



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

ARBEITSMIGRATION ALS INSTRUMENT
ZUR
FACHKRÄFTESICHERUNG IM
GESUNDHEITSWESEN

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Dajana Schnell

Betreuer: Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze

Zweitbetreuer Prof. Dr. Gerald Ripberger

Tag der Einreichung: 12.04.2013

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2013-0198-4

Abstract

Die Versorgung der Pflegebedürftigen in Deutschland wird in der Zukunft eine große Herausforderung sein. Der demografische Wandel der Gesellschaft wird die Bedürfnis- bzw. Bedarfslage enorm verändern. In Deutschland gibt es bereits einen Fachkräftemangel bei Gesundheits- und Pflegeberufen. Die Politik arbeitet an Strategien, für die Eindämmung der problematischen Auswirkungen. Eine Möglichkeit ist die Arbeitsmigration von qualifiziertem Pflegepersonal. Deutschland hat bereits in den 60er Jahren den kurzfristigen Engpass mit dem Anwerben von koreanischen Krankenschwestern behoben. Die Globalisierung und die Öffnung der Arbeitsmärkte bewirken eine Verstärkung der Mobilität von Fachkräften. Die Motive können für die Migranten unterschiedlich sein. Politische Spannungen und schlechte soziale und wirtschaftliche Bedingungen führen zu unkontrollierter Abwanderung von qualifiziertem Personal. Deutschland hat nicht wie z.B. karibische Staaten Probleme mit der Massenabwanderung, sondern mit einer rasant steigenden Nachfrage. Die Experten sind sich einig, dass Arbeitsmigration langfristig keine Lösung für das Problem darstellt. Es werden nationale Ausbildungsprogramme und Anwerbungsinitiativen zur Kompensation des Bedarfs erarbeitet und umgesetzt. Diese Maßnahmen laufen eher schleppend an, da auch die politischen Strategien von sehr unterschiedlichen Motivlagen genährt werden. Das Anwerben von Arbeitsmigranten stellt da vermeintlich eine gute Lösung für die schnelle Verfügbarkeit von Pflegepersonal dar. Deutschland schließt bilaterale Abkommen mit Nicht-EU-Staaten für die Vermittlung von Alten- und Krankenpflegern. Das Fachkräftepotenzial auf dem Arbeitsmarkt durch europäische Zuwanderer ist gering. Die EU-Erweiterung hat nicht die erwarteten Zuwanderungswellen verursacht. Das gute qualifizierte Pflegepersonal wandert in attraktivere Länder aus, die ebenso seit Jahren aktiv um Gesundheitspersonal werben. Zudem hat die Pflege in Deutschland ein Image-Problem. Die Konkurrenz im Wettbewerb um gutes Fachpersonal ist hoch. Politische Entscheidungen bei der Ausweitung der Anwerbekampagnen können jedoch weitreichende negative Folgen für die Herkunfts- und Zielländer haben. Aus diesem Grund müssen sie auf einer guten Informationsstruktur basieren, die in vielen Ländern nicht zur Verfügung steht. Es gibt in den meisten Ländern keine Kontrollmechanismen, die analysieren, wie abhängig sie von ausländischem Personal sind und wie viel gut qualifiziertes Gesundheitspersonal das Land verlässt. Der Zugang zum Arbeitsmarkt ist für Staatsbürger aus Drittstaaten in jüngster Zeit gelockert worden. Es gibt einen allgemeinen Rechtsanspruch auf Gleichwertigkeitsprüfungen für die Anerkennung von Berufsqualifikationen. In erster Linie ist es das Ziel mit diesem Gesetz das Potenzial der bereits im Land lebenden Personen zu nutzen. Für EU-Staatsbürger gilt die uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit.

Abstract

The provision of care in Germany will be in the future a major challenge. The demographic change leads to a change of the society and its age structure. In Germany there is already a shortage of skills for health care professionals. The policy is working on strategies for mitigating impacts. One possibility is the labor migration qualified nurses. Germany has been in the 60 years he solved the short-term bottleneck with the recruitment of Korean nurses. Globalisation and the opening of labor markets cause an increase in the mobility of professionals. The motives may be different for the migrants. Political tensions and poor social and economic conditions lead to uncontrolled migration of qualified personnel. Germany has no such example Caribbean countries with problems of mass migration, but with a rapidly increasing demand. The experts agree that labor migration is not a long term solution to the problem. It will be developed national programs and initiatives to compensate for the demand and implemented. These actions run at a rather slow pace and the policy direction rather unclear. The recruitment of migrant workers there apparently is a good solution for the rapid availability of nursing staff represents. Germany concludes bilateral agreements with non-EU countries for teaching the elderly and nurses. The skilled workers in Europe is low. EU enlargement did not cause the feared waves of immigration. The good qualified nurses emigrated from more attractive places, which also actively recruit for years by health personnel. The care in Germany has an image problem. The competitors compete for well-skilled employees is high. Political decisions in expanding the recruitment campaigns may have far-reaching implications for the origin and destination countries. For this reason, they must be based a good information structure, which in many countries is not available. There are, in most countries no control structures, such as they are dependent on foreign personnel and how much well-qualified health workers leaving the country. Access to the labor market has been relaxed for nationals of other countries in recent times. There is a common law claim for equivalence assessments for the recognition of professional qualifications. First and foremost, we wanted to take advantage of this law, the potential of people already living in the country. The impact on the labor market are not yet noticeable. For EU citizens the full free movement of workers. For security professionals in healthcare more principled political interventions are require

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
BQFG	Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz
BA	Bundesagentur für Arbeit
BeschV	Beschäftigungsverordnung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
ca.	circa
DAC	Development Co-operation Directorate
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaft
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
HWMPI	Health Worker Migration Policy Initiative
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
EU	Europäische Union
u.a.	unter anderem
KODC	Korea Overseas Development Corporation
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Tab.	Tabelle
Mio.	Million
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	Vergleich
ZAV	Zentrale Auslands- und Fachvermittlung
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VII
Anhangsverzeichnis	VIII
1. Ausgangslage und zentrale Fragestellungen	1
1.1. Hintergrund.....	1
1.2. Deutschland- ein Zuwanderungsland?.....	3
1.3. Methodik und zentrale Fragestellung der Arbeit.....	4
2. Entwicklung des Fachkräftebedarfs und Fachkräfteangebots in Deutschland	5
2.1. Demografischer Wandel	5
2.1.1. Status-Quo-Szenario.....	8
2.1.2. Szenario „sinkende Pflegequote“	8
2.2. Anzahl der Pflegebedürftigen im regionalen Vergleich	9
2.3. Trends in der Gesundheitswirtschaft	10
2.4. Veränderung des Fachkräfteangebots durch steigende Teilzeitquote.....	12
2.5. Veränderung des Fachkräfteangebots durch demografische Entwicklung.....	13
2.6. Vorausberechnungen zum Fachkräftebedarf in der Zukunft (2030 und 2050)	15
3. Entwicklung der Arbeitsmigration von Gesundheits- und Pflegefachkräften	16
3.1. Ursachen von Arbeitsmigration im Gesundheitswesen.....	17
3.2. Pflegenotstand und Anwerbung von koreanischen Krankenschwestern in den 60er Jahren in der BRD.....	18
3.3. Wirtschaftskrise und Auswirkungen auf die Arbeitsmigration 1973	20
3.4. Liberalisierung der Einwanderungspolitik nach 2000	21
3.5. Aktuelle staatliche Initiativen zur gezielten Anwerbung von Gesundheitsfachkräften...23	
3.5.1. Projekte und Kampagnen.....	23
3.5.2. Bisherige Erfolge und Entwicklung der Initiativen.....	25
3.6. Ethische Aspekte und Probleme bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften	27
4. Auswirkungen von Arbeitsmigration von Gesundheits- und Pflegefachkräften	28
4.1. Herkunftsländer.....	29
4.2. Zielland: Deutschland	30
4.3. Motive für Migrationsbewegungen von Gesundheitsfachkräften	32

5. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Anerkennung von Qualifikationen im	
Gesundheitswesen	33
5.1. Staatsangehörige der EU, des EWR und der Schweiz.....	33
5.2. Staatsangehörige von Drittstaaten	34
5.3. Administrative Rahmenbedingungen der Anerkennungsverfahren.....	35
6. Staatliche Interventionen zur Arbeitsmigration und Fachkräftesicherung im	
Gesundheitswesen	36
6.1. Überwachung von grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen	37
6.2. Grundsatzpolitische Interventionen	37
7. Schlussfolgerungen und Blick in die Zukunft	39
7.1. Braucht Deutschland Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften?.....	39
7.2. Nationale Ressourcen und Alternativen für die Fachkräftesicherung	41
8. Literaturverzeichnis.....	43
9. Anhänge	A

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen der Zuwanderung nach Deutschland.....	4
Abbildung 2: Bevölkerungszusammensetzung: Alter, 2008/2060.....	6
Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung 1991 bis 2011.....	7
Abbildung 4: Entwicklung Anzahl Pflegebedürftigen bis 2050 Vgl. Szenarien.....	9
Abbildung 5: Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung bei Gesundheits-und Pflegeberufen.....	13
Abbildung 6: Veränderung des Erwerbspotenzials zwischen 2009 und 2030.....	15
Abbildung 7: Übersicht Personalbedarf und-angebot im Status-quo-Szenario.....	16
Abbildung 8: Zuzüge nach Deutschland in den Jahren 2002 bis 2011.....	23
Abbildung 9: Darstellung Vermittlungsprozess Pilotprojekt ZAV- Asien.....	24
Abbildung 10: Anzahl Anträge auf Berufsanerkennung 1.4.2012 bis 28.2.2013.....	26
Abbildung 11: Anteil Ausländer an der Gesamtbevölkerung nach Bundesländer.....	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Ländervergleich Gesundheitsausgaben und Pflegekräfte.....	1
Tabelle 2: Prognose Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2030 Status-quo-Szenario.....	8
Tabelle 3: Entwicklung Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2030 nach Bundesland.....	10
Tabelle 4: Gesundheitsausgaben Deutschland 2000 bis 2010.....	12
Tabelle 5: Entwicklung der Anzahl der Pflegekräfte 2005 bis 2011.....	13
Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl der Erwerbsfähigen 2008 bis 2060.....	14
Tabelle 7: Projektionen Personalbedarf bis 2050 im Status-quo-Szenario.....	16
Tabelle 8: Geschätzter kritischer Mangel Gesundheitspersonal, WHO.....	18
Tabelle 9: Kosten und Nutzen von Arbeitsmigration.....	31
Tabelle 10: Veränderungen durch das BQFG.....	36
Tabelle 11: Beispiele Intervention zur Steuerung von Migration.....	38

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Bevölkerungsentwicklung Statistisches Bundesamt.....	A
Anhang 2: Übersicht Staaten EU und EWR.....	B
Anhang 3: Übersicht OECD- Staaten.....	C
Anhang 4: Übersicht DAC- Entwicklungsländer.....	D
Anhang 5: Beschäftigte und Teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte in bettenführenden Einrichtungen.....	E
Anhang 6: Statistik Absolventen von Pflegeberufen 1999-2010.....	F
Anhang 7: Antrag Anerkennung von Berufsqualifikation in einem Heilberuf.....	G

1. Ausgangslage und zentrale Fragestellungen

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland ist ein historisch gewachsenes und sich stetig veränderndes System. Den Grundstein für unser heutiges Sozialversicherungssystem legte Kaiser Wilhelm I und der Reichskanzler Otto von Bismarck mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1883.¹ In den folgenden Jahrzehnten haben sich Strukturen entwickelt, die sich - ausgerichtet an den Leitideen von Solidarität und Gerechtigkeit- als ein tragendes Prinzip für eine soziale und leistungsfähige gesundheitliche Versorgung aller Bürger erwiesen haben¹ Das heutige Gesundheitssystem leistet einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit und Stabilität. Es bedarf jedoch stets einer neuerlichen Evaluation und einer hieraus folgenden Anpassung an die jeweiligen gesellschaftlichen Erfordernisse.

1.1. Hintergrund

Betrachtet man an dieser Stelle die Eigenbeteiligung von Patienten an Gesundheitsleistungen, so sind diese für deutsche Staatsbürger mit 14% relativ gering. Hier wird deutlich, dass Gesundheit als staatliche Fürsorge betrachtet wird und ein hohes Maß an Steuerung stattfindet. In Georgien z.B. liegt die Eigenbeteiligung bei 75%.² Beim Vergleich der in Tabelle 1 aufgeführten Länder wird deutlich, dass die Versorgungsstrukturen und die Ausgaben für Gesundheit und Pflege stark variieren. Allerdings sind die Eigenbeteiligungen der jeweiligen Gesundheitsausgaben durch die recht unterschiedlichen Gesundheitssysteme und deren Finanzierung nicht direkt vergleichbar.

Tabelle 1: Übersicht Ländervergleich Gesundheitsausgaben, Anzahl Pflegekräfte und Gesundheitsausgaben

(Quelle: WHO-Regionalbüro, Gesundheitsbericht Europa 2011, aus Hitzemann, Schirilla et al, 2012 S.47 f)

Land (2006)	Eigenbeteiligung	Pflegekräfte/100000 EW	Gesundheitsausgaben Anteil % am BIP
Deutschland	14%	781,2	8,2 %
Rumänien	23%	397,4	3,5
Polen	26%	468,8	6,4
Russland	30%	806,2	3,4
Bulgarien	42%	421	4,1
Bosnien-Herzegowina	45%	437,2	5,3
Republik Moldau	53%	754,9	4,4
Georgien	73%	363,4	5,2

¹ Klemperer, 2011, 244

² Hitzemann, Schirilla, & Waldhausen, 2012 S. 47 f

In einem Wohlfahrtsstaats wie Deutschland mit spezifischen Merkmalen (demografischer Wandel, steigende Frauenerwerbsquote) ist eine wachsende von Fachpersonal im Gesundheits- und Pflegebereich zu verzeichnen. Die Familienstrukturen haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Die Kinder von Familien wohnen häufiger in anderen Städten und die Bereitschaft der Laienpflege von Angehörigen nimmt stetig ab.³ Die Einführung der Pflegeversicherung war ein wichtiger Schritt für die Versorgung der Pflegebedürftigen, bzw. eine notwendige Maßnahme zur Finanzierung. Sie könnte jedoch bei den jungen Menschen ein Gefühl der Absicherung entwickeln und eventuell den Verlust von den Vorstellungen familiärer Pflichten und Verantwortung hervorgerufen. Dieser Aspekt ist sicher einer von Vielen, der das Wechselspiel von steigendem Bedarf und sinkendem Angebot beeinflusst. Die Einstellung der Menschen zur Pflege und zur Pflegebedürftigkeit wird mitentscheidend sein für die Pflegelage in einem Land wie Deutschland. Das Bewusstsein für die Eigenverantwortlichkeit und für ein gesundes Älterwerden müssen gestärkt werden. Die Politik beschäftigt sich zunehmend mit der Frage, wie dieser Bedarf in der Zukunft gedeckt werden kann. Das Problem und die Voraussagen zum demografischen Wandel sind nicht neu. Die Dimensionen für das Altern der Bevölkerung mit einer niedrigen Geburtenrate sind langfristige Trends in hochentwickelten Industriestaaten.⁴ Das Thema Pflege und Fachkräftemangel scheint erst in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit und in der Gesundheitspolitik in den Fokus gerückt zu sein. Die Agentur für Arbeit meldete im Dezember 2012 einen Engpass an Gesundheits- und Krankenpflegern in allen westlichen Bundesländern und Sachsen.⁵ In den östlichen Bundesländern ist die Situation noch relativ ausgeglichen. Ein Fachkräftemangel liegt laut Kriterium der Bundesagentur für Arbeit (BA) vor, wenn die Vakanzzeit der jeweiligen Berufsgruppe mindestens mit 40% über dem Bundesdurchschnitt liegt und es weniger als 150 Arbeitslose für 100 gemeldete Stellen gibt. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegern kommen derzeit lediglich 72 Arbeitslose auf 100 gemeldete Stellen. Mecklenburg Vorpommern ist das einzige Bundesland, das noch keinen Engpass bei den Gesundheits- und Krankenpflegern aufweist. Einen deutlichen Fachkräftemangel gibt es bundesweit bei den Altenpflegern. Hier liegt die Vakanzzeit bei über 56% gegenüber der Vakanzzeit der Gesamtstellenangebote. Es kommen rechnerisch lediglich 35 Arbeitslose auf 100 gemeldete Stellen. Die Bundesregierung bemüht sich derzeit mit unterschiedlichen Lösungsansätzen dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Einer davon ist die Arbeitsmigration von Pflegekräften. Deutschland hat bereits Erfahrung mit der Anwerbung von internationalen Pflegefachkräften aus dem Jahre 1973, jedoch haben sich in den letzten Jahrzehnten die internationale Mobilität und die Gesellschaften verändert.

³ Hitzemann, Schirilla, & Waldhausen, 2012 S. 9

⁴ Bertelsmann Stiftung, 2012 S.6

⁵ Bundesagentur für Arbeit, 2012 S.9 f

Die Migration von Gesundheitspersonal ist ein Teil des umfassenden Wechselspiels von Veränderung und Mobilität innerhalb der Arbeitsmärkte. Ein Charakteristikum der modernen globalisierten Welt ist, dass sozialpolitische und private Entscheidungen Auswirkungen über die nationalstaatlichen Grenzen hinaus haben.⁶ Dieses Faktum muss bei grundsatzpolitischen Entscheidungen im Gesundheitswesen berücksichtigt werden, will man die Frage beantworten, auf welche Weise zukünftig der ansteigende Personalbedarf in der Pflege in Deutschland gedeckt werden kann. Es ist ebenso angezeigt, die sozialen Folgen der „Pfle gemigration“ in den Herkunfts- und Zielländern in den Blick zu nehmen und nach sozialgerechten politischen Lösungen zu suchen, die insbesondere transnationale Perspektiven berücksichtigen.⁷

1.2. Deutschland- ein Zuwanderungsland?

Die Geschichte der modernen Arbeitsmigration in Deutschland reicht bis ins 19. Jahrhundert zurück.⁸ Die Geschichte der Ausländerbeschäftigung wird jedoch nicht als historisches Thema wahrgenommen, obwohl die Debatten um die Ausländerbeschäftigung und Migration seit Jahrzehnten Dauerbrenner in der deutschen Sozialpolitik sind und zu den am meisten diskutierten Themen in der Innenpolitik zählen.⁸ In Zeiten der Industrialisierung reichte der natürliche Bevölkerungszuwachs für die expandierende Wirtschaft nicht mehr aus. Damals kamen um die 1,2 Mio. Wanderarbeiter nach Deutschland.⁸ Darauf folgte das dunkle Kapitel der Zwangsarbeit im Anfang des ersten Weltkriegs bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs. In dieser Zeit fanden die meisten Migrationsbewegungen in der Geschichte Deutschlands statt, jedoch nicht in Form von Arbeitsmigration. Das Land wurde in den Kriegsjahren zum Zentrum und Motor von europaweiten Zwangswanderungen. Nach dem Zweiten Weltkrieg folgte eine Welle von Zuwanderungen durch Kriegsrückkehrer und Gastarbeitern. Das deutsche Wirtschaftswunder ab den 50er Jahren bescherte der BRD 2,5 Mio. Gastarbeiter, die in einem „produktiven Alter“ nach Deutschland kamen und im Vorfeld keine „Heranbildungskosten“, wie z.B. Schule und Ausbildung, verursacht haben.⁸ Erhebliche Steuereinnahmen durch die Gastarbeiter und Überschüsse in den Rentenkassen, da die ersten Rentenzahlungen an die Ausländer erst Jahre später anstanden, führten zu einer beachtlichen Aufbesserung des Staatshaushaltes.⁸ Die Gastarbeiter waren in einem großen Ausmaß am Aufbau des nach den zwei Weltkriegen gebeutelten Deutschlands beteiligt. Erst in den folgenden Jahren sind andere Formen der Zuwanderung entstanden (Abb. 1). Auf die für Arbeitsmigranten im Gesundheitswesen relevanten Zuwanderungsformen wird in Kapitel 5 näher eingegangen.

⁶ Buchan, 2008 S. 1

⁷ Hitzemann, Schirilla, & Waldhausen, 2012 S.39

⁸ Herbert, 1986 S.212, S.120 f

Die Figuren in der Abbildung stellen in ihrer Größe grafisch das Verhältnis zur Gesamtzahl der Zugewanderten dar. Aktuelle politische Maßnahmen zeigen, dass die Anwerbung von Fachkräften wieder auf Hochtouren läuft, jedoch in strukturierter und nachhaltigerer Form, als es vor 100 oder vor 50 Jahren der Fall war.



Abb.1. **Formen der Zuwanderung nach Deutschland** (Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Migrationsbericht 2011 S. 45)

1.3. Methodik und zentrale Fragestellung der Arbeit

Im Kontext der Diskussionen um den Fachkräftemangel rückt immer wieder die Möglichkeit der Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften in den Fokus der Betrachtungen. Wie wird sich jedoch konkret der Bedarf in den nächsten Jahrzehnten entwickeln? Verschiedene Studien zeigen Vorausberechnungen für die Zukunft, die einen explodierenden Bedarf prognostizieren. In dieser Arbeit wurden drei dieser Studien analysiert (Bertelsmann Stiftung, PWC-Studie, Statistisches Bundesamt) und eine Auswahl der Prognosen zusammengestellt. Welche Faktoren im Bereich des Fachkräfteangebots aufgrund demografischer Veränderungen dabei eine Rolle spielen und welche Einflüsse man auf diese nehmen kann, werden im Kapitel 2 kurz dargestellt. Das Anwerben von Gesundheitspersonal stellt eine besondere Form der Engpassbehebung dar. In dieser Arbeit wurden grundlegende ethische und sozialpolitische Aspekte zusammengefasst, die auf mehreren Ebenen zu berücksichtigen sind, da die Stärke einer Wirtschaftskraft von der Gesundheit ihrer Bevölkerung abhängt. Die Verantwortung für eine globale Gesundheit und die Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme sind nicht zu unterschätzende Mechanismen, die von der Politik zu steuern und zu evaluieren sind. Die Bemühungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in dieser Hinsicht sind groß, jedoch wirkungslos, wenn sich einzelne

Staaten nicht an Empfehlungen halten. Hier stellt sich für alle Akteure der Personalpolitik im Gesundheitswesen die Frage, wie viel Arbeitsmigration benötigt wird und wie viel das Herkunfts- und Zielland verkraftet. Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Analyse des Fachkräftebedarfs (unter den Gesichtspunkten von demografischem Wandel und Veränderung gesellschaftlicher Strukturen) und mit den Auswirkungen von Arbeitsmigration in der Vergangenheit, in der Gegenwart und in der Zukunft. Nicht zuletzt stellt sich ebenso die Frage, ob die Anzahl der Arbeitsmigranten ausreicht, um nationale Probleme im Gesundheitssystem zu beheben, oder ob die Veränderung im System selbst eine Lösung der Probleme wäre. Diese Arbeit kann und wird keine expliziten Lösungsansätze bieten. Sie soll einen Überblick über die anstehende Problematik geben und die Arbeitsmigration im Gesundheitssektor als einen von vielen Lösungsansätzen näher betrachten und dies unter Berücksichtigung ethischer Aspekte.

2. Entwicklung des Fachkräftebedarfs und Fachkräfteangebots in Deutschland

Die heutige Bevölkerungsstruktur weicht schon lange von der Form der klassischen Bevölkerungspyramide ab (siehe Anhang 1), bei der sich die Stärke der Jahrgänge von den jüngsten bis zu den ältesten kontinuierlich verringert.⁹ Die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise 1930 haben deutliche Kerben hinterlassen in Bezug auf den Altersaufbau.⁹ Demografische Veränderungen nehmen einen großen Einfluss auf die Nachfrage und das Angebot von Fachkräften, insbesondere auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung.

2.1. Demografischer Wandel

Der „Demografische Wandel“ ist längst ein Begriff in unserer Alltagssprache. Man versteht darunter die sich abzeichnende tiefgreifende Veränderung einer Gesellschaft, die durch erhöhte Lebenserwartung, sinkende Geburtenraten, Auflösung traditioneller Familienstrukturen und Wanderungen bestimmt wird.⁹ Der demografische Wandel beschreibt die Tendenzen der Bevölkerungsentwicklung nach Bevölkerungszahl und die Bevölkerungszusammensetzung z. B. nach Alter, Geschlecht und Nationalität und ihrer regionalen Verteilung. Bereits seit den 60 'er Jahren ist in Deutschland ein deutlicher Geburtenrückgang zu beobachten.⁹ Die deutsche Bevölkerung schrumpft, ausgenommen einer einzelnen Zunahme im Jahre 2011, kontinuierlich seit 2004. Diese Ausnahme war durch eine kurzfristige Zuwanderungswelle bedingt.¹⁰ Die seit 150 Jahren steigende Lebenserwartung von knapp 3 Monaten pro Jahr (jeweils bei Geburt) und die niedrige Geburtenrate von durchschnittlich 1,39 Kindern je Frau (2010),⁹ führen zu einer veränderten Zusammensetzung der Bevölkerung (Abb.2).

⁹ Bundesministerium des Innern, 2011

¹⁰ OECD, 2013 S.73

Es ist davon auszugehen, dass die Geburtenhäufigkeit weiter sinkt, da die Anzahl potenzieller Mütter niedriger ist. Die gegenwärtige Lebenserwartung Neugeborener (2012) liegt für Jungen bei 77,9 und für Mädchen bei 82,9 Jahren.¹¹ Wenn man die Lebenserwartung und die Gesamtentwicklung anderer vergleichbarer europäischer Staaten, wie z.B. Frankreich mit einer Lebenserwartung für Frauen von 88,4 Jahren und für Männer von 83,9 Jahren betrachtet¹², kann man davon ausgehen, dass die Lebenserwartung hierzulande weiter steigt. Die Differenz in der Lebenserwartung von Männern und Frauen verringert sich bis 2060 von 5,2 auf 4,2 Jahre.¹³ „Das Anwachsen älterer Bevölkerungsgruppen geht einher mit dem Altern der geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1964, die nach 2020 in das Rentenalter eintreten werden.“¹³ Im Jahre 2010 waren bereits 26% der Bevölkerung über 65 Jahre alt.¹⁴ Heute besteht die Bevölkerung zu 19% aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 20 Prozent aus 65-Jährigen und Älteren. Im Jahr 2060 wird bereits jeder Dritte (34%) mindestens 65 Jahre alt sein und es werden doppelt so viele 70-Jährige leben, wie Kinder geboren werden.¹⁴ Im europäischen Vergleich gehört die deutsche Bevölkerung zu den am schnellsten alternden und am schnellsten schrumpfenden Bevölkerungen.¹³ Für die Erhaltung der Bevölkerungszahl wäre eine Geburtenrate von 2,1 Kindern je Frau notwendig bzw. und/oder eine konstante Anzahl von Zuwanderung.¹⁴

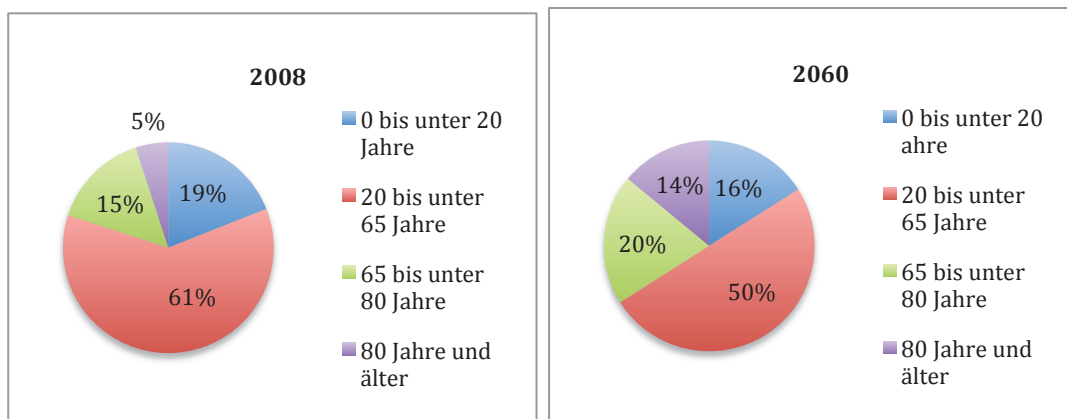


Abb.2. **Bevölkerungszusammensetzung in den Jahren 2008 und 2060** (Quelle: Statistisches Bundesamt (2009) 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (eigene Darstellung))

Im Jahre 2011 gab es die bisher größte Differenz zwischen Geburten und Sterbefällen (Abb.3). Der Sterbeüberschuss betrug minus 189 643 Personen.¹³ Der Wanderungssaldo dagegen betrug im plus 279330 Personen, sodass insgesamt im Jahre 2011 die erste Zunahme der Einwohnerzahl seit 2002 um 0,1 % auf 81,8 Mio. Menschen zu verzeichnen war.

¹¹ Statistisches Bundesamt, 2012

¹² Europäische Kommission, 2013

¹³ Statistisches Bundesamt, 2013 (Bevölkerung)

¹⁴ Bundesministerium des Innern, 2011 S.11 ff, S.14

In den Jahren 1991 bis 2010 gab es eine Zuwanderung von insgesamt 18 Mio. Menschen, die zu 72,4 % aus europäischen Staaten stammten.¹⁵ Die jährliche Zuwanderung nahm seit 1992 jedoch kontinuierlich und stark ab. Im Jahre 2009 sind weniger als halb so viele Menschen wie im Jahr 1992 nach Deutschland gekommen (721.000 Personen)¹⁵. Das Statistische Bundesamt geht in der 12. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von einem Bevölkerungsrückgang bis zum Jahr 2060 von 14%-21% aus.

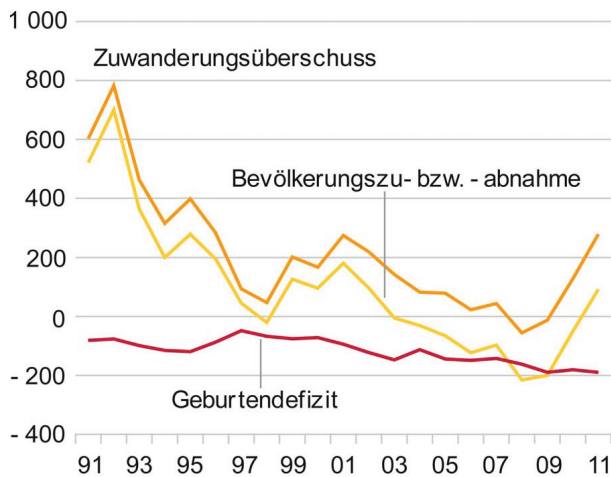


Abb.3: **Bevölkerungsentwicklung 1991 bis 2011 (Tausend)** (Quelle: Statistisches Bundesamt 2011)

Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Gesellschaft, die Gesundheitswirtschaft und die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der Zukunft muss angesichts des prognostizierten Mangels an Gesundheitsfachkräften als gemeingessellschaftliche und politische Aufgabe betrachtet werden.¹⁶ Der Anteil älterer Bürger, die versorgt und begleitet werden möchten, wird steigen, während das Angebot an qualifizierten Fachkräften sinkt. Begriffe wie „Pflegenotstand“ und „Pflegekollaps“ werden in diesem Zusammenhang häufig verwendet und lassen die Bevölkerung erahnen, was Experten für die Zukunft voraussagen. In diesem Kontext wurden verschiedene Annahmen und Szenarien zur Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten entwickelt, die für entsprechende Vorausberechnungen genutzt werden. Ebenso werden bei der Prognose veränderte Familienkonstellationen, eine erhöhte Erwerbstätigkeit von Frauen und eine Zunahme der Ein-Personenhaushalte im Zusammenhang mit bevorstehenden Versorgungsengpässen diskutiert. In der Pflegestatistik 2011 meldete das statistische Bundesamt bereits 2,5 Mio. Menschen die nach § 14 SGB XI als pflegebedürftig gelten.¹⁷

¹⁵ Statistisches Bundesamt, 2013 (Wanderungen)

¹⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012

¹⁷ Statistisches Bundesamt, 2013 (Pflegestatistik)

2.1.1. Status-Quo-Szenario

Beim Status-quo-Szenario wird unterstellt, dass die Zahl der Krankenhausfälle sowie die Zahl der Pflegebedürftigen heute und in Zukunft allein von der Bevölkerungsentwicklung abhängen.¹⁸ Als Datengrundlage betrachtet man die Pflegeprävalenzen, die Anteile der Pflegearten je Alter und Geschlecht auf das Niveau des jeweiligen Berechnungsjahres und nimmt eine Fortschreibung vor. Auch bei alters- und geschlechtsspezifisch konstanten Versorgungsartenquoten kommt es aufgrund der demographischen Alterung auch in diesem Szenario zu Veränderungen der Anteile von ambulanter und stationärer pflegerischer Versorgung.¹⁹ Die Tabelle 2 stellt die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen im Status-quo-Szenario dar.

Tabelle 2: **Prognose Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2030 nach der Status-Quo-Annahme** (Quelle: Bertelsmann Stiftung 2012 (eigene Darstellung))

Versorgungsart	2009	2030	Veränderung
Ambulante Pflege	553000	853000	+54,2 %
Stationäre Pflege	713000	1138000	+59,6%
Angehörigenpflege	1063000	1443000	+35,7%
Pflegebedürftige Σ	2330000	3435000	+47,4%

2.1.2. Szenario „sinkende Pflegequote“

In der Annahme der sinkenden Pflegequote wird von einer Verlagerung der Pflegebedürftigkeit ins höhere Alter ausgegangen, während die Lebenserwartung selbst steigt. Obwohl die „sinkende Pflegequote in den Vorausberechnungen zunächst einen „dämpfenden“ Effekt hat, steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen dennoch an. Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung liegt in diesem Szenario entsprechend mit 3,4% im Jahr 2020 und 3,9% im Jahr 2030 etwas niedriger als im Status-Quo-Szenario (Abb.4). Dies entspricht eine Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2030 im Szenario „sinkende Pflegequote“ von 3,0 Mio. Menschen. Entsprechend der Annahme im Szenario „sinkende Pflegequote“ wird davon ausgegangen, dass aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Menschen in den jeweiligen Altersgruppen, durch medizinisch-technischen Fortschritt und einer gesünderen Lebensweise,¹⁹ das Risiko pflegebedürftig zu werden, ins höhere Alter verschoben wird. Im Gegensatz geht das Szenario „Status-Quo“ von einem konstanten Risiko entsprechend des jeweiligen

¹⁸ Bertelsmann Stiftung, 2012

Berechnungsjahres aus. In den Vorausberechnungen ist das Szenario „sinkende Pflegequote“ entsprechend deutlich optimistischer betrachtet.

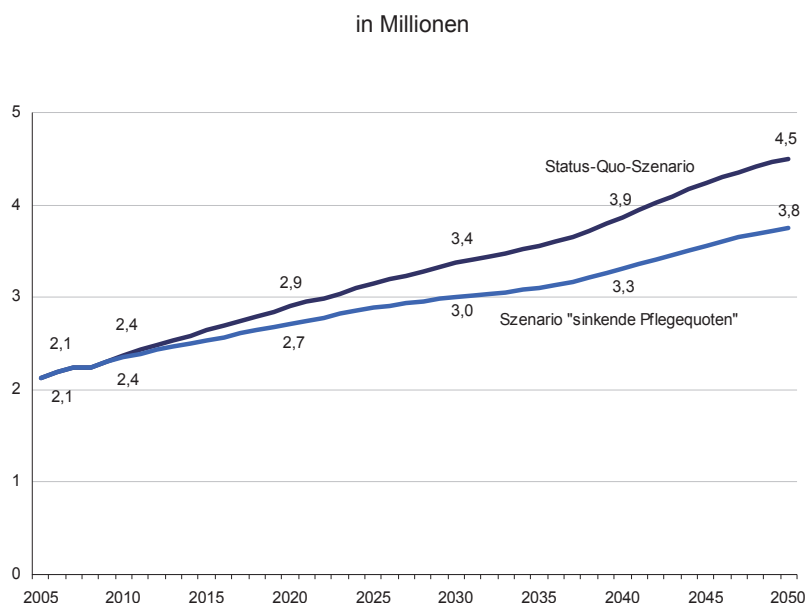


Abb.4: Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050 – Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequote“ (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2010)

2.2. Anzahl der Pflegebedürftigen im regionalen Vergleich

Zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen sowohl in der Pflegequote als auch in der Versorgungsstruktur Unterschiede. In Schleswig Holstein werden 40% aller Pflegebedürftigen stationär in Heimen versorgt, in Brandenburg und Hessen sind es nur 25%.¹⁹ Der Anteil der Angehörigenpflege ist z.B. in Hessen sehr groß, sodass 54% der Pflegebedürftigen zuhause gepflegt werden.²⁰ Der Anteil der Pflegebedürftigen an der gesamten Bevölkerung Deutschlands ist durch die Unterschiede der Alters- und Geschlechtsstrukturen bedingt. Entsprechend ist der Anteil der Pflegebedürftigen in Bundesländern mit einem hohen Altersdurchschnitt höher, als in Bundesländern mit einem niedrigen Durchschnittsalter. In Mecklenburg Vorpommern entsprechend liegt der Anteil der Pflegebedürftigen an den Gesamteinwohnern Mecklenburg Vorpommerns bei 3,4%, in Baden Württemberg bei 2,2%.²⁰ Es variieren ebenso die Altersgruppen in den Menschen in den einzelnen Bundesländern pflegebedürftig werden. Menschen in Mecklenburg Vorpommern werden in der Altersgruppe der 85 bis 90 jährigen eher pflegebedürftig als im Bundesdurchschnitt. In dieser Altersgruppe liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei 49%, in Baden-Württemberg hingegen bei 32%. Die Entwicklung der

¹⁹ Statistisches Bundesamt, 2010 S.24-27

Anzahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Bundesländern wird unterschiedlich verlaufen.²⁰ Dies zeigen auch die Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes (Tab.3). Bis zum Jahr 2030 wird sich im Nordosten Deutschlands die Anzahl der Pflegebedürftigen am stärksten verändern. In Brandenburg wird es eine Steigerung von 71,6% geben. Ebenso wird Mecklenburg Vorpommern mit 63,5% betroffen sein und Berlin mit einer Steigerung von 66%. Laut den Vorausberechnungen wird Bremen mit 32,4% die geringste Veränderung aufweisen.²¹

Tabelle 3: **Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen von 2007 bis 2030 nach Bundesland (1000)**
(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2010 Demografischer Wandel und Auswirkungen (eigene Darstellung))

Bundesland	2007	2030	Veränderung
Baden- Württemberg	237	374	57,8 %
Bayern	314	486	54,7%
Berlin	96	159	66 %
Brandenburg	85	146	71,6 %
Bremen	21	28	34,2 %
Hamburg	43	60	38,3 %
Hessen	176	259	47,5 %
Mecklenburg Vor.	57	93	63,5 %
Niedersachsen	242	353	45,7 %
Nordrhein- Westfalen	485	693	43,0 %
Rheinland-Pfalz	102	149	45,1 %
Saarland	29	40	34,8 %
Sachsen	127	191	50,2 %
Sachsen-Anhalt	81	117	45,7 %
Schleswig-Holstein	79	123	55,8 %

2.3. Trends in der Gesundheitswirtschaft

Die demografische Entwicklung, verbunden mit einem sich verändernden Bild der Morbidität und einer Zunahme der Multimorbidität, ist eine der wichtigsten Herausforderungen für die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Die technologischen Innovationen im Bereich der Medizintechnik, der Biotechnologie und der Pharmabranche und die kontinuierliche Entstehung und Weiterentwicklung neuer Verfahren zur Erkennung und Bekämpfung von Krankheiten führen zu veränderten Anforderungen an Gesundheitsfachkräften und Gesundheitspolitik. Neue gezielte Behandlungsmethoden, Früherkennung von Erkrankungen und zunehmende Förderung von Präventionsmaßnahmen begünstigen die Entwicklung der steigenden Lebenserwartung.²¹ Die Prozessoptimierung, die Standardisierung und das damit verbundene Potenzial der

²⁰ Statistisches Bundesamt, 2010 S.24 ff

²¹ Burkhart, Ostwald, & Ehrhard, 2012 S.23

Qualitätssteigerung und Kostensenkung sowie der steigende Kostendruck in der Gesundheitswirtschaft und die damit verbundenen Herausforderungen fordern politisches Handeln.²² Eine gezielte Ausweitung der ambulanten Versorgung, die Förderung der Angehörigenpflege und somit die Reduzierung der stationären Versorgung sind aktuelle Themen in der Gesundheitspolitik in Deutschland. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) von 2008 und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) von 2012 hat der Bundesgesetzgeber dazu beigetragen, die häusliche Pflege weiter zu stärken. Zusätzliche Betreuungsleistungen wurden durch das PFWG von 1.200 bis 2.400 Euro jährlich²² erhöht und außerdem im PNG die ambulanten Leistungen für demenziell Erkrankte mit der sogenannten Pflegestufe 0 erweitert. Diese Personengruppe hat einen monatlichen Anspruch auf 225 Euro für Pflegesachleistungen oder auf 120 Euro Pflegegeld für pflegende Angehörige.²³ Die Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren stetig gestiegen (Tabelle 4). Im Jahre 2000 betrugen die Gesamtkosten für das Gesundheitssystem 212838 Mio. Euro und im Jahre 2010 bereits 287293 Mio. Euro.²⁴ Das bedeutet eine Steigerung der Kosten um 34,9% innerhalb von 10 Jahren. Die höchste prozentuale Steigerung der Kosten der in Tabelle 4 dargestellten Einrichtungen, erfolgte in der ambulanten Pflege. Der Anteil der Ausgaben für die Pflege ist zwar gestiegen (1,4%), aber im Verhältnis zu den Gesamtausgaben eher gering. Eine einzige Verminderung der Ausgaben von 2003 bis 2010 um -13% fand im Gesundheitsschutz statt.²⁵ Die verschiedenen Trends und Einflüsse wie z.B. Substituierung menschlicher Arbeitsleistung und die Steigerung der Arbeitsproduktivität in der Gesundheitswirtschaft²² haben einen direkten Einfluss auf den Bedarf von Gesundheitsfachkräften und deren jeweilige Qualifikationen. Entsprechend der Entwicklungen im ambulanten Sektor zeichnet sich ein höherer Bedarf insbesondere dort ab.

Tabelle 4: **Gesundheitsausgabenrechnung Deutschland (Mio.€)**

(Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013 Gesundheitsausgaben (eigene Darstellung))

Einrichtung	2000	2010	Veränderung
Ambulante Pflege	5788	10038	+ 73,4 %
Stationäre- /Teilstationäre Pflege	14851	21733	+ 46,3%
Krankenhäuser	56079	74307	+ 32,5 %
Apotheken	28575	40862	+ 43 %
Arztpraxen	30577	43114	+ 41%
Gesundheitsausg.ges.	212838	287293	+ 34,9 %
Anteil Pflege/Gesamt	9,6 %	11%	+1,4 %

²² PFWG, 2008

²³ PNG, 2012

²⁴ Statistisches Bundesamt, 2013 (Gesundheitsausgaben)

2.4. Veränderung des Fachkräfteangebots durch steigende Teilzeitquote

Der hohe Anteil von Frauen und die Veränderung der Altersstrukturen in Pflegeberufen führen zu einer höheren Teilzeitquote bei den Beschäftigten. In den Jahren 2000 bis 2004 war noch jede sechste Arbeitskraft im Gesundheitssektor jünger als 25 Jahre, im Jahre 2010 nur noch jede siebte.²⁵ Die stärkste Gruppe unter den Gesundheitsmitarbeitern sind die 45- bis 49 Jährigen. Während die Zahl der Beschäftigten in den Pflegeberufen um 23,1% stieg (Tab.5), nahm die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 70% zu (Abb.5)²⁶. Mittlerweile sind mehr als 52% aller Pflegekräfte nur teilzeitbeschäftigt.²⁶ Diese Entwicklung nahm besonders im Gesundheitswesen stark zu. Zwar ist sowohl die sozialversicherungspflichtige Vollzeit- als auch die Teilzeitbeschäftigung von Gesundheits- und Pflegekräften in den letzten Jahren gewachsen. Allerdings fiel das Wachstum der Vollzeitbeschäftigung mit lediglich +6 % deutlich schwächer aus; ebenso sind die geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse in den Jahren 2003 bis 2010 um 33% gestiegen.²⁶ Diese Entwicklung der Ausweitung der Teilzeitarbeit in Pflegeberufen lässt natürlich die Frage nach Gründen aufkommen. Prof. Dr. Simon von der Fachhochschule Hannover hat für den Deutschen Pflegerat die Jahre 1999 und 2009 für eine Studie über Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen analysiert. Laut dieser Studie ist die Teilzeitbeschäftigung weniger auf die jeweiligen Lebensumstände, wie z.B. Kindererziehung zurückzuführen, sondern vielmehr auf ein verändertes Arbeitsplatzangebot und auf eine chronische Überlastung des Pflegepersonals. Laut der Studie wechseln viele Pflegekräfte in die Teilzeitbeschäftigung, um gesundheitliche Schäden zu vermeiden. Außerdem ergaben Analysen der Studie, dass die Einrichtungen stufenweise Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umgewandelt haben, um mehr Flexibilität im Personaleinsatz zu erreichen.²⁶ Hier unterscheiden sich jedoch die weiblichen Ost- und West-Beschäftigten. In Ostdeutschland gaben 46,2% der teilzeit- oder geringfügig beschäftigten Frauen an, keine Vollzeitstelle zu finden, im Westen nur 11,5 %. Im Westen gaben 69% der Frauen an, aus persönlichen und familiären Verpflichtungen einer Teilzeittätigkeit nachzugehen. Im Osten waren es nur 31%.²⁷ Entsprechend des vorhandenen Potenzials bei der Aufstockung der Arbeitsstunden von Teilzeit in Vollzeit, lässt sich in den ostdeutschen Bundesländern rechnerisch ein Personalengpass im Status-Quo-Szenario bis zum Jahre 2025 um 5 Jahre versetzt im Gegensatz zu den westdeutschen Bundesländern feststellen.²⁸ Es ließ sich jedoch bisher kein Trend zu mehr Vollzeitbeschäftigungen nachweisen, eher gewinnen die Teilzeitbeschäftigungen und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse an Bedeutung.²⁸

²⁵ Bundesagentur für Arbeit, 2011 (Arbeitsmarkt-Pflege)

²⁶ Simon, 2012

²⁷ Afentakis; Maier, 2010

Tab.5: **Entwicklung der Anzahl der Pflegekräfte (1000)** (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013- Gesundheitspersonalrechnung)

Qualifikation	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung
Gesundheits-, und Krankenpfleger	763	772	780	794	813	818	826	+8,3 %
Altenpfleger	311	325	354	367	395	421	444	+42,7%
Gesundheits-, und Krankenpflegehelfer	232	236	239	246	261	269	275	18,8 %
Gesamt	1306	1333	1773	1407	1469	1508	1545	23,1%

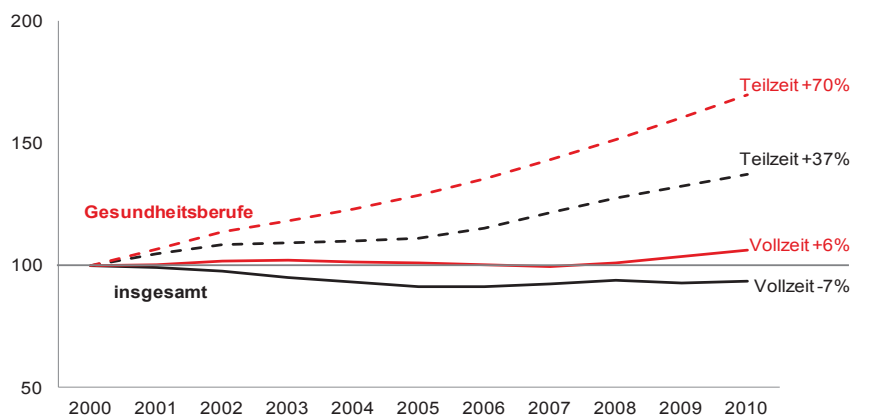


Abb.5: **Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung bei Gesundheits- und Pflegeberufe** (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2011, Arbeitsberichterstattung Gesundheits- und Pflegeberufe)

2.5. Veränderung des Fachkräfteangebots durch demografische Entwicklung

Der demografische Wandel hat natürlich nicht nur Einfluss auf die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen, sondern auch auf die Struktur der Bevölkerung im Erwerbsalter. Im Jahre 2008 gab es ca. 50 Millionen Personen, die sich im Erwerbsalter von 20 bis 65 Jahren befanden. Im Jahre 2030 werden es nur ca. 42 Millionen bis 43 Millionen und im Jahre 2060 etwa 36 Millionen bzw. 38 Millionen sein.²⁸ Die Anzahl der Erwerbstätigen schrumpft also bis zum Jahre 2060 um 34 -40 % (Tab.6). Es wird sich mit dem Fachkräfteangebot auch, wie in Kapitel 2.4 beschrieben, die Altersstruktur des Personals ändern. Zwischen 2017 und 2024 wird das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland bereits jeweils zu 40% aus den 30- bis unter 50-Jährigen und aus den 50 bis unter 65 Jährigen bestehen.

²⁸ Statistisches Bundesamt, 2009 S.17 f

Da der Pflegeberuf ein körperlich anstrengender Beruf ist, kann man davon ausgehen, dass viele der älteren Pflegekräfte nicht bis zur regulären Altersgrenze in einer Vollzeittätigkeit sein werden, auch weil gesundheitliche Gründe sie zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zwingen werden. Dies verschärft die Fachkräftesituation zusätzlich und führt bei den jüngeren Mitarbeitern zu nochmalig höheren Belastungen.

Tabelle 6 : **Entwicklung der Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter 20 bis 65 Jahre (Mio.)**

(Quelle: Statistisches Bundesamt (2009) 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (eigene Darstellung))

Jahr	Untergrenze Bevölkerung	Obergrenze Bevölkerung
2008	50	50
2020	48	48
2030	42	43
2040	38	40
2050	36	39
2060	33	36
Veränderung	- 34%	- 40%

Ebenso wie bei der Quote der Pflegebedürftigen gibt es regionale Unterschiede bei der zukünftigen Quote der Erwerbstätigen. Die Bertelsmann Stiftung hat in ihrer Studie die Kreise mit dem stärksten Bevölkerungsrückgang (Abb.6) analysiert und geht davon auch, dass sich die Versorgungslücke, insbesondere in den Ostdeutschen Bundesländern, Saarland und Hessen weiter verschärft, da gerade in diesen Gebieten wie in Kapitel 2.2. beschrieben die Anzahl der Pflegebedürftigen am stärksten steigen dürfte. In einigen westdeutschen Bundesländern dürfte nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung die Verminderung des Erwerbspotenzials um 0-10% liegen und entspricht etwa dem Bundesdurchschnitt.²⁹ In anderen Regionen wird es sogar eine Steigerung des Erwerbspotenzials bis zu 10 % geben. In Regionen in Brandenburg und Mecklenburg Vorpommern wird es einen Rückgang von mehr als 20 % geben.²⁹ Es ist also von starken regionalen Unterschieden in der Versorgung der Pflegebedürftigen in der Zukunft auszugehen. Durch einen wachsenden Arbeitsmarkt kann jedoch in etwa ¼ der Regionen in Deutschland die Versorgungslücke durch den Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen reduziert werden, da sich insbesondere noch Potenziale aus Teilzeitbeschäftigten ergeben.²⁹

²⁹ Bertelsmann Stiftung, 2012

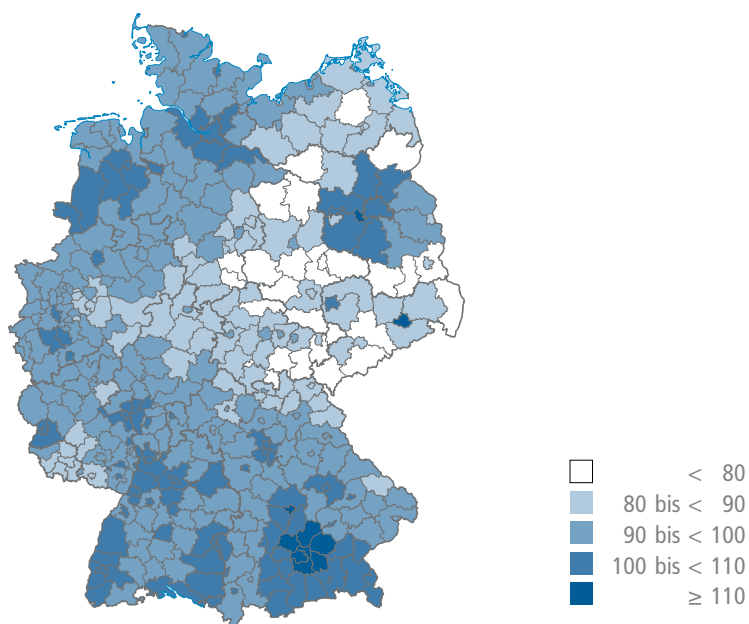


Abb. 6: Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials der 19- bis 64-Jährigen zwischen 2009 und 2030 (%)
(Quelle: Bertelsmann Stiftung, 2012)

2.6. Vorausberechnungen zum Fachkräftebedarf in der Zukunft (2030 und 2050)

In der Studie der Bertelsmann Stiftung wird ein Anstieg des Personalbedarfs im Status-quo-Szenario in der ambulanten Pflege bis zum Jahr 2030 von 176000 auf 271000 prognostiziert. Dies ist entsprechend ein Bedarf von 95000 Vollzeitäquivalenten. In der stationären Pflege steigt der Bedarf von 441000 auf 704000 (60%). Insgesamt entsteht hier eine Personallücke von 318000 Vollzeitkräften bei einem Mehrbedarf in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Status-Quo-Szenario von 434498 Vollzeitäquivalenten.³⁰ Bis zum Jahre 2050 wird sich der Bedarf an Pflegepersonal weiter erhöhen. Laut der Vorausberechnungen des deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung wird sich der Bedarf im ambulanten Pflegesektor um 129 % erhöhen, im stationären Pflegesektor sogar um 143%.³¹ Die Abbildung 7 stellt das Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage bis zum Jahr 2030 dar. Die Tabelle 7 zeigt Vorausberechnungen im Status-quo-Szenario bis zum Jahr 2050.

³⁰ Bertelsmann Stiftung, 2012

³¹ Statistisches Bundesamt, 2013

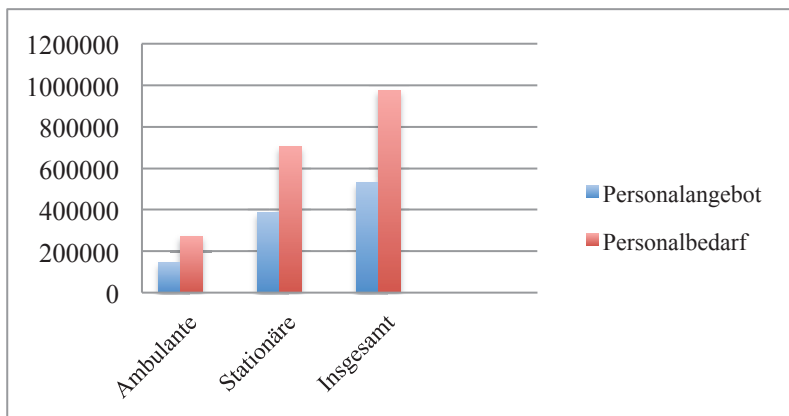


Abb. 7: **Übersicht Personalbedarf und Angebot im Status-Quo-Szenario 2030** (Quelle: Bertelsmann Stiftung 2012 (eigene Darstellung))

Tab.7: **Projektionen des Personalbedarfs bis 2050 im Status-Quo-Szenario** (Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, Vorausberechnungen DIW Berlin (eigene Darstellung))

	2009	2050	%
Ambulante Pflegedienste	176856	405381	129
Pflegeheime	452713	1100530	143
Altenpfleger-/helfer/innen	184084	441163	139,6
Krankenpfleger/innen	100537	236798	135,5
Krankenpflegehelfer/innen	21731	51716	138

3. Entwicklung der Arbeitsmigration von Gesundheits-und Pflegefachkräften

Ein Blick in die Vergangenheit zeigt eine lange Geschichte der Abwanderung und Anwerbung von Pflegepersonal in der gesamten Welt. In den letzten Jahren hat die Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal drastisch zugenommen. Die steigende Nachfrage in den Industriestaaten und die Liberalisierung der Arbeitsmärkte in vielen Ländern sowie die persönliche, soziale und wirtschaftliche Situation, zusätzliche politische Anspannungen führen in einigen Ländern zu einer erhöhten Mobilität des Gesundheitspersonals.³² Hier sind einige Trends zu beobachten, was die Zielregionen betrifft, die häufig auf die kulturellen und sprachlichen Gemeinsamkeiten zurückzuführen sind. Die Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal aus Lateinamerika findet primär nach Spanien und in die USA statt. Pflegepersonal aus Nordafrika wandert überwiegend nach Frankreich aus.

³² Buchan, 2008 S.11, S.1 f

Afrikanische und karibische Länder weisen eine hohe Abwanderung von Gesundheitspersonal in die OECD-Staaten³³ (siehe Anhang 3) auf, da insbesondere die afrikanischen Länder in den letzten Jahren von Konflikten betroffen waren. In den europäischen OECD-Staaten unterscheidet sich der Anteil der im Ausland geborenen Gesundheitsfachkräfte erheblich. In Österreich sind z.B. 14,5% der Pflegekräfte im Ausland geboren, in Finnland dagegen nur 0,8%, im Vereinigten Königreich sind es sogar 15,2%.³³

3.1. Ursachen von Arbeitsmigration im Gesundheitswesen

Die Ursachen für akute oder dauerhafte Personalengpässe sind jedoch in Entwicklungs- und Industriestaaten unterschiedlich. In entwickelten Staaten treten periodische Engpässe bei ausgebildetem Personal insbesondere durch eine schnell steigende Nachfrage auf.³³ Diese Engpässe waren in der Vergangenheit in Deutschland akut und eher kurzfristig. In diesem Fall kann durch zusätzliche Anreizsysteme und eine gezielte Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland dem Mangel entgegengesteuert werden. In Entwicklungsländern (siehe Anhang 4) ist diese Möglichkeit der Gegensteuerung von Pflegekräftemangel durch die Erweiterung der Anreizsysteme aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen oder Ausbildungsstrukturen oft nicht möglich. Diese Länder leiden häufig langfristig und chronisch an einem Mangel an medizinischen und pflegerischen Fachkräften.³⁴ Arbeitsmigration in Gesundheitsberufen findet sowohl zwischen Industriestaaten, als auch zunehmend zwischen Industriestaaten und Entwicklungsländern statt.³³ Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf die jeweiligen Gesundheitssysteme der Staaten und auf die Personen selbst. Arbeitsmigration kann positive Auswirkungen haben, aber auch negative weitreichende Folgen für die Versorgungssysteme (siehe Kapitel 4) mit sich bringen. Arbeitsmigration wird entsprechend durch wirtschaftliche, politische, sozialer und kultureller Faktoren wie z.B. die Sprache, Religion oder postkoloniale Verbindungen beeinflusst.³⁴ Wenn man sich mit dem Thema Anwerbung von Gesundheitspersonal auseinandersetzt, ist es zwingend notwendig sich einen Überblick über die Versorgungssituation in den jeweiligen Ländern zu verschaffen. Derzeit besteht in fast allen europäischen Ländern ein Mangel an Pflegekräften.³³ Nach Einschätzungen der WHO gibt es jedoch keinen kritischen Mangel an Gesundheitspersonal in Europa (Tab. 8). Ein kritischer Fachkräftemangel würde bestehen, wenn es eine massive Unterversorgung der Bevölkerung gäbe und kaum Ressourcen vorhanden wären.³³ Dies ist in vielen Ländern Afrikas, besonders in den Staaten südlich der Sahara, der Fall. Dort fehlen Ausbildungsstrukturen, finanzielle Mittel und Lehrkräfte für die ausreichende Versorgung mit Gesundheitspersonal. Außerdem herrschen dort extrem schlechte Arbeitsbedingungen einhergehend mit einer schlechten Bezahlung, sodass

³³ Stewart, Clark, & Clark, 2007

³⁴ Buchan, 2008 S.15

die bereits erwähnten Anreizsysteme fehlen. Hinzu kommt das hohe Risiko durch fehlenden Arbeitsschutz und einem erhöhtem Infektionsrisiko. Aufgrund derartiger situativer Bedingungen in vielen Entwicklungsländern ist das Anwerben von Gesundheitsfachkräften für die Industriestaaten leicht. Arbeitsmigration wird mittlerweile durch Netzwerke organisiert, die potenzielle Bewerber informieren und begleiten.³⁵

Tab. 8: WHO: Geschätzter kritischer Mangel an Ärzten, Pflegekräften und Hebammen 2006

(Quelle: Weltgesundheitsorganisation, 2006 aus Stewart, Clark & Clark 2007 (eigene Darstellung))

WHO-Region	Anzahl Staaten gesamt	Anzahl Staaten m. Mangel an Med. Fachkräften	Gesamtbestand an med. Fachkräften	Geschätzter Mangel an Med. Fachkräften	Erforderlicher Anstieg in Prozent
Afrika	46	36	590.198	817.992	139
Nord- /Südamerika	35	5	93.603	37.886	40
Südostasien	11	6	2.332.054	1.164.001	50
Östlicher Mittelmeerraum	21	7	312.613	306.031	98
Westpazifischer Raum	27	3	27.260	32.560	119
Europa	52	0	/	/	/
Insgesamt	192	57	3.355.728	2.358.470	70

3.2. Pflegenotstand und Anwerbung von koreanischen Krankenschwestern in den 60er Jahren in der BRD

In den 60er und 70er Jahren herrschte in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) ein akuter Pflegenotstand. Es fehlten etwa 30000 Krankenschwestern.³⁶ Die Ursachen für diesen Mangel waren durch verschiedene Faktoren bestimmt. Der gesellschaftliche Wandel und die veränderte Personalstruktur im Krankenhaus spielten neben den Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenhäuser eine wichtige Rolle.³⁷ In den 50er Jahren trafen Diakonissinnen und Ordensschwestern, die in strenger Hierarchie, selbstlos und gehorsam die Vorstellung einer Dienstgesinnung vertraten, auf selbstbewusste Frauen, die häufig auch durch den Krieg bedingt alleinstehend waren und ihren Beruf als Krankenschwester als Dienstleistungsberuf verstanden.³⁷ Zeitgleich expandierten andere Bereiche im Sozial- und Gesundheitssektor, sodass

³⁵ Stewart, Clark, & Clark, 2007

³⁶ Die Zeit, 1973

³⁷ Wiemeyer, 1984 S. 42ff

für viele der Frauen der Arbeitsplatz mit weniger strenger Hierarchie und besserer Bezahlung mit mehr Entfaltungsmöglichkeiten attraktiver erschien. Die durchschnittliche Berufsverweildauer betrug damals nur durchschnittlich 5-6 Jahre.³⁸ Die Vorstellung der Krankenhäuser, die dringend Personal benötigten „das dem Hause dienen“ sollten, widersprach deutlich den Bedürfnissen der Frauen, die mit ihrem Einkommen ihre Existenz sichern und sich beruflich weiterentwickeln wollten.³⁸ Die Verlängerung der Ausbildungsdauer im Jahre 1965, mit der Veränderung des Krankenpflegegesetzes von 1958, und die Verkürzung der Arbeitszeit, die in den Jahren 1955 bis 1965 schrittweise stattfand, führten zusätzlich zu einem Nachwuchsmangel und zur Verminderung der damaligen Personalressourcen.³⁸ Die große Anzahl von Zuwanderern, Gastarbeitern, Kriegsrückkehrern in den 50 er Jahren verschärfte die Situation zusätzlich, da innerhalb kurzer Zeit ein hoher Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung entstand. Ende der 50 er Jahre begannen Ordensgemeinschaften und die deutsch-katholische Mission bereits Krankenschwestern nach Deutschland zu vermitteln.³⁹ Im Jahre 1961 entschloss sich die BRD aktiv Pflegepersonal aus Korea anzuwerben und schloss am 26.7.1961 ein offizielles Abkommen mit Korea.³⁸ Das Monopol für die Vermittlung wurde damals der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) übertragen. In Korea wurde die „Korea Overseas Development Corporation“³⁶ mit der Auswahl der Bewerber beauftragt. Die BRD schien in dieser Zeit nicht besonders gut vorbereitet auf die Gäste gewesen zu sein.⁴⁰ Angefangen bei den Unterkünften bis zur Integration in den Berufsalltag gestaltete sich der Anfang für beide Seiten schwierig. Durch die japanische Kolonialherrschaft und dem zweiten Weltkrieg galt Korea damals als Entwicklungsland. Für einige der jungen Koreanerinnen war die Schwesternausbildung die einzige Möglichkeit eine berufliche Ausbildung zu absolvieren, da für die Krankenpflegeschulen keine Gebühren anfielen.⁴⁰ In Korea trafen die Angebote aus der BRD auf großes Interesse. Abenteuerlust, die Hoffnung auf eine bessere Zukunft, das Leben ohne starke gesellschaftliche Zwänge und der Freiheitsdrang waren die Gründe für die Entscheidung der Auswanderung der jungen Koreanerinnen.⁴⁰ Die Krankenschwestern erhielten einen Arbeitsvertrag für 3 Jahre und waren an ein Krankenhaus gebunden. Nach 5 Jahren war in vielen Fällen keine Beschäftigung mehr möglich, da sie sonst einen Anspruch auf eine spätere Rentenzahlung erworben hätten.⁴¹ Immer wieder kamen Vorwürfe der Korruption gegen die Korea Overseas Development Corporation auf, in denen der Agentur unterstellt wurde, die Pflegerinnen nur gegen die Bezahlung eines hohen Schmiergeldes nach Deutschland ausreisen zu lassen.¹ Beweisen konnte man dies jedoch nicht. Außerdem entdeckten Agenten das Geschäft mit der Not und boten den Krankenhäusern die „Pflegermädchen“ sogar zum Stückpreis an.⁴¹ Die koreanischen Schwestern konnten bei der Ankunft meist kein Deutsch und waren an eine

38 Wiemeyer, 1984 S.42 f

39 Deutsche Botschaft Seoul, 2013

40 Berner & Choi, 2011 S.10-12

41 Die Zeit, 1973

hierarchische Organisation gewöhnt. Nur zögerlich und viel später beschwerten sie sich über die ungleiche Behandlung und die Diskriminierungen im Krankenhausalltag.⁴³ Häufig wurden sie wie Hilfskräfte behandelt und bezahlt. In Korea hatte die Krankenschwester einen höheren Status in der Gesellschaft und kümmerte sich ausschließlich um die medizinische Versorgung. In Deutschland hingegen waren die Tätigkeiten der Koreanerinnen überwiegend auf die Grundpflege und Putzarbeiten beschränkt.⁴³

3.3. Wirtschaftskrise und Auswirkungen auf die Arbeitsmigration 1973

Das deutsche Wirtschaftswunder ab den 50 er Jahren dauerte bis 1973 an. Hier reagierte die BRD mit einem allgemeinen Anwerbestopp, der die Rekrutierung weiterer Arbeiter aus dem Ausland verhindern sollte.⁴² Zu diesem Zeitpunkt endete die Ära der Gastarbeiter. Die Arbeitsverträge für 3 Jahre sollten für die koreanischen Krankenschwestern nicht mehr verlängert werden. Sie sollten nach Ablauf der Verträge Deutschland wieder verlassen.⁴⁰ Da einige der Koreanerinnen schon 10 Jahre in Deutschland arbeiteten, waren sie sich einig in Deutschland bleiben zu wollen. Etwa die Hälfte der Koreanerinnen, die in den Jahren 1963 bis 1977 nach Deutschland eingewandert sind waren freiwillig in die Heimat zurückgekehrt oder mussten das Land verlassen. Die bisher politisch wenig engagierten und noch wenig emanzipierten Frauen schlossen sich zu einer Gruppe zusammen und forderten eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis nach 5 jähriger Arbeit und eine Aufenthaltsberechtigung nach 8 jähriger Arbeit. Sie verteilten Flugblätter auf dem Kirchentag 1977 in Berlin. Mit den Worten „Wir kamen weil deutsche Krankenhäuser Personal benötigten, und wir haben Deutschland geholfen. Wir sind keine Handelsware. Wir gehen zurück wann wir wollen“ sammelten sie 11.019 Unterschriften und veranstalteten Podiumsdiskussionen.⁴³ Im Jahre 1978 haben sich ein unbefristetes Bleibe- und Arbeitsrecht in der BRD erkämpft, das auch für die Ehemänner galt. Die meisten der nach Deutschland eingewanderten Koreaner leben heute mit ihren Familien im Ruhrgebiet. Sie bilden in Nordrheinwestfalen die zweitgrößte koreanische Gemeinschaft in Europa. Die Auswirkungen der Wirtschaftskrise waren in anderen Branchen deutlich spürbarer für die Arbeitsmigranten. Es wurde vor allem versucht, Ausländern den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erschweren. Dazu wurde ab 1974 die Erteilung einer Arbeitserlaubnis an eine strenge Vorrangprüfung gebunden, also an den Nachweis, dass kein Deutscher oder anderer Bevorrechtigter für die Beschäftigung zur Verfügung steht.⁴⁴ Familienangehörige mussten außerdem nun eine lange Wartezeit bis zum Nachzug in Kauf nehmen und ab 1975 wurde die Zahlung von Kindergeld an im Herkunftsland verbliebene Kinder reduziert.⁴⁴

42 OECD, 2013 S.68-78

43 Berner & Choi, 2011 S.10 f

44 Angenendt, 2008 S.11

Die Auswirkungen dieser Maßnahmen zeigten sich in einer Welle von Asylsuchenden, die von der damaligen Bundesregierung auch als ein Problem von Asylmissbrauch beschrieben wurde, das zu bekämpfen ist. „Insgesamt war die Ausländerpolitik geprägt, keine weitere Zuwanderung zuzulassen, gleichzeitig aber von der Unfähigkeit, dies mit der Realität der internationalen Migrations- und Fluchtbewegungen in Deckung zu bringen.“⁴⁴

3.4. Liberalisierung der Einwanderungspolitik nach 2000

In den 90er Jahren war Arbeitsmigration aufgrund der steigenden Arbeitslosenzahlen und Zuwanderungswellen kein Thema. Der weitere Zuzug aus Staaten außerhalb der EU und des Europäischen Wirtschaftsraumes sollte begrenzt werden, die freiwillige Rückkehr in die Herkunftsländer sollte gefördert werden und die Integration der in Deutschland lebenden Ausländer sollte verbessert werden.⁴⁵ Ende der 90er Jahre meldeten 10 % der Unternehmen, es werde zunehmend schwieriger hochqualifizierte Mitarbeiter einzustellen.⁴⁵ In dieser Zeit waren sich alle Beteiligten in der deutschen Politik einig, dass die Bestimmungen für Zuwanderungen zu überarbeiten seien. Jedoch beharren einige politische Akteure seit Jahrzehnten darauf, dass Deutschland kein Einwanderungsland sei.⁴⁴ Die staatlichen Maßnahmen, wie die Einführung der deutschen „Green Card“ im August 2000, beschränkte sich nur auf IT-Kräfte, da in diesem Bereich etwa 70000 Fachkräfte fehlten.⁴⁵ Die Einführung der deutschen „Green Card“ löste eine neue Migrationsdebatte aus. Sie wurde jedoch 2005 mit Einführung des neuen Aufenthaltsgesetzes abgeschafft. Das Aufenthaltsgesetz von 2005 fasste Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht, zur Beschäftigung und zur Integration von Zuwanderern aus Nicht-EU-/Nicht-EWR-Ländern in einem neuen Zuwanderungsgesetz zusammen.⁴⁵ Ein vereinfachtes System mit zwei verschiedenen Aufenthaltstiteln ersetzte das System, das vier verschiedene Aufenthaltstitel unterschied. Durch das neue Zuwanderungsgesetz mussten die Bewerber nicht mehr zwei gesonderte Anträge für die Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis stellen, sondern wenden sich nur noch an die zuständige deutsche Auslandsvertretung.⁴⁶ Der Antrag für die Arbeitserlaubnis wird automatisch an die Agentur für Arbeit weitergeleitet, die entscheidet, ob der Bewerber Zugang zum Arbeitsmarkt erhält.⁴⁶ Mit dem neuen Gesetz wurde für viele Migrantengruppen wie z.B. Niedrigqualifizierte nicht der Zugang zum Arbeitsmarkt erleichtert, es wurde lediglich mehr Transparenz für Bewerber und zuständige Behörden geschaffen. Außerdem wurden mit dem Gesetz wichtige Ausnahmen bei der Arbeitsmarktprüfung eingeführt. Dies bedeutete, dass für Hochqualifizierte und für Qualifizierte in Engpassberufen die Vorrangprüfung entfiel.⁴⁶ Ebenso hatten Personen, die im Rahmen eines Familiennachzugs einreisen durften, den gleichen Zugang zum Arbeitsmarkt wie die Zuwanderer selbst.⁴⁶

⁴⁵ OECD, 2013 S.74

⁴⁶ OECD, 2013 S.73 f

Internationale Studierende erhielten nach Abschluss des Studiums einen Aufenthaltstitel bis zu einem Jahr, um sich eine angemessene Beschäftigung in Deutschland suchen zu können.⁴⁶ Die Arbeitsmigration erfolgte weiterhin rein nachfrageorientiert. Die Anzahl der Zuwanderung ist in Deutschland in dieser Zeit zurückgegangen. So betrug die Nettozuwanderung nach Deutschland im Jahr 2004 noch 82.000, im Jahr 2006 lediglich nur noch 22.000 Personen.⁴⁷ Steffen Angenendt beschreibt in seiner Studie zur Steuerung von Arbeitsmigration in Deutschland (2008), die Entwicklung wie folgt: „In dieser Hinsicht hat das Zuwanderungsgesetz die im Titel („Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern“) formulierte Erwartung offensichtlich erfüllt.“ Die Entwicklung der Vielzahl an Zuzügen im Jahre 2011 ist durch das neue Arbeitnehmerfreizügigkeitsgesetz zu erklären, da dieses Gesetz die unterschiedlichen Behandlungen der Arbeitnehmer, die auf die Staatsangehörigkeit beruhen, wie die Beschäftigung, Entlohnung und Arbeitsbedingungen abgeschafft hat. Staatsangehörige der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union können sich auf angebotene Stellen bewerben und sich im Hoheitsgebiet frei bewegen. Im Jahre 2011 stammten 76% der Zuwanderer aus Staaten der EU. Zuzüge aus Afrika blieben über die Jahre konstant niedrig, wobei es im Jahre 2011 bei den Zuzügen aus Asien einen geringen Anstieg gegeben hat (Abb.8). Das Zuwanderungsgesetz hat bislang keinen nachhaltigen Beitrag zur Reduzierung der Engpässe bei qualifizierten Arbeitskräfte geleistet. Ein Instrument zur Erleichterung des Zugangs zum Arbeitsmarkt ist die 2005 eingeführte Liste der Mangelberufe. Hier entfällt die sonst übliche Vorrangprüfung d.h. ob die Stelle durch einen arbeitslosen deutschen Bewerber besetzt werden könnte. Obwohl die Agentur für Arbeit bei den Pflegeberufen offiziell von einem Fachkräfteengpass in Deutschland spricht, ist weiterhin für die Aufnahme einer Beschäftigung auf Grundlage der Beschäftigungsverordnung (BeschV) die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit und eine Vorrangprüfung bei reglementierten Berufen notwendig.⁴⁸ Da die Tätigkeitsaufnahme eine qualifizierte Berufsausbildung voraussetzt, muss eine Prüfung der Gleichwertigkeit der Berufsausbildungen vorgenommen werden. Das neue Anerkennungsgesetz vom 1.4.2012 ist eine weitere Veränderung, die in erster Linie das vorhandene Potenzial bereits im Land lebenden Personen zur Nutze machen, aber auch eine Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften erleichtern sollte. Dieses Gesetz regelt den allgemeinen Rechtsanspruch auf Überprüfung der Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse.⁴⁹ In der Vergangenheit war insbesondere die Anerkennung der Abschlüsse in Deutschland ein Problem für Pflegekräfte aus dem Ausland, da der Pflegeberuf ein sogenannter reglementierter Beruf ist d.h. die Berufsausübung ist durch bestimmte Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Nachweis an

47 Angenendt, 2008 S.6 f

48 BeschV-Bundesministerium der Justiz, 2005

49 Kultusministerkonferenz, 2013

einer bestimmten Qualifikation gebunden und die Berufsbezeichnung ist gesetzlich geschützt. Das Anerkennungsgesetz ist eine Maßnahme der Bundesregierung dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, insbesondere für Personen mit dualer beruflicher Ausbildung.⁴⁹

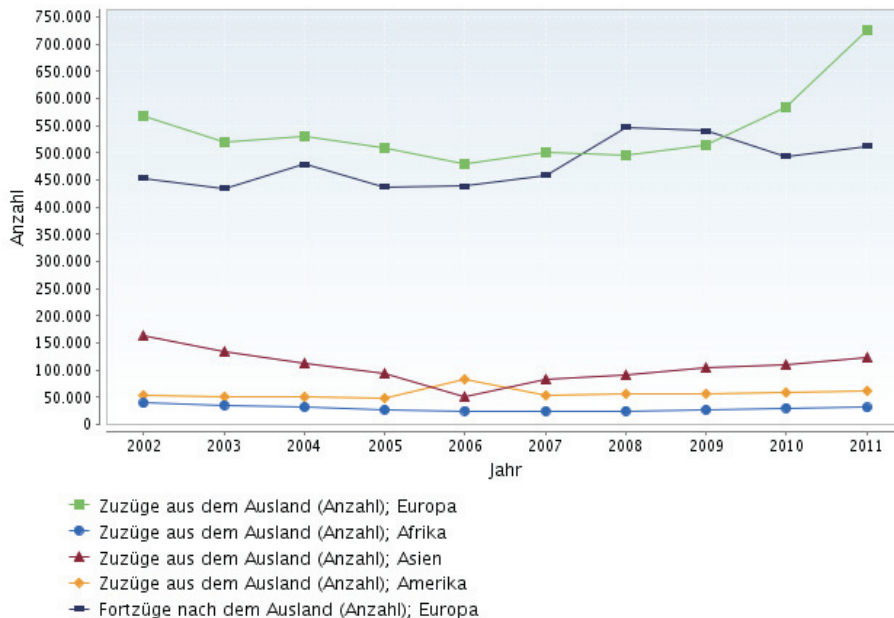


Abb. 8: **Zuzüge nach Deutschland in den Jahren 2002 bis 2011** (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

3.5. Aktuelle staatliche Initiativen zur gezielten Anwerbung von Gesundheitsfachkräften

Laut Beschäftigungsverordnung vom 1.1.2005 (BeschV) darf die Arbeitsvermittlung von Ausländern aus dem Ausland und die Anwerbung im Ausland außerhalb der Europäischen Gemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum für eine Beschäftigung im Inland und für eine Beschäftigung nach § 30 BeschV (Pflegerkräfte) nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden. „Damit sollen einerseits die unkontrollierte Einreise ausländischer Arbeitnehmer verhindert und die Beschäftigung zu vergleichbaren Arbeits- und Lohnbedingungen von deutschen Arbeitnehmern gewährleistet, andererseits aber auch die Interessen der Arbeitsmärkte der Herkunftsländer berücksichtigt werden.“⁵⁰

3.5.1. Projekte und Kampagnen

Die Bundesagentur für Arbeit versucht schon seit Jahren Pflegekräfte aus dem EU-Ausland für eine Tätigkeit in Deutschland zu gewinnen. Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der

⁵⁰ BeschV-Bundesministerium der Justiz, 2005

BA unterstützt Arbeitnehmer und Arbeitgeber bei der Suche nach qualifiziertem Fachpersonal im Ausland bzw. einer geeigneten Beschäftigung in Deutschland.⁵¹ Der steigende Bedarf an Pflegepersonal erfordert es nun die Anwerbungsmaßnahmen auch auf Nicht-EU-Staaten auszuweiten. Bisher fanden die Vermittlungsmaßnahmen überwiegend in EU- und EWR-Ländern statt.⁵¹ Eine Initiative der Bundesagentur für Arbeit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bzw. des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie ist die Fachkräfteoffensive „Make it in Germany“. Die Website www.make-it-in-germany.com bündelt Informationen über den Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland kurz gefasst in der Botschaft: „In fünf Schritte zum Arbeiten in Deutschland“, die dann Jobsuche, Visum, Umzug, Einleben, Familie wären. Hier wird explizit auf gefragte Berufe hingewiesen. Es wird von einem Pflegekräftemangel gesprochen und ein Mangel von 152000 Pflegekräften im Jahre 2025 prognostiziert.⁵¹ Außerdem werden zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten und ein vielseitiger Arbeitsmarkt bei den Pflegeberufen versprochen. In Indien, Indonesien, und Vietnam startete die Offensive ein Pilotprojekt. Mitarbeiter des Projektes, die selbst aus dem Land stammen, aber in Deutschland studiert oder gelebt haben, beraten, informieren und unterstützen Interessenten vor Ort und begleiten die Vorbereitungen für die Auswanderung. Hier wird betont, dass die Berater nicht aktiv Fachkräfte ansprechen, die im eigenen Land dringend benötigt werden.⁵¹ Es ist jedoch davon auszugehen, dass das aktive Ansprechen in den 3 genannten Ländern, die am Pilotprojekt beteiligt sind, wohl kaum nötig ist um das Interesse in der Bevölkerung zu wecken, eine Tätigkeit in Deutschland aufzunehmen. In Abb.9 wird der Vermittlungsweg mit den beteiligten Akteuren dargestellt. Der potenzielle Bewerber informiert sich zunächst auf der Website, erhält auf Wunsch eine persönliche Beratung und bei beruflicher Eignung unterstützt an dieser Stelle die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit den Vermittlungsprozess und die Ausreisevorbereitungen.



Abb. 9: Darstellung Vermittlungsprozess im Pilotprojekt Asien (Quelle: ZAV, 2013)

⁵¹ Bundesagentur für Arbeit/ZAV, 2013

Am 19.03.2013 unterzeichnete Monika Varnhagen, Direktorin der ZAV, und Leo J. Cacadac, Administrator der „Philippine Overseas Employment Administration ein Abkommen über die Vermittlung philippinischer Pflegekräfte nach Deutschland. Varnhagen betonte, dass die hoch qualifizierten Pflegekräfte ein Gewinn für Deutschland sein werden.⁵² Am 3.4.2013 unterzeichnete Varnhagen eine weitere Vereinbarung über die Vermittlung von Fachkräften. Nun sollen auch Personen aus Bosnien-Herzegowina nach Deutschland vermittelt werden. Die Pflegekräfte sollen zu denselben Bedingungen beschäftigt werden wie deutsche Pflegekräfte und bereits im Vorfeld einen Sprachkurs belegen. Die Bundesagentur für Arbeit betont immer wieder die Einhaltung des Kodex der Weltgesundheitsorganisation, der eine länderübergreifende Vermittlung nur vorsieht, wenn im Ausgangsland kein Fachkräftemangel besteht. In einer Pressemitteilung vom 31.1. 2013 berichtete Varnhagen von einer Ausweitung der Zusammenarbeit mit den Goethe-Instituten verschiedener Länder.⁵² Entsprechende Vereinbarungen wurden von den beteiligten Verantwortlichen unterzeichnet. "Wir konzentrieren uns in der Zusammenarbeit mit den Goethe-Instituten im Augenblick auf die Länder Spanien, Portugal, Italien und Griechenland. Kursteilnehmer aus Berufen mit hoher Nachfrage in Deutschland wird die ZAV gezielt deutschen Unternehmen vorschlagen". betonte Monika Varnhagen.⁵³ Der Wunsch nach einer beruflichen Tätigkeit in Deutschland ist laut Varnhagen die Hauptmotivation der Kursteilnehmer in Sprache und Kultur in den Goethe-Instituten. Der Arbeitgeberverband Pflege startete mit Genehmigung der ZAV und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Modellprojekt. Es werden 150 Chinesinnen für ihren Einsatz in Pflegeeinrichtungen in Hessen, Baden Württemberg und Hamburg im Jahre 2014 vorbereitet.⁵³ Eine weitere Offensive durch das Bundesinstitut für Berufsbildung ist das Portal www.anererkennung-in-deutschland.de. Hier können sich Interessierte über die Anerkennungsverfahren gezielt erkundigen und werden direkt an die zuständige Stelle verwiesen. Hier wird ebenso direkt Pflegepersonal angesprochen und über die Rahmenbedingungen informiert. Die Website wurde zur Erleichterung der Antragstellung für die Anerkennungsverfahren erstellt, da die Rahmenbedingungen auf den ersten Blick für den Bewerber recht undurchsichtig erscheinen.

3.5.2. Bisherige Erfolge und Entwicklung der Initiativen

In den Monaten Januar bis März hat die ZAV insgesamt 82 Pflegekräfte in deutsche Pflegeeinrichtungen und Kliniken vermittelt. Die meisten kamen aus Kroatien, Spanien und Serbien. Im Jahre 2012 waren es insgesamt nur 56. Die Bemühungen seitens der ZAV machen sich also bemerkbar.⁵⁴ Der Erfolg der Website www.anererkennung-in-deutschland.de lässt sich

⁵² Bundesagentur für Arbeit/ZAV, 2013

⁵³ Bundesagentur für Arbeit/ZAV, 2013

⁵⁴ Eubel, 2013

schwerer evaluieren. Es wird von einem großen Interesse berichtet, jedoch liegen statistische Daten über die Anzahl der Antragstellungen von Pflegekräften an die jeweiligen Stellen erst im Oktober 2013 vor. Die Initiatoren der Offensive veröffentlichten bereits einen Überblick zu den Anträgen bis zum 28.2.2013. Hier zeigt sich eine große Bewerberzahl von Ärzten, die eine Gleichwertigkeitsprüfung beantragt haben. Die Anzahl der Anträge von Pflegekräften ist verhältnismäßig gering (Abb.10). Von den 828 bereits versendeten Bescheiden wurden 48 (5,8%) abgelehnt, 128 (15,5%) als gleichwertig anerkannt, 648 (78,6%) als teilweise gleichwertig mit Auflagen anerkannt.⁵⁵ Der Berufszugang wird in diesem Fall erst nach einer erfolgreich absolvierten Ausgleichsmaßnahme bewilligt.⁵⁵ Diese sogenannten Anpassungsmaßnahmen (siehe Kapitel 5.2) lassen das Anerkennungsverfahren bei einem Teil der Bewerber scheitern, da es an finanziellen Mitteln für die Kurse fehlt. Ob die Antragsteller direkt aus der Vermittlung der Website kamen, kann eher schwer festgestellt werden. Vom 1.8.2012 bis zum 31.12.2012 wurden 150 Pflegekräfte von Mitarbeitern des Portals beraten.⁵⁶ Die Initiatoren der beiden Portale sprechen von einem großen Erfolg, jedoch ist der Nutzen insbesondere für die Pflegebranche bisher eher als gering einzuschätzen, da die Voraussetzungen für Bewerber, die nicht von der ZAV vermittelt wurden schwierig zu erfüllen und die Kosten hoch sind. Beide Portale bieten Informationen lediglich in deutscher und englischer Sprache. Es bleibt also auch unter diesem Aspekt fraglich, ob eine ausgebildete Krankenschwester Zugang zu den Informationen findet, wenn sie aus Südostasien oder Südamerika stammt und beide Sprachen bisher nicht erlernt hat

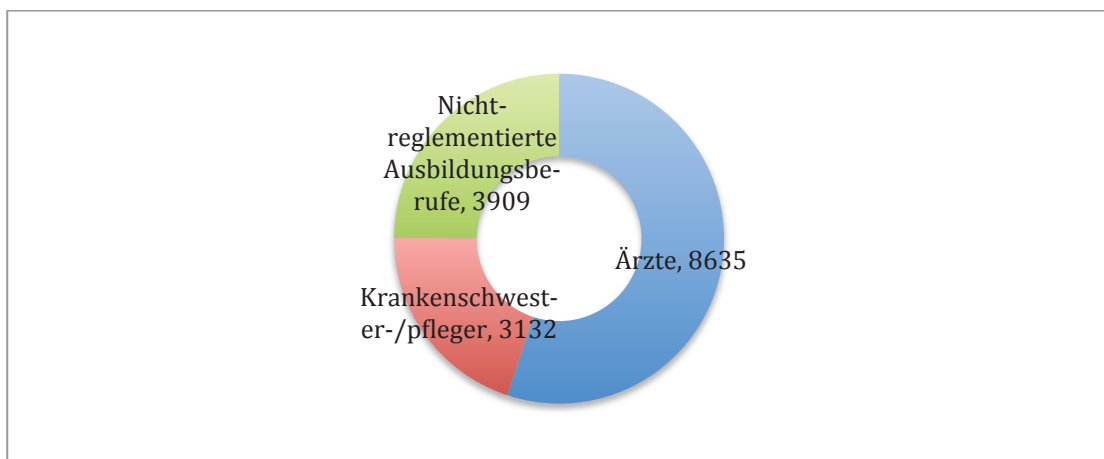


Abb.10: **Anzahl der zwischen 01.04.2012 und 28.02.2013 gestellten Anträge nach Beruf** (Quelle: , Meldungen der Kammern und Abfrage bei den Gesundheitsbehörden der Länder)

Zunehmend wenden sich immer mehr Arbeitgeber an die BA für die Vermittlung von Arbeitskräften aus dem Nicht-EU-Ausland, da die migrationsbereiten Kräfte aus Mittel- und Osteuropa bereits in Skandinavien, Großbritannien oder Luxemburg tätig sind und sich auch in

⁵⁵ Braun, 2012 S.8

⁵⁶ Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013

den Heimatländern die Arbeitsbedingungen verbessern. Aus diesem Grund wird das Fachkräftepotenzial im EU- Ausland eher als gering eingeschätzt.⁵⁷ Deutschland scheint für Pflegekräfte aus dem europäischen Ausland aufgrund der Arbeitsbedingungen und der niedrigen Bezahlung und der hohen Lebenshaltungskosten nicht besonders attraktiv zu sein. Ein Grund könnte sein, dass die Krankenpflegeausbildung in den meisten europäischen Ländern an Hochschulen mit entsprechendem Abschluss durchgeführt wird. In Deutschland, Luxemburg und Österreich wird keine Studierbefähigung vorausgesetzt.⁵⁸ Viele der vakanten Stellen auf dem deutschen Arbeitsmarkt befinden sich jedoch in Bereichen, die einer hochqualifizierten Pflegekraft nicht besonders interessant erscheinen und meist auch nicht der Ausbildung entsprechend vergütet werden. Es müssten entsprechende Veränderungen vorgenommen und Anreizsysteme geschaffen werden, um Pflegepersonal auch dauerhaft zu binden. Es dürfte nicht im Interesse der Beteiligten liegen, gut qualifizierte Pflegekräfte nach aufwendiger Einarbeitung und Integration nur kurzfristig zubinden. Hier sind die Migrationsmotive zu berücksichtigen, auf die in Kapitel 4.4. näher eingegangen wird.

3.6. Ethische Aspekte und Probleme bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften

Bereits in den 60er Jahren, bei der Vermittlung koreanischer Krankenschwestern, kam es zu unvorhersehbaren Unregelmäßigkeiten. Es wurden Profitjäger mobilisiert, die aus der Not einen wirtschaftlichen Nutzen ziehen wollten.⁵⁹ Es entstand Korruption bei den Vermittlungsaktivitäten mit den Krankenschwestern. Schon damals ist der Pflege-Handel auf Proteste vor allem in der Bevölkerung der Herkunftsländer Korea und Philippinen gestoßen.⁵⁹ In der Korea-Times schrieb der amerikanische Gastprofessor Johnson von der Yonsei Universität: „Die ausgeliehenen Kräfte brächten Korea einen jährlichen Netto-Nutzen von 100 Dollar. Ihre Abwesenheit verursache jedoch den Tod von etwa 10 Koreanern.“ Laut Dr. Scheel, Leiter des deutschen Instituts für ärztliche Mission in Tübingen waren damals 80% der Stellen auf dem Land und 26% der Stellen in der Stadt vakant.⁵⁹ Auch wenn die Zahlen von den Vermittlern bestritten wurden, räumte die Deutsche Botschaft in Seoul „strukturelle Schwächen“ in der Gesundheitsversorgung ein.⁵⁹ Es wird in den Berichten deutlich, dass die Frauen kurzfristig für reinen Nutzen zur Behebung des Engpasses in der pflegerischen Versorgung nach Deutschland geholt wurden, nicht aber eine langfristige sozial- und familienverträgliche Integration für eine sichere Zukunft berücksichtigt wurde. Im Jahre 2007 wurde die Health Worker Migration Policy Initiative (HWMPI) gegründet. Die auf zwei Ebenen angesiedelte Organisation (technische Arbeitsgruppe und Grundsatz- und Beratung) überwacht Migrationsströme von

⁵⁷ Der Paritätische Gesamtverband, 2011

⁵⁸ Landenberger, Stöcker, Filkins, de Jong, & Them, 2005 S.22

⁵⁹ Die Zeit, 1973

Gesundheitsfachkräften und hat Empfehlungen für die Ausarbeitung des Verhaltenskodexes erarbeitet.⁶⁰ Nach mehrjähriger Bearbeitung wurde während der Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2010 der Globale Verhaltenskodex zur Rekrutierung von Gesundheitspersonal von 193 Staaten unterzeichnet.⁶¹ Der Kodex beinhaltet Grundsätze und Leitlinien für die Förderung einer grenzüberschreitenden Anwerbung von Gesundheitsfachkräften nach ethischen Gesichtspunkten.⁶¹ Ziel ist der Schutz der einzelnen Arbeitnehmer vor skrupellosen Anwerbern und Arbeitgebern und die Vermeidung von negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern. Der Verhaltenskodex empfiehlt die aktive Anwerbung von Gesundheitsfachkräften in Entwicklungsländern mit Pflegenotstand zu unterbinden.⁶¹ Außerdem sollen Zugewanderte zu den gleichen Arbeitsbedingungen arbeiten, wie Angestellte aus dem eigenen Land. Die Länder sind aufgefordert die nationalen Potenziale auszubauen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern, um weniger zugewandertes Personal anstellen zu müssen.⁶¹ Aus Arbeitsmigration soll ein gegenseitiger, ausgeglichener Nutzen sowohl wirtschaftlich als auch fachlich und kulturell gezogen werden und mit Abkommen und Vereinbarungen festgelegt werden. Dies hat immer unter Berücksichtigung der ethischen Grundsätze zu erfolgen.⁶² Der Kodex richtet sich an alle Mitgliedsstaaten und andere Interessengruppen und ruft ausdrücklich dazu auf die Richtlinien zu befolgen. Die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften soll transparent und gerecht, mit Berücksichtigung der Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern, erfolgen. Der Gesamtverband der Paritätischen fordert ergänzend in seinem Positionspapier die Einhaltung bestimmter Bedingungen, die sozialer und familiärer Unterstützung dienen soll u.a. die Übernahme der Kosten für Sprachkurse, ggf. Pflegeausbildung und Einreise nach Deutschland. Außerdem sollte ein Daueraufenthaltsrecht mit Familienzusammenführung eingeräumt werden und ein Zugang zu allen Integrationsangeboten ermöglicht werden.⁶³

4. Auswirkungen von Arbeitsmigration von Gesundheits- und Pflegefachkräften

Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften kann verschiedene Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer haben. Die EU- hat bereits Besorgnis über den Verlust von Fachkräften in Entwicklungsländern zum Ausdruck gebracht.⁶⁴ Das Thema rückt immer näher in den Fokus, als eine globale Herausforderung die Wechselwirkungen von internationaler Mobilität, Migration und Anwerbung zu steuern um negative Auswirkungen auf

60 WHO , 2008

61 WHO-Verhaltenskodex, 2010

62 WHO-Verhaltenskodex, 2010

63 Der Paritätische Gesamtverband , 2011

64 Buchan, 2008 S. 4

die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer zu verhindern und trotzdem das Menschenrecht der Migrationsfreiheit zu fördern und zu bewahren.

4.1. Herkunftsländer

Für die Herkunftsländer kann die Abwanderung negative und positive Auswirkungen haben. Hier sollte die kurzfristige und langfristige Situation des Angebots von Fachkräften und der nachhaltigen Sicherung des Bedarfs betrachtet werden. Bei der Migration einer tendenziell jüngeren Bevölkerungsgruppe wird oft der “brain-drain” beschrieben, wenn Länder in Ausbildung investieren, ihnen das Potenzial der Arbeitskräfte dann aber verlorenght.⁶⁵ So hat der Bologna-Prozess mit der Schaffung eines gemeinsamen europäischen Hochschulraums ebenso Auswirkungen auf die Mobilität von qualifizierten Gesundheitsfachkräften. Die Herkunftsländer sollten sich Erkenntnisgrundlagen schaffen welche Arbeitskräfte abwandern und in welchen Umfang das Land eine Abwanderung verkraftet. Das Herkunftsland sollte sich ebenso die Frage stellen warum Gesundheitspersonal abwandert und ob die Ursachen z.B. im eigenem System zu finden sind. Bleiben die qualifizierten Fachkräfte dauerhaft fern, hinterlassen sie oft ältere Familienangehörige, die selbst gepflegt werden müssten oder sogar Kinder, die teilweise von den Großeltern versorgt werden. Häufig müssen auch andere Betreuungsstrukturen bezahlt werden. Arbeitsmigration bedeutet in vielen Ländern also auch eine Veränderung der sozialen und gesellschaftlichen Situation. Kehren die Gesundheitsfachkräfte zurück, bringen sie Fachwissen und soziales- und kulturelles Kapital in das Herkunftsland ein. Das finanzielle Kapital, das häufig zu den Familien im Herkunftsland fließt, spielt ebenso eine große Rolle und wird häufig als eine Art „Entwicklungshilfe“ gesehen. Entwicklungshilfe findet aber auch mit dem Ausbau von Gesundheitsversorgungsstrukturen statt. So unterstützt die Caritas seit Jahren den Ausbau von ambulanten Altenpflegeeinrichtungen mit einem erheblichen finanziellen Aufwand in 14 Länder in Osteuropa, und beklagt zunehmend die Abwanderung von qualifizierten Pflegekräften und warnt vor einer Unterversorgung der Bevölkerung im Herkunftsland.⁶⁶ Die Abwanderung von Pflegekräften sollte aus diesem Grund durch die Herkunftsländer überwacht werden.⁶⁷ Leider fehlt es in vielen Herkunftsländern an Daten zur internationalen Migration. In Kroatien, Tschechien, Rumänien und Serbien sind Zahlen zur Abwanderung von Gesundheitspersonal nicht oder unvollständig verfügbar.⁶⁶ Die Herkunftsländer müssen Kosten und Nutzen von Maßnahmen einschätzen (Tab.9), die Negativfaktoren wie niedrigem Gehalt, schlechte Aufstiegschancen, ungünstigen Arbeitsbedingungen und hoher Arbeitsbelastung entgegenwirken.

⁶⁵ Hitzemann, Schirilla, & Waldhausen, 2012 S.21 ff

⁶⁶ Hitzemann, Schirilla, & Waldhausen, 2012 S.23 ff

⁶⁷ Buchan, 2008 S.3 ff, S.11

Die Kosten für den Verlust von qualifizierten Pflegekräften müssen bei dieser Betrachtung berücksichtigt werden.⁶⁵ Im Falle eines Überangebots auf dem Arbeitsmarkt kann sich Arbeitsmigration auch positiv auswirken. In Form von einem von bilateralen Abkommen zwischen Spanien und dem Vereinigten Königreich wurde für eine festgelegte Dauer die Tätigkeit spanischer Pflegekräfte im Vereinigten Königreich ermöglicht um auf beiden Seiten die Situation auf dem Arbeitsmarkt von Angebot und Nachfrage auszugleichen.⁶⁶

4.2. Zielland: Deutschland

In Deutschland erfasst die Bundesagentur für Arbeit in ihrer Statistik den Ausländeranteil im Sozial- und Gesundheitswesen ohne Differenzierung nach Herkunftsländern und Beruf. Die Anzahl der ausländischen Pflegekräfte kann entsprechend schwer ermittelt werden. Die OECD schätzt den Anteil der im Ausland geborenen Pflegekräfte im Jahre 2000 bei 10,4% ein.⁶⁸ Der Anteil von legal aus dem Ausland angeworbenen Arbeitskräften ist in der Pflegebranche gering: Einen Grund hierfür sehen viele in der Branche tätigen die schwierigen Hürden, die hohen sprachlichen Voraussetzungen und die lange Bearbeitungszeit der Anträge. Im Jahr 2010 wurden lediglich 116 Arbeitsgenehmigungen für Pflegekräfte aus Nicht-EU-Staaten erteilt.⁶⁹ Auch aus den neuen EU-Staaten kam es nicht zu der erwarteten Zuwanderung aus den neuen Beitrittsstaaten: 2010 wurden nur 2357 Arbeitsgenehmigungen für ungelernete und einschlägig ausgebildete Arbeitskräfte aus den neuen EU-Staaten erteilt.⁶⁸ Insgesamt sind von den 129.000 seit den Beitritten zugewanderten Staatsangehörigen dieser Staaten 16.228 im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt.⁶⁸ Ein erheblicher Anteil allerdings nicht der Qualifikation entsprechend oft in Hilfsberufen. Die Abwanderung aus den 10 der 2004 der EU beigetretenen Staaten (siehe Anhang 2) hat nicht den Umfang erreicht, wie ursprünglich von der Politik erwartet. Es ist aber festzustellen, dass häufig legale Möglichkeiten der Beschäftigung in diesem Arbeitsfeld oft ungenutzt bleiben.⁶⁸ Die Versorgung von Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit, insbesondere in der 24 h Betreuung, wird überwiegend von Ausländern durchgeführt. Es wird geschätzt, dass ca. 150000 Pflegekräfte einer illegalen Beschäftigung nachgehen.⁶⁸ Die hohen Sozialabgaben bei verhältnismäßig geringen Löhnen und die Bindung an bestehender Gesetze lassen viele in die Schwarzarbeit abwandern. In vielen osteuropäischen Ländern wächst die Wirtschaft, sodass der Migrationswunsch geringer wird. Die Politik scheint sich langsam für den die Migration von Gesundheitspersonal aus Drittländern zu öffnen, jedoch ist für niedrig qualifizierte Pflegekräfte der Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt weiterhin sehr schwer. Arbeitsmigration kann negative Auswirkungen auf die Löhne haben, da Ausländer häufig bereit sind deutlich unter dem Durchschnitt Dienstleistungen zu erbringen und häufig als Hilfskräfte

⁶⁸ Buchan, 2008 S.11

⁶⁹ Hitzemann, Schirilla, & Waldhausen, 2012 S.103

eingruppiert werde bzw. die Anerkennung des Berufsabschlusses nur teilweise erfolgt ist. Der gesetzliche Mindestlohn von 7,50 € (Ost) und 8,50 € (West) für Pflegekräfte sollte Lohndumping entgegenwirken, jedoch mit fraglichem Erfolg, da die Löhne bereits in einigen Orten höher waren und der Mindestlohn als „Richtwert“ verstanden werden kann.⁶⁸ Die Einführung wurde von vielen Einrichtungen und Verbänden stark kritisiert.⁶⁸ Die folgende Tabelle 9 zeigt eine Gegenüberstellung der Kosten und Nutzen von Arbeitsmigration im Herkunfts- und im Zielland. Hier werden nur einzelne Faktoren aufgezeigt, wie sich Kosten und Nutzen für die jeweiligen Länder verhalten. Auf den ersten Blick überwiegt der Nutzen auf der Seite der Zielländer, jedoch ist er auf dieser Seite eher als langfristiger einzuschätzen. Ein hoher Anteil ausländischer Mitarbeiter, die eine intensive Einarbeitung benötigen, können bei den einheimischen Pflegekräften zu einer höheren Belastung und zur Arbeitsunzufriedenheit führen. In der Pflege macht die Kommunikation einen sehr wichtigen Teil in der professionellen Ausführung der Tätigkeiten aus. Die Probleme entstehen also insbesondere durch sprachliche Schwierigkeiten zwischen der ausländischen Pflegekraft, den Kollegen und den zu Pflegenden.

Tabelle 9: **Kosten und Nutzen Herkunfts- und Zielländer** (Quelle: eigene Darstellung nach Stewart, Clark & Clark, 2007, S.)

	Herkunftsländer	Zielländer
Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Abnehmende Krankenpflegekapazitäten vor Ort • Verlust von Investitionen in die Ausbildung von Fachkräften • Verluste bei Konsum und Steuereinnahmen • Schlechtere Arbeitseinstellung und Leistungsbereitschaft sowie Überforderung beim im Land gebliebenen Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Anwerbekosten • Eingliederungskosten • Schlechtere Entlohnung und Arbeitsbedingungen für einheimische Arbeitskräfte • Schlechtere Arbeitseinstellung und Leistungsbereitschaft bei einheimischen Arbeitskräften • Weniger Steuereinnahmen von einheimischen Arbeitskräften
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> • Geldsendungen aus dem Ausland • Erweiterte Qualifikationen bei Rückkehrern 	<ul style="list-style-type: none"> • Behebung von Angebotsmängeln • Verbesserte Krankenversorgung • Steuereinnahmen von ausländischen Arbeitskräften • Verbesserte Wettbewerbsfähigkeit von Kommunen

4.3. Motive für Migrationsbewegungen von Gesundheitsfachkräften

Die Treibkräfte für die Migration von Gesundheitspersonal werden häufig als Push- und Pull-Faktoren bezeichnet. Diese Faktoren beziehen sich auf die relative Vergütung, die Aufstiegschancen, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld. Ist der objektive und/oder subjektive Unterschied groß, wird sich eine Sogwirkung im Zielland bemerkbar machen.⁷⁰ Die Push-Faktoren sind Probleme und Bedingungen, die im Herkunftsland zur Abwanderung bewegen. Die Pull-Faktoren sind entsprechend die Arbeit- und Lebensbedingungen, die Gesundheitspersonal zur Zuwanderung bewegen.⁷¹ Zu den wichtigsten Pull-Faktoren gehören die niedrige Vergütung, begrenzte Aufstiegschancen, schlechte Arbeitsbedingungen, sowie politische Instabilität. In manchen Ländern können auch andere Faktoren wie die persönliche Sicherheit z.B. in Krisengebieten eine Rolle spielen oder die Möglichkeit der Reisefreiheit. In einigen Ländern spielen auch postkoloniale Verbindungen eine Rolle, da diese häufig noch über ein ähnliches Bildungcurriculum verfügen und die gegenseitige Anerkennung der Qualifikationen keine Schwierigkeit darstellt.⁷⁰ Wichtige Gründe sind auch die Ausbildungsmöglichkeiten der Kinder, die eigenen Aufstiegschancen und auch Eheschließungen.⁷² „Untersuchungen zum Gehaltsgefälle zwischen Gesundheitspersonal in Industrie- und Entwicklungsländern offenbaren in der Tat große Unterschiede, die nicht leicht zu überbrücken sind.“⁷¹ Eine Möglichkeit der Arbeitsmigration ist auch die regelmäßige Überschreitung der jeweiligen Landesgrenzen um einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Diese Möglichkeit ist insbesondere für EU-Staatsangehörige interessant und wird offensichtlich auch aus wirtschaftlichen Gründen in manchen Regionen praktiziert.⁷¹ Insgesamt ist die Mobilität der Pflegekräfte, insbesondere in Kroatien, Rumänien, Serbien und der Tschechischen Republik anders als ursprünglich erwartet eher niedrig. Eine andere Mobilität gibt es bei der Ärzten. In Kroatien erwägen 76% der Medizinstudenten, laut einer Erhebung im Jahre 2007 eine Auswanderung bevorzugt in EU-Staaten.⁷¹

70 Buchan, 2008 S.13 ff

71 Stewart, Clark, & Clark, 2007

72 Buchan, 2008 S.14 f

5. Rechtliche Rahmenbedingungen für die Anerkennung von Qualifikationen im Gesundheitswesen

Als Gesetzesgrundlage für die Anerkennung unter anderem von Pflegeausbildungen gilt das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG) „Dieses Gesetz dient der besseren Nutzung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen für den deutschen Arbeitsmarkt, um eine qualifikationsnahe Beschäftigung zu ermöglichen.⁷³ Bisher hatten Bürger aus außer-europäischen Ländern keinen Anspruch auf eine Gleichwertigkeitsprüfung und somit auf die Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation, eines von in Deutschland reglementierten Berufs. Das neue Anerkennungsgesetz hat das Ziel beruflich Qualifizierte den Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland zu gleichen Bedingungen zu ermöglichen. Für Bürger aus Drittstaaten, also außerhalb der EU und des EWR galt bisher nur der Anspruch, wenn es sich um Spätaussiedler nach dem Bundesvertriebenengesetz handelte.⁷² Ebenso möchte man die Potenziale der Menschen, die bereits in Deutschland leben und eine im Ausland erworbene berufliche Qualifikation besitzen zukünftig mehr nutzen, um sie dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen.

5.1. Staatsangehörige der EU, des EWR und der Schweiz

Grundsätzlich gelten für alle Bürger und die dazugehörigen Ehepartner und Kinder der EU, des EWR und der Schweiz Freizügigkeit auf dem Arbeitsmarkt und die Einreise nach Deutschland mit einem Aufenthaltsrecht.⁷⁴ Das Freizügigkeitsgesetz gilt seit dem 1.5.2011 für 25 der 27 EU-Mitgliedsstaaten. Für Bulgarien und Rumänien gelten bis Ende 2013 noch Übergangsregelungen, die für diese Bürger noch mit Einschränkungen, insbesondere auf den Arbeitsmarkt verbunden sind.⁷⁴ Die Aufnahme einer Tätigkeit ist an eine Berufserlaubnis für den reglementierten Beruf gebunden. Die Bedingungen für die Anerkennung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ist in der EU in der Richtlinie 2005/36 EG des europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen geregelt. Diese Richtlinien traten am 7. September 2005 in Kraft und gelten für alle Staatsangehörige der 27 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, der 3 Staaten des EWR (siehe Anhang 2) und der Schweiz. Die Staaten einigten sich über einen Mindeststandard der Krankenpflegeausbildung, die zur automatischen Anerkennung, ohne Prüfung der jeweiligen Inhalte der Ausbildung, führt. Die Berufsausbildungen werden als gleichwertig anerkannt und der Zugewanderte darf die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger führen, wenn das Abschlusszeugnis nach

⁷³ Kultusministerkonferenz, 2013

⁷⁴ Herberg, Stücker, & Deisenroth, 2011

dem Beitritt in die EU ausgestellt wurde.⁷⁵ Wurde das Zeugnis vorher ausgestellt, kann sich der Bewerber die Gleichwertigkeit nach den 2005/36 EG Richtlinien vom zuständigen Amt im Herkunftsland bescheinigen lassen. Die Schweiz schloss mit Deutschland im Juni 2002 das „Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit“ und gewährleistet ebenfalls die automatische Anerkennung der beruflichen Qualifikation im Pflegeberuf.⁷⁶ Diese Anerkennungen gelten jeweils für die Grundausbildungen, jedoch nicht für die anerkannten Zusatzqualifikationen in der Pflege. Möchten Staatsbürger der EU, des EWR oder der Schweiz mit abgeschlossener beruflicher Ausbildung nur vorübergehend oder nur gelegentlich eine Tätigkeit in Deutschland aufnehmen, müssen sie dies lediglich nur dem zuständigen Landesministerium für Gesundheit und Soziales melden.⁷⁶

5.2. Staatsangehörige von Drittstaaten

Für Personen aus Drittstaaten gelten die Privilegien der Arbeitnehmerfreizügigkeit nicht. Staatsangehörige aus Japan, Kanada, Neuseeland, Korea, den USA und Australien benötigen kein Visum für die Einreise nach Deutschland bei einer Aufenthaltsdauer von 3 Monaten. Nach 3 Monaten müssen diese Personen bei der zuständigen Ausländerbehörde eine Aufenthaltserlaubnis zum Zwecke eine Erwerbstätigkeit beantragen. Staatsangehörige anderer Staaten müssen vor der Einreise ein Visum mit einem Aufenthaltstitel beantragen, das in der Regel für bestimmte Zwecke, wie z.B. Studium, Ausbildung, Erwerbstätigkeit gilt.⁷⁶ Für die Länder Bosnien- Herzegowina, Kroatien, Serbien und die Philippinen bestehen Abkommen zwischen der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit zur Vermittlung von Pflegefachkräften. Berufsabschlüsse dieser Staaten wurden bereits im Vorfeld auf Gleichwertigkeit geprüft und werden in der Regel anerkannt.⁷⁷ Unabhängig von der Staatsangehörigkeit kann jeder die Gleichwertigkeitsprüfung beantragen, jedoch wird ein großer Teil Ausbildungen als nicht-gleichwertig eingestuft.⁷⁸ Häufig werden durch die zuständige Anerkennungsstelle keine Gleichwertigkeitsprüfungen im Sinne eines Vergleichs der Ausbildungsinhalte vorgenommen, da diese sehr zeitaufwendig sind. Die Bewerber werden häufig direkt zur Prüfung geschickt, die Ausbildung also als nicht-gleichwertig eingestuft. Sie können seit April 2012 zwischen dem Ablegen einer Kenntnisprüfung als Anpassungsmaßnahme, die als umfangreicher als die EU-Prüfung eingestuft wird oder einem höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang wählen.⁷⁸

⁷⁵ Europäische Union, 2005

⁷⁶ Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013

⁷⁷ Bundesagentur für Arbeit/ZAV, 2013

⁷⁸ Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013

Dieser Anpassungslehrgang wird durch staatlich anerkannte Gesundheitsfachschulen durchgeführt und ist mit erheblichen Kosten verbunden. Die Kursgebühren belaufen sich auf mehrere Tausend Euro und für die sogenannten Bildungsgutscheine besteht kein Rechtsanspruch. Laut dem Anerkennungsgesetz ist die Berufserfahrung der jeweiligen Bewerber zu berücksichtigen.⁷⁸ Für Personen mit abgeschlossener Altenpflegeausbildung wählt die zuständige Behörde das Verfahren der Anerkennung aus.⁷⁸

5.3. Administrative Rahmenbedingungen der Anerkennungsverfahren

Die Hürden für Staatsangehörige von Drittstaaten und der Ermessenspielraum der zuständigen Behörden sind hoch. Die Anforderungen für die sprachlichen Kenntnisse und die Inhalte der Ausbildung sind bundesweit nicht einheitlich geregelt. Die Arbeitgeber beschwerten sich öffentlich über zu viel Bürokratie und langer Bearbeitungszeit der Anträge im Anerkennungsverfahren. Für die Antragstellung (Beispiel Antrag Mecklenburg Vorpommern siehe Anlage 7) benötigen alle Bewerber einen tabellarischen Lebenslauf, ein Ausbildungsnachweis sowie ggf. weitere Befähigungsnachweise, Bescheinigungen Ihrer einschlägigen Berufserfahrung, eine Ärztliche Bescheinigung der gesundheitlichen Eignung und eine Erklärung, ob ein gerichtliches Strafverfahren anhängig ist.⁷⁸ Sind die Dokumente nicht in deutscher Sprache verfasst, müssen diese in beglaubigter Übersetzung vorgelegt werden. Die zuständige Anerkennungsstelle ist laut dem neuen Anerkennungsgesetz Kapitel 2 reglementierte Berufe §13 (Verfahren) Absatz 3 verpflichtet innerhalb von 3 Monaten eine Gleichwertigkeitsprüfung vorzunehmen.⁷⁸ Diese Maßnahme soll die Verfahrensdauer deutlich verkürzen.⁷⁹ Der Bescheid dokumentiert dann die vorhandenen Qualifikationen und soll ggf. Unterschiede der ausländischen Ausbildung im Vergleich zum deutschen Abschluss aufzeigen. Der Antrag auf Anerkennung wird bewilligt wenn zwischen den nachgewiesenen Berufsqualifikationen und der entsprechenden inländischen Berufsbildung keine wesentlichen Unterschiede bestehen.⁷⁹ Die folgende Tabelle 10 fasst zusammen, welche wesentlichen Veränderungen für die Anerkennung beruflicher Abschlüsse vorgenommen wurden, sowie die noch ausstehenden bzw. noch nicht geregelten oder in Kritik stehenden Punkte zusammen. Die Auswahl in der Tabelle 10 beschränkt sich auf die Veränderungen, die reglementierte Berufe wie die Gesundheits- und Krankenpflege oder die Altenpflege betreffen. Die Kritik an einzelnen Veränderungen zeigt, dass die Verfahrensweisen insbesondere bei Sonderfällen wie Zeugnisverlust etc. noch festgelegt werden müssen. Des Weiteren gibt bisher keinen Rechtsanspruch auf eine Beratung, der allerdings sehr wünschenswert wäre.

⁷⁹ Braun, 2012

Tabelle 10: Quelle: Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Forschung, 2012

Verbesserungen durch BQFG	Kritik	Erläuterung
erstmalig gesetzliche Grundlage		
Allgemeiner Rechtsanspruch auf Anerkennungsverfahren		
3 Monate Frist für Anerkennungsentscheidung	Kann in Ausnahmefällen ausgesetzt werden	
Einheitliche Verfahrensweise bei Anerkennungsverfahren	Durch die Umsetzung von Bundesgesetz auf Landesebene Risiko, dass uneinheitliche Praxis entsteht	
Zugang zu Anerkennungsverfahren auch bei fehlenden Zertifikaten	Es gibt noch keine Verfahrensweise zur Kompetenzüberprüfung in diesem Fall	
Anrechnung von Berufserfahrungen	Es gibt noch keine Verfahrensweise zur Kompetenzüberprüfung in diesem Fall	
Gesetz gilt unabhängig vom Aufenthaltsstatus		Gut für Personen mit unsicherem bzw. keinem Aufenthaltsstatus
	Kein Rechtsanspruch auf Beratung	Telefonhotline und 2 Internetportale
	Anpassungsmaßnahme: kein Rechtsanspruch und ungenügendes Angebot	Verfahren kann daran scheitern, dass keine passende Maßnahme angeboten wird
Datenstatistik zur Qualitätsüberprüfung		Schafft Transparenz
	Keine Finanzierung der z.T. sehr teuren Verfahren	Verfahren kann daran scheitern

6. Staatliche Interventionen zur Arbeitsmigration und Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen

Für Länder und Regionen, die mit Abwanderung oder Zuwanderung von Gesundheitspersonal konfrontiert sind, gibt es 2 grundsatzpolitische Optionen. Entweder man überlässt die Dynamik, die Ausrichtung und den Umfang der Arbeitsmigration dem Markt, oder man unterstützt die Steuerung der Migrationsprozesse. Mit einer gezielten Steuerung können Negativauswirkungen verringert oder vermieden werden, um beiden Seiten einen Nutzen bringende Situation zu ermöglichen.⁸⁰ Für die Steuerung sind jedoch Informationen erforderlich, die vollständig sind und vergleichbare Daten zum Gesundheitspersonal liefern.

⁸⁰ Buchan, 2008 S.9,19,24

6.1. Überwachung von grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen

Genauere Statistiken über die Ab- und Zuwanderung von Gesundheitspersonal existieren in vielen Ländern nicht.⁸¹ In allen Ländern sind die Daten zur Situation der Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal unvollständig und von Land zu Land nicht kompatibel. Die EU hat in einem begrenzten Umfang Daten zur Migration von Pflegekräften und Ärzten zusammengestellt. Zu den wichtigsten Datenquellen gehören Volkszählungen, Arbeitskräfteerhebungen, berufsbezogene Registrierungs-, Bescheinigungs- sowie Verifizierungsprozesse. Die Daten zur Ab- und Zuwanderung von Gesundheitspersonal ist für die Einschätzung der Abhängigkeit von Arbeitsmigration für die Länder von großer Bedeutung.⁸¹ Für die Überwachung auf Landesebene wird ein integriertes System mit den Mindestdaten der Ab- und Zuwanderung empfohlen. Die Datenreihe beinhaltet die Anzahl der Abwanderungen pro Beruf und nach Zielland, die Zuwanderung in Zahlen und pro Beruf nach Herkunftsland, sowie nach Geschlecht und nach Altersprofil.⁸¹ Empfohlen wird auch die Erfassung zusätzlicher Daten wie die Qualifikation und die regionale Herkunft.⁸¹ Für den Vergleich und zur Feststellung der Rückwanderungen ins Herkunftsland ist die Erfassung der Gesamtzahl der Beschäftigten im Beruf notwendig, die Anzahl, der pro Beruf im Sektor tätigen, die Aufenthaltsdauer und das Geschlecht. Außerdem wird eine Erfassung der regionalen Verteilung und die genaue Qualifikation empfohlen.⁸¹ Es lassen sich bei der Überwachung Trends feststellen, z.B. welche Länder sind als Zielländer besonders attraktiv und für welche Personen.⁸¹

6.2. Grundsatzpolitische Interventionen

Es sollte nicht grundsätzlich versucht werden Arbeitsmigration zu unterbinden. Dies läuft zuwider mit den Vorstellungen individueller Rechte und Freiheiten. Es sollte vielmehr das Ziel sein, die tiefgreifenden Probleme und Ursachen von ggf. Massenabwanderungen zu erkennen und zu beheben.⁸¹ James Buchan vom WHO- Regionalbüro in Kopenhagen gibt einen Überblick über potenzielle Interventionen, zur besseren Steuerung der Migrationsbewegungen (Tabelle 11). Selbst wenn einige der vorgeschlagenen Strategien wie z.B. die Ausbildung von Pflegepersonal für den „Export“ nicht sehr ethisch vertretbar klingt, würde auch diese Intervention für beide Seiten ein Gewinn darstellen. Jedoch nur, wenn das Personal zusätzlich zum Eigenbedarf im Herkunftsland ausgebildet wird. Im Artikel 5 Absatz 5 des Verhaltenskodexes der WHO wird zum Thema Ausbildung folgendes empfohlen: „Die Mitgliedstaaten sollten einen Ausbau der Ausbildungseinrichtungen in Erwägung ziehen, um die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften aufzuwerten und innovative Lehrpläne für den

⁸¹ Buchan, 2008 S.23

Umgang mit aktuellen Gesundheitsbedürfnissen auszuarbeiten. Die Mitgliedstaaten sollten Schritte unternehmen, um zu gewährleisten, dass eine geeignete Ausbildung sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor erfolgt.⁸² Die jeweiligen auf nationaler Ebene erfolgt mit dem Ziel einen positiven Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitssystems zu leisten und eine Chancengleichheit und Gleichbehandlung ausländischer Pflegekräfte zu sichern. Zu den wichtigsten nationalen Maßnahmen zählen die beschleunigte Bearbeitung der Anträge auf die Erteilung einer Berufserlaubnis und die koordinierte Vermittlung von Gesundheitsfachkräften im Agenturverbund.⁸³ In Deutschland wird die Vermittlung durch die ZAV durchgeführt, somit ist gewährleistet, dass die Anwerbung koordiniert und kontrolliert stattfindet. Der ZDF Weltspiegel berichtete über das Pilotprojekt der ZAV und dem Arbeitnehmerverband Pflege, das zurzeit 150 Krankenschwestern für den Einsatz in Deutschland vorbereitet. Der Eindruck, der im Bericht vermittelt wurde ist durchaus vielversprechend, jedoch wurde laut Bericht für die Teilnehmer eine Kursgebühr von 1000€ erhoben und die Vertragslaufzeit noch nicht festgelegt.⁸³ Für die Zukunftssicherheit wäre es jedoch wünschenswert eine Mindestvertragslaufzeit festzulegen nicht zuletzt um den Aufenthaltsstatus in Deutschland für einen bestimmten Zeitraum zu garantieren. Eine wichtige Strategie für Länder, die große regionale Unterschiede beim Angebot von Pflegekräften aufweisen, was in Deutschland der Fall ist, ist der Versuch angeworbene Pflegekräfte in Regionen zu lenken, wo sie am meisten benötigt werden. Dafür müssen allerdings die entsprechenden Anreizsysteme wie z.B. regionale Gleichstellung der Gehälter oder angemessene Wohnbedingungen geschaffen werden.

Tabelle 11: **Beispiele für Interventionen zur Steuerung der Migration von Gesundheitspersonal**

(Quelle: Buchan, 2008 Seite 24 (eigene Darstellung))

Partnerschaften	Personalaustausch, Personalunterstützung, Ressourcenflüsse in das Herkunftsland
Ausbildungsunterstützung	Abstellung von Ausbildern, Überlassung von Ausbildungsressourcen oder Finanzierung für einen begrenzten Zeitraum zugunsten der Herkunftsländer
Bilaterale Abkommen	z.B. Übernahme der Ausbildungskosten im Herkunftsland für zusätzliches Personal durch das Zielland
Anwerbungskodex auf Landesebene	Einführung eines Kodex für Zielländer in Bezug auf Auswahl der Herkunftsländer, Art und Dauer der Anwerbung
Kompensation	Entschädigung des Herkunftslandes
Ausbildung von Migrantinnen	Explizite Entscheidung Gesundheitspersonal für den „Export“ auszubilden, um den Zufluss von Geld aus Überweisungen in das Herkunftsland herbeizuführen.

82 WHO-Verhaltenskodex, 2010

83 Adelhardt, 2013

7. Schlussfolgerungen und Blick in die Zukunft

Die deutsche Volkswirtschaft und ihre Leistungsfähigkeit sind abhängig von der Gesundheit ihrer Bevölkerung. Die langfristigen Folgen einer sich verschlechternden Gesundheitsversorgung sind Erwerbsunfähigkeiten und die damit verbundenen wirtschaftlichen Verluste.⁸⁴ Die deutsche Gesundheitspolitik muss sich mit Strategien der Zuwanderung auseinandersetzen und sich die Frage stellen, ob sie ein kostenwirksamer Weg zur Bekämpfung des Fachkräftemangels ist. Aber vor allem ob sie ausreichend für die Fachkräftesicherung ist. Die Pflege hat in der deutschen Gesellschaft ein negatives Image. Die schlechte Bezahlung und die schwierigen Arbeitsbedingungen machen den Beruf für viele junge Menschen unattraktiv. Leider sind die Kranken- und Altenpfleger/innen aktuell, als eine ehrenwerte Berufsgruppe hervorgehoben, in der Diskussion um die Altersarmut das Paradebeispiel in den Medien. In der Debatte um die zukünftigen Rentenzahlungen ist dies sicher angebracht, jedoch für das Image der Pflegeberufe nicht förderlich. In den letzten Jahren entwickelten sich neue, moderne Berufe, die der klassischen Krankenpflege Konkurrenz machen. Der Wettbewerb um motivierte und qualifizierte Bewerber hat bereits begonnen. Die Akademisierung der Pflege ist eine notwendige Entwicklung, die den Pflegeberuf attraktiver machen wird. Die Ausweitung und Förderung ambulanter Versorgungsstrukturen sind wichtige Maßnahmen in der Zukunft. Hier könnte der Stellenwert der Ehrenamtlichen z.B. in Form von Nachbarschaftshilfen oder Ähnliches wieder in den Fokus gerückt werden.

7.1. Braucht Deutschland Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften?

Die Arbeitsmigration wird in Deutschland an Bedeutung gewinnen. Die aktuellen Berichte in den Medien zeigen die sich ständig erweiternden Bemühungen der Bundesagentur für Arbeit gut qualifiziertes Pflegepersonal im Ausland anzuwerben. Betrachtet man den zukünftigen Personalbedarf in der Pflege, kann und darf die Arbeitsmigration nicht die einzige Lösung des Problems sein. Sie sollte vielmehr als ein wichtiges und unerlässliches Teilinstrument zur Fachkräftesicherung und nicht als „Notlösung“ betrachtet werden. Wenn man über Arbeitsmigration spricht, spricht man nicht nur über den Einsatz von Personen in einer Einrichtung, sondern über Individuen und Existenzen, für die der Staat im Sinne unserer demokratischen Gesellschaft gleichberechtigt zu sorgen hat. Im ZDF Weltspiegel- Bericht wird deutlich, dass die Krankenschwestern über eine gute Ausbildung insbesondere in der Behandlungspflege verfügen.⁸⁵ Die Durchführung der reinen Grundpflege wird für viele der Chinesinnen neu und ungewohnt sein. Es ist ihnen, angesichts der großen Investitionen

⁸⁴ Burkhart, Ostwald, & Ehrhard, 2012 S.18

⁸⁵ Adelhardt, 2013

persönlicher und finanzieller Art, zu wünschen, dass sie auf gute Arbeitsbedingungen und kollegiale Mitarbeiter treffen. Es sollte nicht Sinn und Zweck der Sache sein Arbeitsmigranten als bloße Lückenfüller auf Zeit zu betrachten und ausschließlich mit unbeliebten Tätigkeiten zu beauftragen. Sie sollen ihrer Qualifikation entsprechend mit angemessener und vor allem gleicher Vergütung, wie das einheimische Personal, beschäftigt werden. Integrationsmaßnahmen und staatliche Hilfen wie z.B. Bildungsgutscheine oder Finanzierungshilfen sollten gleichermaßen für ausländische Fachkräfte zur Verfügung stehen. Insgesamt ist Arbeitsmigration durchaus wünschenswert, jedoch sind die nationalen Ressourcen, auf die im nächsten Kapitel näher eingegangen wird, zu berücksichtigen und zu nutzen. Die Abbildung 11 zeigt den prozentualen Anteil von Ausländern an der Bevölkerung in den jeweiligen Bundesländern. In dieser Abbildung wird deutlich, dass die größten Migrationsbewegungen historisch und wirtschaftlich bedingt in den westlichen und südlichen Bundesländern stattgefunden haben. Tendenziell kann man davon ausgehen, dass sich Zuwanderer eher in Regionen mit höherem Ausländeranteil ansiedeln. Aus diesem Grund ist die gezielte Anwerbung für bestimmte Regionen auch unter individuellen Aspekten, wie z.B. Vorstellungen von Wohnort, Freizeit, Wohnortumgebung, notwendig. Viele Migranten, besonders die jüngeren zieht es in die Großstädte, jedoch könnten die ländlichen Regionen auch interessant für viele sein.

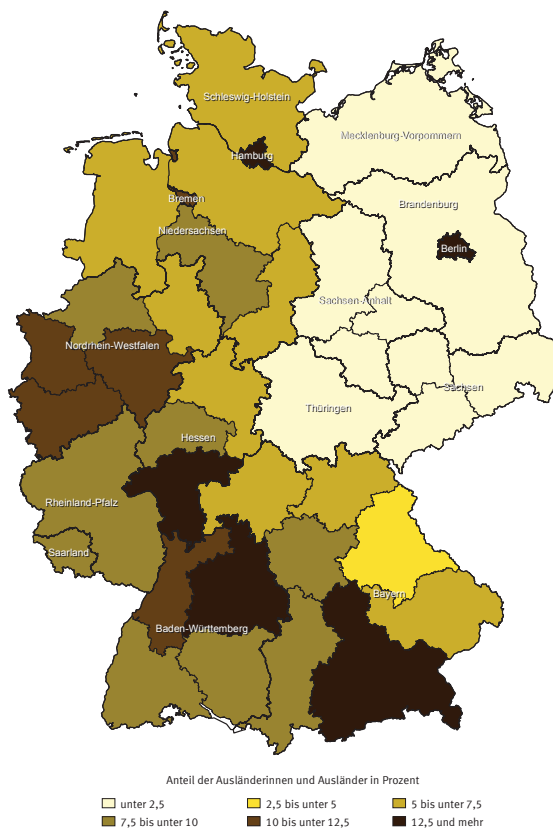


Abb.11: Ausländeranteil in den Bundesländern in % (Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Migrationsbericht 2011)

7.2. Nationale Ressourcen und Alternativen für die Fachkräftesicherung

In der Bevölkerung ist der Gedanke fest verankert, dass der Einsatz der „Gäste“ einer unfähigen deutschen Politik, die eigenen Ressourcen zu nutzen, geschuldet ist. Diese Reaktionen spiegeln sich in Gesprächen mit Beschäftigten im Gesundheitswesen und in Medienkommentaren wieder. In Anbetracht der offenen Stellen und ausbleibenden Bewerberzahlen kann man zurzeit kaum von schnell verfügbaren Ressourcen sprechen. Es ist vielmehr von Ausbildungsinitiativen für Pflegekräfte die Rede, die erst in der Zukunft dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Es fehlt in diesem Bereich jedoch an finanziellen Mitteln bzw. an der Bereitschaft mehr Mittel in die Ausbildung zu investieren. In den Jahren 1999 bis 2010 ist die Anzahl der Absolventen in Pflegefachberufen (siehe Anhang 6) um 10,9% gesunken⁸⁶. Die Anzahl der Altenpflegeabsolventen dagegen hat um 6,9% zugenommen. Einen enormen Anstieg von 265% gab es bei den Absolventen der Pflegehilfsberufen.⁸⁶ Die Entwicklung des rasant steigenden Bedarfs an Fachpersonal fordert auch eine Umstrukturierung der Ausbildungen bzw. eine staatliche Steuerung im Sinne einer Mindestanzahl von Auszubildenden und eine Finanzierungsunterstützung für die Pflegeausbildung. In Krankenhäusern wird die Ausbildung über die Fallpauschalen finanziert bzw. die Ausbildungskosten sind in den Leistungsvergütungen enthalten.⁸⁷ Es wird häufig in den wirtschaftlich orientierten Krankenhäusern ein „Sparpotenzial“ in der Ausbildung gesehen und nicht an langfristige Folgen gedacht. An dieser Stelle wäre es sinnvoll eine Mindestanzahl von Ausbildungsplätzen für Pflegepersonal festzulegen. Die Anzahl könnte an die Unternehmensgröße oder der Anzahl an Betreuungs- bzw. Bettenplätze festgelegt werden. Die Aufstockung des Personals in den Einrichtungen würde auch zu besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege führen. Diese Maßnahmen hätten die deutschen Gesundheitseinrichtungen überaus nötig, denn die Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte sind enorm angestiegen. Gründe für diese Entwicklung sind die Ökonomisierung und Privatisierung der Gesundheitseinrichtungen und die nicht vorhandenen Strukturen in der Pflege ihre Interessen wirkungsvoll in der Politik durchzusetzen.⁸⁷ Des Weiteren bleibt das große Kapitel der angemessenen Vergütung zu klären. Hier nährt man sich nur vorsichtig an und ist noch weit entfernt vom Durchschnitt anderer vergleichbarer europäischer Länder. Man muss sich in der Zukunft die Frage stellen wie viel man den Pflegekräften gleich welcher Herkunft zumuten darf, um den „Pflegekollaps“ zu verhindern. In Deutschland gibt es durchaus Ressourcen z.B. die Förderung der Frauenerwerbsquote durch flexible Arbeitszeitmodelle oder die gezielte Umschulung für den Beruf geeigneter Erwerbsloser. Eine bisher nicht angesprochene Möglichkeit zur Fachkräftesicherung ist das große Potenzial weiblicher Migrantinnen, die bisher aus verschiedenen Gründen, wie z.B. keinen ausreichenden

⁸⁶ Simon, 2012

⁸⁷ Klemperer, 2011 S.271 ff

Bildungsabschluss, keinen Zugang zum Ausbildungsmarkt hatten. Eine gezielte Förderung dieser Personengruppe bietet viele Vorteile wie z.B. die bereits vorhandenen Sprachkenntnisse und die Förderung der Integration. Die Maßnahmen können also vielseitig sein, aber die Bemühungen sind immer an den Finanzierungsressourcen, häufig der einzelnen Bundesländer, gebunden. Die Bundesregierung machte das Jahr 2011 zum Jahr der „Pflege“. Angesichts der zukünftigen Entwicklungen wäre es sinnvoll dies jährlich die nächsten Jahrzehnte fortzuführen.

8. Literaturverzeichnis

1. Afentakis, A., & Maier, T. (2010). *Projektionen des Personalbedarfs und angebots in Pflegeberufen bis 2025*. Auszug aus *Wirtschaft und Statistik/ Bundesinstitut für Berufsbildung*. 2010: Statistisches Bundesamt.
2. Angenendt, S. (2008). *Steuerung der Arbeitsmigration in Deutschland. Reformbedarf und Handlungsmöglichkeiten*. Bonn, NRW, Deutschland: Friedrich-Ebert-Stiftung.
3. Berner, H., & Choi, S.-j. (2011). *Zuhause* (2. Ausg.). Berlin/Hamburg: Assoziation A.
4. Bertelsmann Stiftung. (2012). *Themereport- Pflege 2030-was ist zu erwarten-was ist zu tun?* Abgerufen am 11. März 2013 von www.bertelsmann-stiftung.de:
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbr/SID-CA824772-811363B2/bst/xcms_bst_dms_36979__2.pdf
5. BeschV-Bundesministerium der Justiz. (1. 1.2005). *Verordnung über die Zulassung von neueinreisenden Ausländern zur Ausübung einer Beschäftigung*. Abgerufen am 9. März 2013 von www.gesetze-im-internet.de: http://www.gesetze-im-internet.de/beschv/___30.html
6. Braun, D. (2012). *Einheitlicher, transparenter, effektiver? Das Verfahren zur Bewertung im Ausland erworbener Qualifikationen im Wandel*. (I. f. Forschung, Hrsg.) Abgerufen am 3. April 2013 von <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration/141828/bewertung-von-im-ausland-erworbenen-qualifikationen>
7. Brenke, K. (2010). *Fachkräftemangel kurzfristig noch nicht in Sicht*. *DIW-Wochenbericht Nr. 46 S. 2-16*. Berlin.
8. Buchan, J. (25. Juni 2008). *Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation*. (Weltgesundheitsorganisation, Hrsg.) Abgerufen am 2. März 2013 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76427/E93414G.pdf
9. Bundesagentur für Arbeit. (2011). *Arbeitsmarktberichterstattung Gesundheits,- und Pflegeberufe*. Nürnberg.
10. Bundesagentur für Arbeit. (2012). *Fachkräfteengpässe in Deutschland- Analyse Dezember 2012*. Abgerufen am 27. März 2013 von <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/BA-FK-Engpassanalyse-2012-12.pdf>
11. Bundesagentur für Arbeit/ZAV. (19. März 2013). *Zentrale Auslands- und Fachvermittlung Presse Info*. Abgerufen am 29. März 2013 von http://www.arbeitsagentur.de/nn_29928/Dienststellen/besondere-Dst/ZAV/presse/2013/032013-Philippinen.html

12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (30. 1.2013). *Migrationsbericht 2011*.
Abgerufen am 3. März 2013 von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2011.pdf?__blob=publicationFile
13. Bundesministerium des Innern. (10.2011). *Bericht der Bundesregierung zur demografischen Lage und künftigen Entwicklung des Landes*. Abgerufen am 8. März 2013 von http://bmibund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2012/demografiebericht.pdf?__blob=publicationFile
14. Bundesministerium des Innern. (2013). *Zuwanderung hat Geschichte- Anwerbung*. Abgerufen am 9. März 2013 von http://www.zuwanderung.de/ZUW/DE/Zuwanderung_hat_Geschichte/Anwerbung/Anwerbung_node.html
15. Bundesministerium des Innern. (2013). *Zuwanderung hat Geschichte- Zeitstrahl*. Abgerufen am 9. März 2013 von http://www.zuwanderung.de/ZUW/DE/Zuwanderung_hat_Geschichte/Zeitstrahl/Zeitstrahl_node.html
16. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2012). Themen: Warum Fachkräftesicherung alle angeht- Zahlen,Fakten,Meinungen. *Journalist* (November), 34-39.
17. Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2013). *Anerkennung in Deutschland Daten Anerkennungsverfahren*. Abgerufen am 29. März 2013 von [www.erkennung-in-deutschland.de: http://www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/422.php](http://www.erkennung-in-deutschland.de/html/de/422.php)
18. Burkhart, M. (., Ostwald, A. ., & Ehrhard, T. (. (September 2012). *PricewaterhouseCoopers AG PwC- Studie Fachkräftemangel: stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahre 2030*. (P. AG, Hrsg.) Abgerufen am 5. März 2013 von <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>
19. Der Paritätische Gesamtverband . (2011). *Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Verbandsratsitzung 16.09.2011*. Berlin.
20. Derst, P., Heß, B., & von Loeffholz, H. D. (2006). *Arbeitsmarktbeteiligung von Ausländern im Gesundheitssektor in Deutschland*. Abgerufen am 3. März 2013 von [www.http://bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp06-arbeitsmarktbeteiligung.pdf?__blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/WorkingPapers/wp06-arbeitsmarktbeteiligung.pdf?__blob=publicationFile)
21. Deutsche Botschaft Seoul. (2013). *Deutschland- Zweite Heimat für Bergarbeiter und Krankenschwestern*. Abgerufen am 21. März 2013 von: http://www.seoul.diplo.de/Vertretung/seoul/de/03/Jubil_C3_A4umsjahr2013/Gastarbeiter-s.html

22. Die Zeit. (1973). Der einen Not- der anderen Nutzen. (3), 43.
<http://www.zeit.de/1973/03/der-einen-not-der-anderen-nutzen>
23. Eubel, C. (2. April 2013). Auf Personalsuche in Asien. *Der Tagesspiegel* , S. 2.
24. Europäische Kommission. (5. 3 2013). *Eurostat- Europäische Statistiken*. Abgerufen am 11. März 2013 von http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_Public/3-05032013-BP/DE/3-05032013-BP-DE.PDF
25. Europäische Union. (7. 9 2005). *Richtlinie 2005/36 EG des europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen*. Abgerufen am 5. März 2013 von www.eur-lex.europa.eu: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:de:PDF>
26. Gesundheitsministerkonferenz der Länder. (28. 6 2012). *Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz: Initiative und Strategien zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen*. Abgerufen am 9. März 2013 von http://www.gmkonline.de/?&nav=beschuesse_85&id=85_06.01
27. Herberg, M., Stücker, S., & Deisenroth, S. (2011). *Arbeitnehmerfreizügigkeit für Pflegekräfte aus Osteuropa*. Hamburg: B.Behr's Verlag.
28. Herbert, U. (1986). *Geschichte der Ausländerbeschäftigung in Deutschland 1880 bis 1980*. Berlin/Bonn: Verlag J.H.W Dietz .
29. Hitzemann, A., Schirilla, N., & Waldhausen, A. (2012). *Pflege und Migration in Europa-Transnationale Perspektiven aus der Praxis*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
30. Klemperer, D. (2011). *Sozialmedizin-Public Health*. Bern: Hans Huber Verlag.
31. Kultusministerkonferenz. (2013). *Anerkennung im beruflichen Bereich*. Abgerufen am 29. März 2013 von <http://www.kmk.org/zab/erkennung-im-beruflichen.bereich.html>
32. Landenberger, M., Stöcker, G., Filkins, J., de Jong, A., & Them, C. e. (2005). *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa- Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
33. Luft, S. (2009). *Staat und Migration-Zur Steuerbarkeit von Zuwanderung und Integration*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
34. Münz, R., Seifert, W., & Ulrich, R. (1999). *Zuwanderung nach Deutschland- Strukturen, Wirkungen, Perspektiven*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
35. OECD. (2013). *Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte: Deutschland (German Version)*. Abgerufen am 12. Februar 2013 von <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191747-de>
36. PflWG. (28. 5 2008). *Bundesgesetzblatt-online*. Abgerufen am 10. März 2013 von http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGB1&bk=Bundesanzeigerstart=//*%5b@attr_id=%27bgb1108s0874.pdf%27%5d

37. PNG. (2012). *Bundesgesundheitsministerium*. Abgerufen am 12. März 2013 von http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/datein/PUBlikationen/Pflege/Broschueren/Broschuere_Das_Pflege_Neuausrichtungsgesetz_Stand_nach_der_3._Lesung_im_Bundestag.pdf
38. Schulz, E. (2012). *Den demografischen Wandel gestalten Wochenbericht 51/52*. DIW Berlin, Berlin.
39. Simon, P. (2012). *Studie: Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen*. Deutscher Pflegerat. Hannover: Deutscher Pflegerat.
40. Statistisches Bundesamt. (11.2009). *12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung- Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. Abgerufen am 9. März 2013 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile
41. Statistisches Bundesamt. (2013). *Beschäftigte im Gesundheitswesen- Gesundheitspersonalrechnung*. Abgerufen am 16. März 2013 von https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=308A6F37C2560BDBD50116A658EB842E.tomcat_GO_2_1?operation=previous&levelindex=2&levelid=1363452468421&step=2
42. Statistisches Bundesamt. (2013). *Bevölkerung Deutschland Statistik 2011-Geborene und Gestorbene*. Abgerufen am 11. März 2013 von <http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev04.html>
43. Statistisches Bundesamt. (2010). *Demografischer Wandel- Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern/Heft 2*. Abgerufen am 11. März 2013 von www.destatis.de: <http://www.destatis.de/DEPublikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.html>
44. Statistisches Bundesamt. (2013). *Gesundheitsausgaben In Deutschland*. Abgerufen am 13. März 2013 von https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=772B186F20E06876EE457A71820B1E45.tomcat_GO_1_2?operation=previous&levelindex=3&levelid=1363253711764&step=3
45. Bundesamt. (18. 1.2013). *Pflegestatistik 2011*. Abgerufen am 12. März 2013 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile

46. Statistisches Bundesamt. (2. 10 2012). *Pressemitteilung 344/12- Lebenserwartung in Deutschland erneut gestiegen*. Abgerufen am 11. März 2013 von https://destatis.de/DE/PressService/Presse/Pressemitteilungen/2012/10/PD12_344_12621pdf.pdf?__blob=publicationFile
47. Statistisches Bundesamt. (2013). *Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland 1991 bis 2011*. Abgerufen am 12. März 2013 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Wanderungen/Tabellen/WanderungenAlle.html>
48. Stewart, J., Clark, D., & Clark, P. F. (2007). *Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und politische Reaktionen*. Hamburgisches Weltwirtschaftsinstitut/ Bundeszentrale für politische Bildung, Hamburg.
49. WHO . (2008). *Europäische Ministerkonferenz zum Thema Gesundheitssysteme und Gesundheit und Wohlstand vom 25-27 Juni 2008- Entwicklung eines Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften*. WHO Regionalbüro Europa, Kopenhagen.
50. WHO-Verhaltenskodex. (21. Mai 2010). *Globaler Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften*. Abgerufen am 30. März 2013 von Bundesamt für Gesundheit, Schweiz: <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11513/11607/index.html?lang=de>
51. Wiemeyer, J. (1984). *Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Duncker&Humblot.

Eidesstattliche Erklärung zur Bachelorarbeit

Ich versichere, die Bachelorarbeit selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben.

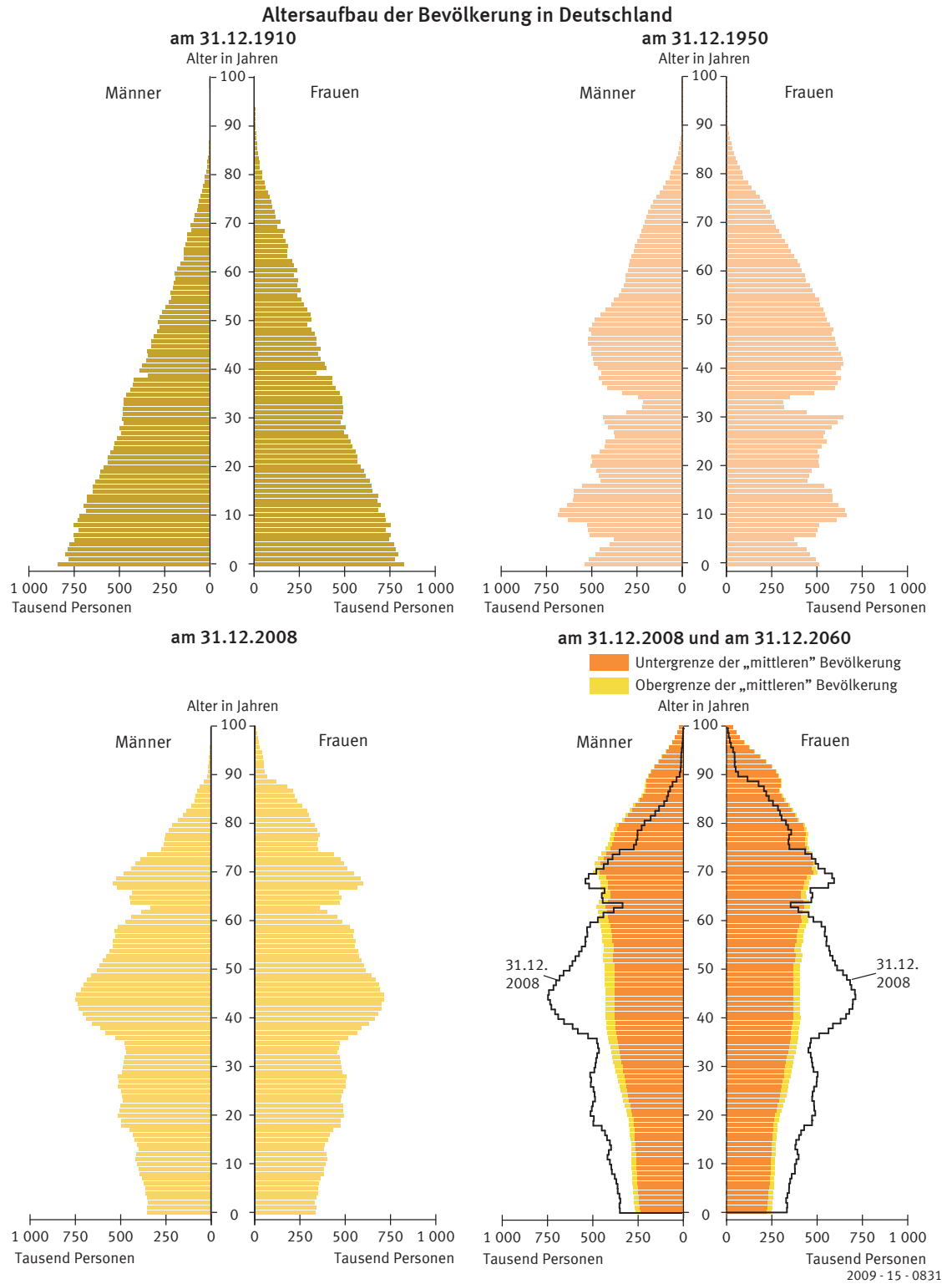
Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Berlin/Neubrandenburg, 12.4.2013

Dajana Schnell

9. Anhänge

Anhang 1: Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2009)



Anhang 2: Liste der EU- und EWR- Staaten

I. Mitgliedsstaaten der EU

1. Belgien
2. Bulgarien
3. Dänemark
4. Deutschland
5. Estland
6. Finnland
7. Frankreich
8. Griechenland
9. Irland
10. Italien
11. Lettland
12. Litauen
13. Luxemburg
14. Malta
15. Niederlande
16. Österreich
17. Polen
18. Portugal
19. Rumänien
20. Schweden
21. Slowakei
22. Slowenien
23. Spanien
24. Tschechien
25. Ungarn
26. Vereinigtes Königreich (GB)
27. Zypern

II. Mitgliedsstaaten des EWR

28. Island
29. Liechtenstein
30. Norwegen

EU-Beitritte 2010 (EU-10)

Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Zypern

Anhang 3:

Mitgliedsstaaten OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)

1. Australien
2. Belgien
3. Chile
4. Dänemark
5. Deutschland
6. Estland
7. Finnland
8. Frankreich
9. Griechenland
10. Irland
11. Island
12. Israel
13. Italien
14. Japan
15. Kanada
16. Korea
17. Luxemburg
18. Mexiko
19. Neuseeland
20. Niederlande
21. Norwegen
22. Österreich
23. Polen
24. Portugal
25. Schweden
26. Schweiz
27. Slowakische Republik
28. Slowenien
29. Spanien
30. Tschechische Republik
31. Türkei - 2. August 1961
32. Ungarn - 7. Mai 1996
33. Vereinigtes Königreich
34. Vereinigte Staaten von Amerika
35. Kommission der Europäischen Union

Anhang 4: Liste Entwicklungsländer

DAC-Liste der Entwicklungsländer und -gebiete (gültig für die Berichtsjahre 2011-2013)

Europa	Afrika	Amerika	Asien	Ozeanien
Albanien	nördlich der Sahara	Nord- und Mittelamerika	Naher und Mittlerer Osten	Cookinseln
Bosnien und Herzegowina	Ägypten	Anguilla	Irak	Fidschi
Kosovo ¹	Algerien	Antigua und Barbuda	Iran	Kiribati
Mazedonien	Libyen	Belize	Jemen	Marshallinseln
Moldau, Rep.	Marokko	Costa Rica	Jordanien	Mikronesien
Montenegro	Tunesien	Dominica	Libanon	Nauru
Serbien ¹		Dominikan. Republik	Palästinensische Gebiete	Niue
Türkei	südlich der Sahara	El Salvador	Syrien	Palau
Ukraine		Grenada		Papua-Neuguinea
Weißrussland	Angola	Guatemala	Süd- und Zentralasien	Salomonen
	Äquatorialguinea	Haiti		Samoa
	Äthiopien	Honduras	Afghanistan	Tokelau
	Benin	Jamaika	Armenien	Tonga
	Botsuana	Kuba	Aserbaidshjan	Tuvalu
	Burkina Faso	Mexiko	Bangladesch	Vanuatu
	Burundi	Montserrat	Bhutan	Wallis und Futuna
	Côte d'Ivoire	Nicaragua	Georgien	
	Dschibuti	Panama	Indien	
	Eritrea	St. Kitts und Nevis	Kasachstan	
	Gabun	St. Lucia	Kirgisistan	
	Gambia	St. Vincent/ Grenadinen	Malediven	
	Ghana		Myanmar	
	Guinea	Südamerika	Nepal	
	Guinea-Bissau		Pakistan	
	Kamerun	Argentinien	Sri Lanka	
	Kap Verde	Bolivien	Tadschikistan	
	Kenia	Brasilien	Turkmenistan	
	Komoren	Chile	Usbekistan	
	Kongo	Ecuador		
	Kongo, Dem. Rep.	Guyana	Ostasien	
	Lesotho	Kolumbien		
	Liberia	Paraguay	China	
	Madagaskar	Peru	Indonesien	
	Malawi	Suriname	Kambodscha	
	Mali	Uruguay	Korea, DVR	
	Mauretanien	Venezuela	Laos	
	Mauritius		Malaysia	
	Mosambik		Mongolei	
	Namibia		Philippinen	
	Niger		Thailand	
	Nigeria		Timor-Leste	
	Ruanda		Vietnam	
	Sambia			
	São Tomé und Príncipe			
	Senegal			
	Seychellen			
	Sierra Leone			
	Simbabwe			
	Somalia			
	St. Helena			
	Sudan			
	Südafrika			
	Südsudan			
	Swasiland			
	Tansania			
	Togo			
	Tschad			
	Uganda			
	Zentralafrikan. Republik			

¹ dies impliziert keine rechtliche Position der OECD zum Status von Kosovo