

## Mobilität im Gesundheitssektor in Europa (EU und EWR)

Burkart Sellin, Cedefop/Thessaloniki<sup>1</sup>, November 2001

### 1. Mobilität und Migration in der EU

#### 1.1 Erzwungene und ökonomische Migration

Migration innerhalb Europas und insbesondere *Emigration* nach Übersee ist ein seit Jahrhunderten zu beobachtendes Phänomen, welches mit der Kolonialisierung von ganzen Erdteilen durch Europäer seit Mitte des vorigen Jahrtausends und im Zuge der Industrialisierung im vorigen Jahrhundert ein immenses Ausmass annahm. Die beiden Weltkriege haben die europäische Bevölkerung ebenfalls umgewälzt und Migration ist vielfach erzwungen worden durch die neu entstandenen und/oder neu zugeschnittenen Nationalstaaten.<sup>2</sup> Migration ist somit nichts Neues. Nur änderte sie vielfach ihr Gesicht ebenso wie ihre Gründe oder Anlässe.

Derzeit haben wir in Europa erstmalig eine Phase, in der erzwungene oder durch die ökonomischen Bedingungen im

---

<sup>1</sup> Europäisches Zentrum für die Förderung der Berufsbildung, gegründet durch Ratsverordnung (EWG) im Jahre 1975

<sup>2</sup> Es wurde geschätzt, dass allein der 1. Weltkrieg dazu führte, dass 7.700.000 Menschen innereuropäisch 'wanderten' (vgl. Kosinski, L. (1970): *The population of Europe*, Longman, London), in den 30er Jahren arbeiteten in Frankreich 2.800.000 Ausländer insbesondere aus Italien und Polen; Belgien hatte viele Niederländer, Polen und Italiener, Letztere insbesondere in der Kohle- und Stahlindustrie. Und England beschäftigte unzählige Iren. Der 2. Weltkrieg brachte massive 'Verschiebungen' ganzer Bevölkerungen insbesondere aus Mittel- und Osteuropa mit sich, von denen 25 Millionen Menschen betroffen waren, die meist als Kriegsgefangene oder Arbeiter in der Industrie und Landwirtschaft zwangsweise 'beschäftigt' waren. In der Nachkriegszeit gab es Millionen von Flüchtlingen und umgesiedelten Bevölkerungsgruppen im Zuge der Neuzuschneidung der Nationalgrenzen aufgrund des Potsdamer Abkommens der Siegermächte von 1945 und aufgrund der Auswanderung bzw. des Flüchtlingsstroms von Ost- nach Westeuropa. Im Zuge der Entkolonialisierung Afrikas, des indischen Subkontinents, der karibischen Inseln etc. kamen viele Millionen von Menschen aus den ehemaligen Kolonialgebieten in die Hoheitsländer dieser Staaten: Inder, Araber und Pakistani sowie Nigerianer und Kenianer nach England. Nordafrikaner und Afrikaner aus Westafrika nach Frankreich, Indonesier nach Holland, etc..

Die sog. 'Gastarbeiterphase' begann zu Ende der 50er Jahre. In den 70er Jahren wurden in den EWG-Staaten inkl. den EFTA-Staaten ca. 7.500.000 ausländische Arbeitnehmer/innen geschätzt (ILO 1973: *Some growing employment problems in Europe*, Genf). Diese Zahl war wahrscheinlich viel zu niedrig angesetzt, denn illegale Beschäftigung spielte gleichzeitig eine grosse Rolle. (Die Hinweise wurden entnommen aus European Commission/Eurostat (2000): *Patterns and trends in international migration in Western Europe*, Luxemburg pp. 1 to 5

Herkunftsland hervorgerufene Migration im Sinne einer Emigration eher die Ausnahme als die Regel wurde. Wurde die Migration noch bis in die 80er Jahre als eine im wesentlichen ökonomische verstanden mit den seinerzeit vorherrschenden sog. push und pull Effekten, bei denen die wenig oder gar nicht Qualifizierten aus dem ländlichen Raum in die industriellen Zentren Nordeuropas wanderten ähnlich wie dies in diesen Ländern mit grossen Teilen ländlicher Bevölkerung im Zuge ihrer Industrialisierung selbst erfolgte, so hat sich diese Tendenz seither abgeschwächt. An ihre Stelle ist sogar eine gewisse **Remigration** getreten: die vormals Unqualifizierten (oder ihre Kinder) haben sich in dem Aufnahmeland qualifiziert und konnten Kapital akkumulieren, und sich in ihrem Herkunftsland eine neue Existenz aufbauen. Dies betraf und betrifft bis heute die nördlichen Mittelmeeranrainer, soweit sie Mitglied in der EU geworden sind, aber auch (trotz der bis heute anhaltenden Bürgerkriegssituation) die Staaten des ehemaligen Jugoslawiens. Dies betrifft noch mehr die Republik Irland, das traditionelle über lange Zeit ein Emigrationsland war. Dies betrifft derzeit allerdings kaum die Türkei, die keine entsprechende Prosperität vorweisen kann, was eine Voraussetzung für eine solche Remigration darstellt.

Das zweite Phänomen ist durch die Entwicklung von der Industriegesellschaft hin zur Dienstleistungsgesellschaft einerseits und der Industrie selbst von der arbeitsintensiven Fließbandorganisation hin zu einer kapital- und technologieintensiven Produktionsweise andererseits gekennzeichnet. Hierbei sind beide Entwicklungen für unser Thema wichtig:

Die Anwerbung von wenig oder gar nicht qualifizierten 'billigen' Arbeitskräften in der Industrie ist nicht nur zum Stillstand gekommen, sondern es wurden sogar Rückkehrhilfen und -anreize gegeben, die ihre Wirkung nicht verfehlten. Die Arbeitslosigkeit der ausländischen Arbeiter und Arbeiterinnen stieg wegen des Strukturwandels in der Produktion von Gütern und der Dienstleistungsorientierung immens an und war Mitte der 90er Jahre und ist bis heute bedeutend höher als die der Einheimischen. Im Dienstleistungsbereich werden allerdings, insbesondere in den schwächsten Arbeitsmarktsegmenten bzw. in denjenigen mit

schlechten Arbeitsbedingungen wie dem Hotel- und Gaststättenwesen, dem Catering und der personengebundenen Dienstleistungen (Haushaltshilfen, Reinigungspersonal, Gärtnern etc.), weiter ausländische Kräfte angeworben und beschäftigt, was ebenso für Hilfskräfte des Gesundheitssektors und hier insbesondere für die Altenpflege zutrifft. Diese sind nicht nur von Frauen gekennzeichnete Arbeitssegmente, sondern auch Segmente, in denen informelle Beschäftigung, prekäre Arbeitsverhältnisse oder gar Schwarzarbeit eher die Regel als die Ausnahme sind<sup>3</sup>. Ob diese Situation aber von Dauer ist, darf angezweifelt werden, denn auch im Gesundheitssektor scheint der Beginn der Phase eines zunehmenden Qualifikationswettbewerbs absehbar (vgl. unten). Dieser führte in jüngster Zeit zur gezielten Anwerbung hochqualifizierter Fachkräfte insbesondere im Bereich der Computerwirtschaft und Telekommunikation.

## **1.2 Migration von Hochqualifizierten**

Im industriellen Sektor hat sich der Charakter der Migration damit wesentlich geändert: Von unqualifizierten Hilfskräften und wenig qualifizierten Fließbandarbeitern hin zu gehobenen und höheren Fach- und Führungskräften insbesondere in der prosperierenden Computerwirtschaft und in der Informations- bzw. Kommunikationswirtschaft (siehe die Greencard-Initiative). Die Innovationskraft der Industrie und Wirtschaft scheint in Gefahr wegen vergangener Versäumnisse in Bildung und Ausbildung einerseits aber mehr noch wegen der (demographisch bedingten) Alterung der Erwerbsbevölkerung und der in den beiden letzten Jahrzehnten angesichts der hohen Arbeitslosigkeit verstärkt betriebenen Frühverrentung andererseits. Es besteht trotz hoher Arbeitslosigkeit eine nicht zufriedenzustellende Nachfrage nach qualifizierten Arbeitskräften, die laut Europäischer Kommission sogar wachstumshemmend zu sein scheint und die innovations- und Wettbewerbskraft der europäischen Wirtschaft gegenüber anderen Regionen zu gefährden riskiert.

Mit dem Titel "New European labour markets, open to all, access for all" macht die Kommission derzeit dem Rat und Parlament eine

---

<sup>3</sup> Letzteres ist allerdings auch im Bausektor für den männlich dominierten Sektor der Industrie weiterhin der Fall

Reihe von Aktionsvorschlägen. Diese sehen die Schaffung eines echten Europäischen Arbeitsmarktes zur besseren Nutzung des bestehenden Erwerbspotentials vor, sowie Aktionen zur Unterstützung der Rekrutierung von zusätzlichen Fachkräften in einigen Sektoren, wozu sie insbesondere neben dem IKT-Sektor auch den Gesundheitssektor zählt. Die strategischen Ziele seien insbesondere:

- Fortbestehende Barrieren im Zuge der Entwicklung des europäischen Arbeitsmarktes zu beseitigen;
- die Steigerung der Attraktivität, Effektivität, Offenheit des und des Zugangs zum 'neuen europäischen Arbeitsmarkt';
- die Sicherstellung einer wirksamen Förderung und Nutzung der europäischen Arbeitskräfte, insbesondere einer wirksamen Abstimmung der Nachfrage und des Angebots von Qualifikationen sowie der Anhebung des Qualifikationsniveaus des gesamten Erwerbspotentials durch Lebenslanges Lernen;
- Maximierung des Potentials des Binnenmarktes durch Gewährleistung einer harmonischen Entwicklung zur Integration der Produkt- und Kapitalmärkte sowie eines modernen hochqualifizierten Arbeitsmarktes.

Um die Qualifikationsbarrieren und -lücken anzugehen schlägt sie vordringlich Massnahmen auf den Gebieten

- der *Effektivierung der Verfahren zur Anerkennung* von Berufsqualifikationen für Hochqualifizierte,
- der *Anerkennung bzw. Akkreditierung von nicht-formal oder durch Berufserfahrung erworbenen Qualifikationen*,
- einen Aktionsplan für die *Förderung des Lebensbegleitenden Lernen*,

und schliesslich

- die Weiterentwicklung der Bildungs- und Ausbildungssysteme in punkto Qualität und Effizienz, Zugang zu Bildung und Ausbildung für alle, Öffnung der Bildungssystem gegenüber der weiteren Welt

vor.

Diese nun erreichte Phase in der Migrationspolitik der EU kann man damit als eine *Phase des Qualifikationswettbewerbs* bezeichnen. Die Wissensgesellschaft braucht also mehr und mehr Wissende: Humanressourcen sind die modernen Energiereserven bzw. Rohstoffe der Wirtschaft und Gesellschaft für Innovation, Wettbewerbskraft und Fortschritt.

### 1.3 Zur Mobilität im Gesundheitswesen

Es gibt zwar recht detaillierte Statistiken über die Zahl der ausländischen Erwerbstätigen und deren Entwicklung, die in regelmässigen Abständen vom Statistischen Amt der EU (Eurostat) herausgegeben werden. Sie sind jedoch nur selten nach Berufen und Berufsgruppen differenziert. Insbesondere Statistiken über die Mobilität sind nicht sehr aussagekräftig. Die zum Vergleich heranziehbaren Datensätze gehen auf 1995 zurück. Die Ausländerstatistiken unterscheiden auch nicht immer zwischen EU-Ausländern und denjenigen aus Drittstaaten.

Die höchsten Anteile von EU-Ausländern mit über 70 % aller Ausländer haben Luxemburg, Belgien und Irland, wovon die ersten beiden grosse Anteile an Grenzgängern und an Beschäftigten der EU-Verwaltung mit ihrer Peripherie aufweisen und in Irland sehr viele Briten berufstätig sind. Die niedrigsten Anteile haben Deutschland, Dänemark, Italien und Portugal mit 20 bis 30 %. Eine mittlere Gruppe bilden Frankreich, Griechenland, die Niederlande und das Vereinigte Königreich, wobei in Griechenland die 'offiziellen' Zahlen sehr niedrig sind, aber die Zahl der nicht registrierten Arbeitskräfte um ein Vielfaches höher sein dürfte.<sup>4</sup> Die Begründungen für diese Anteile sind für jedes Land allerdings unterschiedlich.

Die Frauenanteile an den EU-Migranten wachsen seit Mitte der 90er Jahre fast<sup>5</sup> durchgehend stärker als die der Männer mit in der jüngeren Zeit weiter zunehmender Tendenz. Trotz dieser Tendenz der Zunahme ihrer Anteile an der ausländischen Bevölkerung

---

<sup>4</sup> Vgl. Europäische Kommission/Eurostat, a.a.O. S. 120 ff.

<sup>5</sup> Ausnahmen davon sind Deutschland, Dänemark und Luxemburg

domieren aber in absoluten Zahlen hier immer noch die Männer mit ca. 65 % aller ausländischen Arbeitnehmer.

Zwischen der Mitte der 80er Jahre und der Mitte der 90er Jahre haben sich keine wesentlichen Verschiebungen in den Anteilen der ausländischen Erwerbsbevölkerung ergeben. Allerdings ist auffällig, dass die Anteile der Jugendlichen unter 24 Jahren unter den EU-Ausländern mit der Ausnahme Deutschlands<sup>6</sup> recht stark zurückging

Für den Gesundheitssektor gibt es leider derzeit unseres Wissens keine spezifischen Zahlen. Er wird unter den sonstigen Dienstleistungen aufgelistet, der alle personengebundenen Dienstleistungen erfasst. In Deutschland stiegen zwischen 1985 und 1995 die Anteile der Ausländer an allen Beschäftigten in den 'sonstigen Dienstleistungen' von 14,5 % auf 18,3 % und in Dänemark sind sie von 36,4 auf 41,7 % gestiegen.<sup>7</sup> Hierunter dürften in der Tat viele Beschäftigte sein, die in der Pflege bzw. im Gesundheitsdienst der beiden Länder tätig sind. Und die Zahlen dürften auf eine Ausweitung dieser Tätigkeiten schliessen lassen. Ob Hochqualifizierte (siehe oben) oder eher wenig Qualifizierte von dieser stärker Ausweitung betroffen sind, ist zwar nicht eindeutig belegbar, aber ich wage es, zu behaupten, das es sich auch hier zunehmend um qualifizierte bzw. hoch qualifizierte Fachkräfte handeln dürfte. Diese Hypothese möchte ich hiermit einmal zur Diskussion zu stellen.<sup>8</sup>

Wenngleich die Mobilität seit den 80er Jahren eher stagniert spielt der Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen, der weiter expandiert und zu einem Auffangbecken für wenig oder kaum fachlich qualifiziertes (vor allem weibliches) Hilfspersonal aus Drittstaaten wurde, eine Sonderrolle. Diese Dienstleistungen sind vielfach nur wenig attraktiv für einheimisches Personal. Dies ist ein allgemeines Phänomen in der EU. Eine gezielte Anwerbung

---

<sup>6</sup> Von Dänemark liegen keine Zahlen von 1995 vor, vgl. a.a.O. S. 124

<sup>7</sup> a.a.O. S. 126

<sup>8</sup> Es scheint auch für die Pflege eine wachsende Nachfrage nach höher Qualifizierten zu geben und in den vormaligen Hilfstätigkeiten eine Tendenz für eine stärkere Professionalisierung (Vgl. Landenberger, Margarete (2001): *Professionalisierungspfade der Pflege in Europa*, in: LebensLangesLernen, Expertisen zu Lebenslangem Lernen - Lebensarbeitszeiten - Lebensweiterbildungskonten, Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauens Nr. 44, Berlin S. 271 ff.

von ausländischen Hilfskräften und später auch Fachkräften oder gar Ärzten wurde erforderlich.<sup>9</sup> Die erweiterten Möglichkeiten zur innereuropäischen (EU-) Mobilität reichen scheinbar nicht aus einen Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage herzustellen, zumal der Bereich der personengebundenen Dienstleistungen insgesamt aber besonders der Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens aufgrund der genannten Faktoren wie der demographisch bedingten Alterung ein stark expandierender Bereich ist.

## **2. Die Anerkennungsproblematik**

Die Anerkennung der Berufsqualifikationen steht also wieder einmal ganz oben auf der Tagesordnung, allerdings nicht nur, um die Freizügigkeit abzusichern und Mobilität abzufedern, sondern um den Qualifikationswettbewerb voranzubringen und den europäischen Arbeitsmarkt insgesamt zu dynamisieren. Neue und flexiblere Verfahren und -systeme werden favorisiert. In der Analyse bedeutet dieses, dass die bisherigen Systeme zwar formal ausreichend sind, aber das praktische Handeln der Mitgliedstaaten und die angewendeten Instrumente nicht ausreichen.

Das Recht zur Freizügigkeit innerhalb der Gemeinschaft ist für alle Unionsbürgerinnen und -bürger einer der Grundpfeiler der Europäischen Integrationsanstrengungen. Seit Gründung der EWG im Jahre 1957 werden grosse Anstrengungen unternommen, die Ausübung dieses Rechts für die Arbeitnehmer und -nehmerinnen und die Angehörigen der selbständigen Berufe zu erleichtern. Neben der Schaffung entsprechender gesetzlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen wurden auch umfangreiche Förderprogramme zur grenzüberschreitenden Mobilität für Jugendliche in Ausbildung und für Erwerbstätige aufgelegt.

Ein zentraler Aspekt bei der Arbeitsaufnahme bzw. Niederlassung in einem anderen Mitgliedstaat ist die dortige Anerkennung der erworbenen Berufsqualifikation. Diese Anerkennung kann

---

<sup>9</sup> Neben dem Gesundheitswesen mit dessen vergleichsweise schlechten Arbeitsbedingungen und niedriger Bezahlung gibt es nur den Bausektor, in dem so viele ausländische Erwerbstätige (seit einigen Jahren insbesondere aus Drittstaaten) anzutreffen sind, hier sind die Arbeitsbedingungen i.d.R. noch schlechter als im Gesundheitswesen, die Bezahlung ist aber i.d.R. besser.

Voraussetzung sein für die Berufsausübung, wenn diese an eine entsprechende Qualifikation geknüpft ist, oder sie kann erforderlich sein, um einem potentiellen Arbeitgeber eine erworbene Qualifikation zu belegen. Für die Arbeitsaufnahme ist allerdings nicht immer eine förmliche Anerkennung des Berufs bzw. eine anerkannte Berufsausbildung erforderlich. Dies gilt insbesondere für Hilfskräfte und einfache Angestellte, die im Bereich der Altenpflege besonders zahlreich anzutreffen sind.

Die bestehenden Ansätze und Konzepte zur gegenseitigen Anerkennung und Transparenz von beruflichen Befähigungsnachweisen und ihre tatsächliche oder mögliche Anwendung auf die Gesundheitsberufe sind vom Cedefop für den Gesundheitsbereich analysiert worden<sup>10</sup>. Hierbei wurden die Anerkennungsverfahren für reglementierte Berufe sowohl nach den sektoralen und als auch nach den allgemeinen Richtlinien heangezogen.<sup>11</sup> Viele der Gesundheitsberufe, die in Deutschland meist im Rahmen der betrieblich organisierten Berufsbildung bzw. an 'Betriebsberufsschulen' bzw. Krankenhäusern ausgebildet werden, sind in vielen Mitgliedstaaten auf Hochschulebene angesiedelt, in anderen Mitgliedstaaten findet sie im (höheren) Sekundarbereich oder im berufsbildenden Tertiärbereich des formalen Bildungswesens statt, was die Umsetzung der Anerkennung und das effektive Geldendmachen der Qualifikationen in der Vergangenheit für deutsche Fachkräfte erschwert hat. Diese Tatsache findet mit der Richtlinie vom Mai d.J. stärkere Berücksichtigung, was die effektive Durchsetzung der Anerkennung von Qualifikationen des betreffenden Personenkreises wesentlich erleichtern dürfte.<sup>12</sup> Die erworbene Berufserfahrung soll stärker gewichtet and als gleichwertig bzw.

---

<sup>10</sup> Cedefop (2001): Mobility in the European health sector, The role of transparency and recognition of vocational qualifications, Mariann Skar, Cedefop Panorama Series, 69 p.

<sup>11</sup> Sektrale Richtlinien sind nach und nach seit 1977 verabschiedet und in geltendes Recht der Mitgliedstaaten umgesetzt worden. Die allgemeinen Richtlinien für Berufe im Hochschulbereich und im gehobenen bzw. höheren Berufsbildungsbereich wurden 1989 und 1992 vom Rat der EG verabschiedet worden.

<sup>12</sup> Mit der jüngst verabschiedeten Richtlinie 2001/19/EG zur Änderung der Richtlinien 89/48/EWG und 92/51 EWG über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise und der Richtlinien 77/452/EWG .....(der sektorspezifischen Richtlinien, der Autor)....über die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpfleger,...., des Zahnarztes, des Tierarztes, der Hebamme,...., des Apothekers und der Arztes sind wesentliche Änderungen vorgesehen, nämlich eine stärkere Berücksichtigung einschlägiger Berufserfahrung bei der Anerkennung und eine Stärkung der Rechtsposition der Antragsteller.



zusätzlich anerkannt werden ebenso soll dadurch die Rechtsstellung der Antragsteller gestärkt werden.

Aus **europäischer Sicht** ist der Abbau von Mobilitätshemmnissen und die Beseitigung von möglichen Diskriminierungen von Nicht-Inländern prioritär. Der gemeinsame Markt umfasst nach den Verträgen auch einen gemeinsamen Arbeitsmarkt für abhängig oder selbständig Beschäftigte und für die Erbringung von Dienstleistungen. Seit einigen Jahren trat daneben die Realisierung einer wissensbasierten europäischen Gesellschaft in den Vordergrund, die durch eine verstärkte berufliche Mobilität entscheidend vorangetrieben werden soll.<sup>13</sup> Dabei wird die Schwierigkeit, die in einem Mitgliedstaat erworbene Qualifikationen in einen anderen ohne Weiteres zu übertragen, als ein entscheidendes Hindernis für den Austausch, die Vernetzung und Zusammenarbeit von Führungs- und Fachkräften bzw. Humanressourcen insgesamt angesehen.<sup>14</sup>

Aus **Sicht** des jeweiligen Mitgliedstaates steht das Erfordernis im Vordergrund, den Arbeitsmarkt optimal mit geeigneten Fachkräften zu versorgen. Förmliche Berufsqualifikationen bzw. Berufsabschlüsse belegen, dass die Kompetenz zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten effektiv vermittelt wurde. Sie gewährleisten bestimmte Standards in der Berufsausübung. Wichtige Akteure – staatliche Stellen, Sozialpartner, Kammern oder auch Berufsorganisationen - definieren in Wahrnehmung ihres öffentlich-rechtlichen Mandats die Anforderungen an die Kenntnisse und Fertigkeiten in dem entsprechenden Sektor und haben eine gewisse Regelungs- oder Prüfungsbefugnis. Zusätzlich kontrollieren sie die Qualität der Ausbildung durch die Anbieter und die Prüfungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Sie garantieren somit die Qualität der Ausbildung und die Qualifikation der Absolventinnen und Absolventen..

Aus **individuelle Sicht** von EU-Bürgerinnen und Bürgern, die von ihrem Recht auf Freizügigkeit Gebrauch machen wollen, besteht der Wunsch, die in ihrem Herkunftsland nach den dortigen Regelungen erworbene Berufsqualifikation im Aufnahmeland

---

<sup>13</sup> vgl. das Weissbuch der Europäische Kommission, S. 24 ff.

<sup>14</sup> z.B. CEDEFOP, Info zur beruflichen Bildung in der europäischen Union 2/2001, S.1

schnell und reibungslos anerkannt zu bekommen. Einem potentiellen Arbeitgeber soll darüber hinaus der Erwerb von Kompetenzen<sup>15</sup> deutlich gemacht werden, die einem Berufsabschluss im Aufnahmeland (mindestens) vergleichbar sind.

Die Akzeptanz eines Anerkennungsverfahrens setzt voraus, dass konfligierende Interessen berücksichtigt werden.

Solche konfligierenden Interessen können sein:

- Machterhalt der Berufsverbände und Ausbildungsträger eines Bereichs;
- Protektion des entsprechenden Arbeitsmarktsegmentes;
- Minderwertigkeitskomplexe von Personen ohne gegenüber denjenigen mit weiterführender Bildung;
- Überheblichkeit der Fachleute Qualifikationen gegenüber, die sie nicht ausreichend kennen und schätzen gelernt haben, und nicht zuletzt:
- das Preis-, Leistungsverhältnis bezogen auf die Ausbildungskosten und -erträge und zwar sowohl volkswirtschaftlich als auch betriebswirtschaftlich;

Im Bereich der allgemeinen Richtlinien zur gegenseitigen Anerkennung von Berufs- bzw. Hochschulabschlüssen besteht für die anwendende Verwaltung ein erheblicher Gestaltungsspielraum. Dies hat natürlich Vor- und Nachteile: Ein restriktives oder protektionistisches Verhalten ist genauso möglich wie ein, liberale und pragmatische Gesichtspunkte in den Mittelpunkt stellende, kundengerechtes Verhalten.

Die Umsetzung und Effektivität der rechtlichen Regelungen anhand der benannten Kriterien und angesichts ihrer beabsichtigten Auswirkungen wird im Rahmen einer Diplomarbeit an der Verwaltungs-Fachhochschule Berlin bezogen auf die Gesundheitsfachberufe derzeit geprüft. Dies ist eine interessante Untersuchung. Hier wird eine Aufklärung darüber erwartet, welche Auswirkungen diese Verhaltensweisen auf das Konzept der

---

<sup>15</sup> [Kompetenzen werden hier als die für eine bestimmte Berufstätigkeit oder einen bestimmten Beruf erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse verstanden](#)

Mobilität haben, wie es von der Europäischen Kommission vertreten wird.

Zur Zahl der Antragsteller für eine Anerkennung ihrer Diplome und sonstigen Befähigungsnachweise gab es im Jahre 1996 einen ausführlichen Bericht der Europäischen Kommission, Generaldirektion Binnenmarkt, auf den wir zurückgreifen können. Die reale Zahl der 'mobilen' Fachkräfte dürfte allerdings sehr viel höher sein, als diejenige der Antragsteller, zumal hier nur die mittleren und gehobenen bzw. höheren Fach- und Führungskräfte ausgewiesen sind und nicht die Hilfs- und Fachkräfte für einfachere Berufstätigkeiten in der Pflege und in den Krankenhaus- bzw. privaten Diensten.

Diese Übersicht zeigt, dass weniger Gesundheitsfachkräfte zwischen den EU-Staaten gewandert sind als in die EU aus Drittstaaten eingewandert sind. Dies trifft insbesondere für Ärzte zu.

**Tabelle 1:** Zahl der Gesundheits-Fachkräfte als Antragsteller für eine Anerkennung von Befähigungsnachweisen in den Mitgliedstaaten der EU aufgrund von sektorspezifischen und allgemeinen Richtlinien sowie bilateralen Abkommen aus den EFTA-Staaten und aus Drittstaaten. von 1993 bis 1996

	1993-94	1995-96	INSG.
Zahnärzte	425	921	1346
EFTA	25	7	32
Fachärzte		16	16
Ärzte	3545	5095	8640
EFTA	122	102	224
Fachärzte	476	1633	2109
EFTA	23	43	66
Dienstleistende Ärzte	283	309	592
bilaterale Abkommen	534	1577	2111
Drittstaatler	7217	7307	14524
Hebammen	326	319	645
EFTA	0	3	3
Krankenschwestern/-pfleger	3739	3470	7209

(allgemein)			
EFTA	7	59	66
<i>Paramedizinisches Personal (inkl. sonstiger Gesundheits- und akademischer Berufe)<sup>16</sup></i>			
Homöopathen			25
Heilpraktiker			10
Orthopäden			1
Physiotherapeuten			1578
Psychologen/Physiotherapeut en			222
Röntgenologen			73
Krankenpflege: Lehrer/Ausbilder			153
Logopäden			303
Diätisten			44
Berufskrankheitstherapeuten			188
Augenoptiker			163
Orthopädietechniker/- mechaniker			6
Hörgerätetechniker/- mechaniker/-in			6
Anerkannter (Mikro- )Biologe (m/w)			33
Anerkannter 'Chemist'			183
Labortechniker/-in			82
Zahntechniker/-in			32
Heilgymnastiker/-in			102
Masseur/-rin			30
Apotheker/-in	306	0	306
Drittstaatler	572	0	572
Apothenehelfer/innen			6
Sozialarbeiter/-pädagogen			120
Tierärzte	472	0	472
Tierarztklärung	147	0	147

<sup>16</sup> davon gehören allerdings je nach einzelstaatlichen Gepflogenheiten einige zur Gruppe der Fachärzte

bilaterale Abkommen	814	0	814
Drittstaatler	555	0	555
<b>INSGESAMT</b>	<b>19 588</b>	<b>20 861</b>	<b>43 809</b>

In allen Sparten und in allen Mitgliedstaaten wurden zwischen 1993 und 1996 53182 Anträge auf Anerkennung gestellt. Darunter kamen 82 % oder 43809 aus dem Gesundheitssektor und weniger als 18% (in der Hauptsache Lehrer/innen) aus anderen Sektoren. 1997/98 gab es 13522 Antragsteller, d.h. jedes Jahr seit 1993 waren es im Durchschnitt 11117 (alle Sparten). Das Vereinigte Königreich, Deutschland und Frankreich waren die Länder mit den meisten Antragstellern aus anderen Ländern (nicht nur EU).

Die Analyse der Periode von 93 bis 96 zeigt, dass in 15,5% der Fälle Kompensationsmassnahmen notwendig waren (spezielle Probezeit bei 63% und Prüfung bei 37% ). Es 1 781 erfolgten Ablehnungen, was einer Quote von 12% entspricht.<sup>17</sup>

Tabelle 2 gibt Hinweise über die Länder, die die meisten anerkannten Qualifikationen vorweisen und über die Herkunftsländer.

**Tabelle 2** Anerkennung von Diplomen nach Herkunftsländern: 1995- 98 (<sup>18</sup>)

<b>Member States which recognise diplomas</b>	<b>Member States from which they originate</b>
---	--

<sup>17</sup> Bericht der Kommission über die Anwendung der Richtlinie 92/51 EWG an den Rat und das Parlament  
<sup>(18)</sup> The figures come from 'Report on the application of Directive 92/51/EEC to the Council and the European Parliament' Markt/D4/8052/6/99. For the most part the given information for 1995-96 of the report has been obtained from the northern Member States (Denmark, Germany, Austria, the Netherlands, Sweden, Finland and the United Kingdom) and from Italy. Of the EEA states, only Liechtenstein provided statistics. For various reasons, the southern Member States did not supply information to the Commission (Portugal, Spain, Greece: few migrations; France: information not available; Ireland, Luxembourg: no applications. For 1997-98 complete data were received from all EU including EEA Member States except Greece.

Norway 1 535	Sweden, UK, Greece
Germany 1 589	Netherlands, UK and Belgium
Luxembourg 283	France, Germany and Austria
Spain 229	Germany, UK and France
UK 279	Ireland, Netherlands and Finland
Austria 255	Germany
Denmark 137	Germany and Sweden
Italy 69	Germany
France 37	Belgium
Ireland 36	UK
Sweden 52	Finland, Denmark, Norway and Iceland
Netherlands 33	Germany and Belgium
Portugal 20	France and Spain
Finland 24	Sweden
Liechtenstein 18	Austria and Germany
Belgium 7	Netherlands

Kommentar [DQC1]: modified margin

Quelle: Report on the application of Directive 92/51/EEC <sup>(19)</sup> to the Council and the European Parliament.

Die Länder, die die meisten Qualifikationen exportieren sind ersichtlich aus Tabelle 3

**Tabelle 3** Export von Diplomen je nach Land 1997-98

Member States which export their diplomas	To :
Sweden 701	Norway (620), Denmark (30), Finland (15) and UK (13)
UK 580	Norway (460), Germany (54) and Spain (32) and Ireland (21)
Netherlands 574	Germany (504), UK (36) and Spain (12)

<sup>(19)</sup> Amtsblatt (EWG) L209 vom 24. Juli 1992 S.. 25.

Germany 307	Spain (75) , Austria (68), Luxembourg (37), Italy (32), Norway (34) and Denmark (27)
France 277	Luxembourg (206), Spain (38) Germany (10)
Denmark 142	Norway (86), Germany (27) and Spain (18)
Spain 136	Norway (98), Germany (14), UK (11)
Austria 131	Norway (51), Germany (42) and Luxembourg (24)
Belgium 124	Germany (53), France (35), Luxembourg (11) and Spain (10)
Greece 111	Norway (93), Germany (7)
Finland 101	Norway (35), Sweden (22), UK (22)
Ireland 89	UK (77) Norway (18)
Iceland 52	Germany (35) Norway (16)
Italy 47	Spain (22) Germany (13)
Portugal 28	Germany (12) Norway (8)
Luxembourg 14	Germany (13)
Norway 7	Germany
Liechtenstein 4	Germany

*Quelle:* Report a.a.O.

Die wichtigsten Bewegungen gehen aus der Tabelle 4 hervor.

**Tabelle 4** Mobilität von Gesundheitsfachkräften

<b>Main health professions for which free movement occurs under the directive 92/51/EEC</b>
Physiotherapists (moving to Germany)
Specialist nurses (moving to Austria, Spain, Germany, France, Luxembourg and UK)
Opticians (moving to France)
Dental hygienists (moving to UK) and dental technicians (moving to Portugal)

Masseurs (moving to Italy)
Childcare workers (moving to Austria and Italy)

Quelle: Report a.a.O..

Die grosse Zahl spezialisierter Krankenpflegekräfte die zwischen Österreich, Spanien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und UK sowie Kinderbetreuungsfachkräfte, die nach Österreich und Italien wanderten lässt sich dadurch erklären, dass eine grosse Zahl dieser Fachkräfte in den entsprechenden Ländern ausgebildet wurde. Kindergärtnerinnen wandern bevorzugt von Deutschland nach Österreich und Physiotherapeuten aus den Niederlanden nach Deutschland. Eine niedrigere Zahl von Massagefachkräften und Röntgeneassistenten/innen wanderte nach Italien. In den Jahren 97 und 98 zeigte sich eine stärkere Wirkung der 2. allgemeinen Richtlinie von 1992 (92/51/EWG). Es war mit 4 603 Fällen eine um das Dreifache höhere Zahl zu verzeichnen

Auf der Grundlage der Statistik können einige Anmerkungen gemacht werden:

- (a) Länder, die Qualifikationen exportieren erhalten nur wenige zurück;
- (b) Länder, die viele Anerkennungen aussprechen exportieren wenig;
- (c) Migration findet in relativ homogenen Regionen statt: im deutsch-sprachigen Raum, in der nordischen (skandinavischen) Region, Belgien/Luxemburg/Frankreich, UK/Irland, etc.
- (d) Es gibt in grenznahen Bereichen insgesamt mehr Bewegungen.

Der UK - Council for Professions Supplementary to Medicine (CPSM) erstellte Statistiken über registrierte Mitgliedschaften aus Übersee (wozu EU und EWR Länder gezählt werden), was Rückschlüsse auf die Migration in diesem Bereich zulässt.

**Tabelle 5** Der Anteil ausl. Fachkräfte unter den "UK professions supplementary to medicine," 1999.

PROFESSION	EU/EEA	UK	OVERSEAS	TOTAL
N	A		AS	L



Orthoptists	6	1 244	18	1 262
Arts therapists	31	1 390	57	1 447
Prosthetists/Orthotists	21	676	34	710
Physiotherapist	513	28 811	2325	31 138
Occupational therapists	119	19985	874	20859
Radiographers	198	19 314	523	19 837
Dieticians	134	4 512	338	4 850
M.L.T	56	20 903	280	21 183
Chiropodists	58	8 139	144	8 283

Obwohl UK ein Land mit den grössten Anteilen an Empfängern von Gesundheitsfachberufen ist, so beträgt der Anteil der EU/EWR Ausländer doch auch hier mit 1 136 von 109 569 nur rund 1 % der Beufsausübenden insgesamt.

Diese Daten betrafen Antragsteller aus dem Bereich der allgemeinen Richtlinien (von 1989 und 1992). Ärzte, Krankenschwestern bzw. -pfleger und Zahnärzte sind durch sektorspezifische Richtlinien erfasst, über deren Zahl geben die folgenden Übersichten Auskunft.

**Table 6** Zahl der Ärzte, die ihre Anerkennung zur Berufsausübung in einem anderen Land erhielten als in dem, wo sie ihre erste Qualifikation erwarben von 1981-97.

	B	D	D	EL	E	F	IR	I	L	N	A	P	FI	S	U	To
		K					L			L			N		K	tal
1981	13	5	478	129		52	57	17	12	93					546	1402
1983	19	9	1018	402		75	35	20	7	45					567	2197

1984	36	7	989	346		62	34	23	5	54					302	1858
1985	31			D	F	64	30	21	8	53					332	918
1986	67	6	749	332	49	114	32	23	7	76		15			445	1915
1987	102	14		290	154	129	25	51	11	92		31			995	1894
1988	129	16		311	54	157	19	52	11	73		64			1309	2195
1990	153	14		256	64	117	43	68	10	57		26			1020	1828
1991	182	10		205	51	136	40	79	3	64		26			956	1752
1993	149	24						58	18	89					1157	1495
1995	126	48		101				59	48	60	107	20	71		1796	2436
1996		108				1881		40		76	75		57			2237
1997	149	73		92	203		73	81		161	74		69	80	1908	2963

*Quelle:* Commission of the European Communities, Directorate General for Internal Market and Industrial Affairs; statistical tables relating to the migration of doctors: 1981, 1983-88, 1990-91, 1993, 1995-97.

Deutschland hat seit 1986 keine Daten mehr geliefert. Es gibt scheinbar generell einen leichten Zuwachs an migrierenden Ärzten.

Allerdings: nur ungefähr 1,7 pro 1 000 Ärzte erhalten danach eine Anerkennung in einem anderen Mitgliedstaat.

Für die Krankenpflege haben wir ebenfalls Hinweise

**Tabelle 7** Krankenpflegefachkräfte (allgemein), die ihre Anerkennung zur Berufsausübung in einem anderen Land, als in dem ihrer ersten Qualifikation erhalten haben. 1981-97.

	B	D K	D	EL	E	F	IR L	I	L	NL	A	P	FI N	S	U K	To tal
19 81	80	9	13 2	2		14 7	53 5	44	64	63					23 9	13 15
19 83	66	10	17 8	3		27 8		35	65	56					35 5	10 46
19 84	49	12	35	4		32 9	15 0	38	71	81					60 6	13 75
19 85	41	13	13 2	5		20 5		41	10 1	79					67 4	12 91
19 86	74	14	66	8	30	19 0		31	10 7	64		3			53 0	11 17
19 87	59	8		2	61	18 8	12 1	42	12 9	13 6		19			10 02	17 67
19 88	48	12		4	54	18 2	20 2	51	13 4	52		64			58 6	13 89
19 90	50	18		7	45	29 3		66	19 3	92		23			76 1	15 48
19 91	61	8		10		14 81	53 4	84	15 4	13 4		29			62 7	31 22
19 93	77	17		7		41 0		75	20 0	70		29			43 8	13 23
19 95	58	48		13			59 0	25		10 4	10 8	43	4	40	75 6	17 89
19 96		31						42		30 1	74	40		26	10 41	15 55
19 97	55	30		11	81	18 6		37		20 0			5	44	11 71	18 20

*Quelle:* Commission of the European Communities, Directorate General for Internal Market and Industrial Affairs; statistical tables relating to nurses responsible for general care: 1981, 1983-88, 1990-91, 1993, 1995-97.

Die Mobilität der Krankenpflegeberufe scheint danach relativ stabil zu sein. Im Zuge der Erweiterung der EU gab es allerdings eine Zunahme.

Ein ähnliches Bild wie bei den Allgemeinärzten ergibt sich bei den Zahnärzten, hier ist eine Zunahme insbesondere aus UK und Spanien zu vermelden.

Insgesamt dürfte es allerdings im Gesundheitssektor eine stärkere Wanderung geben als es durch diese Daten ausgedrückt wird. Grenznahe Mobilität wurde nicht genau erfasst zum Beispiel. Auch ist nicht bekannt, inwieweit die Arbeitgeber immer auf dem Nachweis einer förmlichen Anerkennung bestehen. Wenn sie vorher schon Graduierte von anerkannten Ausbildungsstätten eingestellt haben, mögen sie auf einen solchen Nachweis im Einzelfall verzichten. Darüberhinaus sind die Verfahren zur Anerkennung im öffentlichen und privaten Bereich vielfach unterschiedlich.

### **3. Schlussfolgerungen und Ausblick**

Die Mobilität von EU-Arbeitskräften ist nicht wie nach der Einführung des Binnenmarktes 1993 erwartet wesentlich angestiegen. Allerdings sind die Anteile der EU-Ausländer wie gezeigt in den einzelnen Ländern höchst unterschiedlich. Während die Quantitäten der Wanderungen stagnieren, ändert sich jedoch die Qualität. Migration ist nicht mehr vorwiegend Emigration. Es gibt inzwischen eine sogenannte fließende Migration, die durch die Wanderung in das eine Land, die Weiterwanderung in das nächste und/oder Rückwanderung gekennzeichnet ist. Die Komplexität und Vielfalt nimmt zu angesichts des Entstehens einer

sog. Mosaik-Gesellschaft<sup>20</sup>. Die Menschen leben länger und in besserer Gesundheit, bedürfen einer effektiven Pflege und medizinischen Betreuung bzw. allgemeiner Unterstützung. Gleichzeitig nimmt die Geschwindigkeit und Komplexität des Wandels bei wachsenden Unsicherheiten im Allgemeinbefinden zu. Die Entfernungen schrumpfen durch moderne Kommunikations- und Verkehrsmittel bzw. transnationale Netze. Kinder- und Altenpflege werden wichtiger ebenso wie sonstige personengebundene Dienstleistungen (Wäsche, Reinigung, Haushaltsführung und Gartenarbeit). Viele neue Beschäftigungen entstehen einerseits aber es bestehen vielfach prekäre und informelle Beschäftigungen mit zum Teil wenig qualifizierten Arbeitskräften fort andererseits. Während die Mobilität der Hochqualifizierten zunehmen dürfte, dürfte gleichzeitig die der wenig Qualifizierten eher abnehmen. Eine zunehmende Polarisierung zwischen den höher Qualifizierten und den wenig Qualifizierten dürfte die Folge auch unter Bezug auf die Mobilität sein, wobei deren Kosten und der entsprechende allgemeine Aufwand an Zeit und Anstrengung ebenfalls eher zunimmt.

Zu dem sog. 'digital divide' beim Zugang zu Information und Kommunikation kommt somit der 'social divide' bei den Arbeitsbedingungen und Vergütungen zwischen den unterschiedlich Qualifizierten sowie beim Zugang zu entsprechenden Leistungen. Die umfassende Professionalisierung der personengebundenen Dienstleistungen, ihre Effizienzsteigerung und Kundenorientierung müssen mit der anstehenden und propagierten Neurogenisierung des Gesundheitswesens einhergehen. Neue Qualifizierungswege und -pfade müssen geöffnet werden und neue bzw. erneuerte Berufsprofile als Masstab für eine bessere Ausbildung entwickelt werden. Hierbei kann man durchaus von der Erfahrung in unseren Nachbarländern lernen: Die Niederlande, Frankreich und teilweise das Vereinigte Königreich bieten lehrreiche Beispiele zumindest in einigen Segmenten. Die zwar nicht enorm aber insgesamt jedoch zunehmende Mobilität der Gesundheitsfachkräfte, die in Zukunft weiter erleichtert werden dürfte, dürfte einen wichtigen Beitrag zu diesem Erfahrungsaustausch und zur weiteren Professionalisierung

---

<sup>20</sup> Ducatel, Ken and Jean Claude Burgelman (1999): *Employment Map, The futures project, Joint Research Centre of the European Commission,( IPTS);Seville pp. 43*

der entsprechenden Berufe leisten.. Fehler lassen sich vielfach vermeiden, wenn man die Entwicklungen in den anderen Staaten in die eigenen Überlegungen frühzeitig mit einbezieht.

Die wesentlichen Mobilitätsbarrieren dürften uns jedoch noch eine Weile begleiten:

- Sprachbarrieren
- Barrieren, die in der Unterschiedlichkeit der Sozialversicherungssysteme gründen
- Kulturelle Barrieren
- Lebens-, Wohnungs- bzw. Ausbildungsbedingungen
- Beschäftigungsperspektiven allgemein

Eine ganz allgemein festzustellende gestiegene Motivation zur Mobilität<sup>21</sup> entspricht noch nicht deren Realisierung. Es gibt noch zu viele Informations- und Kommunikationslücken, die - zwar auch aber *nicht nur* - sprachlich bedingt sind. Sie liegen auf individueller Ebene, auf institutioneller, nationaler und europäischer Ebene. Letztere kann nur beschränkt fördernd eingreifen. Die Institutionen der Mitgliedstaaten müssen selbst stärker zusammenarbeiten und sich austauschen, nachhaltig und langfristig wirksame Partnerschaften eingehen und ihre Fachkenntnisse und ihr Personal austauschen. Nur dann kann auf Dauer eine stärkere Integration der Arbeitsmärkte erfolgen. Eine formale Abschottung ist zwar immer weniger festzustellen, aber sie ist vielfach, zumindest in den Köpfen, noch immer manifest.

Die Transparenz der Systeme und eine gewisse Angleichung der institutionellen, betrieblichen und nationalen Rahmenbedingungen bleiben noch herzustellen. Das vom Cedefop und der Kommission eingerichtete Forum zur Transparenz von Berufsqualifikationen hat einige Aktionsvorschläge gemacht, die derzeit umgesetzt werden (vgl. das bereitgelegte Dokument). Es wird seine Tätigkeit auf das Gebiet der Anerkennung nicht-formalen Lernens ausweiten. Referenz- und Informationszentren sind im Aufbau begriffen, damit die Bürgerinnen und Bürger sich über ihre Rechte und Pflichten bei beabsichtigter oder realisierter Mobilität besser

---

<sup>21</sup> Vgl. hierzu die Ergebnisse des jüngste Eurobarometers zur Einstellung der Jugend in EU-Europa

informieren können. Ausbildungsnachweise sollen transparenter gestaltet und Diplom- bzw. Zertifikatsbeilagen bereitgestellt werden etc. Verbindliche, zielgerechte, bürgernahe und zuverlässige Information ist ein knappes Gut und dies trotz der immer wirksameren Verbreitung von Informationen allgemein in Zeiten des Internet, der Mobiltelefone und des e-mails.