



# CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN MOBILITÄT UND DER EINSTELLUNG VON FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSSEKTOR

September 2012

## Studie und Bericht im Auftrag des EGÖD

Vollständiger Bericht siehe [www.epsu.org/a/8920](http://www.epsu.org/a/8920)

Professor Jane Hardy (University of Hertfordshire)

Dr. Moira Calveley (University of Hertfordshire)

Dr. Steve Shelley (University of Hertfordshire)

Dr. Rebecca Zahn (Stirling University)

[J.A.Hardy@herts.ac.uk](mailto:J.A.Hardy@herts.ac.uk)

[M.D.Calveley@herts.ac.uk](mailto:M.D.Calveley@herts.ac.uk)

[S.M.Shelley@herts.ac.uk](mailto:S.M.Shelley@herts.ac.uk)

[Rebecca.Zahn@eui.eu](mailto:Rebecca.Zahn@eui.eu)

## Kurzfassung

### Hintergrund, Ziele und Methodik

Der Gesundheits- und Pflegesektor in der Europäischen Union gewinnt zunehmend an sozialer und wirtschaftlicher Bedeutung. Die Beschäftigung im Gesundheits- und Pflegesektor zeigt eindeutige Tendenz nach oben, im Jahre 2009 waren in den Ländern der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) 10 Prozent der Erwerbsbevölkerung in diesem Sektor beschäftigt. Der demographische Wandel, der damit verbundene höhere Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft und ein schwindender Bevölkerungsanteil im erwerbsfähigen Alter stellen das Gesundheitswesen hinsichtlich seiner Finanzierung und der Einstellung von Personal vor neue Herausforderungen. Besonders die steigende Nachfrage nach Heil- und Pflegepersonal sowie der prognostizierte Personalmangel und unterschiedliche Löhne und Arbeitsbedingungen haben zu einer höheren grenzüberschreitenden Mobilität der Arbeitskräfte in diesem Sektor geführt. Der Zugang neuer Mitgliedstaaten (NMS) in den Jahren 2004 (Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Lettland, Litauen, Polen, Slowenien, Slowakei – EU8) und 2007 (Bulgarien und Rumänien – EU2) haben das Migrationspotenzial weiter erhöht. Der Druck auf die Gesundheitsetats ist infolge der als Antwort auf die Staatsverschuldung durchgeführten Sparprogramme seit der Finanzkrise 2007/2008 spürbar größer geworden. Die verstärkte Anwendung marktwirtschaftlicher Grundsätze und Privatisierungen haben zu zusätzlichen Problemen geführt.

Die vorliegende Studie befasst sich in erster Linie mit drei großen Kategorien: ÄrztInnen (hochqualifiziertes Personal), Krankenschwestern und Krankenpflegern (Fachpersonal) sowie MitarbeiterInnen im Bereich Betreuung und Pflege (Fachkräfte, angelerntes und ungelernetes Personal). Die vorliegende Studie bezieht sich auf Krankenhäuser, Wohn- und Pflegeheime sowie die häusliche Pflege und Betreuung im öffentlichen, im privaten (gewinnorientierten) und gemeinnützigen Sektor.

Der Bericht hat folgende allgemeine Ziele:

- Beschreibung der Rechts- und Qualifikationsrahmen der EU im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Mobilität
- Identifizierung der Migrationsmuster zwischen den Ländern
- Untersuchung der Motivationsfaktoren und Hindernisse der Migration
- Analyse der Rolle der Gewerkschaften in diesem Prozess
- Benennung der wichtigsten Herausforderungen, Anbieten von Empfehlungen

Die Forschung unterteilt sich in drei Bereiche. Zunächst berichten wir über die Ergebnisse einer Umfrage bei den EGÖD-Mitgliedern. Zweitens berichten wir über Primärdaten, die wir in Form persönlicher Gespräche in den folgenden Ländern erhoben haben: Belgien, Deutschland, Irland, Italien, Niederlande, Polen, Rumänien, Schweden und Vereinigtes Königreich. Sechs Länder wurden ausgesucht und als Fallstudien entwickelt (Deutschland, Italien, Polen, Rumänien, Schweden und Vereinigtes Königreich). Die Fallstudien wurden so gewählt, dass sowohl Entsende- als auch Aufnahmeländer aus der Perspektive der Arbeitnehmerseite berücksichtigt wurden; im Prinzip ergibt sich daraus eine Aufteilung in etablierte EU-Mitgliedstaaten und neue Mitgliedstaaten (NMS). Drittens verarbeitet die Studie Sekundärdaten aus Berichten, wissenschaftlicher Literatur und Datenbanken.

## Rechtlicher und institutioneller Rahmen

Das EU-Recht legt einen umfassenden Rechtsrahmen fest, der die Freizügigkeit von ArbeitnehmerInnen in allen Mitgliedstaaten ermöglicht. Seit 2011 ist die vollständige Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen der Mitgliedstaaten garantiert, die der EU seit Mai 2004 angehören. Die meisten Mitgliedstaaten begrenzen aber nach wie vor den Zugang von Arbeitskräften aus Rumänien und Bulgarien. Besondere Regelungen gelten für ArbeitnehmerInnen, die in einem Mitgliedstaat beschäftigt sind, jedoch vorübergehend zur Arbeit in ein anderes Mitgliedsland entsandt werden, wobei das ursprüngliche Beschäftigungsverhältnis bestehen bleibt. Diese Praxis der entsandten ArbeitnehmerInnen ist heute im Gesundheitssektor weit verbreitet. Ein potenzielles Problem gibt es immer dann, wenn im Entsendeland niedrige Löhne der Normalfall sind und die ArbeitnehmerInnen in ein Hochlohnland geschickt werden. Wenn hier keine Regulierung erfolgt, könnten die entsandten Arbeitskräfte eingesetzt werden, um im Bestimmungsland die Löhne zu unterbieten. Die EU-Rechtsvorschriften bieten ArbeitsmigrantInnen ein gewisses Maß an Schutz, die aus nicht zu EU gehörenden Ländern kommen. Es ist aber weitgehend Angelegenheit der Mitgliedstaaten, auf Grundlage ihre einzelstaatlichen Rechtsvorschriften die Migration aus Drittländern zu regeln. *Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union* (Dezember 2009) garantiert Angehörigen von Drittstaaten einige Rechte und beruht auf dem Grundsatz, dass „jede Arbeitnehmerin und jeder Arbeitnehmer das Recht auf gesunde, sichere und würdige Arbeitsbedingungen hat.“

Die Mobilität der Fachkräfte im Gesundheitswesen wird ermöglicht durch die Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (EG, 2005), die Vorschriften für die gegenseitige Anerkennung beruflicher Qualifikationen in den Mitgliedstaaten festlegt. Die Richtlinie sieht eine automatische Anerkennung von Berufsqualifikationen auf der Grundlage einer Reihe harmonisierter Mindestanforderungen an die Ausbildung in sieben durch Einzelrichtlinien geregelten Berufen vor. Neue Gesetzgebungsvorschläge wurden im Dezember 2011 angekündigt. Dazu gehören die Einführung eines europäischen Berufsausweises, besserer Zugang zu Informationen über die Anerkennung von Berufsqualifikationen; Aktualisierung der Mindestausbildungsanforderungen; Einführung eines Vorwarnungsmechanismus bei Gesundheitsberufen, für die eine automatische Anerkennung gilt; die Einführung gemeinsamer Ausbildungsrahmen und gemeinsamer Ausbildungsprüfungen; und eine gegenseitige Evaluierung aller reglementierten Berufe. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass viele Mitgliedstaaten ebenfalls besondere Vorschriften haben und Mitglieder von Gesundheitsberufen vor ihrer Zulassung vor einem Fachverband nachweisen müssen, dass sie auf dem neuesten Wissensstand und praxistauglich sind.

## Ergebnisse

### *Mobilitätsmuster*

- Die Abwanderung aus neuen Mitgliedstaaten in die EU-Volkswirtschaften mit höherem Einkommen muss im Kontext einer signifikanten allgemeinen Auswanderung seit dem EU-Beitritt dieser Länder 2004 und 2007 gesehen werden. Innerhalb dieser Gesamtlage hat es eine signifikante Abwanderung von Gesundheitsfachkräften aus den NMS gegeben. In allen Fällen waren Deutschland und das VK die am häufigsten genannten Zielländer. Bei anderen Aufnahmeländern spielen die Sprache oder die geographische Nähe eine Rolle. Allgemein sind Mobilität und Auswanderung bei ÄrztInnen am weitesten verbreitet, bei Pflegepersonal am geringsten.

## CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN MOBILITÄT UND DER EINSTELLUNG VON FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSEKTOR

---

- Die Situation im Hinblick auf die Mobilität der Angehörigen von Gesundheitsberufen ist komplex und ergibt kein einheitliches Bild. Es gibt unterschiedliche Mobilitätsmuster – von öffentlichen zu privaten Arbeitgebern oder vom Land in die Stadt; es gibt Abwanderung und zeitlich befristete Zuwanderung.
- Alle neuen Mitgliedstaaten haben über eine nur geringe oder vernachlässigbare Zuwanderung berichtet, die einen Ausgleich für die abgewanderten ÄrztInnen und KrankenpflegerInnen hätte leisten können. ImmigrantInnen kamen eher aus Entwicklungsländern oder benachbarten Nicht-EU-Ländern mit relativ geringen durchschnittlichen Einkommen.
- Die nordischen Länder (und die Niederlande) berichteten über ein nur geringes Ausmaß an Auswanderung. Es gibt eine eindeutige Kontinuität des vor 2004 festzustellenden Trends einer Mobilität von Beschäftigten des Gesundheitswesens zwischen nordischen Ländern (Norwegen, Schweden und Dänemark). Die Ausnahme ist hier Finnland mit einem hohen Maß an Zu- und Abwanderung von ÄrztInnen und Krankenpflegepersonal.
- Im VK gibt es im Hinblick auf das Zuwanderungsmuster von Gesundheitspersonal einen deutlichen Kontinuitätsbruch. Zunächst ist ein signifikanter Rückgang insgesamt festzustellen, sodann eine deutliche Zunahme von Einwanderung aus EU-Ländern, während es weniger Zuwanderung aus Nicht-EU-Länder gab.
- Der Fragebogen erlaubt keine definitiven Aussagen über die Migrationstrends von Pflegekräften. Es gibt wissenschaftliche Literatur, die eine zunehmende zirkuläre Migration zwischen den NMS und den Hochlohn-Nachbarländern belegt: Polen nach Deutschland, Slowakei nach Österreich und Rumänien/Bulgarien nach Italien.
- Innerhalb des allgemeinen Migrationsverhaltens ist ein detaillierteres und aufschlussreicheres Muster im Hinblick auf Qualifikationen und die Beschäftigung im Privatsektor zu beobachten. Den höchsten Anteil der abwandernden Gesundheitsfachkräfte stellen Fachärzte und Fachpflegekräfte in den Bereichen Anästhesie, Radiologie, Geburtshilfe, Gynäkologie, Intensivpflege und Psychiatrie.
- Bei der Aufenthaltsdauer (zeitlich begrenzt, permanent, zirkulär) lassen die im Fragebogen gegebenen Antworten kein einheitliches Bild erkennen, belastbare Daten stehen nicht zur Verfügung.

### ***Motivationsfaktoren und Hindernisse der Migration***

- Niedrige Löhne waren der am häufigsten genannte Grund für die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften generell und besonders aus den NMS.
- An zweiter Stelle wurden die schlechten Arbeitsbedingungen als Grund für die Auswanderung genannt, auch hier wieder besonders in den neuen Mitgliedstaaten. Die NMS bilden das Schlusslicht auf der Liste der Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Das Problem der leeren Kassen und der zu niedrigen Investitionen ist durch Privatisierung und chaotische Umstrukturierungen noch verschärft worden; dies hat wiederum zur Demoralisierung der Betroffenen und zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen beigetragen.
- Es gibt Belege dafür, dass ÄrztInnen und Krankenschwestern und –pfleger in Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen ebenfalls länderüberschreitend mobil sind und so bessere Arbeitsmarktbedingungen respektive höhere Einkommensmöglichkeiten für sich nutzen. Auch bessere Arbeitsbedingungen und/oder bessere Möglichkeiten für eine bessere Work-Life-Balance wurden genannt.
- Arbeitgeber, Arbeitsvermittlungen und die Initiativen einzelner Personen werden bei der Vermittlung und Unterstützung der Migration als gleich wichtige Faktoren genannt. Bei

## CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN MOBILITÄT UND DER EINSTELLUNG VON FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSEKTOR

---

den Personalvermittlungen ergibt sich kein eindeutiges Muster. Es gab keine Belege für die groß angelegten systematischen Rekrutierungsstrategien für die Migration von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern in die Industrieländer (mit Ausnahme des VK).

- Die Faktoren, die explizit als Hindernisse für die Mobilität von Gesundheitskräften genannt wurden, waren fehlende Sprachkenntnisse und die fehlende Anerkennung von Berufsabschlüssen. Das Fehlen der erforderlichen Sprachkenntnisse ist ein besonderes Problem für Pflegefachkräfte, und eine Beschäftigung ist oft nicht möglich, weil fließende Kommunikation in der Landessprache erwartet wird. Bei ÄrztInnen waren diese Sprachkenntnisse öfter vorhanden, bei den Pflegekräften spielt dies keine so entscheidende Rolle.
- Bis heute gibt es keine einheitliche Anerkennung von Berufsabschlüssen in den EU-Staaten.

Aus den Antworten auf die gestellten Fragen geht hervor, dass Unterschiede bei den Löhnen und den Arbeitsbedingungen sowohl zwischen den NMS und den alten Mitgliedstaaten als auch zwischen Volkswirtschaften mit höheren und niedrigeren Einkommen einige Erklärungen für die Migration und die grenzübergreifende Mobilität in der EU liefern. Diese Mobilität wird aber durch interne Migration innerhalb eines Landes von ländlichen in städtische Gebiete und vom öffentlichen in den privaten Sektor verkompliziert. Arbeitskräftemangel im Gesundheitssektor und besonders in der Pflege wird zusätzlich dadurch verschärft, dass junge Leute hier für sich wenig attraktive Karrierechancen sehen.

### **Der Pflegesektor**

- Eine alternde Bevölkerung, der demographische Wandel und die sich verändernden Arbeits- und Familienmuster in Europa bedeuten, dass der Arbeitsmarkt für Pflegeberufe einer der dynamischsten in der EU ist, der allen Prognosen zufolge auch in Zukunft weiter expandieren wird. Der Nachfrage nach Leistungen in der Langzeitpflege steht kein ausreichendes Angebot an Pflegekräften entgegen. Als charakteristisch für den Sektor gelten schlechte Bezahlung und geringer Status; dies wird als hinderlich für die Bereitstellung eines adäquaten Angebots an Arbeitskräften angesehen.
- Zwar bestehen hier Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern in der EU, Tatsache ist aber, dass es eine signifikante und zunehmende Abhängigkeit von ArbeitsmigrantInnen in diesem Sektor gibt. Es wird geschätzt, dass Arbeitskräfte aus den NMS einen wachsenden Anteil an der Gesamtbelegschaft im Pflegesektor haben: 7 Prozent der ArbeitnehmerInnen aus EU8-Ländern sind im Pflegesektor im VK beschäftigt; in Deutschland wurden 19 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege im Ausland geboren; und in Norwegen sind 7,4 Prozent der MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen ArbeitsmigrantInnen.
- In Österreich hat es bei der von ArbeitsmigrantInnen in Privathaushalten für ältere Menschen und für Menschen mit Behinderungen geleisteten Pflege umfassende Reformen des Regelwerks gegeben. 2006 hat die Regierung mit dem Personenbetreuer einen neuen Pflegeberuf eingeführt, mit relativem Nutzen. Die soziale Absicherung ist besser, andere Vorteile gibt es nur bei einem Wohnsitz in Österreich.
- In Italien ist es ausländisches Pflegepersonal, das einen großen Teil der Betreuungsarbeit für ältere Menschen oder Menschen mit Behinderungen leistet, wobei die Pflegekräfte im Haushalt leben oder stundenweise engagiert werden. Das Bossi-Fini-Gesetz von 2002 hat die Haus- und Pflegearbeit reglementiert. Es hat Initiativen gegeben, die Pflegekräfte durch Schulungen und Sprachkurse zu integrieren, jedoch mit durchwachsenem Erfolg.

## CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN MOBILITÄT UND DER EINSTELLUNG VON FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSSEKTOR

---

- Für die Gewerkschaften gibt es bei der Organisierung von Pflegekräften eine Reihe spezifischer Schwierigkeiten, dazu gehören die geschlechtsspezifischen Aspekte dieser Tätigkeit, die Isolierung in den Haushalten, der ungewisse Rechtsstatus der zahlreichen in der Pflege tätigen ImmigrantInnen, die fragmentierte Trägerschaft im privaten, öffentlichen und gemeinnützigen Sektor und der Selbstständigen-Status zahlreicher Pflegekräfte.
- Es gibt eine Reihe von Ländern (zum Beispiel Deutschland, Italien, die Niederlande und das VK), in denen die Gewerkschaften sehr erfolgreich mit ArbeitsmigrantInnen aus der EU, aber auch mit MigrantInnen ohne Papiere zusammengearbeitet haben. Dazu gehörten Initiativen im Hinblick auf Rekrutierung und Orientierung, Rechtsberatungen, Kontakte zu Gemeinden, Maßnahmen gegen Fremdenfeindlichkeit, Kampagnen für existenzsichernde Löhne (im Gegensatz zu Mindestlöhnen), Einrichtung spezieller Beratungszentren und Kampagnen für Arbeitsklauseln in öffentlichen Aufträgen, um Lohndumping zu vermeiden.

### **Die Rolle der Gewerkschaften**

- Wo der soziale Dialog und korporative Arrangements etablierte Strukturen sind (Norwegen, Schweden und Finnland zum Beispiel), wurden die Diskussionen über die Migration in diesen Prozess eingebettet. In Ländern ohne korporative Arrangements erfolgen die Diskussionen über die Migration mit der Regierung oder ihren Behörden (Bulgarien, Slowakei und VK).
- Die meisten an der Umfrage teilnehmenden Länder berichten, dass es keine besonderen Initiativen gibt, ArbeitsmigrantInnen einzustellen. Gespräche im VK, in Deutschland, Italien und den Niederlanden gaben jedoch Aufschluss über eine Reihe von Initiativen zur Unterstützung und Beratung von ArbeitsmigrantInnen für ihre bessere Integration.
- Der Marburger Bund als Interessenvertreter der Ärzte und Ärztinnen in Deutschland wirbt bei MigrantInnen um ihre Mitgliedschaft und bietet Dienstleistungen an wie zum Beispiel die Überprüfung von Arbeitsverträgen; er fordert migrierende ÄrztInnen ebenfalls auf, sich im Bestimmungsland einer Ärztegewerkschaft anzuschließen. Das VK hat die am weitesten entwickelten Strategien für die Rekrutierung und Integration von ArbeitsmigrantInnen. Das Royal College of Nursing hat eine eigene Immigrationsabteilung, bei der sich die Interessenten informieren können.
- Es gibt eine begrenzte grenzüberschreitende Zusammenarbeit, besonders innerhalb des nordischen Ländernetzwerks. Im VK wurde ein polnischer Kollege von der Gewerkschaft OPZZ freigestellt, der polnische und andere ArbeitsmigrantInnen aus den NMS betreut. In Deutschland hat der Marburger Bund Gegenseitigkeitsabkommen mit Gewerkschaften in der Tschechischen Republik, den Niederlanden und der Schweiz.
- Norwegen hat die ethischen Grundsätze von EGÖD und HOSPEEM (Europäischer Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst - Europäische Arbeitgebervereinigung für Kliniken und Gesundheitswesen) für die grenzüberschreitende Rekrutierung sowie den internationalen Verhaltenskodex der WHO über eine grenzüberschreitende Anwerbung und Beschäftigung von Gesundheitskräften unterzeichnet. Im VK gibt es einen Verhaltenskodex für die internationale Rekrutierung von Personal für das Gesundheitswesen (2004), herausgegeben vom Gesundheitsministerium. In Finnland, Schweden und den Niederlanden richten sich die Arbeitgeber nach dem EGÖD-HOSPEEM-Kodex. Teilnehmer der Umfrage aus vielen anderen Ländern konnten nicht bestätigen, dass

die EGÖD-HOSPEEM-Grundsätze tatsächlich befolgt werden, weder im Kontext des sozialen Dialogs noch gegenüber zuständigen Ministerien oder regionalen bzw. kommunalen Körperschaften. Hierfür wurde eine Reihe von Gründen genannt.

### ***Auswirkungen der Migration von Gesundheitsfachkräften***

- Die Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal manifestieren sich in den Erfahrungen einzelner Personen, die von Beschäftigungsmöglichkeiten profitieren konnten, die ihnen in ihrem Heimatland so nicht zur Verfügung gestanden hätten. Zu weiteren möglichen Nutzen und Gewinnen zählen Ausbildung und Berufserfahrung, besserer berufliche Förderungsmöglichkeiten und deutlich bessere Beschäftigungsbedingungen im Hinblick auf Arbeitszeiten, Urlaub und Arbeitsbelastung.
- Die Probleme des Verlustes qualifizierter Angehöriger von Gesundheitsberufen gelten für einige Länder Europas und für bestimmte Fachbereiche. Dies gilt besonders im Hinblick auf die neuen Mitgliedstaaten, allerdings hat dieses Problem nicht die Dimensionen wie zwischen Industrie- und Entwicklungsländern.
- Auf einer generellen Ebene verringert die Abwanderung den Pool von Arbeitskräften, die potenziell für den Gesundheitssektor zur Verfügung stehen. Innerhalb der Entsendeländer können die Auswirkungen in den ländlichen Regionen stärker spürbar werden als in den Städten. Hier ist jedoch unbedingt darauf hinzuweisen, dass Ausmaß und Wirkung je nach NMS ganz unterschiedlich sind. Während in Rumänien speziell qualifizierte Gesundheitsfachkräfte fehlen, gilt dies nicht unbedingt für andere Länder. Die verfügbaren Zahlen belegen, dass der Anteil polnischer Pflegekräfte, die im Ausland arbeiten, sehr klein ist.
- In den Entsenderländern sorgt für Missstimmung, dass die berufliche Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften von der öffentlichen Hand bezahlt wird, dass die so qualifizierten Arbeitskräfte aber dann ohne einen finanziellen Ausgleich in die Anwerbeländer „exportiert“ werden. Dies gilt umgekehrt auch für die Anwerbeländer, die fehlendes Personal im Gesundheitswesen mit Fachkräften aufstocken können, für deren berufliche Aus- und Weiterbildung sie keinerlei Kosten zu tragen hatten.

### **Herausforderungen**

- Kosten und Transparenz in Verbindung mit der Anerkennung länderübergreifender Qualifikationen
- Grenzüberschreitende Weitergabe von Informationen durch Fachverbände und Gewerkschaften über Gehälter, Vertragsrecht und Verpflichtungen für ÄrztInnen, KrankenpflegerInnen und Pflegepersonal
- Fehlende Sprachkenntnisse 1) als Mobilitätshindernis mit der Folge einer 2) Beschäftigung unterhalb des Qualifikationsniveaus
- Förderung, Verwendung und Überwachung der ethischen Grundsätze von EGÖD und HOSPEEM für die grenzüberschreitende Rekrutierung und Bindung von Fachkräften (2008) und des internationalen Verhaltenskodex der WHO über eine grenzüberschreitende Anwerbung und Beschäftigung von Gesundheitskräften (2010); Überwachung der Einstellungsverfahren von Personalagenturen und Erstellung einer schwarzen Liste mit Agenturen, die sich nicht an die Grundsätze der ethischen Personalrekrutierung halten

## CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN MOBILITÄT UND DER EINSTELLUNG VON FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSSEKTOR

---

- Vertretung von ArbeitsmigrantInnen in Berufsverbänden und Gewerkschaften
- Verhinderung des Sozialdumpings im privaten (gemeinnützigen und gewinnorientierten kommerziellen) Sektor
- Unsichtbarkeit und Isolation von (ausländischen) Beschäftigten im Pflegesektor
- Diskriminierende Behandlung von ArbeitsmigrantInnen aus Nicht-EU-Ländern im Gesundheitssektor
- Verbesserung und Förderung des Zugangs von ArbeitnehmerInnen ohne Arbeits- oder Aufenthaltserlaubnis zu Bürgerrechten
- Probleme der Entsendeländer im eigenen Gesundheitssystem und mit den Entgelt- und Arbeitsbedingungen der im Land bleibenden Gesundheitskräfte, wenn ein erheblicher Teil anderer Mitglieder von Gesundheitsberufen (in einem speziellen Beruf oder aus einer bestimmten Region) abwandert.

Weiterhin schlägt das Forschungsteam eine bessere Erhebung und Verfügbarkeit statistischer Angaben vor und weist auf die in der Studie beschriebenen Probleme infolge der in fast allen europäischen Ländern durchgeführten Sparmaßnahmen sowie die Sündenbockfunktion von ArbeitsmigrantInnen und das Erstarken von Parteien des extremen rechten politischen Spektrums hin.

### Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen wurden als Lösungsansätze für die in der Studie beschriebenen Herausforderungen erarbeitet, teilweise gemeinsam mit dem EGÖD-Sekretariat.

- Verbesserung der Transparenz der Prozesse und der Effektivität der länderübergreifenden Anerkennung von Berufsqualifikationen; Bereitstellung von Informationen über Verwaltungsverfahren zur Anerkennung von beruflichen Qualifikationen.
- Ausbildung von Pflegekräften und Zertifizierung ihrer Fähigkeiten und Qualifikationen und deren Vergleichbarkeit in Europa; Integration von häuslichen Pflegekräften in lokale Netzwerke des öffentlichen Dienstes; Zusammenarbeit mit geeigneten Bürgergruppen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs).
- Sondieren von Informationsquellen über Vergütungen und vertragliche Rechte und Pflichten von ÄrztInnen und Pflegepersonal; Überprüfung der Zugänglichkeit von Informationen (Sprachen, Format); gibt es Initiativen zur Einrichtung einer zentralen Informationsstelle?
- EGÖD-Mitglieder sollen die Möglichkeit prüfen, ob sie ihr Dienstleistungsangebot für ausländisches Pflegepersonal bestimmter Berufe erweitern können und auch die Überprüfung von Arbeitsverträgen und/oder Beschäftigungsbedingungen anbieten.
- Erkundung der Möglichkeiten gegenseitiger Vereinbarungen über die zeitlich begrenzte Mitgliedschaft in Gewerkschaften.
- In Falle einer erheblichen Zahl gewerkschaftlich nicht organisierter ArbeitsmigrantInnen sind Strategien zu prüfen, wie diese organisiert, rekrutiert und integriert werden können; Ergebnisse entsprechender Kampagnen sind zu überprüfen
- Gewerkschaften verbessern die Ausbildung von gewerkschaftlichen Vertrauensleuten/PersonalvertreterInnen in Betriebsräten und sensibilisieren sie für



## CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER GRENZÜBERSCHREITENDEN MOBILITÄT UND DER EINSTELLUNG VON FACHKRÄFTEN IM GESUNDHEITSSEKTOR

---

Fragen und Probleme im Zusammenhang mit ethischen Einstellungspraktiken, Beschäftigung, Vertragsfragen, Arbeitsbedingungen und Löhnen und ebenfalls mit der Einarbeitung von ArbeitsmigrantInnen im Gesundheitssektor

- Kostenlose und zweckmäßige laufende Sprachkurseangebote der Arbeitgeber und/oder der Behörden in den Bestimmungsländern sowohl als Teil der beruflichen Bildung (berufsbezogene Sprachförderung) als auch in Form allgemeiner Sprachkurse.
- EGÖD-Mitglieder leisten weiterhin Aufklärungsarbeit über Inhalt und Potenzial der ethischen Grundsätze von EGÖD und HOSPEEM für die grenzüberschreitende Rekrutierung und Bindung von Fachkräften und überwachen deren Verwendung auf Grundlage des gemeinsamen EGÖD-HOSPEEM-Evaluierungsberichts (2012).
- Behörden und Arbeitgeber überwachen systematisch die Arbeit von Personalvermittlungsagenturen und unterstützen damit die Einhaltung ethischer Einstellungspraktiken sowie die Durchführung von Sanktionen gegen diese Agenturen, sollte hier eine Ausbeutung der betroffenen Personen festgestellt werden, wie in den ethischen Grundsätzen für die grenzübergreifende Rekrutierung und Bindung von Fachkräften des Gesundheitswesens von EGÖD und HOSPEEM dargestellt.
- Förderung des IAO-Übereinkommens über Heimarbeit.
- Die EGÖD-Mitglieder verbessern die Zusammenarbeit mit Regierungen und Behörden auf allen Ebenen und setzen sich für einen besseren gesetzlichen Schutz der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen des in privaten Haushalten, in Klein- und Mittelbetrieben beschäftigten und selbstständig arbeitenden ausländischen Pflege- und Betreuungspersonals ein (einschließlich der Scheinselbstständigen), da es in der Regel schwierig oder ausgeschlossen ist, sie anzusprechen oder für sie Kollektivvereinbarungen abzuschließen.
- Aufnahme von lohnbezogenen Sozial-/Arbeitsklauseln entsprechend den in Kollektivvereinbarungen oder im Gesetz festgelegten Bestimmungen und anderen Arbeits- und Entgeltbedingungen in öffentliche Verträge mit privaten (gemeinnützige und gewinnorientierte/kommerzielle) Anbieter im Kontext von Verfahren der öffentlichen Auftragsvergabe zur Unterstützung des Grundsatzes „gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit“ in einem bestimmten Gebiet.
- Die EU setzt sich bei den nationalen Regierungen nachdrücklich dafür ein, in die Gesundheitsversorgung zu investieren und damit die nachhaltige Finanzierung von Gesundheitssystemen, die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Attraktivität der Gesundheitsberufe und die Arbeitsbedingungen derjenigen Gesundheitsfachkräfte zu verbessern, die nicht emigrieren und im Land bleiben
- Überprüfung evtl. bestehender Ausgleichsvereinbarungen zwischen Entsende- und Bestimmungsländern sowie Erwägung der Ausarbeitung von Ausgleichsmechanismen/Ausgleichsvereinbarungen unter Beteiligung von Arbeitgeberorganisationen, den Trägern der Gesundheitssysteme (Sozialversicherungen oder nationale Gesundheitsdienste), zuständigen nationalen Ministerien und, falls zweckmäßig, EU-Institutionen.
- Förderung einer fairen Behandlung von Gesundheitskräften aus Nicht-EU-Ländern, z. B. durch das Stimmrecht bei Kommunalwahlen im Bestimmungsland nach vier Jahren Aufenthalt (entspricht der Praxis in den meisten EU-Ländern); leichtere Möglichkeit der Einbürgerung im Aufnahmeland.
- Unterstützung relevanter Organisationen gegen Rassismus und Fremdenfeindlichkeit bzw. Mitgliedschaft in diesen Gruppen; evtl. Produktion von Informationsmaterial, das den Nutzen und den Gewinn der Arbeit von ArbeitsmigrantInnen besonders in den Gesundheits- und Sozialdiensten darstellt und falsche Vorstellungen über die Migrationsthematik korrigiert.