

Grenzenlos glücklich?

Wie Integration gelingen kann Globalisierung und Pflege – was haben diese beiden Themen miteinander zu tun? Und wie berührt uns das als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger in unserer täglichen Arbeit? Der folgende Artikel will aufzeigen, welchen Einfluss der Prozess der Globalisierung auf die Bereiche Arzneimittelherstellung bzw. Dienstleistungen wie die Pflege hat und welche Folgen die Migration von Gesundheitsfachpersonal mit sich bringt.



Dmitriy Melnikov/Fotolia.com

Die Globalisierung macht auch vor dem Pflegesektor längst nicht mehr halt.

– Eva-Maria Wagner –
Der Begriff Globalisierung taucht oft auf in den Medien. Was versteht man darunter? Die OECD definiert Globalisierung als den „Prozess, durch den Märkte und Pro-

duktion in verschiedenen Ländern immer mehr voneinander abhängig werden – dank der Dynamik des Handels mit Gütern und Dienstleistungen und durch die Bewegung von Kapital und Technologie.“¹

Die Globalisierung geht jedoch weit über die wirtschaftliche Verflechtung verschiedener Märkte hinaus, wie zum Beispiel das Thema Erderwärmung und die damit verbundenen Probleme zeigen. Auch in der Po-

litik und in der Kultur ist der Prozess der Globalisierung fortschreitend. Gesundheitsprobleme überschreiten alle Grenzen, das haben Erkrankungen wie AIDS und SARS gezeigt² und in allerjüngster Zeit Ebola.

Globalisierung am Beispiel Arzneimittelherstellung

Im Rahmen der Globalisierung der Weltwirtschaft kommt es zur Verlagerung von Produktionsstätten in Länder mit niedrigerem Lohnniveau und häufig auch geringeren gesetzlichen Auflagen zum Arbeitsschutz, mit eingeschränkten Rechten auf Selbstorganisation der Arbeitnehmer u. a. Auch Unternehmen, die Produkte für das Gesundheitswesen herstellen, nutzen diese Möglichkeiten. Fast alle in Deutschland verordneten Antibiotika und Cortisonpräparate werden in Indien und China hergestellt. Vier von fünf Arzneimittelwirkstoffen auf dem deutschen Markt kommen aus diesen Ländern.³ Lieferschwierigkeiten in den Herstellerländern führen teilweise zu mangelnder Verfügbarkeit in Deutschland, da hier aus Kostengründen die Lagerkapazitäten reduziert werden. Dieses Phänomen wird als „drug shortage“ bzw. Arzneimittelengpass bezeichnet. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) definiert Arzneimittelengpässe als eine über zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung.⁴ Im Jahr 2012 traten u. a. Lieferengpässe auf bei Acetylsalicylsäure zur parenteralen Anwendung (im Rettungsdienst ein wichtiges Medikament bei Patienten mit Herzinfarkt), bei verschiedenen Antibiotika, bei Heparinspritzen sowie bei den Zytostatika Carboplatin und Doxorubicin, die auch in der Kinderonkologie verwendet werden.⁵ Im Jahr 2013 betraf das Problem der Arzneimittelengpässe Impfstoffe wie z. B. den Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff. Seit 2013 gibt es bei der BfArM ein Online-Register für Arzneimittel, die bei schweren Erkrankungen eingesetzt werden und für die es keine Alternativpräparate gibt. Arzneimittelunternehmen sind dazu angehalten, rechtzeitig solche Engpässe zu melden, d. h. möglichst sechs Monate im Voraus. Kritiker bemängeln, dass diese Meldungen lediglich auf freiwilliger Basis erfolgen und für die betreffenden Firmen keine Konsequenzen haben – diese müssen die Patien-

ten tragen: 2015 mussten bundesweit 34 hämatologisch-onkologische Zentren Blutstammzelltransplantationen zur Therapie von Leukämien und Lymphomen verschieben, da das Arzneimittel Alkeran® (Wirkstoff Melphalan) zeitweise nicht lieferbar war, das zur Vorbereitung der Transplantation verabreicht wird.⁶

Globalisierung am Beispiel Dienstleistungen

Auch Dienstleistungen können vom Prozess der Globalisierung erfasst werden, beispielsweise erstellen IT-Abteilungen in Indien die Abrechnungen für deutsche Unternehmen. Dieses Phänomen der Verlagerung von unternehmerischen Funktionen und Prozessen ins Ausland wird als „offshoring“ oder Auslandsverlagerung bezeichnet.⁷ Medizinische Behandlungen durch Zahnärzte oder Reproduktionsmediziner werden in anderen Ländern häufig günstiger angeboten als in Deutschland. Die Mehrzahl aller am Menschen erbrachten Dienstleistungen muss allerdings im Inland erbracht werden. Dies betrifft im besonderen Maß die Pflege.

Heute gibt es weltweit einen Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal, sowohl in den Ländern des globalen Nordens (früher als Industrieländer bezeichnet) als auch in den Ländern des globalen Südens (früher als Schwellen- und Entwicklungsländer bezeichnet). Gleichzeitig beklagen Pflegepersonen weltweit eine mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit, die sich in den Arbeitsbedingungen widerspiegelt: die niedrige Entlohnung, die eingeschränkte bis fehlende Selbstbestimmung, die beschränkten Aufstiegsmöglichkeiten, die körperlichen und seelischen Belastungen. Laut WHO herrscht in 57 Ländern der Welt ein solcher Mangel an Gesundheitspersonal, dass dort nicht einmal die Gewährleistung grundlegender Gesundheitsleistungen wie Geburtshilfe und Impfungen möglich ist.⁸ Geografisch betrachtet verstärkt sich die Migration aus Ländern des globalen Südens in Länder des globalen Nordens und von Osten nach Westen, da Menschen durch grenzüberschreitende Wanderung ihre ökonomische Lage zu verbessern versuchen.⁹ Dies verschlechtert die Lage in den Ländern des globalen Südens.

Migration innerhalb Europas

Innerhalb Europas gibt es ein großes Gefälle bezüglich des Einkommensniveaus und des Lebensstandards. In vielen osteuropäischen Ländern bestimmen Arbeitslosigkeit und Armut das Leben eines Großteils der Bevölkerung. Löhne und Renten liegen teilweise unter dem Existenzminimum und werden nicht durch das staatliche Sozialsystem ausgeglichen. Auf der anderen Seite steigen die Verbraucherpreise mehr und mehr auf das westeuropäische Niveau. Ein defizitärer Staatshaushalt führt zwangsläufig zu reduzierten Staatsausgaben für soziale Leistungen und für die Gesundheitsversorgung der Bürger. Die Stellen für qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal werden gekürzt. Aufgrund dieser Entwicklungen kommt es zur Migration. Unter Migration versteht man die dauerhafte Verlagerung des Wohnorts in ein anderes Land. Für die Migration von Gesundheitsfachpersonal aus ost- und südeuropäischen in westeuropäische Länder gibt es folgende Gründe:¹⁰

- Niedriges Arbeitslohniveau im Gesundheitswesen des Heimatlands
- Schwierige Arbeitsumstände (veraltete Ausstattung)
- Lange Wochenarbeitszeiten oder/und Nebenjobs, z. B. in Ungarn oft 70- bis 80-h-Woche üblich, im Vergleich zur europäischen Arbeitszeitdirektive mit der Begrenzung auf maximal 60 h/Woche
- Die Wirtschafts- und Finanzkrise seit 2008, die zu Einstellungsstopp oder Entlassungen im staatlichen Gesundheitswesen führen

Weltweit migrieren schätzungsweise 200.000 Menschen pro Tag. Etwa die Hälfte der Migranten ist weiblich.¹¹ Innerhalb der Mitgliedsstaaten der EU ziehen jährlich ca. zwei Millionen Menschen um.

Migration von Gesundheitsfachpersonal als Frauenbewegung

Die Migration von Gesundheitsfachpersonal zeichnet sich durch folgende Besonderheiten aus:¹²

- Entsprechend dem weltweit hohen Frauenanteil in diesen Berufen ist diese Form der Migration vorwiegend weiblich
- Die Migration ist legal



grafikplusfoto/Fotolia.com

80 Prozent der Arzneimittelwirkstoffe auf dem deutschen Markt kommen aus China und Indien.

- Es kommt zu einer Migration auf Zeit, was in der Soziologie als Transmigration oder Pendelmigration bezeichnet wird, d. h. Menschen migrieren aus ihren Heimatländern in die Erwerbsländer und wieder zurück ins Heimatland
- Es kommt zur Entwicklung der „transnationalen Mutterschaft“: Die meisten Migrantinnen lassen im Heimatland eine Familie zurück, deren Lebensbedingungen sie durch ihre Berufstätigkeit im Ausland verbessern wollen, sie halten jedoch engen Kontakt mit ihrer Familie

Für viele Heimatländer sind die Rücküberweisungen der Migrantinnen eine wichtige Einnahmequelle. Auf den Philippinen entsprechen die Rücküberweisungen etwa fünf Prozent des Bruttosozialprodukts des Landes. Laut Schätzungen der Weltbank sind die Rücküberweisungen von Arbeits-

migranten in ihre Herkunftsländer etwa doppelt so hoch wie die Summe der gesamten weltweiten Entwicklungshilfegelder: 2010 wurden 325 Milliarden US-Dollar transferiert.^{13,14}

Pflegenotstand in Deutschland

Die Migration von Gesundheitsfachpersonal in die Bundesrepublik Deutschland ist kein neues Phänomen. Seit den 1960er-Jahren wurde von der Bundesrepublik Deutschland offiziell mithilfe von Staatsverträgen ausländisches Pflegepersonal angeworben.¹⁵ In der Zeit bis 1973 kamen die Arbeitsmigrantinnen aus Südkorea und den Philippinen.¹⁶ Allein aus Südkorea kamen über 10.000 Krankenschwestern, das Land gehörte damals zu den ärmsten Ländern der Erde und konnte diesen Frauen kaum eine Perspektive bieten. Etwa die Hälfte der südkoreanischen Krankenschwestern blieb in Deutsch-

land, die anderen kehrten in ihr Heimatland zurück oder wanderten in Drittstaaten weiter, vorwiegend in die USA und Kanada.¹⁷ Während des Konjunkturabschwungs („Ölkrise“) verbot die Bundesregierung 1973 die weitere Anwerbung von koreanischem Pflegepersonal.¹⁸ Ende der 1970er-Jahre war der Bedarf an Pflegepersonal gesunken durch den Abbau von Krankenhausbetten. Aber in den 1980er-Jahren kam es wieder zu einem Mangel an Pflegepersonal. Deutsche Kliniken warben nun Gesundheitsfachpersonal aus Österreich und aus verschiedenen osteuropäischen Ländern an. Um die Jahreswende 1988/1989 wurden die Begriffe „Pflegenotstand/Pflege in Not/Not der Pflegenden und Gepflegten“ zu Schlagwörtern in der allgemeinen sowie in der Fachöffentlichkeit. Im Vorfeld der Tarifverhandlungen kam es zum allerersten Mal unter dem Pflegepersonal zu Warnstreiks, mit denen

auf die Probleme in der beruflichen Pflege hingewiesen werden sollte, zu denen u. a. Personalmangel, Nachwuchsmangel sowie eine hohe Fluktuation zählten. Mit der Öffnung der Berliner Mauer im November 1989 und der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten 1990 kam es zu einer ausgeprägten Abwanderung von Pflegepersonal aus den neuen in die alten Bundesländer. In manchen ostdeutschen Kliniken ging ein Fünftel des Pflegepersonals in den Westen, sodass sich in den ostdeutschen Einrichtungen ein neuer Pflegenotstand entwickelte. Da zu diesem Zeitpunkt ein offizieller Anwerbestopp für die Bundesregierung in Kraft war, mussten die Krankenhäuser selbst tätig werden. Angeworben wurden überwiegend Pflegefachpersonen aus Ländern, die damals noch nicht zur EU gehörten, wie Ungarn und Jugoslawien. In den Jahren 1995 bis 2008 wurden in den bundesdeutschen Krankenhäusern 50.000 Vollkraftstellen in der Pflege abgebaut. Seit 2008 haben Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sowie ambulante Pflegedienste Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen. Es wird wieder einmal offiziell ausländisches Pflegepersonal angeworben, z. B. aus Albanien, Kroatien und Russland.

Diese zyklischen Verläufe zeigen ein wiederkehrendes Muster: Es gab viele Jahrzehnte lang keine konkreten Zahlen, wie viele Pflegefachkräfte es in Deutschland tatsächlich gibt, wie hoch der Bedarf ist, ob dieser durch die existierenden Ausbildungsstätten gedeckt werden kann und wie viele ausländische Pflegefachkräfte gegebenenfalls angeworben werden müssen. Eine vorausschauende Bedarfsplanung wurde nicht durchgeführt, auf einen Mangel wurde erst bei kritischem Ausmaß mit Ad-hoc-Maßnahmen reagiert.

Von 2009 bis 2011 erfolgte im Auftrag der EU die Studie PROMeTHEUS (Health Professional Mobility in the European Union Study) zur Erfassung der Mobilität von Gesundheitsfachpersonal in den beteiligten Staaten. Diese waren Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien, Litauen, Österreich, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Ungarn und Türkei. Die Studie bestätigte, dass Deutschland für

Pflegepersonal sowohl Ein- als auch Auswanderungsland ist.¹⁹ Laut einer Anfrage der Linksfraktion an die Bundesregierung wirbt Deutschland seit dem Jahr 2013 vorwiegend in den folgenden Ländern um Gesundheitsfachpersonal: Spanien, Italien, Portugal, Griechenland, Bosnien-Herzegowina, Serbien, Philippinen und Tunesien. Im Rahmen eines Projekts wurden darüber hinaus 150 chinesische Pflegekräfte nach Deutschland vermittelt.²⁰ Zu Beginn des Jahres 2015 zeigte sich deutlich, dass die Balkanländer Gefahr laufen, große Teile ihres ärztlichen und Pflegefachpersonals durch Auswanderung zu verlieren. Davon sind aktuell Kroatien, Serbien, Bosnien-Herzegowina sowie Rumänien und Bulgarien betroffen.²¹

Sprechen Sie Deutsch?

Innerhalb der EU ist der deutsche der größte Arbeitsmarkt. Darüber hinaus ist Deutschland ein wirtschaftsstarkes EU-Land, das Fachpersonal in unterschiedlichen akademischen und nicht-akademischen Berufsfeldern sucht. Daher ist Deutschland für Migrantinnen als Zielland interessant. Allerdings ist das Erlernen der deutschen Sprache eine große Hürde, die überwunden werden muss. In der Berufsgruppe der Ärzte steigt die Anzahl ausländischer Ärzte kontinuierlich. Die Bundesärzterordnung verlangt, dass Ärzte die „erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache“ nachweisen, um die Approbation zu erhalten und in ihrem Beruf tätig zu sein. Verlangt wird in der Regel das Sprachniveau B2, das das Verständnis der Hauptinhalte komplexer Texte und die selbstständige Sprachverwendung beinhaltet. Um den Kommunikationsanforderungen des ärztlichen Berufsalltags gerecht werden zu können, ist jedoch eher das Sprachniveau C1 angemessen, das eine kompetente Sprachverwendung nachweist, die auch das Verständnis „zwischen den Zeilen“ ermöglicht. Rheinland-Pfalz hat als erstes Bundesland im August 2012 einen verpflichtenden Sprachtest für ausländische Ärzte eingeführt, von dessen erfolgreichem Bestehen die Erteilung der Berufserlaubnis abhängt. Auch in Nordrhein-Westfalen ist eine solche Fachsprachprüfung vorgeschrieben. Speziell für Berufe

im Gesundheitswesen zugeschnittene Sprachkurse werden von telc (→ **Kompetenzstufen des Spracherwerbs**) angeboten. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat im Juni 2014 ein Eckpunktepapier beschlossen, um in Deutschland die Kriterien zur Überprüfung der Sprachkenntnisse bei Ärzten und anderen verkammerten Heilberufen zu vereinheitlichen.²² Es besteht die Hoffnung, dass zumindest in einigen Bundesländern rechtzeitig die Einrichtung einer Pflegekammer gelingt, sodass auch für ausländisches Pflegepersonal einheitliche Sprachtests verbindlich werden.

Der WHO-Kodex zur Rekrutierung von Gesundheitsfachpersonal

Im Jahr 2010 haben die Mitgliedsstaaten der WHO einen globalen Verhaltenskodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitsfachkräften verabschiedet. Rechte und Pflichten der Herkunfts- und Zielländer sowie der migrierenden Gesundheitsfachkräfte sollen besser berücksichtigt werden – allerdings ganz unverbindlich auf freiwilliger Basis. Dabei soll die Freizügigkeit, also das Recht darauf, in einem anderen Land Arbeit zu suchen, nicht beschränkt werden.

Die wichtigsten Forderungen des WHO-Kodex sind:²⁵

- Migrierte Gesundheitsfachkräfte sollen gleich behandelt werden wie inländisches Gesundheitsfachpersonal.
- Aus ethischen Gründen soll darauf verzichtet werden, Gesundheitsfachkräfte anzuwerben aus Ländern, in denen ein kritischer Mangel herrscht, d. h. in denen es weniger als 2,3 Gesundheitsfachkräfte pro 1.000 Einwohner gibt (zum Vergleich: der EU-Durchschnitt liegt bei 8,26 Gesundheitsfachkräften pro 1.000 Einwohnern).
- Länder mit kritischem Mangel sollen technische und finanzielle Unterstützung erhalten, z. B. bei der Einrichtung von Ausbildungsstätten für Gesundheitsfachpersonal.
- Die Mitgliedsstaaten sollen gezielt Daten zur Migration von Gesundheitsfachpersonal erfassen. Ab 2012 sollen alle beteiligten Länder alle drei Jahre ihre gesammelten Daten zur Migration von Gesundheitspersonal in ihr Land



Minerva Studio/Fotolia.com

Seit vielen Jahren kommen Pflegekräfte aus dem Ausland zu uns – mit teilweise fatalen Folgen für die Herkunftsländer, denen nun die Fachkräfte fehlen.

(Arbeitsverträge, Gehalt, Eingruppierung) sowie entsprechende Gesetze und Regularien an das WHO-Sekretariat melden.

- Die Steigerung der Ausbildungskapazitäten, das Anwerben von Berufsrückkehrern und deren Wiedereingliederung sowie die Unterstützung für ältere Arbeitnehmer bei längerem

Verweilen im Beruf sollen angestrebt werden, um das inländische Gesundheitsfachpersonal zahlenmäßig auszuweiten, sodass eine Anwerbung ausländischen Gesundheitsfachpersonals möglichst nicht erforderlich wird.

Über die Forderungen des WHO-Kodex hinausgehend stellt das Abwerben von Gesundheitsfachkräften aus einem dieser Länder seit November 2013 in der Bundesrepublik Deutschland eine Ordnungswidrigkeit dar.²⁶ Wirbt eine Agentur in Indien oder Kenia Personal an, kann sie zu einer Strafzahlung bis zu 30.000 Euro verurteilt werden.

Aus Sorge vor der globalen Konkurrenz um Gesundheitsfachkräfte und deren fatalen Folgen für die armen Länder des globalen Südens hat die EU im Juni 2014 das Projekt „Health Workers for All“ (Gesundheitsfachpersonal für alle) gestartet.²⁷

i

Kompetenzstufen des Fremdspracherwerbs

Der Europarat hat einen gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Fremdsprachen (GER) festgelegt, der sechs unterschiedliche Kompetenzstufen festlegt, damit diese transparent und vergleichbar sind. A1 ist der niedrigste, C2 der höchste Leistungsstand. In allgemeinbildenden Schulen wird die Kompetenzstufe B1 von Schülern am Ende der Sekundärstufe I (also Klasse 10 bei neunjähriger Gymnasialzeit) als durchschnittliches Zielniveau erwartet. Auch Volkshochschulen, private

Fremdspracheninstitute und Lehrwerke beziehen sich auf den GER.²³ Auch außerhalb Europas wird dieser Referenzrahmen in etlichen Ländern anerkannt. Die telc GmbH (the European Language Certificates) ist ein Tochterunternehmen des deutschen VHS-Verbands e. V. und Partnerin der Bundesregierung für die Sprachprüfung zum Abschluss der Integrationskurse. Sie bietet die Sprachkurse telc Deutsch B1–B2 Pflege und telc Deutsch B2C1 Medizin an.²⁴

Was wir als Pflegefachpersonen selbst beitragen können

In Deutschland aufgewachsene junge Menschen, deren Eltern als Migranten zu uns kamen, sind eine wichtige Ressource, da sie mehrsprachig aufgewachsen sind und in dieser Zeit täglich geübt haben, sich zwischen zwei Kulturen zu bewegen. Eine gezielte Anwerbung dieser Personengruppe findet bereits für die Ausbildung in der Altenpflege statt und wäre auch für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein Gewinn.

Nach Deutschland migrierte Gesundheitsfachpersonen sollten wir herzlich willkommen heißen – so wie wir es uns auch erträumen würden, wenn wir einen Arbeitsplatz in einem anderen Land anstreben.

Die Einrichtung einer Pflegekammer kann dabei helfen, dass auch für Pflegepersonen ein hohes Sprachniveau verbindlich festgelegt und überprüft wird, bevor die Kollegen in der Praxis eingearbeitet werden. Darüber hinaus kann die Berufsgruppe der Gesundheitsfachberufe mithilfe einer Pflegekammer mit einer Stimme sprechen, wenn es z. B. um die Anerkennung von Ausbildungen außerhalb der EU geht. Informieren Sie sich über den Stand der Einrichtung einer Pflegekammer in Ihrem Bundesland und unterstützen Sie gegebenenfalls entsprechende Bemühungen.

Eigene Sprachkenntnisse beispielsweise in Englisch, Französisch oder Spanisch nicht brach liegen zu lassen kann ebenfalls hilfreich sein – nicht nur im Kontakt mit Kollegen aus anderen Ländern, sondern auch mit fremdsprachigen Patienten.

Auf Leitungs- bzw. Organisationsebene ist es sinnvoll, auch bei nachgewiesenen allgemeinen Sprachkenntnissen auf Niveau B2 einen weiteren, fachspezifischen Sprachkurs für die ausländischen Pflegepersonen vor Beginn ihrer Berufstätigkeit in Deutschland anzubieten.

Wünschenswert sind außerdem Angebote von Sprachkursen für deren Lebenspartner und Kinder sowie Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung, einer geeigneten Schule oder Kindertagesstätte und die Begleitung bei Behördengängen.

Die ausländischen Pflegepersonen sollten in den Fachgebieten eingesetzt werden, in denen sie bereits Berufserfahrung haben, damit die fachliche Einarbeitung

möglichst reibungslos verläuft. Die Einarbeitungszeit sollte individuell jeweils so lange dauern, bis sich die neuen Mitarbeiter sicher fühlen.²⁸

Für die Pflegeforschung ergibt sich die Aufgabe, das Erleben von Patienten und ihren Angehörigen bei der Pflege durch multikulturelle Teams zu erfassen, die Veränderungen der beruflichen Pflege durch interkulturelle Einflüsse zu untersuchen, Gründe für die Migration von Gesundheitsfachpersonal zu hinterfragen und herauszufinden, was wird benötigt, damit Integration gelingt.

Literatur

- 1 www.globalisierungs-infos.de/definition.html
- 2 Friebe J. Pflegeperspektiven in einer globalisierten Welt. *Pflege & Gesellschaft* 2006, 11(2): 115–123
- 3 Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft (DPHG): Multinationale Medikamente – Qualitätssicherung im Zeitalter der Globalisierung. *Pharmazeutische Zeitung* 2/2011. Online unter www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=36457, letzter Zugriff 07.09.2016
- 4 www.bfarm.de
- 5 ZDF heute-Sendung, 02.07.2012
- 6 Kramer S. Lieferengpässe in Deutschland – wichtige Medikamente oft monatelang nicht verfügbar. *Der Tagesspiegel*, 20.06.2016
- 7 <https://de.wikipedia.org/wiki/offshoring>
- 8 Zylka-Menhorn V. Mangel an Gesundheitsfachkräften: Ein globales Phänomen. *Deutsches Ärzteblatt* 2012, 104(42): B 1690–1693
- 9 Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Pflegekräfte weltweit auf Wanderschaft. *Newsletter* Ausgabe 80, 07. September 2009
- 10 Caritas International: Symposium „Pflege und Migration in Europa“. Online unter www.caritas-international.de/wasunsbewegt/diskussionen/pflegeundmigration.aspx, letzter Zugriff 07.09.2016
- 11 Withol de Wenden C. Migration – viele Gründe, viele Grenzen. In: *Atlas der Globalisierung*. Berlin: Le Monde Diplomatique; 2009, 16–17
- 12 Kingma M. Krankenschwestern weltweit auf Wanderschaft. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2010. Online unter www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kingma_Krankenschwestern.pdf, letzter Zugriff 07.09.2016
- 13 International Centre on Nurse Migration: International Nurse Migration and Remittances. Fact Sheet 2007
- 14 International Centre on Nurse Migration: Return Migration of Nurses. Fact Sheet 2008, www.intlnursemigration.org
- 15 Beneker H, Wichtmann E. Grenzüberschreitende Dienstpläne. *Weltpflegenotstand und Frauenbewegungen*. Frankfurt/Main: Mabuse; 1994
- 16 Hackmann M. Gastarbeiterinnen gegen den Pflegegenotstand. *Koreanische Krankenschwestern in der Bundesrepublik Deutschland*. *Pflegezeitschrift* 2013, 66(5): 315–317
- 17 www.koreamigration.de

- 18 Jachertz N. Zehntausend Schwestern aus Fernost. *Deutsches Ärzteblatt* 2016, 113(17): B 694–695
- 19 Ognyanova D. Warum migrieren Pflegekräfte? *Die Schwester/Der Pfleger* 2011, 50(4): 372–374
- 20 Mainzer Allgemeine Zeitung: Pflegekräfte aus aller Welt gesucht. 12.09.2013
- 21 Spielberg P. Balkan verliert immer mehr Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 2015, 112(8): B 275
- 22 Protschka J. Ausländische Ärzte: Umgangssprache reicht nicht aus. *Deutsches Ärzteblatt* 2014, 110(29/30): B 1110–1111
- 23 www.europaeischer-referenzrahmen.de
- 24 www.telc.net/training
- 25 International Centre on Nurse Migration: The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Fact Sheet 2011
- 26 Güllemann H. Globale und nationale Aspekte der Migration von Gesundheitsfachkräften. In: *Stakeholder Mapping: Migration von Gesundheitspersonal nach Deutschland*. Eine Arbeitshilfe. *Terre des Hommes* 2013
- 27 www.healthcareworkers4all.eu
- 28 Walter C. Interkulturelle Teamarbeit. *Thieme CNE Im Team zusammenwachsen* 4 (2014) 7–11

Zum Weiterlesen

- Diefenbach A. *Land ohne Eltern*. Heidelberg: Kehr; 2012 (Fotoreportage zu Moldawiens Arbeitsmigration und den verlassenen Kindern)
- Hitzemann A, Waldhausen A, Schirilla N. *Pflege und Migration in Europa: Transnationale Perspektiven aus der Praxis*. Freiburg: Lambertus; 2012
- Peikert I. *Deutsch für Pflegeberufe*. Arbeitsbuch für MigrantInnen. München: Urban & Fischer bei Elsevier; 2012
- www.imed-komm.eu: Interkulturelle medizinische Kommunikation in Europa. Ein von der europäischen Kommission geförderter Online-Sprachkurs für Gesundheitsfachberufe in Deutsch, Bulgarisch, Slowakisch, Tschechisch und Ungarisch
- www.Pflege-wandert-aus.de (B. Zander und R. Busse von der Technischen Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, haben die Forschungsergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast – Registered Nurse Forecasting – zusammengefasst, die die Situation des Pflegepersonals in Großbritannien, Norwegen, Schweden, Deutschland und den Niederlanden vergleichen)
- www.dbfk.de/download/Arbeiten-im-Ausland_final-2013-02-26.pdf (Informationen des DBfK zu Chancen und Perspektiven für deutsche Pflegefachpersonen im Ausland)
- www.worldmapper.org/display.php?selected=216

Autorin

Eva-Maria Wagner

Fachkinderkrankenschwester für pädiatrische Intensivpflege, Praxisleiterin, Mitautorin eines Lehrbuchs sowie Autorin zahlreicher Fachartikel. Seit Anfang 2016 in der Jugend- und Hospizarbeit.



Bibliografie

DOI 10.1055/s-0042-116813
 JuKIP 2016; 6: 262–267
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York · ISSN 1439-2569