Pflegekräfte, die mindestens einmal pro Woche unbezahlte Überstunden ausführen. Auch für Japan liegen die Werte beträchtlich über den Anteilen im ambulanten Sektor.

Neben zeitlichen Belastungen stellen *körperliche Belastungen* in allen drei Ländern ein weiteres zentrales Element der Arbeitssituation dar. Im *ambulanten Sektor* geben in Schweden und Deutschland ca. 40 bis 50 Prozent der Befragten an, dass sie mehr oder weniger jeden Tag schwere Dinge oder Personen fortbewegen. Dieser Anteil erhöht sich in beiden Ländern unter den Pflegekräften im *stationären Sektor* auf ca. 60 bis 70 Prozent. Pflegearbeit in Japan ist charakterisiert mit einer im Ländervergleich erheblich niedrigeren körperlichen Belastung im ambulanten Sektor und einer erheblich höheren im stationären Sektor. Lediglich 18 Prozent der japanischen Befragten im ambulanten Sektor berichten über diese körperliche Belastung, während sich ihr Anteil im stationären Sektor auf 81 Prozent unter den Pflegekräften erhöht. Das deutlich niedrigere Ergebnis im ambulanten Sektor in Japan mag auf die stärkere Orientierung an Haushaltstätigkeiten im ambulanten Sektor zurückzuführen sein, wobei der hohe Wert im stationären Sektor möglicherweise auch dem Arbeitszeitarrangement mit dem hohen Anteil an Vollzeitigkeiten und sich daran anschließender Überstunden geschuldet sein mag.

Als ein weiteres Indiz für die Belastungen und das damit einhergehende Beanspruchungserleben am Arbeitsplatz können die Aussagen zum Vorkommen von körperlicher oder psychischer Erschöpfung herangezogen werden. Hier werden ebenfalls negative Trends erkennbar, wobei bei vorhandenen Länderunterschieden die Werte im stationären Sektor in allen Ländern höher liegen und darüber hinaus in Japan wiederum die ungünstigste Situation erkennbar wird. Dies reflektiert die auch auf der Basis von höheren Pflegebedarfen generell schwierigere Situation im stationären Sektor. Die Länderdifferenzen deuten jedoch auch auf Gestaltungsspielräume hin.

Im *ambulanten Sektor* werden für die deutsche Stichprobe trotz eines hohen Anteils von 46 Prozent unter den Befragten, die sich fast immer oder oft nach einem Arbeitstag körperlich erschöpft fühlen, sowie 23 Prozent unter ihnen, die sich fast immer oder oft physisch erschöpft fühlen, im Länderver-

gleich noch die günstigsten Werte erkennbar. Beide Werte liegen in Japan und Schweden mit einem Anteil von ca. 60 Prozent der Befragten, die über körperliche Erschöpfung und 40 bis 50 Prozent, die über psychische Erschöpfung klagen, weit höher. Im *stationären Sektor* nähern sich die Werte für die Stichproben in Schweden und Deutschland auf einem hohen Niveau an mit einem Anteil von ca. 70 Prozent der Pflegekräfte, die von körperlicher Erschöpfung und ca. 40 Prozent, die von psychischer Erschöpfung berichten. In Japan hingegen liegen die beiden Werte im stationären Sektor mit einem Anteil von mehr als 80 Prozent unter den Befragten, die sich fast immer oder oft nach einem Arbeitstag psychisch bzw. körperlich erschöpft fühlen, erheblich höher.

3.3 Inhaltliche Aspekte der Arbeit

In vielen Untersuchungen zur Arbeitssituation in der Pflege treten inhaltliche Aspekte der Pflegearbeit als ein positiver Faktor der Pflege Tätigkeit hervor (vgl. Theobald/Szebehely/Preuß 2013). Anhand ausgewählter Indikatoren des Arbeitsinhalts – der Arbeitstätigkeiten, der Autonomie im pflegerischen Alltag und der Bewertung des Arbeitsinhalts – sollen diese inhaltlichen Aspekte zwischen den Ländern und Sektoren verglichen werden (vgl. [Tabelle 4](#)).

Arbeitstätigkeiten im Rahmen der Grundpflege dominieren in beiden Sektoren in den untersuchten Ländern die Arbeitsaufgaben unabhängig von dem Qualifikationsniveau der Pflegekräfte. Im *ambulanten Sektor* werden in Schweden und besonders deutlich in Japan grundpflegerische Tätigkeiten häufiger als in Deutschland mit Haushaltstätigkeiten verknüpft. Der größte Unterschied wird dabei in der Frage der Wohnungsreinigung ersichtlich. Hier sagen 84 Prozent der Befragten in Japan, 46 Prozent der Befragten in Schweden und lediglich 17 Prozent in Deutschland, dass sie diese Tätigkeit mindestens einmal am Tag ausführen. Eine gegensätzliche Tendenz spiegelt sich in der Ausführung von behandlungspflegerischen Tätigkeiten, wie bspw. der Vergabe von Injektionen, mit einem Anteil von 62 Prozent unter den deutschen Befragten, 36 Prozent in Schweden und 0 Prozent in Japan.

Diese Differenz reflektiert die integrierte Versorgung von Grundpflege und Behandlungspflege in Deutschland und Schweden sowie das höhere Qualifikationsniveau in Deutschland und die Ausführung der behandlungspflegerischen Tätigkeiten von darauf spezialisierten medizinisch-orientierten Anbietern in Japan. Die integrierte Versorgung von Grund- und Behand-

Tabelle 4

Inhaltliche Aspekte der Arbeit nach Land und Sektor

	Deutschland		Schweden		Japan	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Arbeitsaufgaben						
Körperpflege (mind. täglich)	90 %	94 %	89 %	90 %	73 %	94 %
Wohnraumreinigung** (mind. täglich)	17 %	17 %	46 %	19 %	84 %	26 %
Injektionsvergabe: Ja**	62 %	46 %	36 %	39 %	0 %	0 %
interessante/bedeutungsvolle Tätigkeit: Ja, meistens**	92 %	87 %	77 %	73 %	65 %	51 %
Einfluss auf die tägliche Planung der Arbeit: Ja, meistens**	41 %	34 %	39 %	48 %	20 %	16 %

** p < 0,01

Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Deutschland (2010), Schweden (2005) und Japan (2012)

lungspflege in Deutschland geht im Ländervergleich mit einer ausgeprägten Arbeitsteilung abhängig vom Qualifikationsniveau einher, d. h. während alle Pflegekräfte in grundpflegerische Tätigkeiten involviert sind, führen Pflegekräfte ohne qualifizierte Fachausbildung zumeist die haushaltsbezogenen und sozial-emotionalen Aktivitäten und seltener die behandlungspflegerischen Tätigkeiten durch.

Im *stationären Sektor* sind auch aufgrund der ähnlichen Versorgungsbedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner die Unterschiede zwischen den Ländern geringer. Auffällig ist hier, dass die Pflegekräfte in Japan und Schweden im Vergleich zu Deutschland signifikant häufiger in soziale Aktivitäten involviert sind und vergleichbar mit dem ambulanten Sektor die Pflegekräfte in Japan im Gegensatz zu Deutschland und Schweden keine behandlungspflegerischen Tätigkeiten übernehmen.

Neben den Arbeitsinhalten können auch von *Gestaltungsmöglichkeiten oder Autonomie in der Planung der Tätigkeit* positive Impulse ausgehen. Hier zeigen sich in beiden Sektoren in den drei Ländern niedrige bis höchstens mittlere Werte. Am häufigsten berichten Pflegekräfte in der stationären Versorgung in Schweden und in der ambulanten Versorgung in Deutschland mit einem Anteil von 40 bis 50 Prozent unter ihnen über Gestaltungsspielräume in der Planung der Tätigkeit. Dabei wird auch in Deutschland ein erheblicher Einfluss des Qualifikationsniveaus erkennbar, denn dieser Anteil reduziert sich auf 29 Prozent unter den Pflegekräften ohne formale pflegerische Qualifikation.

Mit einem Anteil von nur 35 bis 40 Prozent der Pflegekräfte, die dies wahrnehmen, werden im stationären Sektor in Deutschland und im ambulanten Sektor in Schweden schon geringere Autonomiespielräume erkennbar. Für den ambulanten Bereich in Schweden wird in einem Vergleich der Untersuchungsergebnisse von 2005 und 2015 zudem ein sehr deutlicher Rückgang erkennbar. Im Jahr 2015 berichten nur noch 16 Prozent der befragten Pflegekräfte, dass sie meistens über diese Gestaltungsspielräume in der Planung der Arbeit verfügen (zu den Daten für 2015 vgl. Szebehely/Stranz/Strandell 2017). Mit einem Anteil von 15 bis 20 Prozent unter den Pflegekräften im ambulanten und stationären Sektor, die über diese Möglichkeiten berichten, scheinen Autonomiespielräume in Japan kaum vorhanden zu sein.

In beiden Sektoren in den drei Ländern bewerten die Pflegekräfte ihre *Tätigkeit als meistens interessant oder bedeutsam*, wobei auch hier ein deutlicher Ländereinfluss erkennbar wird, der mit den unterschiedlichen Arbeitsinhalten und Autonomiespielräumen korrespondiert. So bewerten 92 Prozent der

deutschen Pflegekräfte im ambulanten Sektor und noch 87 Prozent im stationären Bereich ihre Tätigkeit als „meistens interessant und bedeutungsvoll“, in Schweden sind dies noch 77 Prozent für den ambulanten Sektor und 73 Prozent im stationären Setting. Mit deutlichem Abstand folgen die beiden Sektoren in Japan. Im ambulanten Sektor stimmen 65 Prozent der befragten Pflegekräfte und im stationären Sektor lediglich 51 Prozent unter ihnen dieser Aussage zu.

3.4 Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz

Die Kommunikation mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten sowie die soziale Einbindung und Unterstützung tragen entscheidend dazu bei, den Arbeitsalltag zu bewältigen (vgl. auch Theobald/Szebehely/Preuß 2013). Hier wird ebenso ein ausgeprägter Ländereinfluss erkennbar, der sich noch einmal entlang der Sektoren bricht. Charakteristisch für die Situation in *Schweden* in beiden Sektoren ist die dichte Kommunikation und Kooperation im Kollegenkreis, während die direkten Vorgesetzten im pflegerischen Alltag nur wenig präsent sind.

So nennen knapp 60 Prozent der Pflegekräfte im ambulanten bzw. stationären Sektor, dass sie „meistens über genügend zeitliche Ressourcen zur Diskussion fachlicher Probleme mit Kolleginnen und Kollegen verfügen“, 40 bis 50 Prozent, dass sie sich „auf die Arbeit ihrer Kolleginnen und Kollegen verlassen können“ und 35 bis 40 Prozent im ambulanten bzw. stationären Sektor geben an, dass sie sich sehr von ihnen wertgeschätzt fühlen. Die Bewertung der Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten fällt ungünstiger aus. Nur ca. 34 Prozent der Befragten im ambulanten und stationären Bereich berichten über mindestens einmal wöchentlich stattfindende Besprechungen mit den Vorgesetzten und ca. 34 bis 40 Prozent fühlen sich meistens von ihren Vorgesetzten unterstützt.

Dieses Ergebnis reflektiert die Bedeutung des Teams für die Bewältigung der Pfl egetätigkeit und die niedrigere Präsenz von Vorgesetzten in Schweden, die häufig für sehr viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zuständig sind. Hinzu kommt, dass im ambulanten Sektor 16 Prozent der Befragten über Kontrolle und Vertrauensmangel seitens der Vorgesetzten klagen. Neuere Daten aus dem Jahr 2015 zeigen einen erheblichen Rückgang der zeitlichen Ressourcen für eine Problemdiskussion im Kolleginnen- und Kollegenkreis im ambulanten Sektor von einem Anteil von 57 Prozent unter den befragten Pflegekräften 2005, die meistens auf diese Ressource zurückgreifen

konnten, auf nur noch 35 Prozent unter ihnen im Jahr 2015. Der Rückgang seit 2005 wird nicht durch eine Ausweitung der Kooperation mit den Vorgesetzten ausgeglichen (zu den Daten für 2015 vgl. Szebehely/Stranz/Strandell 2017).

In *Deutschland* werden deutlichere Sektorendifferenzen sichtbar, die mit einer günstigeren Situation im ambulanten Sektor einhergehen. Der ambulante Sektor ist durch eine enge Kooperation, Unterstützung und Wertschätzung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte gekennzeichnet, während im stationären Sektor die kollegiale Kooperation weniger ausgeprägt ist und die durchaus vorhandene Präsenz von Vorgesetzten häufiger auch als Kontrolle wahrgenommen wird. So berichten zwischen 40 bis 50 Prozent der Pflegekräfte im ambulanten Sektor, dass sie „meistens über die notwendigen zeitlichen Ressourcen für eine Diskussion fachlicher Probleme mit Kolleginnen und Kollegen“ verfügen, sich „auf ihre Kolleginnen und Kollegen in ihrer Arbeit verlassen können“ und sich sehr wertgeschätzt fühlen. Im stationären Sektor liegen die Werte für diese Fragen bei ca. 30 Prozent der inkludierten Pflegekräfte.

In beiden Sektoren in Deutschland geben ca. 50 Prozent der Pflegekräfte an, dass sie mindestens einmal in der Woche ihren direkten Vorgesetzten zu einer Besprechung treffen. 64 Prozent der Pflegekräfte im ambulanten Sektor und 51 Prozent im stationären Sektor fühlen sich durch ihre Vorgesetzten meistens unterstützt, wobei im stationären Sektor mit 19 Prozent der Befragten doch ein großer Anteil über starke Kontrolle und niedriges Vertrauen des Vorgesetzten berichtet. Auch hier zeigt sich im ambulanten Sektor der Einfluss des Qualifikationsniveaus, denn während sich 26 Prozent der Alten- und Krankenpflegefachkräfte täglich zu Besprechungen mit ihrem Vorgesetzten einfinden, reduziert sich der Anteil für Pflegehilfskräfte auf 9 Prozent.

In *Japan* werden im ambulanten und stationären Sektor weniger günstige Formen der kollegialen Zusammenarbeit bzw. im Umgang mit Vorgesetzten sichtbar. So geben vergleichbar mit den eher niedrigen Werten im stationären Sektor in Deutschland ca. 30 bis 40 Prozent der Pflegekräfte in beiden Sektoren an, dass sie meistens über ausreichend Zeit für eine Fachdiskussion im Kollegenkreis verfügen und sie sich auf diese in ihrer Arbeit verlassen können. Auffällig im Ländervergleich ist dabei zudem die niedrige wahrgenommene kollegiale Wertschätzung. Im Gegensatz dazu berichten 66 Prozent der Pflegekräfte im ambulanten Bereich über mindestens einmal wöchentlich stattfindende Besprechungen mit dem Vorgesetzten, was dem höchsten Wert im Ländervergleich entspricht. Im stationären Sektor wiederum berichten 34 Prozent der Pflegekräfte über mindestens einmal wöchent-

liche Besprechungen, was den Werten in den beiden anderen Ländern entspricht. Unabhängig von der Häufigkeit der Besprechungen fühlen sich lediglich 37 Prozent bzw. 38 Prozent der befragten Pflegekräfte im ambulanten und stationären Sektor von ihren Vorgesetzten meistens unterstützt.

3.5 Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungssituation

Nach der Darstellung verschiedener Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation werden Ergebnisse zu Fragen vorgestellt, die eine Bewertung der Situation aus der Perspektive der Pflegekräfte gestatten. Hierzu werden Fragen zur Zufriedenheit mit den Veränderungen der Arbeitssituation, zu den Möglichkeiten, eine angemessene pflegerische Versorgung leisten zu können, und zu der Absicht, den Beruf oder die Einrichtung zu wechseln, einbezogen. Wie es sich aufgrund der bisherigen Ausführungen vermuten lässt, zeigt sich im ambulanten Sektor in Deutschland im Ländervergleich eine noch vergleichsweise positive *Einschätzung der Veränderungen der Arbeitssituation*. Die Pflegekräfte nehmen zu gleichen Anteilen eine hauptsächlich positive, eine hauptsächlich negative oder auch keine Veränderung wahr. Die günstigere Einschätzung im ambulanten Sektor in Deutschland lässt sich mit den Aussagen der Altenpflegefachkräfte erklären, die mit der Reform der Altenpflegeausbildung 2003 eine zumindest formale Gleichstellung mit den Krankenpflegefachkräften erfahren haben und verstärkt bestimmte Behandlungspflegerische Aufgaben ausführen dürfen.

Im stationären Sektor in Deutschland und in beiden Sektoren in Schweden sehen die Bewertungen weit negativer aus. So sagen hier 40 bis 50 Prozent der Befragten, dass sich die Arbeitsbedingungen hauptsächlich verschlechtert haben, während kaum jemand von einer positiven Veränderung spricht. Die Befragten in Japan nehmen im ambulanten und stationären Sektor kaum eine Veränderung der Arbeitsbedingungen wahr, was darauf schließen lässt, dass die schon berichteten, häufig negativen Facetten nicht mit zeitlich jüngeren Veränderungen in Beziehung gebracht werden.

In Deutschland und Schweden liegen darüber hinaus auch Aussagen zu den *Veränderungen der Pflegesituation* vor, d.h. den Möglichkeiten, den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen in der Pflege entsprechen zu können. Hier zeigt sich im ambulanten und stationären Bereich in der deutschen und schwedischen Stichprobe eine überwiegend negative Einschätzung der Veränderungen. So berichten ca. 40 bis 55 Prozent der Pflegekräfte beider Sektoren in Deutschland und Schweden über eine hauptsächlich Verschlechter-

rung der Pflegesituation. Mit der eher negativen Einschätzung geht auch eine Unzufriedenheit mit sich selbst aufgrund der eigenen Unterstützungsleistung einher. Diese Unzufriedenheit ist in beiden Ländern im stationären Sektor mit einem Anteil von 26 bis 30 Prozent unter den Befragten am stärksten ausgeprägt. Letzteres verweist vermutlich wiederum auf die schwierigeren Versorgungsbedarfe und die hohen Anforderungen in der stationären Versorgung, die nicht adäquat abgedeckt werden.

Die *ernsthafte Absicht, die Einrichtung oder den Beruf zu wechseln*, soll als abschließendes Bewertungskriterium verwendet werden. Denn neben vorhandenen Alternativen bildet die Unzufriedenheit mit den Bedingungen am Arbeitsplatz den zentralen Einflussfaktor für die Entstehung des Wunsches nach einem Wechsel. Prinzipiell wird in beiden Sektoren in allen drei Ländern eine verbreitete Absicht den Beruf oder die Einrichtung zu wechseln sichtbar, wobei die Anteile von 30 Prozent der Pflegekräfte im ambulanten Sektor in Deutschland bis zu 56 Prozent im stationären Sektor in Japan reichen. Die Bewertung im ambulanten Sektor in Deutschland spiegelt einerseits den hohen Zeitdruck und die Unzufriedenheit mit der Entwicklung der Pflegesituation und andererseits die im Länder- und Sektorenvergleich insgesamt günstigere Situation hinsichtlich der sozialen Einbindung und Kooperation mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten, Gestaltungsspielräumen oder auch der Zufriedenheit mit den Veränderungen am Arbeitsplatz.

Mit einem Anteil von 37 bis 40 Prozent unter den Befragten, die ernsthaft erwogen, den Beruf oder den Arbeitsplatz zu wechseln, werden im stationären Sektor in Deutschland und dem ambulanten und stationären Sektor in Schweden hohe aber im Ländervergleich mittlere Werte erkennbar. Die Absicht zu wechseln wird durch die hohe körperliche und psychische Beanspruchung und die ausgeprägte Unzufriedenheit mit den Veränderungen der Arbeits- und Pflegesituation gefördert. Die negativen Einflussfaktoren werden weniger als im ambulanten Sektor in Deutschland durch Elemente der sozialen Einbindung und Kooperation ausgeglichen (zum Zusammenhang von Facetten der Arbeitssituation und der Absicht, den Beruf oder die Einrichtung zu wechseln, vgl. Theobald/Szebehely/Preuß 2013). In Japan schließlich wird die ungünstigste Situation erkennbar, wobei dies für den ambulanten Bereich mit einem Wert von 45 Prozent, aber insbesondere für den stationären Bereich mit einem Anteil von 56 Prozent der Befragten gilt, die den Beruf oder die Einrichtung wechseln wollen. Die vor allem im stationären Sektor in Japan vorliegende hohe körperliche, psychische und zeitlich quantitative Belastung und Beanspruchung werden nur wenig durch soziale Einbindung, Gestaltungsspielräume und interessante Arbeitsinhalte ausgeglichen.

3.6 Länderprofile der Pflegearbeit

Generell werden in den Ergebnissen in den drei Ländern Indikatoren für eine schwierige Beschäftigungs- und Arbeitssituation erkennbar, wie bspw. hohe zeitliche und körperliche Belastungen oder ein hohes physisches und psychisches Beanspruchungserleben sowie insbesondere im ambulanten Sektor häufig vorkommende zeitlich wenig umfangreiche, prekäre Arbeitszeitarrangements und Beschäftigungsformen. Damit werden die bereits vorliegenden, internationalen Ergebnisse bestätigt (vgl. Kapitel 1). Im Fokus der Analyse stand jedoch die Betrachtung der Länderspezifika zentraler Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation. Diese in den Ergebnissen sichtbaren Länderunterschiede werden abschließend zu Länderprofilen der Pflegearbeit zusammengefasst.

Als hervorstechende Charakteristika der Pflegearbeit in *Deutschland* können der hohe Zeitdruck, der Fokus auf behandlungs- und grundpflegerische Tätigkeiten insbesondere im ambulanten Sektor und die Betonung eines Qualifikationsmix bezeichnet werden. Der Qualifikationsmix schließt eine im Ländervergleich umfangreiche qualifizierte dreijährige Fachausbildung ein, wobei gleichzeitig ein nicht unerheblicher Anteil unter den Pflegekräften keine formelle Pflegeausbildung abgeschlossen hat. Dabei weist der ambulante Sektor in Deutschland im Länder- und Sektorenvergleich die günstigste Situation hinsichtlich der Qualifikation der Beschäftigten und vieler Facetten der Arbeitssituation auf, wie bspw. den Gestaltungsspielräumen, den inhaltlichen Aspekten der Arbeit und der sozialen Einbindung und Kooperation. Dies geht jedoch einher mit einem hohen Anteil von kurzen bis hin zu prekären Teilzeittätigkeiten und einer Verteilung der Arbeitstätigkeiten, der vorhandenen Gestaltungsmöglichkeiten, der Einbeziehung in Besprechungen und dem Zugang zu Vollzeit- bzw. langen Teilzeittätigkeiten abhängig vom Qualifikationsniveau.

Von günstigeren Arbeitszeitarrangements und des kaum vorhandenen Einflusses des Qualifikationsniveaus auf die Arbeitssituation abgesehen weist der stationäre Sektor in Deutschland eine erheblich negativere Situation auf. Dies betrifft das insgesamt niedrigere und auch von einem signifikanten Anteil der Pflegekräfte als nicht angemessen wahrgenommene Qualifikationsniveau und viele Facetten der Arbeitssituation, wie bspw. die Arbeitsbelastung und beanspruchung, die soziale Einbindung oder die Gestaltungsspielräume.

Charakteristisch für die Situation in der Pflegearbeit in *Schweden* sind hingegen die geringen Sektorenunterschiede, die dazu führen, dass die Situation im ambulanten Sektor im Vergleich zu Deutschland weniger günstig ist,

während der stationäre Sektor im Vergleich zu Deutschland und Japan die günstigsten Werte aufweist. Weitere Charakteristika beider Sektoren sind die niedrigste zeitliche Belastung – gemessen am Zeitdruck oder der Verbreitung von Überstundenarbeit –, kein bedeutsamer Einfluss des Qualifikationsniveaus, weit verbreitete Möglichkeiten der Kooperation im Kollegenkreis und vorhandene Gestaltungsspielräume, die sich allerdings im ambulanten Bereich in jüngster Zeit beträchtlich reduziert haben. Negativ zu Buche schlagen für beide Sektoren die hohe Unzufriedenheit mit den Veränderungen der Arbeits- und Pflegesituation, die geringe Beteiligung der direkten Vorgesetzten und das hohe Beanspruchungserleben. Der Wunsch, den Beruf oder die Einrichtung zu wechseln, liegt auf einem mittleren Niveau im Vergleich zu Japan und Deutschland, wobei sich dies insbesondere im stationären Sektor zwischen 2005 und 2015 erhöht hat (zu den Daten für 2015 vgl. Szebehely/Stranz/Strandell 2017).

Kennzeichnend für die Situation der Pflegearbeit in *Japan* sind die beträchtlichen Unterschiede in der Beschäftigungs- und Arbeitssituation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, die niedrige Qualifikation, der hohe Anteil prekärer Beschäftigung im ambulanten Sektor und die doch in weiten Bereichen sehr belastende Arbeitssituation im stationären Bereich. Letzteres gilt im Vergleich zum ambulanten Sektor in Japan aber auch zu den stationären Sektoren in Deutschland und Schweden. Weiterhin auffallend sind die in beiden Sektoren nur wenig vorhandenen positiven Elemente, wie die geringen Gestaltungsmöglichkeiten, die weniger positiv wahrgenommen inhaltlichen Aspekte der Tätigkeit, zeitlich begrenzte Möglichkeiten der Kommunikation im kollegialen Miteinander, die nicht durch eine höhere wahrgenommene Unterstützung durch Vorgesetzte ausgeglichen wird. Die Daten zeigen generell unabhängig vom Qualifikationsniveau eine schwierige Arbeitssituation. Dies reflektiert sich in dem hohen Anteil unter den Pflegekräften in beiden Sektoren, die einen Wechsel des Berufs oder der Einrichtung erwägen. Positiv sticht der hohe Anteil von männlichen Pflegekräften im stationären Sektor in dem ansonsten weiblich dominieren Tätigkeitsfeld in den drei Vergleichsländern hervor.

Die präsentierten allgemeinen Trends und die sich daraus ergebenden Länderprofile bilden den Hintergrund für die folgende Analyse der sichtbar werdenden Muster von Stratifikationen in der Pflegearbeit, basierend auf dem Migrationshintergrund in Deutschland und Schweden und dem Geschlecht in Japan.

4 MIGRATION UND GESCHLECHT IM LÄNDERVERGLEICH

4.1 Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in Deutschland und Schweden

Auf der Basis des Vergleichs der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund soll die Ausformung der Integration von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in die Pflegearbeit in Deutschland und Schweden untersucht werden. Dieser Vergleich ermöglicht, vorhandene Facetten einer ungleichen Beschäftigungs- und Arbeitssituation und darauf aufbauend Muster von Stratifikationen in beiden Ländern zu erarbeiten. Bevor diese Ergebnisse vorgestellt und diskutiert werden, werden zunächst wesentliche Charakteristika der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in den beiden Stichproben verglichen. Dies liefert einen Einblick in die länderspezifische Rekrutierung, die Herkunftsländer und damit auch den Migrationsstatus. In der bisher vorliegenden Forschung zur Einbeziehung von Pflegekräften mit einem Migrationshintergrund in die professionelle Pflegearbeit hat sich der Migrationsstatus als ein zentraler Einflussfaktor für die Ausformung der Integration erwiesen (vgl. Kapitel 1).

4.1.1 Die Stichproben im Ländervergleich

Wie in vielen Befragungen und Statistiken üblich werden in der deutschen Stichprobe Pflegekräfte, die selbst migriert sind und/oder deren Eltern bzw. ein Elternteil migriert sind, in die Gruppe der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund einbezogen. Im Gegensatz dazu und in Übereinstimmung mit dem üblichen Vorgehen in schwedischen Befragungen wurden die Pflegekräfte der schwedischen Stichprobe lediglich nach den eigenen Migrationserfahrungen befragt, d. h. in die folgende vergleichende Analyse können für Schweden lediglich Pflegekräfte einbezogen werden, die im Ausland geboren sind.

Die im Ausland geborenen Pflegekräfte in der schwedischen Stichprobe kommen entweder – zu einem kleineren Teil – aus den skandinavischen Ländern oder sehr weit gestreut aus verschiedenen Ländern. Entsprechend den Vorgehensweisen in anderen Untersuchungen werden für die folgende Ana-

lyse Migrantinnen und Migranten aus den skandinavischen Ländern der Gruppe der im Inland geborenen Pflegekräfte zugeordnet, da aufgrund des gemeinsamen Arbeitsmarkts, der kulturellen und zumeist auch sprachlichen Nähe keine Unterschiede zu finden sind (vgl. Jönsson/Giertz 2013). Die verbleibenden Migrantinnen und Migranten kommen aus Ländern aus der ganzen Welt, wie bspw. Äthiopien, Chile, Indien, Afghanistan, Libanon, Senegal, Südkorea etc. Mehrheitlich werden die Pflegekräfte unter den schon im Lande lebenden anerkannten Flüchtlingen rekrutiert (vgl. Jönsson/Giertz 2013). Zu dem Zeitpunkt der Untersuchung im Jahr 2005 hat Schweden über großzügige Regelungen verfügt, die nach der Anerkennung des Flüchtlingsstatus einen Zugang zu einer permanenten Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis gestatteten.

In der deutschen Stichprobe waren mit einem Anteil von 79 Prozent unter den Pflegekräften mit Migrationshintergrund die große Mehrheit ebenfalls im Ausland geboren. 60 Prozent der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund insgesamt kamen aus Russland, Polen oder Kasachstan und weitere 6 Prozent aus weiteren osteuropäischen Ländern. Die Pflegekräfte aus Russland oder Kasachstan waren mit einem Anteil von 92 Prozent selbst migriert, während dies nur für 73 Prozent der Pflegekräfte aus Polen zutraf. Die weiteren Pflegekräfte gaben im Wesentlichen unterschiedliche Länder in Europa als Herkunftsland an, wie bspw. Italien, Griechenland, Frankreich, den Niederlanden, Kroatien oder Bosnien, während nur 17 Prozent unter ihnen aus dem außereuropäischen Ausland kamen, wie bspw. den Philippinen, Südkorea, Kolumbien oder der Türkei.

Die Pflegekräfte aus Russland, Kasachstan oder anderen Ländern Osteuropas können der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler zugerechnet werden, die aufgrund ihres Status über einen direkten Zugang zur deutschen Staatsbürgerschaft verfügen. Im Jahr 2010, dem Jahr der Durchführung der Untersuchung, waren andere Möglichkeiten der Migration aus diesen Ländern nach Deutschland kaum vorhanden, denn die Öffnung des Arbeitsmarkts für Bürgerinnen und Bürger der neuen EU-Mitgliedsländer oder die Etablierung von Möglichkeiten der internationalen Rekrutierung erfolgte erst nach 2010. Zwischen 1950 und 2012 immigrierten 4,5 Millionen (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler nach Deutschland, wobei dies seit 1990 allein 2,5 Millionen waren. Während sie vor den 1990er Jahren zumeist aus Polen oder Rumänien emigrierten (60 Prozent), kamen sie nach 1990 zu einem sehr hohen Anteil aus Kasachstan oder Russland (80 Prozent) (vgl. Worbs et al. 2013). Vor dem Hintergrund kann auch für die deutsche Stichprobe davon ausgegangen werden, dass die Mehrheit

der Pflegekräfte als (Spät-)Aussiedlerinnen und (Spät-)Aussiedler, als Bürgerinnen und Bürger der alten EU-Mitgliedsländer oder Angehörige der zweiten Migrationsgeneration zumindest auf eine permanente Aufenthalts- oder Arbeitserlaubnis zurückgreifen kann.

4.1.2 Die Beschäftigungssituation im Ländervergleich

Zur Analyse der Beschäftigungssituation werden Angaben zum Qualifikationsniveau und zum Arbeitszeitarrangement herangezogen. Beides, Qualifikationsniveau und Arbeitszeitarrangements, lässt in beiden Ländern nur wenig Anzeichen einer Benachteiligung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund erkennen (vgl. [Tabelle 5](#) und [Tabelle 6](#)). In Deutschland verfügen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund über ein – wenn auch nicht signifikant – höheres Qualifikationsniveau im ambulanten und im stationären Sektor (vgl. [Tabelle 5](#)). Für den stationären Sektor, für den weitere, allerdings nicht landesweite Untersuchungen vorliegen, erscheint dieses Ergebnis etwas zu hoch, denn die bisher vorliegenden regionalen Untersuchungen verweisen auf ein ähnliches, aber nicht höheres Qualifikationsniveau (zum Überblick siehe [Stagge 2016](#)). Die etwas höheren Zahlen lassen sich vermutlich mit der geringeren Beteiligung von Pflegekräften mit einem niedrigen Ausbildungsniveau und Migrationshintergrund in der stationären Versorgung an der Untersuchung erklären³. Der zu vermutende ähnlich hohe Anteil von qualifizierten Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in der stationären Versorgung in Deutschland lässt sich mit dem Bedarf an qualifiziertem Personal in der stationären Versorgung erklären, der auf der gesetzlich definierten Fachkraftquote beruht. Diese schreibt einen Anteil von 50 Prozent Pflegefachkräften an den Pflegekräften insgesamt vor. Dies wurde weiter durch eine aktive Arbeitsmarktpolitik gefördert, die auch Qualifizierungsmaßnahmen in der Altenpflege zur Förderung der Integration in den Arbeitsmarkt vorsieht (vgl. [Stagge 2016](#)).

Für den ambulanten Sektor liegen keine Vergleichswerte auf der Basis anderer Untersuchungen vor. Die Übereinstimmung des Anteils von Pflegekräften mit einem Migrationshintergrund in der Stichprobe und den Ergebnissen der Repräsentationsbefragung aus dem Jahr 2010 lassen jedoch

³ Die vorgenommene Gewichtung der Daten erhöhte lediglich insgesamt den Anteil von Pflegekräften ohne formale Qualifikation und nicht spezifisch den Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund (vgl. [Kapitel 2](#)).

Tabelle 5

Die Beschäftigungssituation von Pflegekräften ohne und mit Migrationshintergrund in Deutschland

	Deutschland			
	ambulant		stationär	
	ohne	mit	ohne	mit
Qualifikationsniveau:				
Kranken-Altenpflegefachkraft	51 %	77 %	31 %	40 %
Pflegehelfer(in)/ohne formale Ausbildung	34 %	18 %	53 %	42 %
andere qualifizierte Ausbildung in der Pflege	15 %	6 %	15 %	19 %
alle	100 %	101 %	99 %	100,1 %
Arbeitszeit:				
Vollzeit 35 und mehr Stunden	27 %	47 %	44 %	67 %**
Teilzeit 21–24 Stunden	42 %	41 %	45 %	24 %**
Teilzeit bis 20 Stunden	32 %	12 %	11 %	9 %**
alle	101 %	100 %	100 %	100 %
unbezahlte Überstunden (mind. wöchentlich)	9 %	17 %	18 %	42 %**

** p < 0,01

Anmerkung: ohne/mit Migrationshintergrund; Pflegehelfer(in): Altenpflege-Krankenpflegehelfer(innen)

Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Deutschland (2010)

Tabelle 6

Die Beschäftigungssituation von Pflegekräften ohne und mit Migrationshintergrund in Schweden

	Schweden			
	ambulant		stationär	
	ohne	mit	ohne	mit
Qualifikationsniveau:				
Krankenpflegeassistent	50 %	38 %	69 %	72 %
Pflegehelfer(in)/ohne formale Ausbildung	50 %	63 %	31 %	28 %
andere qualifizierte Ausbildung in der Pflege	–	–	–	–
alle	100 %	101 %	100 %	100 %
Arbeitszeit:				
Vollzeit 35 und mehr Stunden	35 %	56 %	38 %	67 %*
Teilzeit: 21–24 Stunden	57 %	44 %	47 %	21 %*
Teilzeit bis zu 20 Stunden	8 %	0 %	15 %	13 %
alle	100 %	100 %	100 %	101 %
unbezahlte Überstunden (mind. wöchentlich)	8 %	9 %	4 %	7 %*

* p < 0,05

Anmerkung: ohne/mit Migrationshintergrund; Krankenpflegeassistent: 2- bis 3-jährige Ausbildung, Pflegehelfer(in)/ohne formale Ausbildung: Fort- und Ausbildung bis zu 2 Jahren

Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Schweden (2005)

vermuten, dass diese Zahlen valide sind (zur Analyse der Repräsentativität der Untersuchung siehe [Kapitel 2](#)). Vor dem Hintergrund der hohen Qualifikation des Sektors insgesamt kann der hohe Anteil von Fachkräften unter den Pflegekräften mit einem Migrationshintergrund mit dem Bedarf an Fachkräften aufgrund der integrierten Versorgung mit grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten erklärt werden. Die Zahlen verweisen jedoch auch darauf, dass wenig qualifizierte Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Wesentlichen im stationären Sektor zu finden sind.

Vergleichbar mit dem stationären Sektor in Deutschland werden auch für den stationären Bereich in Schweden keine Unterschiede im Qualifikationsniveau von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund gefunden (vgl. [Tabelle 6](#)). Im ambulanten Sektor hingegen werden Unterschiede sichtbar, denn hier verfügen die einheimischen Pflegekräfte über ein höheres, wenn auch nicht signifikant höheres Qualifikationsniveau. Ansätze der Professionalisierung in der Langzeitpflege in Schweden setzen auf eine qualifizierte Ausbildung für alle Pflegekräfte, die basierend auf einem modularen Ausbildungssystem und einer Validierung der praktischen Anteile pflegerischer Tätigkeiten im Pflegealltag auch berufsbegleitend erworben werden kann. Diese Herangehensweise erweist sich für den stationären Sektor mit der insgesamt höheren Qualifikationsstruktur erfolgreicher als im ambulanten Sektor.

In beiden Sektoren und Ländern sind Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund im Vergleich zu Pflegekräften ohne Migrationshintergrund in zeitlich umfangreichere Arbeitszeitarrangements einbezogen (vgl. [Tabelle 5](#) und [Tabelle 6](#)). Dies betrifft insgesamt häufiger Vollzeitarrangements und im ambulanten Sektor in Deutschland darüber hinaus lange Teilzeittätigkeiten. Die erheblichen Differenzen zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund können zu einem großen Teil mit den unterschiedlichen Mustern der Vereinbarung von Beruf und Familie mit Kindern bzw. Jugendlichen bis zu 18 Jahren erklärt werden.

In *Deutschland* verbinden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund auf der Basis eines Vollzeit- oder langen Teilzeitarrangements berufliche und familiäre Verpflichtungen (Vollzeit: 53 Prozent; lange Teilzeit: 40 Prozent), während Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund häufiger in lange und kurze Teilzeittätigkeiten involviert sind (lange Teilzeit: 52 Prozent; kurze Teilzeit: 23 Prozent). Die zeitlich umfangreichere Erwerbsarbeit für Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund wird durch eine umfassendere Unterstützung in der Kinderbetreuung erleichtert. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund kombinieren häufiger die Betreuung in öffentlichen Einrichtungen

mit einer Unterstützung durch die Familie, die Ehepartnerin/den Ehepartner und durch bezahlte private Hilfen. In *Schweden* verbinden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund familiäre und berufliche Verpflichtungen häufig auf der Basis einer Vollzeitstätigkeit (67 Prozent), während für Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund ein Mix von Vollzeit- und langer Teilzeittätigkeiten dominiert (Vollzeit: 35 Prozent; lange Teilzeit: 57 Prozent). Für Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund in Schweden bildet die öffentliche Kinderbetreuung die Grundlage der Vereinbarung.

Neben dem Einfluss der familiären Situation auf das Arbeitszeitarrangement wird in *Deutschland* auch ein erheblicher Einfluss des Qualifikationsniveaus erkennbar. Insbesondere Pflegekräfte ohne formale pflegerische Qualifikation werden häufiger auf der Basis eines kurzen Teilzeitarrangements beschäftigt. Hierbei zeigt sich ein deutlicher Einfluss des Migrationsstatus, denn während 24 Prozent der Pflegekräfte ohne pflegerische Qualifikation und mit Migrationshintergrund auf der Basis kurzer Teilzeitarrangements angestellt werden, betrifft dies lediglich 15 Prozent ihrer gleichqualifizierten Kollegen und Kolleginnen ohne Migrationshintergrund.

Dies lässt sich primär auf die Unterschiede in der Beschäftigung von Pflegekräften ohne formale pflegerische Ausbildung im stationären Sektor zurückführen. Hier sind 27 Prozent der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu lediglich 9 Prozent der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund auf der Basis von kurzen Teilzeitarrangements angestellt. Die Daten zeigen, dass einheimische Pflegekräfte ohne formale pflegerische Qualifikation signifikant häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen mit einem Migrationshintergrund im stationären Sektor einen Zugang zu umfangreicheren Arbeitszeitarrangements finden. Dieser deutliche Unterschied wird vermutlich aufgrund der Schwierigkeiten, Pflegekräfte mit Migrationshintergrund ohne formale Pflegeausbildung im stationären Sektor für die Befragung zu rekrutieren, in seiner quantitativen Bedeutung noch unterschätzt.

4.1.3 Facetten der Arbeitssituation im stationären Sektor in Deutschland

Während in den schwedischen Daten kaum Unterschiede in der Arbeitssituation von Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund erkennbar werden – mit den Ausnahmen, dass Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im stationären Sektor signifikant häufiger Zeitdruck wahrnehmen und auf einem insgesamt sehr niedrigen Niveau signifikant häufiger unbezahlte Über-

stunden übernehmen –, treten in den deutschen Daten erhebliche Unterschiede hervor. Dies betrifft Fragen der Arbeitsorganisation, der Kooperation im Kollegenkreis und mit Vorgesetzten sowie Facetten sozialer Interaktionen mit den Pflegebedürftigen und deren Familien im stationären Sektor, d.h. dem Sektor, in dem Pflegekräfte mit Migrationshintergrund mehrheitlich beschäftigt sind. In den Daten tritt zudem ein bedeutsamer Einfluss des Qualifikationsniveaus, des Arbeitszeitarrangements und des Herkunftslands auf die Ergebnisse hervor.

Bedeutsame Unterschiede in der *Arbeitsorganisation* betreffen die Verbreitung von unbezahlten Überstunden, die Verteilung von Arbeitsaufgaben und das Vorkommen eines hohen Beanspruchungserlebens. Während hinsichtlich der Verbreitung bezahlter Überstunden kaum Unterschiede auf der Basis des Migrationsstatus festzustellen sind, führen Pflegekräfte mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 41 Prozent unter ihnen im Vergleich zu 18 Prozent der einheimischen Pflegekräfte signifikant häufiger wenigstens einmal die Woche unbezahlte Überstunden aus. Die Unterschiede verstärken sich, wenn Pflegekräfte ohne qualifizierte formale Pflegeausbildung bzw. Pflegekräfte, die auf der Basis von kurzen Teilzeitarrangements beschäftigt werden, einbezogen werden. Denn während die Werte für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und ohne formale Pflegeausbildung auf 73 Prozent bzw. mit einer Anstellung auf der Basis eines kurzen Teilzeitarrangements auf 100 Prozent ansteigen, erhöhen sich die Werte für Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund mit 21 bzw. 30 Prozent nur wenig.

Der doch deutliche Anstieg der Verbreitung unbezahlter Überstunden, gerade für Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund und ohne formale pflegerische Qualifikation, lässt sich vermutlich auf ihre generellen Schwierigkeiten, eine Tätigkeit in der Pflege zu finden, zurückführen. So stimmen sie mit einem Anteil von 73 Prozent unter ihnen signifikant häufiger als ihre gleichqualifizierten einheimischen Kolleginnen und Kollegen (33 Prozent) dem Statement „Die Einrichtung hat eine hohe persönliche Bedeutung für mich“ zu. Für alle Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund reduziert sich der Unterschied mit einem Anteil von 48 bzw. 35 Prozent unter ihnen erheblich.

Ein weiterer bedeutsamer Unterschied betrifft die Verteilung von Arbeitsaufgaben. Prinzipiell ähnelt sich die *Verteilung von Arbeitsaufgaben* der Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund. Diese wird vielmehr durch das Qualifikationsniveau bestimmt, d.h. Pflegekräfte mit einer qualifizierten Pflegeausbildung verknüpfen häufiger grund- und behandlungspflegerische Tätigkeiten, während Pflegekräfte ohne formale Pflegeausbildung häufiger

grundpflegerische und haushaltsorientierte Tätigkeiten ausführen. Vor dem Hintergrund erweist sich die Reinigung der Zimmer der Bewohnerinnen und Bewohner als wesentliches Unterscheidungsmerkmal. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (31 Prozent) führen häufiger als Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund (14 Prozent) täglich diese Reinigungstätigkeiten aus. Der Einfluss des Migrationsstatus ist besonders stark ausgeprägt für Pflegekräfte ohne qualifizierte Pflegeausbildung. In dieser Gruppe reinigen 50 Prozent der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund täglich Bewohnerzimmer, während sich der Anteil mit 14 Prozent unter den gleichqualifizierten Pflegekräften ohne Migrationshintergrund nicht erhöht.

Ein vergleichbarer Einfluss wird für die Möglichkeit erkennbar, die *tägliche Planung der Arbeit* meistens beeinflussen zu können. Diese Möglichkeit sehen 23 Prozent der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu 35 Prozent ihrer Kolleginnen und Kollegen ohne Migrationshintergrund als gegeben an. Wenn zu dem Vergleich das Qualifikationsniveau und das Arbeitszeitarrangement hinzugezogen werden, erhöht sich der Unterschied zwischen beiden Gruppen erheblich. Niemand unter den Pflegekräften mit Migrationshintergrund, der keine formale Pflegeausbildung abgeschlossen hat bzw. in kurze Teilzeitarrangements integriert ist, sieht dies meistens als gegeben an. Im Gegensatz dazu üben beide Variablen keinen Einfluss auf diese Gestaltungsmöglichkeiten der einheimischen Pflegekräfte aus.

Das *Beanspruchungserleben* ein zentrales Maß für die Entwicklung von Stressempfinden im Arbeitsalltag weist ebenfalls einen ausgeprägten Zusammenhang zum Migrationsstatus auf. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund fühlen sich signifikant häufiger fast immer oder oft nach einem Arbeitstag körperlich erschöpft (88 Prozent versus 64 Prozent). Dies berichten alle Pflegekräfte unabhängig vom Qualifikationsniveau und Arbeitszeitarrangement. Die Unterschiede werden jedoch besonders prägnant für Pflegekräfte ohne formale pflegerische Qualifikation bzw. mit einer Anstellung auf der Basis einer kurzen Teilzeittätigkeit von bis zu 20 Stunden. Während sich in beiden Gruppen 100 Prozent der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund nach einem Arbeitstag fast immer oder oft körperlich erschöpft fühlen, verändern sich die Werte für Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund mit Anteilen von 60 bzw. 67 Prozent unter ihnen nicht. Die doch erheblichen Unterschiede in den Formen der Einbindung in die tägliche Pflegearbeit scheinen, im erheblichen Maße das Gefühl körperlicher Erschöpfung zu beeinflussen.

Auch in der *Kooperation mit Kolleginnen, Kollegen und den direkten Vorgesetzten* sowie in der *sozialen Interaktion mit Pflegebedürftigen und deren Familienangehörigen* lassen sich signifikante Unterschiede erkennen. Trotz einer ge-

nerell positiven Bewertung der Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen und den direkten Vorgesetzten – Pflegekräfte mit und ohne Migrationshintergrund berichten im gleichen Ausmaß über vorhandene Wertschätzung – treten deutliche Einflüsse des Migrationshintergrunds auf die Möglichkeiten der Kommunikation hervor.

Dies betrifft zunächst die *zeitlichen Ressourcen*, die vorhanden sind, um im kollegialen Miteinander arbeitsbezogene Probleme zu diskutieren. Dies wird signifikant seltener von Pflegekräften mit Migrationshintergrund bestätigt, denn lediglich 15 Prozent unter ihnen im Vergleich zu 34 Prozent der Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund sehen diese Ressourcen meistens als gegeben an. Eine Ausdifferenzierung nach der Qualifikation erbringt, dass dieser Unterschied mit Ausnahme der Krankenpflegefachkräfte alle Gruppen unter den Pflegekräften betrifft. Unabhängig vom Qualifikationsniveau berichten Pflegekräfte mit Migrationshintergrund (14 Prozent) zudem seltener als Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund (37 Prozent) über tägliche Besprechungen mit den direkten Vorgesetzten.

Ein weiterer Einfluss des Migrationsstatus wird erkennbar in der *Kooperation und Kommunikation mit den Pflegebedürftigen sowie deren Familien*. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund fühlen sich signifikant weniger von den Familien der Pflegebedürftigen wertgeschätzt (auf dem höchsten Niveau der Antwortalternativen 11 Prozent versus 29 Prozent), berichten mit einem nahezu signifikanten Unterschied, dass sie häufiger täglich von den Pflegebedürftigen selbst sowie deren Familien kritisiert werden (10 Prozent versus 3 Prozent), dass sie signifikant häufiger täglich körperlicher Gewalt ausgesetzt sind (20 Prozent versus 8 Prozent) und dass sie häufiger mit ausländischerfeindlichen Kommentaren konfrontiert werden (wöchentlich 15 Prozent versus 5 Prozent).

Auch wenn große Gruppen unter den Pflegekräften mit Migrationshintergrund nicht oder nur selten davon betroffen sind – 70 Prozent von ihnen berichten über keine oder nur selten vorkommende körperliche Gewalt und 79 Prozent über seltene oder nie vorkommende ausländischerfeindliche Kommentare – reflektieren doch die Häufigkeit und Anzahl der Indikatoren schwierige soziale Interaktionen mit Pflegebedürftigen und deren Familien. Entscheidend für die Verbreitung ist hier nicht das Qualifikationsniveau, sondern das Herkunftsland. Betroffen von den negativen Handlungsweisen sind Pflegekräfte aus Polen, Kasachstan, Russland oder Angehörige der zweiten Generation aus dem ehemaligen Jugoslawien.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse auf eine differenzierte Entwicklung in der Integration der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Grundsätzlich

finden sie in beiden Ländern Zugang zu Fachqualifikationen und umfangreichen Arbeitszeitarrangements. Ein Wermutstropfen hier sind das niedrigere Ausbildungsniveau der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund in der ambulanten Versorgung in Schweden und die hohen Anteile unter den Pflegekräften ohne formale pflegerische Qualifikation und Migrationshintergrund in Deutschland, die insbesondere im stationären Sektor auf der Basis kurzer Teilzeitarbeitsarrangements tätig werden.

Darüber hinaus werden im stationären Sektor in Deutschland doch deutliche Unterschiede zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund in der Arbeitsorganisation, der Kooperation im Kollegenkreis und mit den Vorgesetzten sowie in der sozialen Interaktion mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung und deren Familien erkennbar. Diese Unterschiede verstärken sich abhängig vom Qualifikationsniveau, Arbeitszeitarangement und dem Herkunftsland. Während sich die Schwierigkeiten im Arbeitsalltag für wenig-qualifizierte Pflegekräfte mit Migrationshintergrund verstärken, zeigt sich dieser negative Einfluss kaum für Pflegekräfte ohne Migrationshintergrund. Die Facetten der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der stationären Pflege in Deutschland lassen somit Hinweise auf neue Formen der Stratifikation erkennen, wobei dies im besonderen Maße für wenig-qualifizierte Pflegekräfte gilt.

4.2 Die Einbeziehung von Männern in die Pflegearbeit in Japan

In der ländervergleichenden Untersuchung zu grundlegenden Trends in der Pflegearbeit wurden für Japan sehr große Unterschiede in der Beschäftigungs- und Arbeitssituation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor gefunden (siehe Kapitel 3). Gleichzeitig traten *bemerkenswerte* Unterschiede zwischen den Sektoren aus seiner Geschlechterperspektive hervor. Während der ambulante Sektor eine hohe Frauendominanz (Frauenanteil 95 Prozent) aufweist, wird mit einem Anteil männlicher Pflegekräfte von 35 Prozent im stationären Sektor eine umfangreiche Beschäftigung von Männern sichtbar. Diese Geschlechterdifferenz lässt sich noch mit weiteren Strukturvariablen – dem Qualifikationsniveau, dem Alter und der Familiensituation – verknüpfen. Die sektorenspezifische Entwicklung und der Zusammenhang zum Geschlechterverhältnis einschließlich der weiteren Ausdifferenzierungen auf der Basis der genannten Strukturvariablen stehen im Fokus der folgenden Analyse.

4.2.1 Die Beschäftigungssituation und die Ausdifferenzierung nach Geschlecht

Die Beschäftigungssituation – *Arbeitszeitarrangements und Qualifikationsniveau* – unterscheidet sich in Japan grundlegend zwischen beiden Sektoren (vgl. Tabelle 7). Dabei wird eine weit günstigere Situation im stationären im Vergleich zum ambulanten Sektor erkennbar. Der stationäre Sektor erweist sich mit einem Anteil von 93 Prozent unter den Pflegekräften, die auf der Basis eines Vollzeitarbeitsvertrags beschäftigt sind als „typisch männlicher“ Arbeitsbereich, wobei Männer und Frauen nahezu ausschließlich einer Vollzeitbeschäftigung nachgehen. Im Gegensatz dazu wird im ambulanten Sektor mit dem hohen Teilzeitanteil – 58 Prozent der Pflegekräfte – ein Merkmal eines typisch weiblich dominierten Arbeitsmarktbereichs erkennbar.

Im Gegensatz zum stationären Sektor treten in den Arbeitszeitarrangements des ambulanten Sektors erhebliche Geschlechterdifferenzen hervor. Während mit einem Anteil von 83 Prozent männliche Pflegekräfte noch durchaus einen Zugang zu regulären Vollzeittätigkeiten finden, ist der Anteil vollzeitarbeitender Frauen mit 40 Prozent erheblich niedriger. Eine differenziertere Analyse auf der Basis von Repräsentativstatistiken aus dem Jahr 2014 belegt zudem eine ausgeprägte Prekarisierung der Beschäftigung auf der Basis befristeter Arbeitsverträge, die zumeist lediglich eine Tätigkeit auf Stundenbasis vorsehen (vgl. Kapitel 3).

Das Qualifikationsniveau unterscheidet sich ebenso signifikant zwischen den Sektoren, wobei wiederum eine günstigere Situation im stationären Sektor erkennbar wird. Während im stationären Sektor 78 Prozent der befragten Pflegekräfte auf eine zwei- bis dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft zurückgreifen können, reduziert sich der Anteil deutlich auf 51 Prozent im ambulanten Sektor. Dieser Sektorenunterschied im Qualifikationsniveau bleibt auch bei einer geschlechtsdifferenzierten Betrachtung bestehen. Männliche und weibliche Pflegekräfte im stationären Sektor können im Vergleich zum ambulanten Sektor weit häufiger auf eine Fachqualifikation zurückgreifen.

Die unterschiedlichen Beschäftigungsbedingungen gehen zudem mit einer spezifischen *Altersstruktur und Familiensituation* einher, die zwischen den Sektoren und den Geschlechtern signifikant werden (vgl. Tabelle 8). Die stationäre Versorgung erweist sich als ein Tätigkeitsfeld, in dem jüngere Pflegekräfte bis zu 34 Jahren mit einem Anteil von 57 Prozent unter den Pflegekräften dominieren, während im Gegensatz dazu der Anteil von Pflegekräften, die 45 Jahre und älter lediglich 19 Prozent beträgt. Die Altersstruktur im ambulanten Sektor erweist sich als gegensätzlich. Hier sind 78 Prozent der Pfl-

Tabelle 7

Beschäftigungssituation in der Pflegearbeit in Japan nach Geschlecht

	ambulant	stationär
Frauenanteil	95 %	65 %
Arbeitszeit Vollzeittätigkeit		
Männer* ¹	83 %** ²	99 %* ²
Frauen**	40 %**	90 %*
Qualifikationsniveau Fachkräfte (2–3 Jahre Ausbildung)		
Männer**	55 %	85 %*
Frauen**	51 %	75 %*

* p < 0,05

** p < 0,01

¹ Signifikanz nach Sektor² Signifikanz nach Geschlecht

Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Japan (2012)

gekräfte 45 Jahre und älter, während der Anteil unter ihnen, der höchstens 34 Jahre alt ist, mit 11 Prozent niedrig ist.

Die unterschiedlichen Altersstrukturen in den Sektoren entstehen durch unterschiedliche Altersstrukturen unter den männlichen und weiblichen Pflegekräften in der Pflege insgesamt und einer sektorenspezifischen Rekrutierung. Unter den männlichen Pflegekräften dominieren mit einem Anteil von 62 Prozent unter ihnen, die bis zu 34 Jahre alt sind, die jüngeren Altersgruppen. Nur ein kleiner Anteil der männlichen Pflegekräfte (12 Prozent) ist 45 Jahre oder älter. Für die weiblichen Pflegekräfte wird eine gegenteilige Verteilung erkennbar. Lediglich 21 Prozent unter ihnen sind höchstens 34 Jahre alt, während 59 Prozent 45 Jahre und älter sind. Hinzu kommt ein deutlicher Einfluss des Sektors. Jüngere, weibliche Pflegekräfte bis zu 34 Jahren werden häufiger im stationären und ältere Pflegekräfte ab 45 Jahren eher im ambulanten Bereich beschäftigt. Eingebettet in die deutlich jüngere Altersstruktur wird für die männlichen Pflegekräfte ein ähnlicher Trend erkennbar. Während 34 Prozent von ihnen im ambulanten Sektor 45 Jahre und älter sind, trifft dies nur auf 6 Prozent im stationären Sektor zu.

Pflegekräfte in Japan nach Alter, Geschlecht und Familiensituation

	ambulant	stationär
Alter		
bis 34 Jahre		
Männer* ¹	43 %** ²	67 %* ²
Frauen**	9 %**	51 %*
45 und mehr Jahre		
Männer**	34 %**	6 %**
Frauen**	73 %**	26 %**
Kinder		
bis zu 7 Jahren		
Männer*	17 %*	34 %**
Frauen	7 %*	9 %**
13–18 Jahre		
Männer	6 %**	5 %*
Frauen*	28 %**	17 %*

** p < 0,01

* p < 0,05

¹ Signifikanz nach Sektor² Signifikanz nach Geschlecht

Quelle: eigene Auswertung der Daten der Untersuchung in Japan (2012)

Neben Arbeitszeitarrangements, Qualifikations- und Altersstrukturen trägt die familiäre Situation, d.h. hier definiert als das Vorhandensein von Kindern bis zu 18 Jahren, zu einer weiteren Ausdifferenzierung des Geschlechterverhältnisses bei. Ein undifferenzierter Vergleich zwischen Männern und Frauen über die Sektoren hinweg ergibt keinen Unterschied, denn ein sehr hoher Anteil von jeweils 61 Prozent unter den männlichen und weiblichen Pflegekräften hat keine Kinder unter 18 Jahren. Unterschiede zwischen den

Geschlechtern werden sichtbar, wenn darüber hinaus der Sektor sowie das Alter der Kinder einbezogen werden.

Männliche Pflegekräfte haben mit einem Anteil von 31 Prozent häufiger Kinder bis zu sieben Jahren, wobei sich zudem ein Sektoreinfluss manifestiert. Es sind insbesondere die männlichen Pflegekräfte im stationären Sektor, die dies realisieren. Hier haben 34 Prozent im Vergleich zu 17 Prozent unter ihnen im ambulanten Sektor Kinder bis zu sieben Jahren. Weiblichen Pflegekräften gelingt diese Verbindung mit einem Anteil von 7 Prozent unter ihnen im ambulanten und 9 Prozent im stationären Sektor kaum. Hingegen verknüpfen sie mit einem Anteil von 25 Prozent unter ihnen häufiger familiäre und berufliche Verpflichtungen mit älteren Kindern bzw. Jugendlichen zwischen 13–18 Jahren. Dies gelingt ihnen wiederum vermehrt im ambulanten Sektor. Unter den männlichen Pflegekräften haben in beiden Sektoren nur jeweils fünf Prozent Kinder oder Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren, was auch der jüngeren Altersstruktur unter den männlichen Pflegekräften geschuldet ist.

4.2.2 Arbeitssituation, Sektor und Geschlechterverhältnis

Hinsichtlich der Beschäftigungsbedingungen – Qualifikationsniveau und Arbeitszeiten – werden in Japan deutliche Unterschiede zwischen dem ambulanten und dem günstigeren stationären Sektor erkennbar, die mit einem höheren Anteil von männlichen Pflegekräften im stationären Sektor und einem frauendominierten ambulanten Sektor einhergehen. Eine erste Stratifikation zwischen den Geschlechtern entsteht damit durch die unterschiedlichen Bedingungen in den Sektoren und die Verteilung von Männern und Frauen über die Sektoren hinweg.

Im Folgenden sollen *Facetten der Arbeitssituation* in ihrer Bedeutung für die entstehenden Stratifikationen auf der Basis des Geschlechts herangezogen werden. In den grundlegenden Ausführungen zum stationären und ambulanten Sektor im Ländervergleich erwiesen sich die Arbeitsbedingungen im stationären Sektor in Japan als signifikant ungünstiger im Vergleich zum ambulanten Sektor (vgl. Kapitel 3). So geben 66 Prozent der Pflegekräfte im stationären Sektor in Japan im Vergleich zu 38 Prozent im ambulanten Sektor an, mindestens einmal pro Woche unbezahlte Überstunden auszuführen. 81 Prozent der Pflegekräfte im stationären Sektor im Vergleich zu 18 Prozent im ambulanten Bereich berichten davon, täglich schwere Dinge oder Personen fortzubewegen. Mehr als 80 Prozent im Vergleich zu 50 bis 60 Prozent

im ambulanten Sektor fühlen sich fast immer oder oft am Ende eines Arbeitstages körperlich oder psychisch erschöpft. Die höhere Belastung im stationären Sektor wird nur wenig durch eine umfangreiche kollegiale Kooperation oder inhaltliche Aspekte der Arbeit ausgeglichen. Die ungünstigere Situation reflektiert sich auch in dem höheren Anteil unter den Pflegekräften im stationären Sektor, die ernsthaft darüber nachdenken, den Beruf oder die Einrichtung zu wechseln.

Vergleichbar mit der Beschäftigungssituation zeigen sich auch hinsichtlich der Arbeitssituation die größten und signifikanten Unterschiede zwischen beiden Sektoren. In der Arbeitssituation im stationären Sektor lassen sich nur wenig ausgeprägte, nicht-signifikante Geschlechterdifferenzen feststellen, wobei die wenigen Unterschiede eher auf eine günstigere Situation für die männlichen Pflegekräfte hinweisen. Beide, männliche und weibliche Pflegekräfte beschreiben eine im ähnlichen Ausmaß vorstrukturierte Arbeitssituation, die mit nur wenigen Möglichkeiten der Einflussnahme auf die tägliche Planung der eigenen Arbeitsaufgaben einhergeht. Im Gegensatz zu den weiblichen Pflegekräften halten sich jedoch die männlichen Pflegekräfte weit weniger an diese Vorgaben (täglich 60 Prozent versus 39 Prozent).

Männliche Pflegekräfte sind häufiger in soziale Aktivitäten – wie das gemeinsame Trinken einer Tasse Kaffee oder gemeinsames Spazierengehen – involviert, was eine Ursache dafür sein kann, dass sie sich auch mehr von den Pflegebedürftigen wertgeschätzt fühlen. Ebenso treffen sich männliche Pflegekräfte häufiger zu täglichen Besprechungen mit ihren Vorgesetzten. Trotz vergleichbarer körperlicher und zeitlicher Belastungen fühlen sich die weiblichen Pflegekräfte vermehrt körperlich oder psychisch am Ende eines Arbeitstages erschöpft. Während der Anteil unter den Pflegekräften, die im letzten Jahr ernsthaft erwogen haben, den Beruf oder das Unternehmen zu wechseln, mit 56 Prozent insgesamt im Länder- und Sektorenvergleich sehr hoch ist, werden auch hier Geschlechterunterschiede mit einem Wert von 61 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer, die diesen Schritt erwogen, erkennbar.

Abschließend sollen die zentralen Ergebnisse zur Einbeziehung von Männern und Frauen in die Pflegearbeit in Japan zusammengefasst werden. Vor dem Hintergrund einer nach wie vor hohen Frauendominanz in der Pflegearbeit insgesamt wird mit dem vergleichsweise hohen Anteil von Männern in der stationären Versorgung eine deutliche Öffnung erkennbar. Diese Öffnung ist eingebettet in eine sehr spezifisch ausgestaltete Differenz zwischen den Sektoren und damit einhergehender Muster der Stratifikation zwischen den Geschlechtern. Aus der Perspektive der Beschäftigungsbedingungen er-

weist sich der stationäre Sektor, gemessen an Arbeitszeitarrangements und Qualifikationsniveau, als deutlich günstiger als der ambulante. Die Arbeitsbedingungen sind wiederum im ambulanten Sektor weit weniger belastend.

Diese Sektorendifferenzen zwischen dem weiblich dominierten ambulanten Sektor und dem aufgrund des hohen Männeranteils beinahe gemischtgeschlechtlichen stationären Sektors führen daher zu einer geschlechtsbezogenen Stratifikation zwischen den Sektoren. Mit Ausnahme des deutlichen Unterschieds in dem Umfang der Arbeitszeit zwischen männlichen und weiblichen Pflegekräften im ambulanten Sektor werden in den Sektoren jedoch kaum signifikante Geschlechterdifferenzen sichtbar. Eine vertiefende Analyse der Daten ergibt darüber hinaus, dass die Variable Geschlecht weiter ausdifferenziert werden muss, denn insbesondere Frauen, aber auch Männer werden auf der Basis des Alters, der Familiensituation und des Qualifikationsniveaus beiden Sektoren höchst unterschiedlich zugeordnet.

5 RESÜMEE: LÄNDERPOLITIKEN, ENTWICKLUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

In den bisherigen Ausführungen wurden generelle Entwicklungstrends in der Pflegearbeit sowie entstehende Muster der Stratifikation in der Pflegetätigkeit basierend auf dem Migrationsstatus und dem Geschlecht vorgestellt und diskutiert. Das Qualifikationsniveau wurde dabei als weiteres Stratifikationsmerkmal erkennbar, das eigenständig aber auch in Wechselwirkung mit dem Migrationsstatus und dem Geschlecht zu Mustern der Stratifikation beiträgt. Damit wurden bisher die Forschungsfragen von zwei der drei Bereichen zu (1) grundlegenden Trends in der Arbeits- und Beschäftigungssituation in den drei Ländern und (2) den entstehenden Mustern der Stratifikation beantwortet. Abschließend sollen entsprechend dem dritten Bereich die vorgestellten Ergebnisse zusammengefasst und im Kontext von Pflege- Professionalisierungs- und Migrationspolitiken in den drei Ländern diskutiert werden (zu den Forschungsfragen im Detail siehe [Kapitel 1](#)). Vor dem Hintergrund werden abschließend Handlungsansätze einer Veränderung der deutschen Pflegepraxis vorgestellt.

5.1 Die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Kontext der Länderpolitiken

Die Diskussion der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Kontext der Pflege- und Professionalisierungspolitiken wird anhand von drei ausgewählten zentralen Themenfeldern –Versorgungsbedarfe, Arbeitsaufgaben und Qualifikation ([Kapitel 5.1.1](#)), Arbeitszeitarrangements und Beschäftigungsformen ([Kapitel 5.1.2](#)) sowie Organisationsformen und Belastung in der Arbeitssituation ([Kapitel 5.1.3](#)) – vorgenommen.

5.1.1 Versorgungsbedarfe, Arbeitsaufgaben und Qualifikation

Die länderspezifische sozialstaatliche Absicherung in der Langzeitpflege sowie die Absicherung und Organisation behandlungspflegerischer Tätigkeiten bilden den Ausgangspunkt für die doch erheblichen Länderunterschiede im

ambulanten Sektor. Diese betreffen das Spektrum der gelieferten Dienstleistungen, damit einhergehende Arbeitsaufgaben und die Qualifikation der Pflegekräfte. Die niedrige, auch lediglich haushaltsorientierte Bedarfe einschließende Zugangsschwelle zu sozialstaatlicher Absicherung in Japan und Schweden und die breitere, auch Haushaltsdienstleistungen umfassende Absicherung bei einem vorliegenden Pflegebedarf führen in Japan und Schweden neben einem hohen Anteil von Arbeitsaufgaben in der Grundpflege auch zu einem hohen Anteil von haushaltsorientierten Dienstleistungen in den professionellen Versorgungsarrangements. Die Ausführung haushaltsnaher Dienstleistungen in Deutschland ist im Rahmen der ambulanten Versorgung begrenzt und wird entweder von den Familien selbst übernommen oder von unterschiedlichen privaten Dienstleistern bis hin zu Anbietern auf einem grauen Markt hinzugekauft (vgl. Hielscher/Kirchen-Peters/Nock 2017).

In allen drei Ländern bilden behandlungspflegerische Aufgaben ein Element der öffentlich finanzierten ambulanten Versorgung. Während in Deutschland und Schweden diese Aufgaben von einem Anbieter angeboten werden, werden in Japan behandlungspflegerische Aufgaben von spezialisierten Dienstleistern ausgeführt. Diese Dienstleister wurden nicht in die Befragung einbezogen. Vor dem Hintergrund schließen die Arbeitsaufgaben der befragten Pflegekräfte in Schweden grund-, behandlungspflegerische und haushaltsorientierte Tätigkeiten ein; in Deutschland liegt der Schwerpunkt auf einer Kombination von grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten und in Japan auf der Kombination von haushaltsorientierten und grundpflegerischen Tätigkeiten.

Diese unterschiedliche Orientierung der Pflege Tätigkeiten spiegelt sich in dem Qualifikationsniveau in den ambulanten Sektoren in den drei Ländern. Die Pflegekräfte in der deutschen Stichprobe verfügen über das höchste Qualifikationsniveau, gefolgt von den befragten Pflegekräften in Schweden und abschließend von ihren Kollegen und Kolleginnen in Japan. Während in Deutschland und Schweden das Qualifikationsniveau von den Pflegekräften als weitgehend angemessen eingeschätzt wird, bewerten 25 Prozent der befragten Pflegekräfte in Japan die Qualifikation als fachlich nicht ausreichend. Für Japan wird damit deutlich, dass die fachlichen Anforderungen an die Tätigkeit in der Professionalisierungspolitik unterschätzt werden. Dies lässt sich vermutlich mit der gesellschaftlichen Definition dieser Tätigkeit als eine wenig qualifizierte, haushaltsorientierte Tätigkeit erklären, die als geeignet für „erfahrene Hausfrauen im mittleren Alter“ angesehen wird (vgl. Yamashita 2011).

Im Gegensatz zum ambulanten Sektor, in dem die Gestaltung der Politiken zu erheblichen Unterschieden in den Tätigkeitsprofilen der Pflegekräfte geführt hat, zeigen sich im stationären Sektor weite Übereinstimmungen in den Arbeitsaufgaben. Der Ansatz der Pflegepolitiken, der in allen drei Ländern „ambulante vor stationäre Versorgung“ propagiert, resultiert darin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in den verglichenen Ländern im erheblichen Maße unter funktionalen und kognitiven Einschränkungen leiden. Dabei wird für Deutschland und Japan erkennbar, dass die Professionalisierungspolitik noch nicht entsprechend reagiert haben. Aus der Perspektive eines substantiellen Anteils unter den befragten Pflegekräften entspricht ihre Fachqualifikation nicht den fachlichen Anforderungen in der alltäglichen Pflegearbeit.

5.1.2 Arbeitszeitarrangements und Beschäftigungsformen

In den Arbeitszeitarrangements und Beschäftigungsformen tritt in allen drei Ländern ein markantes Sektorenprofil hervor. Im Vergleich zum stationären Sektor werden im ambulanten Sektor hohe Teilzeitquoten bis hin zu prekärer Beschäftigung erkennbar. Im Ländervergleich ist der Unterschied zwischen den Sektoren in Schweden am geringsten und in Japan am stärksten ausgeprägt. In Japan beträgt der Anteil von Pflegekräften im stationären Sektor, die in regulären Vollzeittätigkeiten beschäftigt werden, mehr als 90 Prozent, während im ambulanten Sektor die Mehrheit der Pflegekräfte auf der Basis von wenig umfangreichen Teilzeitarbeitsverträgen und zudem häufig auf einer Stundenbasis beschäftigt werden.

Der hohe Anteil von wenig umfangreichen Arbeitszeitarrangements und prekärer Beschäftigung im ambulanten Sektor in den verglichenen Ländern kann basierend auf dem Zusammenspiel einer restriktiven öffentlichen Finanzierung und der Etablierung von Pflegemärkten auch als ein Mittel der Rationalisierung betrachtet werden (vgl. bspw. Slotala 2011; Meagher/Szebehely eds. 2013; Meagher/Szebehely/Mears 2016). Dieser generelle Zusammenhang zwischen der Etablierung von Pflegemärkten und der Beschäftigungssituation – gemessen am Anteil an wenig umfangreichen Teilzeittätigkeiten und prekärer Beschäftigung – weist eine hohe Länderspezifität auf (vgl. auch Theobald et al. 2017).

In *Schweden* zeigt sich ein erheblicher Unterschied in der Verbreitung prekärer Beschäftigung bei öffentlichen und privatwirtschaftlichen Anbietern, wobei sich dies für privatwirtschaftliche Anbieter von Risikokapitalge-

sellschaften erhöht. Dabei steigt der Anteil unter den Pflegekräften, die lediglich auf der Basis einer stundenweisen Beschäftigung tätig sind von 15 Prozent bei den öffentlichen Anbietern bis zu 34 Prozent bei Anbietern von Risikokapitalgesellschaften (vgl. Erlandsson et al. 2013).

In *Deutschland* hingegen wird eine trägerunabhängige Entwicklung sichtbar; bspw. bestehen hinsichtlich der Verbreitung von geringfügiger Beschäftigung als einer prekären Beschäftigungsform nur geringe Unterschiede zwischen gemeinnützigen und privatwirtschaftlichen Anbietern (Anteil unter den Pflegekräften 2015: Gemeinnützige Anbieter: 19 Prozent; private Anbieter: 21 Prozent; Eigene Berechnungen auf der Basis der Pflegestatistik 2015; siehe Statistisches Bundesamt 2017). Diese stärker trägerunabhängige Entwicklung lässt sich z. T. durch die Konkurrenz auf dem Pflegemarkt zu gleichen Bedingungen, der dominanten Forderung nach Wirtschaftlichkeit in den Verhandlungen des Versorgungsvertrags mit den Pflegekassen und dem damit verbundenen Kostendruck erklären (vgl. Maurer 2015). Hinzu kommen Regelungen in den Rahmenverträgen auf Länderebene, die eine Begrenzung des Anteils von geringfügig beschäftigten Pflegekräften vorschreiben.

Die Situation in *Japan* weist eine hohe Länderspezifität auf. Der hohe Anteil von regulären Vollzeitstätigkeiten im stationären Sektor kann vermutlich auch damit erklärt werden, dass kein Pflegemarkt eingeführt wurde und nach wie vor lediglich gemeinnützige bzw. öffentliche Anbieter im öffentlich finanzierten Bereich zugelassen sind. In der national und international vergleichenden Forschung wird die Entwicklung prekärer Beschäftigungsformen mit der Einführung eines Pflegemarkts verknüpft (vgl. Kapitel 1).

Im Gegensatz dazu ist der marktorientierte ambulante Sektor in Japan mit dem hohen Anteil an privatwirtschaftlichen Anbietern durch einen sehr hohen Anteil von prekären Beschäftigungsbedingungen – insbesondere stundenweiser Beschäftigung – gekennzeichnet. Dies lediglich mit der Einführung des Pflegemarkts zu erklären, führt nicht weit genug, denn schon vor der Etablierung des Pflegemarkts war die Erwerbstätigkeit durch einen hohen Anteil von stundenweiser Beschäftigung gekennzeichnet. Dieser hohe Anteil an prekärer Beschäftigung vor der Einführung des Pflegemarkts ist auf staatliche Regelungen zurückzuführen, die diese Beschäftigungsform besonders förderten. Diese orientierten sich an traditionellen Geschlechtervorstellungen in Japan, die Frauen eine Zuverdienerinnenrolle zuschrieben. Gleichzeitig sollten die öffentlichen Kosten für die Expansion ambulanter Dienste, die schon vor der Etablierung des Pflegemarkts einsetzte, reduziert werden (vgl. Saito 2010b/2014).

5.1.3 Organisationsformen und Belastung in der Arbeitssituation

In dem Spannungsfeld zwischen Expansion der Beschäftigung aufgrund universeller Pflegepolitiken, einer marktorientierten Restrukturierung der Dienstleistungen und Ansätzen der Professionalisierung lässt sich auch die Arbeitssituation in den drei Ländern vergleichend analysieren. Neben Länderunterschieden werden auch erhebliche Differenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in den Ländern erkennbar, die auf eine höhere zeitlich-quantitative, physische und psychische Belastung und ein damit einhergehendes höheres Beanspruchungserleben im stationären Sektor in allen Ländern hinweisen. Vergleichbar mit den Ausführungen zu den Beschäftigungsbedingungen sind dabei die Unterschiede in Schweden am geringsten und in Japan am stärksten ausgeprägt. Die sichtbar werdenden Länderdifferenzen verweisen jedoch auch auf vorhandene Gestaltungsspielräume, die im Folgenden im Zusammenhang mit den Politiken diskutiert werden.

In *Deutschland* werden in beiden Sektoren Hinweise auf eine sehr hohe zeitliche Belastung erkennbar. Dies drückt sich in dem von den Pflegekräften erlebten sehr hohen Zeitdruck und der Verbreitung von Überstunden aus. Im ambulanten Sektor kann dies auch durch die im Rahmen der Einführung des Pflegemarkts veränderten Organisationsformen erklärt werden, die die Durchführung festgelegter Aufgabenkomplexe in strikt definierten und engen Zeitkorridoren vorsehen. Im stationären Sektor verweist dies auch auf zu niedrige Personalquoten, wie es bspw. im Vergleich zu den höheren Personalquoten in Schweden sichtbar wird (vgl. Theobald 2015b).

Im Gegensatz zu den hohen zeitlichen Belastungen und der schwierigen Beschäftigungssituation werden in der Organisation der Arbeit im *ambulanten Sektor in Deutschland* durchaus positive Facetten erkennbar. Deutlich werden hier eine positiv bewertete Kooperation mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten, als interessant und bedeutungsvoll wahrgenommenen Arbeitsaufgaben und auf einem mittleren Niveau vorhandene Gestaltungsspielräume. Diese positive Entwicklung lässt sich auch auf die günstige Qualifikationsstruktur zurückführen, die die Entwicklung von kollegialen Unterstützungssystemen fördert. Zudem sind auch die direkten Vorgesetzten bei den häufig kleinen Dienstleistern präsent und werden als unterstützend wahrgenommen.

Trotz der positiven Aspekte werden die Möglichkeiten einer angemessenen, pflegerischen Versorgung von den Pflegekräften kritisch gesehen. Einen Wermutstropfen bilden zudem die Unterschiede auf der Basis des Qualifi-

kationsniveaus. Dies betrifft insbesondere die Einbindung von weniger qualifizierten Pflegekräften in fachliche Diskussionen und ihre begrenzten Gestaltungsspielräume. Damit wird der schon gezeigte Einfluss des Qualifikationsniveaus auf die Beschäftigungsform anhand zentraler Facetten der Arbeitssituation bestätigt.

Gerade die Organisation der Arbeit erweist sich im *stationären Sektor in Deutschland* im Vergleich zum ambulanten als weniger günstig. Zentrale Einflussfaktoren sind der höhere Zeitdruck und die weniger professionelle Arbeitsweise, die sich in geringeren Gestaltungsspielräumen und zeitlichen Ressourcen für eine kollegiale Abstimmung sowie einem insgesamt niedrigeren Qualifikationsniveau ausdrückt. Während sich die Präsenz der Vorgesetzten – gemessen an der Häufigkeit der Besprechungen – zwischen dem ambulanten und stationären Sektor kaum unterscheidet, fühlen sich die Pflegekräfte im stationären Sektor weit weniger unterstützt und häufiger kontrolliert. Allerdings beeinflusst das Qualifikationsniveau in der stationären Versorgung kaum Arbeitsorganisation und soziale Einbindung. Die Pflegekräfte bewerten die jüngsten Veränderungen der Arbeits- und Pflegesituation sehr negativ und erwägen häufiger als die befragten Pflegekräfte im ambulanten Sektor, Einrichtung oder Beruf zu wechseln.

In *Schweden* nehmen Forderungen nach Gestaltungsspielräumen, Möglichkeiten der Kooperation und des fachlichen Austausches mit Kolleginnen und Kollegen und eine damit einhergehende Zielsetzung einer qualifizierten Pflegeausbildung für alle eine zentrale Rolle in den Ansätzen der Professionalisierung ein (vgl. Theobald/Szebehely/Preuß 2013). Insbesondere im *ambulanten Sektor* wurden die Gestaltungsspielräume und die kollegialen Möglichkeiten des fachlichen Austausches zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten 2005 und 2015 deutlich reduziert. Diese negative Veränderung wird auch sichtbar in der Ausdifferenzierung des Qualifikationsniveaus zwischen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Trägern, wobei dies bei letzteren deutlich niedriger liegt (vgl. Erlandsson et al. 2013).

Der Abbau professioneller Koordination und Entscheidungsspielräume reflektiert eine Diskrepanz zur Zielsetzung der Professionalisierungspolitik. Die Veränderungen werden nicht durch eine erhöhte Unterstützung durch Vorgesetzte ausgeglichen, die im schwedischen System nur eine begrenzte Rolle spielen. Der parallele Anstieg der Anzahl zu versorgender Pflegebedürftiger im ambulanten Sektor zwischen 2005 und 2015 von durchschnittlich neun auf zwölf zu versorgende Pflegebedürftige pro Schicht am Tag lässt vermuten, dass engere zeitliche Vorgaben diese Entwicklung beeinflusst haben (zu den Daten von 2015 siehe Szebehely/Stranz/Strandell 2017).

Die doch bedeutsamen negativen Veränderungen im ambulanten Sektor in Schweden haben die öffentliche Diskussion erreicht und führen zu Forderungen einer Veränderung. So haben gewerkschaftlich organisierte Pflegekräfte einen Alternativvorschlag ausgearbeitet, auf dessen Basis die auf der Grundlage des Konzepts „New Public Management“ vorgenommenen Restrukturierungen zurückgenommen werden sollen. Gleichzeitig sollen die Handlungsspielräume der Pflegekräfte beruhend auf einer angemessenen Qualifikation, Berufsethik, einer ausreichenden Personalausstattung und einer teamorientierten, Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gruppen unter den Professionellen gestärkt werden (vgl. Kommunal 2015). Die Stadt Stockholm führt zur Zeit ein Modellprojekt durch, in dem den Pflegekräften zwei Stunden pro Monat für eine fachspezifische Reflektion im Team verbindlich zugesichert werden. Diese Regelung gilt lediglich für die Anbieter in öffentlicher Regie, wobei die Initiatoren und Initiatorinnen hoffen, dass die privatwirtschaftlichen Anbieter nachziehen werden.

Obwohl sich der Anteil privatwirtschaftlicher Anbieter zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in Schweden kaum unterscheidet, erscheinen die Veränderungen der Arbeitsorganisation im *stationären Sektor* zwischen 2005 und 2015 weniger negativ als im ambulanten Sektor. Die im Jahr 2005 vorhandenen Gestaltungsspielräume in der Planung der Tätigkeit und die zeitlichen Ressourcen für die Diskussion mit Kolleginnen und Kollegen, die zentral für das auf Kollegialität aufbauende System sind, sind auch 2015 nach wie vor vorhanden. Die sich trotzdem in beiden Sektoren zeigende hohe Unzufriedenheit mit den Veränderungen der Arbeits- und Pflegesituation und der hohe und zwischen 2005 und 2015 ansteigende Anteil unter den Pflegekräften, die einen Berufs- oder Einrichtungswechsel erwägen, bekräftigen die negative Bewertung der vorgenommenen Veränderungen (zu den Daten von 2015 siehe Szebehely/Stranz/Strandell 2017).

In der Pflegearbeit in *Japan* werden im Ländervergleich Elemente einer hohen Belastung und einer ungünstigen Organisation und Gestaltung der Tätigkeit sichtbar. Die hohe Belastung insbesondere im stationären Sektor im Ländervergleich verweist darauf, dass eine hohe Belastung auch ohne die Etablierung eines Pflegemarkts entstehen kann. Mögliche Erklärungen können nicht ausreichende öffentliche Ressourcen, die allgemein vorherrschende Kultur der Überstunden und die damit einhergehende Akzeptanz hoher Arbeitsbelastungen auf dem japanischen Arbeitsmarkt liefern. In beiden Sektoren berichten die Befragten zudem über begrenzte Spielräume, die tägliche Arbeit zu planen und über nur selten vorhandene Möglichkeiten der Kommunikation im Kollegenkreis.

Die wenig vorhandenen Gestaltungsspielräume und Möglichkeiten der Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen in Japan reflektieren eine begrenzte Professionalisierung der Tätigkeit, für die neben einer angemessenen Fachqualifikation, das Vorhandensein von Gestaltungsspielräumen und die Diskussion von fachlichen Problemen mit Kolleginnen und Kollegen zentral sind. Sie können zudem als ein Hinweis auf mangelnde zeitliche Ressourcen gesehen werden, die sich schon in der Verbreitung von Überstunden ausdrückt. Im ambulanten Sektor sind die zeitlichen Ressourcen für kollegiale Fachdiskussionen noch weniger vorhanden, denn die Pflegekräfte fahren oftmals direkt vom eigenen Zuhause zu den Pflegebedürftigen, womit die Möglichkeiten zum kollegialen Austausch eingeschränkt werden. Generell tritt in beiden Sektoren in Japan eine hohe Unzufriedenheit hervor, die sich darin äußert, dass nahezu die Hälfte der Befragten in beiden Sektoren ernsthaft über einen Berufs- oder Stellenwechsel nachdenkt.

5.2 Die Rolle migrantischer Arbeit und männlicher Pflegekräfte

Die zunehmende Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund im deutschen und schwedischen Pflegesektor und von Männern in der stationären Versorgung in Japan kann als weitere zentrale Veränderung in der Pflegearbeit betrachtet werden. Im Fokus des folgenden Resümees der Ergebnisse stehen die Auswirkungen dieser zunehmenden Integration auf mögliche Stratifikationen im Pflegesektor auf der Basis des Migrationsstatus in Deutschland und Schweden und des Geschlechts in Japan sowie deren Einbettung in Länderpolitiken.

Die Forschung zur zunehmenden Beschäftigung von *Pflegekräften mit Migrationshintergrund* in der professionellen Pflege, die insbesondere für die angelsächsischen Länder vorliegt, weist Migrationspolitiken einen entscheidenden Einfluss auf die Formen der Integration in die Pflegearbeit und die damit entstehenden Stratifikationen zu (vgl. Kapitel 1). Daher soll in der folgenden Diskussion zur Situation der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und der Frage der entstehenden Stratifikationen insbesondere die Rolle der Migrationspolitiken und damit des Migrationsstatus der befragten Pflegekräfte im Zusammenspiel mit Professionalisierungspolitiken betrachtet werden.

Die Charakteristika der Stichproben ergeben für beide Länder, dass die befragten Pflegekräfte zumeist auf einen gesicherten Migrationsstatus zurückgreifen können. In der deutschen Stichprobe gehören die Pflegekräfte mit Migrationsstatus überwiegend der Gruppe der (Spät-)Aussiedlerinnen

und (Spät-) Aussiedler an, die einen gesetzlich gesicherten Zugang zur deutschen Staatsbürgerschaft besitzen. In der schwedischen Stichprobe werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund zu einem großen Anteil unter anerkannten Flüchtlingen rekrutiert, die zu dem Zeitpunkt der Erhebung 2005 ebenfalls über einen direkten Zugang zu einer permanenten Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis verfügten.

Vor dem Hintergrund des gesicherten Migrationsstatus und der Professionalisierungspolitiken in beiden Ländern, die Fachqualifikationen prinzipiell fordern und fördern, gelingt es den Pflegekräften mit Migrationshintergrund in beiden Ländern, grundsätzlich einen Zugang zu einer qualifizierten Pflegeausbildung und zeitlich umfangreichen Arbeitszeitarrangements zu finden. In diesem grundlegend positiven Trend werden zwei negative Entwicklungen erkennbar. Das ist zum einen der hohe Anteil von formal nicht-qualifizierten Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der deutschen Stichprobe, die insbesondere im stationären Sektor auf der Basis kurzer Teilzeitarrangements tätig sind. Dies lässt sich vermutlich mit Problemen der Erwerbsintegration dieser Gruppe und mit Pflegepolitiken erklären, die die Begrenzung von Kosten in der Pflege auf der Basis von wenig umfangreichen Arbeitszeitarrangements und einem Personalmix fördert, der auch einen Anteil von Pflegekräften mit einer niedrigeren Qualifikation einschließt (vgl. Hielscher et al. 2013).

Zum anderen betrifft dies den höheren Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Schweden, die im ambulanten Sektor keinen Zugang zu einer Qualifizierung finden. Die weiteren vorliegenden Ergebnisse bieten verschiedene Erklärungen für diese Länderdifferenz an. Im ambulanten Sektor in Deutschland bestehen auch aufgrund des Tätigkeitsprofils höhere Forderungen nach einer qualifizierten Ausbildung für einen großen Anteil unter den Pflegekräften. Der ambulante Sektor in Schweden weist ein anderes, weniger Qualifikationen forderndes Tätigkeitsprofil auf. Hinzu kommt, dass anscheinend die allgemeine Forderung nach einer qualifizierten Ausbildung für alle Pflegekräfte umgangen werden kann, was die Unterschiede zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Sektor verdeutlichen. Eine vertiefende Analyse des Sachverhalts müsste Informationen zu Anstellungspolitiken, den Zugang zu berufsbegleitender Qualifizierung bei Dienstleistern und deren Einbettung in die Versorgungsverträge zwischen den Kommunen und den Einrichtungen im öffentlichen und privatwirtschaftlichen Sektor in Schweden einbeziehen.

Die bedeutsamen Einflüsse des Migrationshintergrunds der Pflegekräfte in Deutschland auf die Verteilung von Arbeitsaufgaben, die Möglichkeiten

der Kooperation mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten und den Verlauf der sozialen Interaktion mit den Pflegebedürftigen und ihren Familien im *stationären Sektor in Deutschland* verdeutlichen die Grenzen des Einflusses der genannten Politikbereiche. Diese Unterschiede werden zunächst für die Pflegekräfte mit Migrationshintergrund unabhängig von der Qualifikation erkennbar. Allerdings verstärken sich diese negativen Einflüsse erheblich für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, die keine formale pflegerische Qualifikation vorweisen können, die auf der Basis von wenig umfangreichen Arbeitszeitarrangements tätig sind und die aus bestimmten Herkunftsländern kommen. Diese Ergebnisse lassen neben den durchaus einflussreichen Migrations- und Professionalisierungspolitiken den Alltag im Betrieb als einen weiteren, zentralen Einflussfaktor auf die Entwicklung der Arbeitssituation hervortreten.

Die Arbeits- und Beschäftigungssituation insbesondere von weniger qualifizierten Pflegekräften mit Migrationshintergrund in der stationären Pflege in Deutschland und die doch deutlichen Unterschiede zu gleichqualifizierten einheimischen Pflegekräften lassen die Entwicklung einer neuen Stratifikationslinie im stationären Sektor erkennen. Dabei weisen die Ergebnisse zum Einfluss des Qualifikationsniveaus auf die Beschäftigungs- und Arbeitssituation zudem auf einen sektoralen Einfluss hin. Im ambulanten Sektor stehen niedrigqualifizierte, zumeist einheimische Pflegekräfte generell vor einer schwierigen Beschäftigungs- und Arbeitssituation. Niedrigqualifizierte Pflegekräfte mit Migrationshintergrund werden hingegen kaum im ambulanten, sondern vermehrt im stationären Sektor angestellt. Dabei zeigt sich im stationären Sektor die schon beschriebene Ausdifferenzierung auf der Basis des Migrationshintergrunds, die durch eine benachteiligende Situation von Pflegekräften mit Migrationshintergrund gekennzeichnet ist.

In der Pflegearbeit in *Japan* wurde die zunehmende Beteiligung von Männern in der stationären Pflege – mit einem Männeranteil von 35 Prozent – und die sehr hohe weibliche Dominanz im ambulanten Sektor zum Ausgangspunkt für eine Untersuchung möglicher neuer Stratifikationen genommen. Eine vertiefende Analyse erbrachte dabei, dass neben dem Geschlecht das Alter, die Familiensituation und die Qualifikation zentrale Strukturvariablen darstellen, die die Entwicklung möglicher Stratifikationen bestimmen. Die unterschiedliche Zuordnung von Männern und Frauen in den stationären und ambulanten Sektor differenziert sich anhand dieser Variablen noch weiter aus.

Die in der Arbeits- und Beschäftigungssituation sichtbaren, neuen Stratifikationen beruhen auf einer sehr unterschiedlichen Entwicklung in den bei-

den Sektoren, während die zunehmende Beteiligung von Männern in der stationären Versorgung eher mit einer Übereinstimmung der Arbeits- und Beschäftigungssituation von Männern und Frauen einhergeht. Ausschlaggebend für die Stratifikation zwischen den Geschlechtern wird daher die unterschiedliche Gestaltung der Arbeits- und Beschäftigungssituation in beiden Sektoren. Für männliche und weibliche Pflegekräfte wird für den stationären im Vergleich zum ambulanten Sektor eine deutlich bessere Beschäftigungssituation, gemessen an Arbeitszeitarrangements, Beschäftigungsform, Qualifikationsniveau und höheren Löhnen, erkennbar (zu den Löhnen siehe Yamashita 2011). Die Arbeitssituation im stationären Sektor ist im Vergleich zum ambulanten Sektor hingegen durch eine höhere Belastung und eine etwas günstigere Arbeitsorganisation gekennzeichnet.

Die Differenzierung zwischen den Sektoren reflektiert eine Variante des traditionellen japanischen Geschlechtermodells auf dem Arbeitsmarkt. Die hohe Frauendominanz und die Beschäftigungssituation im ambulanten Sektor spiegelt das traditionelle japanische Versorgermodell, das die Zuverdienerinnenrolle von verheirateten Frauen mit älteren Kindern betont. Gleichzeitig wird im stationären Sektor mit der Betonung auf einer regulären Vollzeittätigkeit und einer sehr hohen zeitlichen Belastung eher ein typisch männlich strukturierter Bereich erkennbar, der auch für jüngere Frauen ohne familiäre Verpflichtungen als geeignet wahrgenommen wird (vgl. bspw. Gottfried/O`Reilly 2000; Gottfried 2009). Der stationäre Sektor scheint mit dem hohen Anteil an regulären Vollzeittätigkeiten für Männer mit einem niedrigen oder mittleren Qualifikationsniveau bestimmte gewünschte Anforderungen an eine Beschäftigung zu erfüllen. Der hohe Anteil von Männern, die ernsthaft über einen Wechsel nachdenken, lässt jedoch eine große Unzufriedenheit erkennen.

5.3 Abschließende Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Abschließend sollen das Zusammenspiel der Politiken – Pflege-, Professionalisierungs- und Migrationspolitik – und der Arbeits- und Beschäftigungssituation in der professionellen Pflegearbeit sowie der sich zeigenden Stratifikationen auf der Basis des Migrationsstatus, des Geschlechts und Qualifikationsniveaus resümierend zusammengefasst werden. Darauf aufbauend sollen Hinweise zu Ansätzen einer Veränderung der deutschen Pflegepraxis vorgestellt werden. Mit der damit möglichen Weiterentwicklung der Arbeits-

und Beschäftigungssituation der Pflegearbeit in Deutschland sollen die Bedingungen für die Pflegekräfte verbessert und zugleich der Verbleib der Pflegekräfte in der Langzeitpflege gefördert werden.

Mit Ausnahme des stationären Sektors in Japan zielen die Pflegepolitiken in den drei verglichenen Ländern auf eine marktorientierte Restrukturierung des ambulanten und stationären Sektors. Zentrale Kennzeichen dafür sind die Etablierung eines auf Konkurrenz beruhenden Pflegemarkts, der Transfer von Organisationsformen aus der Privatwirtschaft sowie eine Stärkung der regulativen Rolle des Staats und eine restriktive öffentliche Finanzierung. In den drei Ländern werden übereinstimmend schwierige Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen erkennbar, wobei sich im Ausmaß und Ausformung durchaus länder- und sektorenspezifische Unterschiede zeigen. Diese grundlegende Aussage wird bestätigt durch die Dominanz regulärer Vollzeittätigkeiten im öffentlich finanzierten, stationären Sektor in Japan, in dem kein Pflegemarkt etabliert wurde und nach wie vor keine privatwirtschaftlichen Anbieter zugelassen sind.

Professionalisierungspolitiken und Ansätze der Organisation der Tätigkeit führen zu großen länderspezifischen Unterschieden in der Ausgestaltung des Pflegealltags. Die Professionalisierungspolitik in Schweden betont die Qualifizierung aller Pflegekräfte, das Vorhandensein von Gestaltungsspielräumen in der alltäglichen Pflegearbeit und die Möglichkeiten des kollegialen Austausches. Der Ansatz einer breiten Qualifizierung aller Pflegekräfte wird durch die Ergebnisse bestätigt, denn in Schweden bewerten die Pflegekräfte ihre Fachqualifikation zumeist als angemessen im Vergleich zu den an sie gestellten fachlichen Anforderungen. Die Umsetzung des Ansatzes erweist sich im ambulanten Sektor in Schweden als zunehmend schwierig. Der Vergleich der Ergebnisse aus den Jahren 2005 und 2015 ergibt, dass diese Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Verdichtung der Arbeit durch die Erhöhung der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und der veränderten, mehr an Vorgaben orientierten Organisationsformen begrenzt werden.

In Japan wurden diese Möglichkeiten in beiden Sektoren, jedoch insbesondere im ambulanten Sektor kaum entwickelt, was auf einen wenig professionalisierten Status der Tätigkeit hinweist. Dies geht einher mit einer deutlichen Kritik der Pflegekräfte in beiden Sektoren an dem Niveau ihrer fachlichen Qualifikation. In Deutschland bestehen die Möglichkeiten eines kollegialen Austausches und der Autonomie in der alltäglichen Pflegearbeit nach wie vor im größeren Maße für die Fachkräfte in der Pflege im ambulanten Sektor. Dies lässt sich mit der Professionalisierungspolitik in Deutsch-

land verknüpfen, die eine Fachqualifikation für einen klar definierten Anteil der Pflegekräfte betont und insbesondere im ambulanten Sektor mit einem im Ländervergleich hohen Anteil an qualifizierten Pflegekräften einhergeht. Für den stationären Sektor in Deutschland hingegen wird eine Diskrepanz erkennbar zwischen der gesellschaftlichen Definition einer angemessenen Qualifikation und der Bewertung der Pflegekräfte, die ihre Fachqualifikation als zu niedrig wahrnehmen.

Die zunehmende Beschäftigung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland und Schweden und von männlichen Pflegekräften in der stationären Versorgung in Japan hat zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt. In Deutschland und Schweden haben Pflegekräfte mit einem Migrationshintergrund einerseits durchaus einen Zugang zu Qualifizierung und auf dieser Basis zu umfassenden, regulären Arbeitszeitarrangements bekommen. Dies kann mit dem gesicherten Migrationsstatus der befragten Pflegekräfte und den Anstrengungen der Professionalisierung in dem Sektor insgesamt erklärt werden. Schwierigkeiten im Arbeitsalltag im stationären Sektor in Deutschland und die besonders schwierige Arbeits- und Beschäftigungssituation von Pflegekräften ohne formale pflegerische Qualifikation verweisen andererseits auf die Grenzen der Herangehensweise.

In Japan hat die zunehmende Beschäftigung von Männern in der stationären Versorgung zu einer weitgehend übereinstimmenden Arbeits- und Beschäftigungssituation zwischen den Geschlechtern in dem Sektor geführt. Die günstigeren, an einer regulären Vollzeittätigkeit orientierten Beschäftigungsbedingungen im gemischt-geschlechtlichen stationären Sektor scheinen für männliche Pflegekräfte attraktiv zu sein. Im Widerspruch dazu tragen die erheblichen Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zu deutlichen Geschlechterdifferenzen in der Arbeits- und Beschäftigungssituation bei.

Auf Basis der Ergebnisse können *Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Arbeits- und Beschäftigungssituation* in der professionellen Pflegearbeit und damit der Förderung des Verbleibs von Pflegekräften in der Langzeitpflege in Deutschland gewonnen werden. Das betrifft zunächst Fragen einer angemessenen Qualifizierung und der Förderung von zeitlich umfassenden, abgesicherten Formen der Erwerbstätigkeit. Die Ergebnisse verweisen auf erhebliche Defizite in den Bereichen. Das gilt im besonderen Maße für die Definition einer angemessenen Fachqualifikation im stationären Sektor, die den gestiegenen fachlichen Anforderungen aufgrund der veränderten Pflegebedarfe und Versorgungsformen entspricht und eine darauf aufbauende entsprechende Strategie der (Weiter-) Qualifizierung.

Vor dem Hintergrund des erfolgreichen Ansatzes der Professionalisierung in Schweden, der mit der Forderung einer Qualifizierung für alle Pflegekräfte einhergeht, sollten auch in Deutschland alle Pflegekräfte Zugang zu einer Ausbildung erhalten. Eine entscheidende Rolle in der Umsetzung dieser Forderung spielt die berufsbegleitende Ausbildung in Schweden. Dazu können vor dem Hintergrund eines modularen Ausbildungssystems einzelne Module sukzessive abgeschlossen und zudem praxisorientierte Module auf der Basis einer Validierung der in der Praxis erworbenen Kompetenzen anerkannt werden. Im Gegensatz zum Ansatz in Schweden sollte die Forderung nach einer Ausbildung für alle eindeutig in Gesetzen oder Richtlinien etc. verankert sein, damit eine breite Realisierung auch im privatwirtschaftlichen Bereich gesichert wird.

Die fehlende Berufsqualifikation und die Anforderungen an die Vereinbarung von Beruf und Familie führen zur Übernahme von wenig umfassenden bzw. sozialrechtlich nicht abgesicherten und zumeist unerwünschten Teilzeitarangements. Vor dem Hintergrund erscheinen für beide Sektoren der Zugang zu Qualifizierung, die Etablierung von sozialrechtlich abgesicherten, umfassenden Teilzeitarangements, flexible und familienfreundliche Vollzeittätigkeiten sowie der Ausbau einer zeitlich umfassenden und bezahlbaren Kinderbetreuung als sinnvolle Ansatzpunkte einer Veränderung.

Auf der Basis von Gesetzen und der Bereitstellung einer angemessenen öffentlichen Finanzierung kann die Politik zum Ausbau der Kinderbetreuung und zur Förderung sozialrechtlich abgesicherter, zeitlich umfassender Beschäftigungsformen einen entscheidenden Beitrag leisten. Weiterhin sinnvoll sind Regelungen in Rahmenverträgen zwischen den Vereinigungen der Trägerorganisationen und den Pflegekassen auf Landesebene bzw. dem Verband der privaten Krankenversicherungen. Diese können explizit eine Begrenzung des Anteils von geringfügiger Beschäftigung als eine Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags im Rahmen der Pflegeversicherung definieren. Letztlich können auch Politiken auf betrieblicher Ebene, wie beispielsweise Ansätze der Personalpolitik und die Politiken der Interessenvertretung der Beschäftigten, eine wichtige Funktion einnehmen.

Formen der Kooperation mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten und Gestaltungsspielräume in der täglichen Pflegearbeit, wie sie im ambulanten Sektor in Deutschland schon vorhanden sind, können für den stationären Sektor zum Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung der Organisation der alltäglichen Pflegearbeit werden. Im ambulanten Sektor können diese positiven Ansätze durch eine vermehrte Einbeziehung von Pflegekräften ohne formale pflegerische Qualifikation verstärkt werden.

Auffällig im Ländervergleich ist der hohe Zeitdruck im ambulanten und stationären Sektor in Deutschland, der auf Personalknappheit bzw. auf die eng definierten Zeitkorridore für die Ausführung der Tätigkeiten zurückzuführen ist. Der hohe Zeitdruck steht auch in einem engen Zusammenhang mit der von den Pflegekräften in beiden Sektoren sehr negativ bewerteten Entwicklung der Pflegesituation, die aus ihrer Perspektive zunehmend weniger Möglichkeiten für eine angemessene, individuen-orientierte Versorgung bietet (vgl. auch Theobald/Szebehely/Preuß 2013). Der sichtbar gewordene hohe Zeitdruck und die begrenzten Personalressourcen verweisen auf grundlegende Probleme in der professionellen Pflegearbeit in Deutschland, die durch die restriktive öffentliche Finanzierung, die Betonung auf Wirtschaftlichkeit, durch die Konkurrenz auf dem Pflegemarkt und dem damit einhergehenden Kostendruck entstehen (vgl. Maurer 2015; Slotala 2011).

Die Ergebnisse zur Einbeziehung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Deutschland und Schweden zeigen die zentrale Bedeutung eines abgesicherten Migrationsstatus für den Zugang zu Qualifikation und sozial abgesicherten, zeitlich umfassenden Arbeitszeitarrangements auf. Die zunehmende internationale Rekrutierung von Pflegekräften sollte daher auf der Basis eines gesicherten Migrationsstatus erfolgen. Zudem wird deutlich, dass die Professionalisierung des Tätigkeitsfelds, die sich in der Forderung nach Berufsqualifikation ausdrückt, den Zugang zu Qualifizierung auch für diese Gruppe unter den Pflegekräften stärkt. Dies kann durch die Etablierung des Ansatzes einer Ausbildung für alle gefördert werden. Dies stellt zudem einen Ansatzpunkt dar, der besonders prekären Beschäftigungssituation von formal nicht qualifizierten Pflegekräften mit Migrationshintergrund zu begegnen.

Gerade für Deutschland werden im Pflegealltag in der stationären Versorgung Hinweise auf eine benachteiligende Situation in der Zusammenarbeit im Kollegenkreis, in der Verteilung von Arbeitsaufgaben und in der sozialen Interaktion mit Bewohnerinnen, Bewohnern und deren Familienangehörigen erkennbar. Dies fordert von der Personalpolitik und der Interessenvertretung auf betrieblicher Ebene, diese Muster wahrzunehmen und gezielt durch die Entwicklung der Zusammenarbeit im Pflegealltag und veränderten Organisationskonzepten entgegenzuwirken. Vor dem Hintergrund der besonders benachteiligten Arbeitssituation von niedrigqualifizierten Pflegekräften in der stationären Versorgung muss insbesondere diese Gruppe in den Veränderungsprozess eingebunden werden.

Wie das japanische Beispiel verdeutlicht, kann durch die Etablierung sozialrechtlich abgesicherter Vollzeittätigkeiten und die Definition von Pflegearbeit als qualifizierter Tätigkeit der Bereich auch für Männer mit einer Be-

rufsausbildung attraktiv werden. Unterstützt wird dies durch gesellschaftliche Vorstellungen, die die stationäre Pflegearbeit „als männliche Tätigkeit“ betrachtet. Der hohe Anteil unter den männlichen Pflegekräften wiederum, die ernsthaft erwägen den Beruf oder die Einrichtung zu wechseln, reflektiert die vorhandenen Schwierigkeiten einer langfristigen Bindung und verweist darauf, dass dazu eine Weiterentwicklung der Arbeits- und Beschäftigungssituation erfolgen muss.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bettio, Francesca/Verashchagina, Alina (2012):** Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries. EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Bourgeault, Ivy Lynn/Atanackovic, Jelena/Rashid, Ahmed/Parpia, Rishma (2010):** Relations between immigrant care workers and older persons in home and long-term care. In: Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement 29, H. 1, S. 109–118.
- Braeseke, Grit/Bonin, Holger (2016):** Internationale Fachkräfte in der Pflege. In: Jacobs, Klaus/Kuhlmei, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflegereport 2016 – Die Pflegenden im Fokus, Stuttgart: Schattauer, S. 245–261.
- Brau, Viola Desideria/Theobald, Hildegard/Blank, Robert H. (2007):** Governing home care. A cross-national comparison, Cheltenham: Edward Elgar.
- Campbell, John Creighton/Ikegami, Naoki (2010):** Comprehensive Long-Term Care in Japan and Germany: Policy Learning and Cross-National Comparison. In: Marmor, Theodore R./Freeman, Richard/Okma, Kieko G. H. (Hrsg.): Comparative Studies and the Politics of Modern Medical Care, New Haven: Yale University Press. S. 265–287.
- Cangiano, Alession/Shutes, Isabel/Spencer, Sarah/Leeson, George (2009):** Migrant Care Workers in Ageing Society. Research Findings in the United Kingdom. Report. Oxford: COMPAS.
- Colombo, Francesca/Llena-Nozal, Ana/Mercier, Jérôme/Tjadens, Frits (2011):** Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies Series, Paris: OECD Publishing.
- Da Roit, Barbara/Weicht, Bernhard (2013):** Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis. In: Journal of European Social Policy 23, H. 5, S. 469–486.
- Daly, Tamara/Struthers, Jim/Müller, Beatrice/Taylor, Deanne/Goldmann, Monika/Doupe, Malcolm/Jacobsen, Frode F. (2016):** Prescriptive or Interpretive Regulation at the Frontlines of Care Work in the 'Three Worlds' of Canada, Germany and Norway. In: Labour/Le Travail 77, H. 1, S. 37–71.
- Doyle, Martha/Timonen, Virpi (2009):** The different faces of care work: Understanding the experiences of the multi-cultural care workforce. In: Ageing & Society 29, S. 337–350.
- Edvardsen, Unni (2010):** The Work Situations of Home Helpers in Japan and Norway. In: Saito, Yayoi/Auestad, Reiko Abe/Waerness, Kari (Hrsg.): Meeting the Challenges of Elder Care. Japan and Norway, Kyoto: University Press and Melbourne Trans Pacific Press, S. 88–103.
- Erlandsson, Sara/Storm, Palle/Stranz, Anneli/Szebehely, Marta/Trydegård, Gun-Britt (2013):** Marketising trends in Swedish eldercare. In: Meagher, Gabrielle/Szebehely, Marta (Hrsg.): Marketisation in nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, S. 23–84.
- Geerts, Joanna (2011):** The Long-Term Care Workforce: Description and Perspectives. ENEPRI Research Report. No 93, August 2011, www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRIRR93_ANCIENWP3_0.pdf (Abruf am 30.10.2017).
- Gingrich, Jane R. (2011):** Making Markets in the Welfare State. The Politics of Varying Market Reforms. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gottfried, Heidi (2009):** Japan: The reproductive bargain and the making of precarious employment. In: Vosko, Leah F./MacDonald, Martha/Campbell, Iain (Hrsg.): *Gender and the Contours of Precarious Employment*, Oxon: Routledge, S. 76–91.
- Gottfried, Heidi/O'Reilly, Jacqueline (2000):** Der Geschlechtervertrag in Deutschland und Japan: Die Schwäche eines starken Versorgermodells. Discussion Paper FSI 00–207, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Henriksson, Lea/Wrede, Sirpa/Burau, Viola (2006):** Understanding Professional Projects in Welfare Service Work. Revival of Old Professionalism?. In: *Gender, Work, Organization* 13, H. 2, S. 175–192.
- Hielscher, Volker/Kirchen-Peters, Sabine/Nock, Lukas (unter Mitarbeit von Max Ischebeck) (2017):** Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Hans-Böckler-Stiftung: Study Bd. 363.
- Hielscher, Volker/Nock, Lukas/Kirchen-Peters, Sabine/Blass, Kerstin (2013):** Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer VS.
- v. Hooren, Franca J. (2012):** Variations of migrant care work: Comparing patterns of migrant labour in social care. In: *Journal of European Social Policy* 22, H. 2, S. 133–147.
- v. Hooren, Franca J. (2014):** Migrant care work in Europe: Variety and institutional determinants. In: Leon, Margarita (Hrsg.): *The Transformation of care in European societies*, Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 62–82.
- Hussein, Shereen/Stevens, Martin/Manthorpe, Jill (2010):** International social care workers in England: Profile, motivations, experiences and future expectations, Final Report, London: Social Care Workforce Research Union, King's College.
- Jönson, Håkan/Giertz, Anders (2013):** Migrant Care Workers in Swedish Elderly and Disability Care: Are They Disadvantaged? In: *Journal of Ethnic and Migration Studies* 39, H. 5, S. 809–825.
- Kaigoroudou Antei Senta (Centre for care work stability) (2015):** Heisei 26 nendo kaigorodo jittai chosa (Survey on care work situations in 2014 (Fiscal Year)). Tokyo.
- Kommunal (2015):** Plats för profven – ett alternativ till New Public Management I hemtjänsten. Rapport. Stockholm.
- Kommunal (2016):** Så mycket bättre?. En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg. Rapport. Stockholm.
- Kuhlmann, Ellen/Larsen, Christa (2014):** Care, Governance und Professionsentwicklung im Europäischen Vergleich. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hrsg.): *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regime*. Sonderband 20, Soziale Welt, Baden-Baden: Nomos, S. 235–251.
- Kühnlein, Gertrud (2007):** Auswirkungen der aktuellen arbeitsmarkt- und tarifpolitischen Entwicklungen auf die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse von Frauen in der Sozialen Arbeit. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): *Arbeit in sozialen Diensten: flexibel und schlecht bezahlt?* Baltmannsweiler, S. 35–45.
- Lamura, Giovanni/Chiatti, Carlos/Barbabella, Francesco/Di Rosa, Mirko (2014):** Filling the gap in long term professional care through systematic migration policies. Synthesis report, Luxembourg: European Commission.
- Martin-Matthews, Anne/Sims-Gould, Joanie/Naslund, John (2010):** Ethno-cultural diversity in home care work in Canada: issues confronted, strategies employed. In: *International Journal of Ageing and Later Life* 5, H. 2, S. 77–101.

Maurer, Alfons (2015): Dominanz von Markt, Wettbewerb und Kostenoptimierung: Ökonomisierung., In: Hermann Brandenburg/Güther, Helen (Hrsg.): Gerontologische Pflege, Bern: Hogrefe, S. 179–194.

Meagher, Gabrielle/Szebehely, Martha/Mears, Jane (2016): How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. In: *Work, Employment & Society* 30, H. 5, S. 731–749.

Meagher, Gabrielle/Szebehely, Martha (Hrsg.) (2013): Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm University: Department of Social Work.

MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare) (2015): Heisei 26 nenn kaigo sa-bisu shisetsu jigyooyo chosa [Research by LTCI service providers in 2014], Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare.

Michel, Sonya/Peng, Ito (2012): All in the family? Migrants, nationhood, and care regimes in Asia and North America. In: *Journal of European Social Policy* 22, H. 4, S. 406–418.

NBHW (National Board for Health and Welfare) (2015): Elderly and persons with impairments-management form, 2014. Stockholm: National Board for Health and Welfare.

OECD (2011): Help Wanted? Providing and Paying For Long-term Care. Paris: OECD

OECD (2013): Health at a Glance 2013: OECD Indicators., Paris: OECD Publishing.

Onuki, Hironori (2011): The Global Migrations of Care Labour: Filipino Workers in Japan. In: Mahon, Rianne/Robinson, Fiona (Hrsg.): *Feminist Ethics And Social Policy, Towards a New Global Political Economy of Care*, UBC Press: Vancouver, S. 60–74.

Pavolini, Emmanuele/Theobald, Hildegard (2015): Long-term care policies. In: Kuhlmann, Ellen/Blank, Robert H./Bourgeault, Ivy Lynn/Wendt, Claus (Hrsg.): *The Palgrave International Handbook of Healthcare and Governance*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 462–478.

Peng, Ito (2016): Testing the Limits of Welfare State Changes: The Slow-moving Immigration Policy Reform in Japan. In: *Social Policy & Administration* 50, S. 278–295.

Pütz, Robert/Kontos, Maria/Larsen, Christa/Rand, Sigrid/Ruokonen-Engler, Minna-Kristina (2018, i. E.): Pflegefachkräfte aus dem Ausland. Innenansichten betrieblicher Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten. Study 386. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Ranci, Constanzo/Pavolini, Emmanuele (Hrsg.) (2013): Reform in Long-term Care Policies in European Countries. Heidelberg, New York: Springer.

Redfoot, Donald L./Houser, Ari N. (2005): „We shall travel on“. Quality of Care, Economic Development and the International Migration of Long-term Care Workers. Washington DC: AARP Public Policy Institute.

Rostgaard, Tine/Chiatti, Carlos/Lamura, Giovanni (2011): Tensions Related to Care Migration: The South-North Divide of Long-term Care. In: Pfau-Efinger, Birgit/Rostgaard, Tine (Hrsg.): *Care Between Work and Welfare in European Societies*. Houndmills/Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 129–154.

Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Müller, Rolf/Runte, Rebecca/Unger, Rainer (2015): BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

Saito, Yayoi (2010a): Care Providers in Japan: The Potential of and Challenges for Social Enterprises. In: Saito, Yayoi/Auestad, Reiko Abe/Waerness, Kari (Hrsg.): *Meeting the Challenges of Elder Care. Japan and Norway*. Kyoto: University Press and Melbourne: Trans Pacific Press, S. 104–127.

Saito, Yayoi (2010b): Development of Home Help in Japan: A Comparison with Norway. In: Saito, Yayoi/Auestad, Reiko Abe/Waerness, Kari (Hrsg.): *Meeting the Challenges of Elder Care. Japan and Norway*. Kyoto: University Press and Melbourne: Trans Pacific Press, S. 38–67.

- Saito, Yayoi (2014):** Elderly Care Transition and Welfare State in Japan „Traditional care“, „modern services“ and „late modern outputs“. In: Aulenbacher, Brigitte/Riegraf, Birgit/Theobald, Hildegard (Hrsg.): *Sorge: Arbeit, Verhältnisse, Regime – Care: Work, Relations, Regime*. Sonderband, 20, Soziale Welt. Baden-Baden: Nomos, S. 419–434.
- SALAR (2009):** Development in Elderly Policy in Sweden. Stockholm: SALAR
- SCB (2012):** Anställda efter yrke, födelseregion och tid, 5133 vardbiträdena, personliga assistenter m.fl., Stockholm: SCB.
- Shutes, Isabel (2014):** A Right to Care? Immigration Controls and the Care Labour of Non-Citizens. In: Andersen, Bridget/Shutes, Isabel (Hrsg.): *Migration and Care Labour*. Houndmills/Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 87–109.
- Shutes, Isabel/Chiatti, Carlos (2012):** Migrant labor and the marketisation of care for older people: The employment of migrant care workers by families and service providers. In: *Journal of European Social Policy* 22, H. 4, S. 392–405.
- Slotala, Lukas (2011):** Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Soma, Naoko/Yamashita, Junko (2011):** Child care and elder care regimes in Japan. In: *Journal of Comparative Social Welfare* 27, H. 2 June 2011, S. 133–142.
- Stagge, Maya (2016):** Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Wiesbaden: Springer VS.
- Statistisches Bundesamt (2011/2017):** Pflegestatistik 2009/2015. Wiesbaden.
- Szebehely, Marta/Stranz, Anneli/Strandell, Rebecka (2017):** Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?. Working Paper/Department of Social Work, 2017:1, Stockholms University.
- Theobald, Hildegard (2003):** Care for the elderly–Welfare system, professionalisation and the question of inequality. In: *International Journal of Sociology and Social Policy* 23, H. 4/5, S. 159–185.
- Theobald, Hildegard (2011):** Migrant carers in long-term care provision. Interaction of policy fields. In: Pfau-Effinger, Birgit/Rostgaard, Tine (Hrsg.): *Care between work and welfare in European societies*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 155–176.
- Theobald, Hildegard (2012):** Combining welfare mix and New Public Management: The case of long-term care insurance in Germany. In: *International Journal of Social Welfare* 21, S. 61–74.
- Theobald, Hildegard (2015a):** Marketization and managerialization of long-term care policies in a comparative perspective. In: Pavolini, Emmanuele/Klenk, Tanja (Hrsg.): *Restructuring Welfare Governance: Marketization, managerialism, and welfare state professionalism*, Aldershot: Edward Elgar.
- Theobald, Hildegard (2015b):** Pluralität gesellschaftlicher Pflegearrangements. In: Brandenburg, Herrmann/Güther, Helen (Hrsg.): *Lehrbuch Gerontologische Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag, S. 215–229.
- Theobald, Hildegard (2017):** Care workers with migrant backgrounds in formal care services in Germany: A multi-level intersectional analysis. In: *International Journal of Care and Caring* 1, H. 2, S. 209–226.
- Theobald, Hildegard/Kern, Kristine (2011):** The Introduction of long-term care policy schemes: policy development, policy transfer and policy change. In: *Policy and Politics* 39, H. 3, S. 325–342.
- Theobald, Hildegard/Szebehely, Martha/Preuß, Maren (unter Mitarbeit von H.A. Leidig) (2013):** Kontinuierliche Erwerbstätigkeit in der Pflege – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: edition-sigma.
- Theobald, Hildegard/Szebehely, Marta/Saito, Yayoi/Ishiguro, Nobu (2017):** Marketisation policies in different contexts: Consequences for home care workers in Germany, Japan and Sweden. *International Journal of Social Welfare*, Version of Record online: 23 Oct 2017, DOI:10.1111/ijsw.12298.

TNS Infratest Sozialforschung (2011):

Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bundesgesundheitsministerium: Berlin.

Williams, Fiona (2012): Converging variations in migrant work in Europe. In: *Journal of European Social Policy* 22, H. 4, S. 363–376.

Williams, Fiona/Brennan, Deborah (2012): Care, markets and migration in a globalising world: Introduction to the Special Issue. In: *Journal of European Social Policy* 22, H. 4, S. 355–362.

Worbs, Susanne/Bund, Eva/Kohls, Martin/Babka von Gostomski, Christian (2013): (Spät) Aussiedler in Deutschland, Forschungsbericht 20. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Wrede, Sirpa (2008): Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. In: Kuhlmann, Ellen/Saks, Mike (Hrsg.): *Rethinking professional governance. International directions in health care*. Bristol: Policy Press University of Bristol, S. 127–140.

Yamashita, Junko (2011): Exploring the Impact of the Japanese Long-Term Care Insurance Act on the Gendered Stratification of the Care Labour Market Through an Analysis of the Domiciliary Care Provided by Welfare Non-Profit Organisations. In: *Social Policy and Society* 10, H. 4, S. 433–443.

Gemeinsame Kennzeichen der ambulanten und stationären Pflege in Deutschland, Schweden und Japan sind eine Expansion der Erwerbsmöglichkeiten und eine schwierige Arbeits- und Beschäftigungssituation. Das zeigt die breit angelegte Befragung von Pflegekräften in den drei Ländern. In Schweden und Deutschland arbeiten zunehmend Pflegekräften mit Migrationshintergrund, wobei in Deutschland deutliche Kennzeichen für eine Benachteiligung im Pflegealltag erkennbar werden. In Japan unterscheidet sich der durch hauswirtschaftliche und pflegerische Tätigkeiten gekennzeichnete ambulante Pflegesektor, in dem vorwiegend Frauen in prekären Teilzeittätigkeiten arbeiten, vom stationären Sektor. Etwa ein Drittel der Beschäftigten in der stationären Pflege in Japan sind männlich, meist jüngeren Alters, und dort wird überwiegend in Vollzeit gearbeitet.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-295-2