

Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und politische Reaktionen

Überall auf der Welt stecken die Gesundheitssysteme in der Krise.¹ Sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern können sie den Bedürfnissen der Bevölkerung nur schwer gerecht werden. Zu den größten Herausforderungen, die an die Gesundheitssysteme gestellt werden, gehört der Mangel an medizinischen Fachkräften. In den nationalen Gesundheitssystemen der entwickelten Länder treten periodisch Engpässe bei ausgebildetem Pflegepersonal² oder bei Ärztinnen und Ärzten auf. In der Regel entsteht diese Unterversorgung einfach dadurch, dass der Bedarf schneller wächst als das Angebot. Dem wird meistens durch zusätzliche Anreize für Arbeitnehmer entgegengesteuert. Im Gegensatz dazu leiden Entwicklungsländer bereits seit langem unter einer anhaltenden Knappheit bei medizinischem Fachpersonal. Dieser Mangel beruht in der Regel auf fehlenden finanziellen Ressourcen für die Ausbildung oder Weiterbildung einer ausreichenden Anzahl von Krankenpflegern, Ärzten oder anderen medizinischen Fachkräften. In den letzten Jahren hat jedoch eine Reihe von demografischen und gesellschaftlichen Veränderungen auch in den Industriestaaten zu einem akuten und dauerhaften Engpass geführt. Durch einen gestiegenen Bedarf bei gleichzeitig sinkendem Angebot fehlt es fast überall auf der Welt an qualifiziertem bzw. staatlich geprüftem Pflegepersonal. Viele Länder sehen sich außerdem mit einem ernst zu nehmenden Mangel an Ärztinnen und Ärzten konfrontiert.

Als Reaktion auf den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich werben die Industrieländer vor allem medizinisches Personal aus Entwicklungsländern an, sowohl zur befristeten als auch zur unbefristeten Anstellung. Zwar verläuft diese Verschiebung von Arbeitskräften zum Teil auch zwischen den Industrieländern, ist jedoch überwiegend weg von den Entwicklungs- und hin zu den Industrieländern zu beobachten. Die Globalisierung des Arbeitsmarktes für Fachkräfte im Gesundheitswesen hat wesentliche Auswirkungen sowohl für den einzelnen niedergelassenen Arzt als auch für ganze Gesundheitssysteme sowie für die jeweils betroffenen Regierungen. Einige dieser Auswirkungen sind durchaus positiv, wie etwa bessere berufliche und persönliche Perspektiven für Pflegekräfte und Mediziner oder die Möglichkeit für Industrieländer, dem medizinischen Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Aber es gibt auch tief greifende negative Folgen: Vor allem weniger wohlhabenden Staaten wird die Möglichkeit entzogen, eine angemessene

medizinische Versorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten.³

Dieses Kurzdossier stellt zunächst das Ausmaß des weltweiten Fachkräftemangels im Gesundheitssektor sowie einige grundsätzliche Entwicklungen hinsichtlich der Migration von medizinischen Fachkräften dar. Im Anschluss werden die Ursachen und Einflussfaktoren dieser Entwicklung diskutiert, um dann Kosten und Nutzen der Migration dieser Fachkräfte sowohl für die Herkunfts- als auch für die Zielländer zu beleuchten. Abschließend werden einige alternative Strategien aufgezeigt, die sowohl von Herkunfts- als auch von Zielländern eingesetzt werden könnten, um die negativen Folgen in diesem Sektor abzumildern und gleichzeitig Rechte und Bedürfnisse der Hauptbetroffenen – medizinisches Fachpersonal, Industriestaaten und Entwicklungsländer – zum Ausgleich zu bringen.

Die Situation im Gesundheitssektor

Weltweite Engpässe

Auch wenn es schwierig ist, gegenwärtige und zukünftige Engpässe genau einzuschätzen, deuten verschiedene Quellen darauf hin, dass diese in den meisten Regionen der Welt vorzufinden sind und ihre Ausmaße weiter zunehmen werden. Im Bereich des Krankenpflegepersonals besteht derzeit in fast allen europäischen Ländern ein Mangel.⁴ Im Vereinigten Königreich fehlten beispielsweise im Jahr 2001 57.000 Pflegerinnen und Pfleger im staatlichen Gesundheitsdienst (*National Health Service, NHS*).⁵ Der Berufsverband des Pflegepersonals in Kanada (*Canadian Nurses' Association*) rechnet für das Jahr 2011 mit einem ungedeckten Bedarf an 78.000 Pflegekräften.⁶ In Australien zeigen entsprechende Daten aus dem Jahr 2006, dass 40 % der offenen Stellen im Pflegebereich nicht besetzt werden konnten.⁷ In den Entwicklungsregionen Asiens, Afrikas, Lateinamerikas und der Karibik ist die Situation noch angespannter. So gut wie alle Entwicklungsländer leiden unter einer anhaltenden Unterversorgung mit Krankenpflegekräften. 2003 berichtete die Panamerikanische Gesundheitsorganisation, dass in der Karibik 35 % der Arbeitsstellen im Pflegebereich nicht besetzt waren. Auf den Philippinen gab es im Jahr 2004 30.000 unbesetzte Stellen.⁸ 2003 meldete Malawi, dass gerade einmal 28 % der Pflegestellen besetzt waren und in Südafrika

fehlten im selben Jahr 32.000 ausgebildete Pflegekräfte.⁹ Für Staaten südlich der Sahara deutet der günstigste Schätzwert auf einen Mangel an 600.000 examinierten Krankenpflegerinnen und -pflegern hin.¹⁰ Die Gründe für diese Unterversorgung sind in den weniger wohlhabenden Staaten andere als in den reicheren Ländern. Entwicklungsländern fehlen grundsätzlich die Möglichkeiten, eine angemessene Zahl von Pflegekräften auszubilden. Es gibt weniger Ausbildungsprogramme und weniger qualifizierte Lehrkräfte. Zudem machen es die sehr niedrige Bezahlung und die extrem unbefriedigenden Arbeitsbedingungen schwer, Pflegepersonal anzuwerben und zu halten. Unhygienische Bedingungen, fehlende Medikamente, unzureichende Versorgung und Ausstattung, ungünstige Versorgungsschlüssel bei Patienten pro Pflegekraft, der Mangel an Ärzten sowie das Auftreten von Epidemien wie HIV/AIDS und anderen ernsthaften Erkrankungen tragen dazu bei, dass der Krankenpflegeberuf in vielen Entwicklungsländern unvorstellbar belastend ist.¹¹

In einigen der reichsten Länder der Welt machen ausländische Mediziner mittlerweile einen wesentlichen Teil der ärztlichen Belegschaft aus. Über 34 % der praktizierenden Ärzte in Neuseeland kommen aus Übersee, im Vereinigten Königreich sind es 30,4 % des Berufsstandes. Andere Industrieländer zeigen einen ähnlich hohen Anteil ausländischer Ärzte, darunter die USA mit 26,4 %¹² und, gemäß einer neueren Erhebung, Norwegen mit etwas mehr als 16 %.¹³

In einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2006¹⁴ wurden der weltweite Bestand an medizinischen Fachkräften und damit verbundene Versorgungsengpässe erfasst sowie der prozentuale Zuwachs an Fachkräften berechnet, der nötig wäre, um in den jeweiligen WHO-Regionen den Mangel zu beheben. Tabelle 1 ist diesem Bericht entnommen.

Diese Daten können zwar ein Ausgangspunkt zur Bestimmung der weltweiten Lage sein, dürften den tatsächlichen globalen Mangel an Fachkräften im Gesundheitswesen jedoch noch unterschätzen. So werden beispielsweise für Eur-

opa – im Gegensatz zu anderen Quellen – gegenwärtig keine Engpässe bei Ärzten, Pflegepersonal und Hebammen angezeigt. Ferner legen regionale Studien in zwei US-Bundesstaaten nahe, dass die WHO den Mangel in Nord- und Südamerika zu gering einschätzt.¹⁵ Die Widersprüche zwischen den Schätzungen der WHO und denen anderer Akteure ergeben sich zum Teil aus der Fokussierung der WHO auf „kritische Unterversorgung“. Während es in Europa definitiv einen Mangel an hochqualifizierten medizinischen Fachkräften gibt, ist dessen Ausmaß jedoch vergleichsweise gering gegenüber den Lücken, die in Entwicklungsländern zwischen Bedarf und Angebot klaffen.

Migrationsmuster: Zielländer

In einem globalen Arbeitsmarkt für Krankenpflegekräfte sind englischsprachige Länder das beliebteste Ziel. Im Vereinigten Königreich kommen die meisten ausländischen Pflegerinnen und Pfleger von den Philippinen, viele aber auch aus Südafrika, Nigeria und Simbabwe sowie aus Australien, Indien und einer Reihe von karibischen Staaten.¹⁶ Mit Irland wirbt ironischerweise ein Land qualifiziertes Pflegepersonal an, das jahrzehntelang als Auswanderungsland von Pflegekräften galt. Im Jahr 2001 kamen ungefähr zwei Drittel aller neu eingestellten Pflegekräfte in Irland aus dem Ausland, hauptsächlich aus Australien, Indien, von den Philippinen, aus Südafrika und aus dem Vereinigten Königreich.¹⁷ Auch Norwegen hat in letzter Zeit eine erhebliche Anzahl von Pflegekräften aus dem Ausland angeworben. Im US-amerikanischen Gesundheitswesen spielen ausländische Pflegerinnen und Pfleger bereits seit langem eine wichtige Rolle, aber auch hier hat ihre Zahl in den letzten Jahren rapide zugenommen. 1997 waren 5 % der neu eingestellten Pflegekräfte im Ausland ausgebildet worden; im Jahr 2003 war dieser Anteil auf 14 % angestiegen. Nach neuesten Daten sind in den USA rund 100.000 ausländische Pflegekräfte tätig. Auch hier kommen die meisten von den Philippinen, gefolgt von Kanada, Süd-Korea, Indien und dem Vereinigten Königreich.¹⁸

Wenngleich der weltweite Arbeitsmarkt für Ärzte nicht so dynamisch ist wie der für Pflegekräfte, führt der Medizinerman-

Tabelle 1: Geschätzter kritischer Mangel an Ärzten, Pflegekräften und Hebammen (nach WHO-Region)

WHO-Region	Anzahl der Staaten		Fachkräftemangel innerhalb der Staaten		
	Gesamt	Staaten mit 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- und Südamerika	35	5	93.603	37.886	40
Südostasien	11	6	2.332.054	1.164.001	50
Europa	52	0	k.A.	k.A.	k.A.
Östlicher Mittelmeerraum	21	7	312.613	306.031	98
Westpazifischer Raum	27	3	27.260	32.560	119
Insgesamt	192	57	3.355.728	2.358.470	70

Quelle: Weltgesundheitsorganisation - WHO (2006).

gel in den Industriestaaten in den letzten Jahren zunehmend zu Migration von Ärzten. Auch hier sind englischsprachige Länder das häufigste Ziel; jedoch nimmt auch in anderen Ländern die Zahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte zu. Von den 10.000 Medizinerinnen, die 2002 im Vereinigten Königreich zugelassen wurden, kam fast die Hälfte aus dem Ausland; 2003 waren es – bei 15.000 Neuzulassungen – sogar mehr als zwei Drittel.¹⁹

Migrationsmuster: Herkunftsländer

Wie oben bereits angedeutet, sind die Philippinen mit über 150.000 im Ausland arbeitenden Pflegerinnen und Pflegern das wichtigste Herkunftsland.²⁰ Eine Handvoll weiterer Staaten würde gerne eine ähnliche Rolle auf dem globalen Arbeitsmarkt spielen, konnte sich in dieser Hinsicht aber bislang nicht etablieren. Zu diesen Ländern gehören China, Kuba, Indien und einige Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion. Abwanderung in größerem Ausmaß ist auch für einige Länder südlich der Sahara zu verzeichnen, darunter Südafrika, Simbabwe, Nigeria, Ghana, Sambia und Kenia.²¹

Gründe für Migration von medizinischen Fachkräften

Arbeitsmigration wird hervorgerufen durch das Zusammenspiel bestimmter wirtschaftlicher, sozialer, kultureller, politischer und gesetzlicher Faktoren. An dieser Stelle sollen kurz die Gründe angesprochen werden, die Menschen dazu veranlassen zu migrieren. Oftmals werden so genannte *push-* bzw. *pull-*Faktoren unterschieden, also Faktoren, die entweder anstoßende Wirkung auf der Angebotsseite oder eben anziehende Effekte auf der Nachfrageseite haben.²² Mit der Zeit werden Migrationsbewegungen von Netzwerken getragen, die potentielle Migranten mit Informationen über Berufsaussichten im Bestimmungsland versorgen und nach der Einwanderung Hilfe bei der beruflichen und sozialen Eingliederung anbieten.²³

push-Faktoren

Zu den *push-*Faktoren gehören Probleme und Bedingungen, die zur Unzufriedenheit von medizinischen Fachkräften mit ihrer Arbeit bzw. Berufslaufbahn in ihren Heimatländern beitragen, wie etwa schlechte Bezahlung, ungünstige Arbeits- und Lebensverhältnisse oder beschränkte Karriereöglichkeiten. Diese Faktoren mögen auch in einigen der Industrieländer gegeben sein, wirken sich jedoch insbesondere in den Entwicklungsländern in dramatischer Weise aus und veranlassen Ärzte und Pflegekräfte dazu auszuwandern.

pull-Faktoren

Demgegenüber resultieren *pull-*Faktoren aus den Arbeits- und Lebensbedingungen im Zielland, die ausländische Arbeitskräfte zur Zuwanderung bewegen. Solche Faktoren können auch für Migrationsbewegungen zwischen den entwickelten Industriestaaten verantwortlich sein. Einen wesentlich höheren Anreiz üben sie jedoch auf Menschen in Entwicklungsländern aus. Zieht man die tatsächlichen Lebenshaltungskosten in Betracht, so sind beispielsweise die Gehälter von Pflegekräften in Ländern wie Kanada und Australien rund doppelt so hoch wie in Südafrika, 14 mal höher als in Ghana

und sogar 25 mal höher als in Sambia.²⁴

Hinsichtlich der materiellen Arbeitsbedingungen ist es jedoch wahrscheinlich, dass Arbeitgeber die Qualifikationen und Arbeitserfahrungen von ausländischen Arbeitskräften als sehr landesspezifisch betrachten und deshalb eine umfassende Fortbildung verlangen. Ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern könnte daher zunächst nur eine Art „Ausbildungsgehalt“ gezahlt werden, das unterhalb der ansonsten für entsprechende Qualifikationen und Arbeitserfahrung üblichen Lohngruppe liegt. Die begrenzte Verhandlungsmacht von ausländischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dürfte zudem dazu führen, dass ihnen eine größere finanzielle Eigenbeteiligung an den Fortbildungskosten aufgebürdet wird als einheimischen Arbeitskräften. Bisherige Erkenntnisse deuten darauf hin, dass dies in den meisten Industrieländern, in denen eine größere Zahl ausländischer Pflegekräfte und Ärzte arbeitet, der Fall ist.²⁵

Trotz der gegenüber einheimischen Arbeitskräften eventuell niedrigeren Löhne gibt es für Fachkräfte im Gesundheitswesen immer noch starke Anreize in ein anderes Land zu gehen. Medizinische Fachkräfte, die in Industrieländer einwandern, empfinden Einkommen, Arbeitsbedingungen und Lebensverhältnisse als Verbesserung, ebenso wie die Chancen auf persönliche und berufliche Entwicklungen, die in ihren Heimatländern nicht möglich gewesen wären.²⁶

Historische Beziehungen

Einzelpersonen bzw. Arbeitgeber sind nicht immer die Hauptverantwortlichen für die Herausbildung bestimmter Migrationsmuster. Durch zwischenstaatliche Beziehungen werden die freie Entfaltung des Arbeitsmarktes und die Gestaltung von einzelnen Verträgen deutlich gesteuert. Viele Kritiker der gegenwärtigen Migrationstrends sehen darin nichts anderes als einen weiteren Ausdruck neokolonialer Ausbeutung. Diese Kritik unterstreicht, dass die Abwanderung von medizinischen Fachkräften oftmals den Interessen ehemaliger Kolonialmächte dient und dass Abkommen in der Regel von Eliten in den ehemaligen Kolonien getroffen werden, die von den Konsequenzen ihrer Entscheidungen weitestgehend unberührt bleiben. In der Tat sind diese Eliten in Ländern mit öffentlicher und privater Gesundheitsfürsorge in der Lage, das öffentliche System, das durch entsprechende Abkommen geschwächt wird, konsequent zu meiden.²⁷

In einigen Fällen sind ehemalige Kolonialmächte aktiv daran beteiligt, Ausbildungsstandards in den Nachfolgestaaten der früheren Kolonien zu formulieren; die Art der Ausbildung kann so an die Bedürfnisse im Zielland angepasst werden. Die Arbeitskräfte aus den früheren Kolonien verfügen nach ihrer Einwanderung jedoch über wenig Macht bei der Verhandlung von Löhnen und Arbeitsbedingungen. Dies führt zu niedrigerer Bezahlung und ungünstigeren Arbeitsbedingungen gegenüber einheimischen Arbeitskräften. Zuweilen sehen ausländische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich gezwungen, eine Stelle anzunehmen, die vom Niveau her eine oder mehrere Stufen unterhalb ihrer Position im Heimatland liegt (wenn beispielsweise ein ausgebildeter Krankenpfleger als Pflegehelfer arbeitet oder eine Ärztin eine Pflegekraft ersetzt).

Von den auswandernden medizinischen Fachkräften der Entwicklungsländer gehen die meisten in das Land, das ihr

Heimatland früher als Kolonialmacht beherrscht hat. Ausländische Pflegekräfte und Ärzte im Vereinigten Königreich, die nicht von den Philippinen stammen, kommen zumeist aus Teilen des früheren britischen Imperiums. Auch in Portugal stammt eine Vielzahl der ausländischen Pflegekräfte und Ärzte aus ehemaligen portugiesischen Kolonien, etwa aus Angola, Mosambik und Kap Verde. Die Philippinen, eine ehemalige US-amerikanische Kolonie, stellt die meisten ausländischen Pflegekräfte in den USA.

Kosten und Nutzen der Mobilität von Fachkräften im Gesundheitswesen

Herkunftsländer

Der größte Teil der Kosten, die durch die Migration von medizinischen Fachkräften entstehen, wird von den Entwicklungsländern getragen, die in erheblichem Umfang Pflegekräfte, Ärzte und anderes medizinisches Fachpersonal verlieren. Der Zustand der Gesundheitssysteme in diesen Ländern rangiert zwischen „kaum angemessen“ und „vollständig dysfunktional“. Sie leiden unter einem ganzen Bündel von Problemen – von unzureichender finanzieller Ausstattung und minderwertiger Technologie über Epidemien, Kriege und politische Instabilität hin zu fehlender Infrastruktur, ungenügenden Ausbildungskapazitäten und anhaltendem Mangel an medizinischen Fachkräften. Der Transfer von Pflegekräften und Ärzten in die entwickelten Industriestaaten beraubt diese Gesundheitssysteme zusätzlicher Kapazitäten, wodurch sie noch weniger in Lage sind, für ihre Patienten Sorge zu tragen. Damit ist der größte volkswirtschaftliche Kostenfaktor für die Herkunftsländer die eingeschränkte Fähigkeit, Bürgerinnen und Bürger medizinisch zu versorgen. Die Auswirkungen sind umso schlimmer, wenn verlorenes Personal aufgrund von Engpässen am Arbeitsmarkt nicht ersetzt werden kann. Die Gesundheitssysteme verlieren dadurch nicht nur die Kompetenzen des emigrierenden Fachpersonals. Die Unmöglichkeit, ihre Dienste zu ersetzen, steigert den Druck auf die verbleibenden Angestellten. Dieser Druck sorgt für zusätzliche Spannungen im Gesundheitssystem und schafft weitere push-Faktoren, die letztlich zum Verlust von noch mehr medizinischen Fachkräften führen.

Die Herkunftsländer haben jedoch noch einen weiteren Kostenfaktor zu verkraften, wenn Pflegekräfte und Mediziner abwandern, nämlich die getätigten Investitionen in die Ausbildung. Die Ausbildung von medizinischen Fachkräften wird in den meisten Entwicklungsländern entweder vollständig durch die Regierungen finanziert oder zumindest weitgehend finanziell unterstützt. Diese umfangreichen Investitionen gehen verloren, wenn eine Pflegekraft oder ein Arzt auswandert. Nach Berechnungen der Vereinten Nationen bedeutet jede emigrierende afrikanische Fachkraft aus dem medizinischen Bereich einen Verlust von 184.000 US-Dollar für das jeweilige Land.²⁸

Ein zentrales Problem, das politische Bestrebungen nach einem internationalen Konsens über die Beschäftigung von Migranten im Gesundheitssektor verkompliziert, ist die Frage nach Entschädigungen für diejenigen Länder, die einen Verlust an medizinischen Dienstleistungen und Investitionen erleiden. Hätten medizinische Fachkräfte ihre Ausbildungskosten vollständig selbst zu tragen, könnte ihr Recht kaum in Frage gestellt werden, möglichst vollen Nutzen aus dieser Ausbildung

zu ziehen und ihren Arbeitsort frei zu wählen. Dies ist in Fällen, in denen ein wesentlicher Anteil der Ausbildungskosten öffentlich finanziert worden ist, jedoch nicht so einfach möglich.

Für die Herkunftsländer von ausgewanderten medizinischen Fachkräften ergeben sich auch Vorteile, und zwar in zweierlei Hinsicht: Zum einen wird Geld an die Familien zu Hause überwiesen, zum anderen verfügen Rückkehrer über erweiterte Fähigkeiten und Kenntnisse. Die Geldüberweisungen können einen wesentlichen Einfluss auf den Lebensstandard der breiten Masse der Bevölkerung haben. Insgesamt gesehen spielen Geldsendungen eine entscheidende Rolle für die Wirtschaft vieler Entwicklungsländer, da dieses Kapital eine der wichtigsten Quellen von Einkommen aus dem Ausland darstellt.²⁹ Die philippinische Regierung ermutigt Pflegekräfte daher sogar zur Auswanderung. Um diese Strategie zu unterstützen, werden an Ausbildungseinrichtungen mehr Pflegekräfte ausgebildet, als das Land braucht. Die Auswanderer gehören einer „Exportindustrie für Arbeitskräfte“ an, welche die philippinische Wirtschaft antreibt. Im Jahr 2001 überwiesen im Ausland lebende Arbeitskräfte, darunter auch Pflegekräfte, insgesamt 6,2 Milliarden US-Dollar in die Heimat. Die Länder, in denen die meisten philippinischen Pflegekräfte arbeiten, sind die USA, Irland, Saudi-Arabien und das Vereinigte Königreich.³⁰ Insgesamt gesehen scheint der Fall der Philippinen jedoch einzigartig zu sein; es gibt kaum Belege dafür, dass Geldsendungen den Schaden für die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer kompensieren können, vor allem, da die Gelder an die Familien der Auswanderer transferiert werden und nicht direkt ins Gesundheitssystem.

Am ehesten können die Herkunftsländer einen Nutzen aus der Emigration ihres Fachpersonals ziehen, wenn diese nur temporär ist und Fachkräfte bei Tätigkeiten im Ausland Erfahrungen in einer fortschrittlicheren Umgebung sammeln. Durch entsprechende Abkommen könnte diese Migration daher einem Entwicklungsland Vorteile bringen: Das Herkunftsland verzichtet vorübergehend auf die Dienste einer Fachkraft, deren Ausbildung es finanziert hat. Bei der Rückkehr erhält es die ursprünglichen Ausbildungsinvestitionen zurück und profitiert von zusätzlichen Qualifikationen und Erfahrungen, die im Ausland erworben werden konnten. Allerdings kehrt in der Praxis leider nur ein Bruchteil der Auswanderer tatsächlich in ihr Herkunftsland zurück. Und sogar im Falle von zurückgekehrten medizinischen Fachkräften können die Entwicklungsländer oftmals keinen Vorteil erzielen, da die verfügbaren Technologien im Gegensatz zu den entwickelten Industrieländern weniger fortschrittlich und ausgefeilt sind. Auf diese Weise wird der Nutzen der im Ausland erworbenen Qualifikationen und Erfahrungen reduziert.

Zielländer

Während alles darauf hindeutet, dass für die Herkunftsländer die Kosten der Emigration den Nutzen überwiegen, sind für die Aufnahmeländer die Vorteile tendenziell größer als die Kosten. Man kann verschiedene Kostenarten für die Länder unterscheiden, die im Gesundheitssektor zugewanderte Arbeitskräfte aufnehmen. Zunächst entstehen Kosten für die Anwerbung. Inwiefern diese Kosten jeweils von Arbeitgebern und Regierungen getragen werden, ist von Land zu Land unterschiedlich, außerdem werden sie eher an Konsumenten und Steuerzahler weitergereicht. Gleiches gilt für die Niederlas-

sungskosten, also zeitweilige Unterstützung der neuen Arbeitskräfte, um ihnen bei der Eingliederung in die neue Gesellschaft zu helfen, etwa durch Mietzuschüsse und Sozialhilfe. Das Anwerbeprogramm im Vereinigten Königreich ist das vermutlich am stärksten systematisierte und am besten koordinierte weltweit. Im staatlichen Gesundheitsdienst (*National Health Service, NHS*) gibt es ein eigenes Anwerbeprogramm, das einreisewillige medizinische Fachkräfte ausfindig macht. Es verfolgt zwei verschiedene Strategien für unterschiedliche Berufsgruppen: Ärzte werden in der Regel individuell rekrutiert, während Pflegekräfte eher in Gruppen von zehn, zwanzig oder mehr Personen aus einem bestimmten Land angeworben werden. Als Teil des Anwerbeprogramms werden vom *NHS* Informationen über Arbeitsorte, Unterkunftsmöglichkeiten und Einwanderungsprozeduren veröffentlicht.³¹

Einige Kritiker argumentieren, dass die Zuwanderung von hochqualifizierten Fachleuten im Gesundheitswesen die Arbeitsbedingungen von einheimischen Fachkräften verschlechtere. Wenn beispielsweise Arbeitskräfte aus dem Ausland eher bereit sind, Teilzeitstellen oder befristete Verträge anzunehmen, können dadurch Löhne und Arbeitsbedingungen der einheimischen Arbeitskräfte gleichermaßen betroffen sein. Ein negativer Folgeeffekt sind niedrigere Steuereinnahmen aus den Löhnen einheimischer Arbeitskräfte. Obwohl sinkende Löhne zu schwindender Einsatzbereitschaft der einheimischen Arbeitnehmer führen können und die damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Effizienz hauptsächlich für die einzelnen Arbeitsstätten von Bedeutung sind, sollten auch die makro-ökonomischen Konsequenzen nicht übersehen werden. Ferner sollte beispielsweise bedacht werden, dass es auch zu einer Verschlechterung bei der Gesundheitsversorgung im Aufnahmeland kommen kann, wenn zugewanderte Arbeitskräfte kein vollständiger Ersatz für einheimische Arbeitskräfte sind.

Der Nutzen, den Aufnahmeländer aus dem Zustrom von medizinischen Fachkräften erzielen, ist hingegen vielfältig. Geradezu offensichtlich ist der Abbau des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen, unter dem einige Industriestaaten leiden. Den Patienten kann eine bessere medizinische Versorgung garantiert werden und Gefahren für die Volksgesundheit durch Unterversorgung werden reduziert. Von sinkenden Gehältern im Gesundheitssektor durch Einstellung von zugewanderten Fachkräften könnten Kunden möglicherweise auch finanziell profitieren, wenn gesunkene Arbeitskosten in Form von sinkenden Preisen oder Steuern weitergereicht werden. Aufnahmeländer profitieren in jedem Fall von Steuern, die von zugewanderten Arbeitskräften gezahlt werden. Darüber hinaus bleiben

Kommunen durch die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften im Gesundheitssektor attraktiv für die Ansiedlung neuer Arbeitgeber, womit wiederum positive Auswirkungen auf kommunale Steuereinnahmen zu erwarten sind.

Tabelle 2: Kosten und Nutzen Herkunfts- und Zielländern

	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 (Rücküberweisungen) Erweiterte Qualifikationen bei Rückkehrern 	<ul style="list-style-type: none"> Behebung von Angebotsmängeln Verbesserte Krankenversorgung Steuereinnahmen durch ausländische Arbeitskräfte Verbesserte Wettbewerbsfähigkeit von Kommunen

Quelle: Darstellung der Autoren

Politikempfehlungen

Herkunftsländer

Jeder Vorschlag zur Regulierung steht grundsätzlich vor dem Dilemma, die Rechte und Bedürfnisse der beteiligten Hauptakteure – Fachkräfte im Gesundheitswesen, Industriestaaten sowie Entwicklungsländer – miteinander in Einklang zu bringen. Die meisten Beobachter der Globalisierung sind sich einig, dass die Arbeitnehmerfreizügigkeit zur Verbesserung von beruflichen und persönlichen Perspektiven ein grundlegendes Menschenrecht ist. Dieses Recht zu verleugnen kann für Herkunftsländer keine dauerhafte Strategie sein, adäquat mit dem Abwanderungsproblem umzugehen. Unfaire Handelsbedingungen und die Altlasten des Kolonialismus haben jedoch Voraussetzungen geschaffen, in denen eine freie Entfaltung des Arbeitsmarktes verheerende Auswirkungen für die medizinische Versorgung in Entwicklungsländern hätte. Es muss dringend sichergestellt werden, dass medizinische Ausbildungscurricula sich vorrangig auf einheimische und nicht auf ausländische Probleme der Gesundheitsversorgung konzentrieren.³²

Verbesserungen bei der Bezahlung, den Arbeitsbedingungen und den Karriereaussichten würden mit großer Sicherheit den Emigrationsanreiz abschwächen. Einige Staaten erproben weniger kostspielige Anreize, indem sie für bessere Unterbringung sorgen, Anfahrten der Angestellten zur Arbeit finanziell unterstützen und billige Kredite für den Autokauf bereitstellen. Da jedoch viele der ärmsten Länder nicht die Mittel haben, um solche Verbesserungen zu finanzieren, überlegen einige Entwicklungsländer, internationale Entwicklungsfonds für Lohnpa-

kete für die medizinischen Fachkräfte einzusetzen – eine Option, über die diese Länder bislang nicht verfügten.³³ Eine Koalition aus Regierungen und Vertretern von Interessenverbänden der Pflegekräfte in der Karibik ist bereits einen Schritt weiter gegangen und hat ein umfassendes Programm erstellt (*Managed Migration Program*). Es soll angesichts der erheblichen Abwanderung von professionellen Pflegekräften eine qualitativ hochwertige Gesundheitsvorsorge für die Menschen in der Karibik gewährleisten.³⁴ Entwickelt und unterzeichnet wurde das Programm von hochrangigen Regierungsvertretern, die für den Krankenpflegebereich zuständig sind, sowie von den Vorständen der meisten Pflegeberufsverbände in der Karibik. Im Programm werden Strategien entwickelt, um die Auswirkungen der Abwanderung im Gesundheitssektor in der Region abzumildern; es konzentriert sich auf verschiedene Bereiche, darunter Arbeitsbedingungen, Anwerbung, Laufzeit und Ausbildung. Ein neueres Abkommen zwischen mehreren Regierungen dieser Region erlaubt Pflegekräften größere Freizügigkeit. Eine Initiative, die innerhalb des neuen Abkommens entstanden ist, ist eine Maßnahme auf St. Kitts. Hier sollen Pflegekräfte für eine Tätigkeit in den USA ausgebildet werden, wobei die USA für die Ausbildungskosten aufkommen. Ein anderes innovatives Projekt erlaubt es examinierten Pflegekräften aus Jamaika, zwei Wochen im Monat in Miami zu arbeiten und den Rest des Monats in Jamaika.³⁵

Auch die Herkunftsstaaten könnten intervenieren, indem sie durch Steuern oder Zölle auf entsprechende Transaktionen die Kosten für die Anwerbung von Pflegekräften und Ärzten aus Entwicklungsländern erhöhen. Mit den daraus resultierenden Einnahmen könnte auch ein Teil der Ausbildungskosten gedeckt werden.³⁶ Leider ist die Umsetzung solcher Maßnahmen in mehrerlei Hinsicht problematisch und bis heute hat kein Staat diesen Schritt unternommen. Immerhin ist die Idee eines Fonds, aus dem die Ausbildung von medizinischem Personal in solchen Entwicklungsländern finanziert werden könnte, die von Abwanderung negativ betroffen sind, in der Vollversammlung der WHO auf einige Unterstützung gestoßen. Dieser Fonds würde von Industriestaaten als Ausgleich für die verlorenen Ausbildungsinvestitionen auf Seiten der Entwicklungsländer finanziert werden.³⁷

Eine andere Strategie, die einige Entwicklungsländer seit kurzem verfolgen, verpflichtet Absolventen von medizinischen Ausbildungsprogrammen dazu, eine bestimmte Zeit im Ausbildungsland zu arbeiten – als eine Art „Teiltrückzahlung“ der öffentlich geförderten Ausbildung. Die Implementierung und Durchsetzung solcher Maßnahmen hat sich jedoch als schwierig erwiesen.³⁸ Sofern jemand beschließt, auszuwandern und damit den Kostenerstattungsvertrag zu kündigen, könnte von öffentlichen Behörden des Herkunftslandes vernünftigerweise eine „Ausreisegebühr“ eingefordert werden. Damit stellt sich aber auch die Frage, ob eine solche Gebühr von der jeweiligen Person oder vom zukünftigen Arbeitgeber zu zahlen wäre, was wiederum von der jeweiligen Verhandlungsmacht des Arbeitnehmers bzw. des Arbeitgebers abhängig ist.

Angesichts der Tatsache, dass sich bislang keine etablierten und effektiven politischen Konzepte herausgebildet haben, wohl aber ein Konsens darüber im Entstehen begriffen ist, dass die gegenwärtigen Globalisierungstrends im Gesundheitssektor den Interessen der Entwicklungsländer zuwiderlaufen, haben einige Beobachter diese Länder aufgerufen, sich dem der-

zeitigen System der Abwanderung und Anwerbung entgegenzustellen. Zum Beispiel hat die Menschenrechtsorganisation *Physicians for Human Rights (PHR)* afrikanischen Staaten empfohlen, Bestrebungen der Welthandelsorganisation WTO entgegenzutreten, Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu liberalisieren.³⁹

Zielländer

Strategien, die von Zielländern eingesetzt werden, um ihre Probleme zu lösen und gerechtere Ergebnisse für alle Parteien zu erzielen, sollten sich vor allem darauf konzentrieren, *pull*-Faktoren zu vermindern, die Migration künstlich steigern. Einige Staaten haben bereits auf freiwilliger Basis dahingehend Maßnahmen eingeleitet.⁴⁰ So haben etwa ethische Bedenken, die hinsichtlich der Auswirkungen von Migration auf Entwicklungsländer laut geworden waren, die staatlichen Gesundheitsdienste im Vereinigten Königreich und Irland veranlasst, Ethikrichtlinien für die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland zu erstellen. Die Richtlinien verlangen von den Gesundheitsdiensten, dass diese den potenziellen Einwanderern präzise und ehrliche Informationen über Einstellungsbedingungen zur Verfügung stellen. Im Vereinigten Königreich verbieten die Richtlinien zudem die aktive Anwerbung von Pflegekräften aus Südafrika und von den Westindischen Inseln. Diese Richtlinien gelten jedoch nicht für private Gesundheitseinrichtungen. Ebenso wenig können sie staatliche Gesundheitssysteme davon abhalten, Pflegekräfte einzustellen, die aus eigenem Antrieb einwandern und sich um eine Stelle bewerben. Ihr Wirkungsbereich ist daher begrenzt.⁴¹

Ein anderer Ansatz zur Steuerung der Abwanderung von medizinischen Fachkräften verfolgt das Ziel, durch zwischenstaatliche Abkommen Kontingente für die Anwerbung von Fachkräften festzulegen, um so den Schaden für die Herkunftsstaaten und ihre Gesundheitssysteme so gering wie möglich zu halten. Das Vereinigte Königreich hat im Jahr 2000 ein entsprechendes Abkommen mit Spanien unterzeichnet, durch das spanische Pflegekräfte „systematisch und strukturiert“ für den staatlichen Gesundheitsdienst angeworben werden sollen.⁴²

Im Jahr 2003 haben der britische *National Health Service* und die südafrikanische Regierung ein Abkommen über Austauschprogramme geschlossen, innerhalb derer medizinische Fachkräfte aus beiden Ländern bis zu sechs Monaten im jeweils anderen Land arbeiten können. Auch wenn das Programm möglicherweise mehr südafrikanische Pflegerinnen und Pfleger bzw. Ärztinnen und Ärzte ins Vereinigte Königreich bringen wird als umgekehrt, wird doch die Zuwanderung wenigstens auf eine bestimmte Zeit begrenzt.⁴³ Die karibische Organisation *Caribbean Community (CARICOM)* hat ein Programm erarbeitet, durch das Fachleute im Gesundheitswesen „ermutigt werden, auf Rotationsbasis für jeweils ungefähr drei Jahre ins Ausland zu gehen und danach zurückzukehren.“⁴⁴ Die an *CARICOM* beteiligten Nationen hoffen, dass dieses Programm eher temporäre anstelle dauerhafter Abwanderung fördert.

Der vielleicht ehrgeizigste Versuch, die Probleme anzugehen, die durch die Migration von Fachkräften im Gesundheitswesen entstehen, ist der *Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers* von 2003, eine Richtlinie zwischen Commonwealth-Staaten über die Anwerbung von Arbeitskräften im Gesundheitssektor. Im *Code* werden ethische Rahmenrichtlinien definiert, nach denen von der

Anwerbung medizinischer Fachkräfte aus solchen Ländern abgesehen werden soll, die ihrerseits Engpässe durchlaufen. Außerdem soll der *Code* Arbeitnehmerrechte von Migranten im Gesundheitsbereich gewährleisten.⁴⁵ Die entscheidende Frage ist jedoch, ob solche bilateralen oder regionalen Abkommen auch in globalen Kontexten nachhaltig wirken können, die letztlich maßgeblich durch die Welthandelsprotokolle der WTO bestimmt werden.

Der direkte Weg, die Macht der *pull*-Faktoren in Industriestaaten zu verringern, kann nur darin bestehen, die eigentlichen Gründe für den Fachkräftemangel entschlossener anzugehen. Letztlich ist die Anwerbung von Pflegekräften und Ärzten aus dem Ausland nur eine Übergangslösung. Die betroffenen Industriestaaten müssen einfach mehr Aus- und Weiterbildungsanstrengungen hinsichtlich der einheimischen Bevölkerung unternehmen, um ihren Bedarf zu decken. Rückläufige Immatrikulationszahlen an medizinischen Fakultäten sind beispielsweise in den USA eine der Hauptursachen für den Ärztemangel; ein weiterer Faktor sind die rasant ansteigenden Haftpflichtversicherungsbeiträge für Ärzte.

Fazit

Die hier vorgestellten Politikempfehlungen stellen brauchbare erste Schritte dar, um die Probleme anzugehen, die sich aus der gestiegenen Migration medizinischer Fachkräfte infolge krisenhafter Entwicklungen nationaler Gesundheitssysteme ergeben. Für eine langfristige Lösung bedarf es jedoch einer aktiveren Beteiligung einer ganz bestimmten Akteursgruppe: internationale und regionale Organisationen wie die WHO, die ILO und die PHR. Diese Organisationen haben bereits eine wichtige Rolle dabei gespielt, das Ausmaß der Migration im Gesundheitsbereich zu untersuchen und darzustellen. Zudem haben sie Richtlinien und Verhaltensregeln entwickelt, die die beteiligten Parteien ermutigen sollen, sich für verantwortliche und moralisch vertretbare Handlungsweisen einzusetzen.⁴⁶ Obwohl diese Organisationen über die nötige Expertise verfügen, um Herkunfts- und Zielländern gleichermaßen zu helfen, scheinen sie gegenwärtig nicht über ausreichende Autorität zu verfügen, um dem Arbeitsmarkt für Fachkräfte im Gesundheitssektor Regelungen aufzuerlegen, die nötig wären, um die komplexen und dynamischen Aspekte des Problems anzugehen. Als eine mögliche Strategie zur Verbesserung der Position internationaler und regionaler Organisationen könnten formale Abkommen zwischen regionalen und nationalen staatlichen und quasi-staatlichen Institutionen dienen, durch die einer neu zu schaffenden internationalen Aufsichtsbehörde zu einem gewissen Grad die Autorität übertragen würde, Migrationsprozesse im Gesundheitswesen zu überblicken und zielgerichtet zu steuern.

Die Autoren:

James Stewart ist Professor für Arbeitsmarktforschung und Betriebsverfassung sowie für Unternehmensführung und -organisation, Pennsylvania State University
E-Mail: js8@psu.edu

Darlene Clark ist Senior Lecturer an der Fakultät für Krankenpflege, Pennsylvania State University, sowie Clinical Assistant Professor an der Fakultät für Krankenpflege, University of Arizona
E-Mail: dac128@psu.edu

Paul F. Clark ist Professor sowie Leiter des Fachbereichs für Arbeitsmarktforschung und Betriebsverfassung, Pennsylvania State University
E-Mail: pfc2@psu.edu

Endnoten

- ¹ Dieser Text basiert auf einem Artikel der Autoren: Clark, P.F., Stewart, J.B. und Clark, D.A. (2006): „The Globalization of the Labour Market for Healthcare Professionals.“ *International Labour Review* 145 (1-2): 37-64.
- ² Im Englischen: Registered Nurse. Es handelt sich um Fachkräfte, die ein mehrjähriges Universitäts- oder Fachhochschulstudium abgeschlossen haben, und nicht um an- oder ungelernte Hilfspfleger. Dieser Text bezieht sich ausschließlich auf ausgebildetes Pflegepersonal, auch wenn lediglich von „Pflegerkräften“ die Rede ist.
- ³ Siehe Clark, Stewart und Clark (2006).
- ⁴ Siehe Gathercole (2003).
- ⁵ Siehe „Sick and tired.“(2001): *The Times*. 17. August, S. 22.
- ⁶ Siehe RNABC (2004).
- ⁷ Siehe Dunn, A. (2003): „Nurse shortage brings concern for patient care.“ *The Age*. 8. Mai.
- ⁸ Siehe McKenna, M. (2004): „US strains supply of nurses: Poor nations are losing trained professionals to better pay and greater opportunities.“ *Atlanta Journal-Constitution*. 14. Juli.
- ⁹ Siehe PHR (2004).
- ¹⁰ Siehe ICN (2004).
- ¹¹ Siehe Padarath et al. (2003).
- ¹² Siehe Forcier, Simoens und Giuffrida (2004).
- ¹³ Siehe Taraldset (2006).
- ¹⁴ Siehe WHO (2006).
- ¹⁵ Siehe Spetz und Dyer (2005); Texas Center for Nursing Workforce Studies (2006).
- ¹⁶ Siehe Buchan, Jobanputra and Gough (2004).
- ¹⁷ Siehe Buchan und Sochalski (2004).
- ¹⁸ Siehe Buchan und Sochalski (2004).
- ¹⁹ Siehe Buchan, Jobanputra und Gough (2004).
- ²⁰ Siehe Lorenzo (2002).
- ²¹ Siehe Carvel, J. (2004): „Nil by mouth.“ *The Guardian*. 27. August.
- ²² Siehe Mejia, Pizurki und Royston (1979); Kline (2003).
- ²³ Siehe Martin (2003a, 2003b).
- ²⁴ Siehe Brown (2003).
- ²⁵ Siehe Forcier, Simoens und Giuffrida (2004).
- ²⁶ Siehe Buchan and Dovlo (2004).
- ²⁷ Siehe Clark and Clark (2004).
- ²⁸ Siehe Oyowe (1996).
- ²⁹ Siehe Forcier, Simoens und Giuffrida (2004). Für weitere Informationen zum Thema Rücküberweisungen siehe: Hertlein, S und Vadean, F. (2006): „Rücküberweisungen – Brückenschlag zwischen Migration und Entwicklung?“ focus Migration Kurzdossier Nr. 5.
- ³⁰ Siehe Diamond, D. (2002): „One nation, overseas.“ *Wired Magazine*. Juni, Online-Ausgabe.
- ³¹ Siehe Buchan und Dovlo (2004); Buchan, Jobanputra und Gough (2004).
- ³² Siehe PHR (2004).
- ³³ Siehe Brown (2003).
- ³⁴ Siehe RNB (2004): 1.
- ³⁵ Siehe Salmon et. al. (2007).
- ³⁶ Siehe Jordan, B. (2001): „Nurses face emigration tax.“ *Sunday Times* - Johannesburg. 9. September.
- ³⁷ Siehe Dugger, C. (2004): „Africa needs a million more health care workers, report says.“ *The New York Times*. 26. November, S. A27.
- ³⁸ Siehe Buchan, Parkin und Sochalski (2003).
- ³⁹ Siehe PHR (2004).
- ⁴⁰ Siehe Schmid (2004).
- ⁴¹ Siehe Buchan, Parkin und Sochalski (2003).
- ⁴² Siehe Buchan und Dovlo (2004). Ähnliche Abkommen mit China und Indien sind bereits diskutiert worden.
- ⁴³ Mulholland, H. (2003): „UK agrees health staff swap with South Africa.“ *The Guardian*. 24. Oktober.
- ⁴⁴ Siehe Stilwell et al. (2004): 598.
- ⁴⁵ Siehe Commonwealth Secretariat (2003).
- ⁴⁶ Siehe z.B. ICN (2001).

Literaturhinweise

- Brown, P. (2003): „The health service brain drain: What are the options for change?“ *Immization Focus*: 6-8.
- Buchan, J. und Dovlo, D. (2004): *International recruitment of health workers to the UK: A report for DFID*. Department for International Development, DFID Health Systems Resource Centre, London.
- Buchan, J., Jobanputra, R. und Gough, P. (2004): *London calling? The international recruitment of health workers in the capital*. London.
- Buchan, J. und Sochalski, J. (2004): „The migration of nurses: Trends and policies.“ *Bulletin of the World Health Organization* 82 (8): 587-594.
- Buchan, J., Parkin, T. und Sochalski, J. (2003): *International nurse mobility: Trends and policy implications*. Report funded by Royal College of Nursing, World Health Organization and International Council of Nurses. Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Clark, P.F., Stewart, J. und Clark, D. A. (2006): „The globalization of the labour market for health-care professionals.“ *International Labour Review* 145 (1-2): 37-64.
- Clark, P.F. und Clark, D. (2004): Interview mit Thembi Mngomezulu, Deputy Director of the Democratic Nurses' Organization of South Africa, 7. Juni 2004, Pretoria.
- Commonwealth Secretariat (2003): *Companion Document to the Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*.
- Forcier, M. B., Simoens, S. und Giuffrida, A. (2004): „Impact, regulation, and health policy implications of physician migration in OECD countries.“ *Human Resources for Health* 2 (12)
- Gathercole, G. (2003): „Free movement of professionals: Opening up opportunities or perpetuating problems?“ *Update No. 62*, 14. Juli. European Public Health Alliance. <http://www.eph.org/a/521>
- International Council of Nurses (ICN) (2004): „The inadequate supply of nurses is having a negative effect on care outcomes globally.“ Press release, 8. November. Genf. http://www.icn.ch/PR13_04.htm
- ICN (2001): *Position statement: Ethical nurse recruitment*. Genf. <http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>
- Kline, D. S. (2003): „Push and pull factors in international nurse migration.“ *Journal of Nursing Scholarship* 35 (2): 107-111.
- Lorenzo, F. (2002): *Nurse supply and demand in the Philippines*. Manila, University of the Philippines, Institute for Labour Studies.
- Martin, P.L.(2003a): *Highly skilled labor migration: Sharing the benefits*. International Institute for Labour Studies, Genf
- Martin, P.L. (2003b): *Sustainable migration policies in a globalizing world*. International Institute for Labour Studies, Genf

- Mejía, A., Pizurki, H. und Royston, E. (1979): Physician and nurse migration: Analysis and policy implications. Weltgesundheitsorganisation, Genf.
- Oyowe, A. (1996): „Brain drain: Colossal loss of investment for developing countries.“ The Courier ACP-EU, Vol. 159: 59-60.
- Padarath, A., Chamberlain, C., McCoy, D., Ntuli, A., Rowson, M. und Loewenson, R. (2003): Health personnel in Southern Africa: Confronting maldistribution and brain drain. Discussion Paper No. 3. Harare, Equinet (Network for Equity in Health in Southern Africa).
- Pang, T., Lansang, M.A. und Haines, A. (2002): „Brain drain and health professionals.“ British Medical Journal 324: 499-500.
- Physicians for Human Rights (PHR) (2004): An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa. Boston.
- Regional Nursing Body, Caribbean Community secretariat (RNB) (2004): Managed migration. <http://prod-nursing.emory.edu/lccin/rnb/program.shtml>
- Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC) (2004): Implications of the nurse shortage: Questions and answers for registered nurses. Vancouver, BC.
- Salmon, M., Yan, J., Hewitt, H. und Guisinger, V. (2007): „Managed Migration: The Caribbean Approach to Addressing Nursing Services Capacity.“ Health Services Research 42 (3 part2): 1354-1372.
- Schmid, K. (2004): „Strategies to manage migration of health professionals to protect national health systems will be successful only if all stakeholders are involved in the process.“ Bulletin of the World Health Organization 82 (8): 621-622.
- Spetz, J. und Dyer, W. (2005): Forecasts of the Registered Nurse Workforce in California. Conducted for the California Board of Registered Nursing. Center for California Health Care Studies, University of California San Francisco. San Francisco, CA. http://www.futurehealth.ucsf.edu/pdf_files/forecasts2005.pdf
- Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O. und Dal Poz, M. (2004): „Migration of health-care workers from developing countries: Strategic approaches to its management.“ Bulletin of the World Health Organization 82 (8): 595-600.
- Taraldset, A. (2006): „Statistics and research on physicians in Norway in English.“ The Norwegian Medical Association. 16. Januar. <http://www.legeforenigen.no/index.gan?id=8449>
- Texas Center for Nursing Workforce Studies (2006): The Supply of and Demand for Registered Nurses and Nurse Graduates in Texas: Report to the Legislature, November. Publication # 25-12528, E-Publication # E25-12528.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2006): The World Health Report 2006 - Working Together for Health. Genf. <http://www.who.int/whr/2006/en/>

IMPRESSUM

Herausgeber: Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI), Neuer Jungfernstieg 21, 20354 Hamburg, Tel.: +49 (0)40 34 05 76-0, Fax: +49 (0)40 34 05 76-76, E-Mail: info@hwwi.org
Kooperationspartner: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) und Netzwerk Migration in Europa e.V.

Redaktion: Jennifer Elrick (verantwortl.), Tanja El-Cherkeh, Gunnar Geyer, Rainer Münz, Antje Scheidler (Netzwerk Migration in Europa e.V.), Jan Schneider (i.A. der bpb)

Die Herausgabe der Länderprofile (ISSN 1864-6220) und Kurzdossiers (ISSN 1864-5704) wird von der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) gefördert.
Die Länderprofile und Kurzdossiers geben nicht unbedingt die Ansicht der bpb und des HWWI wieder. Der Abdruck von Auszügen und Grafiken ist bei Nennung der Quelle erlaubt.

Weitere Online-Ressourcen: www.migration-research.org, www.bpb.de, www.network-migration.org, www.migration-info.de, www.hwwi.org

Unsere Länderprofile und Kurzdossiers sind online verfügbar unter: www.focus-migration.de