

Theobald, Hildegard

Book Part — Digitized Version

Fallstudie III: Förderung der Transparenz von Bildungsabschlüssen in der Gesundheitsbranche

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Theobald, Hildegard (2004) : Fallstudie III: Förderung der Transparenz von Bildungsabschlüssen in der Gesundheitsbranche, In: Ralf Mytzek, Klaus Schömann (Ed.): Transparenz von Bildungsabschlüssen in Europa: sektorale Studien zur Mobilität von Arbeitskräften, ISBN 3-89404-230-3, Edition Sigma, Berlin, pp. 115-144

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122333>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

6. Fallstudie III: Förderung der Transparenz von Bildungsabschlüssen in der Gesundheitsbranche

Hildegard Theobald

6.1 Einleitung

Zur Abgrenzung der Gesundheitsbranche von anderen Sektoren des Arbeitsmarkts liegen unterschiedliche Definitionen vor. Die folgende Untersuchung orientiert sich an der International Standard Industrial Classification of all Economic Activities (UN: Statistical Division ISIC Rev. 2), nach der zur Gesundheitsbranche (code 9331: Medical, dental and over health services) ein weiter Bereich von Gesundheitseinrichtungen zählt. Dazu gehören Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Dienstleister, selbstständige Ärzte¹, Hebammen, Physiotherapeuten etc. bis zu Beschäftigten in Laboren, die unterstützende Aufgaben im Bereich von Diagnose und Behandlung wahrnehmen.²

Mit einem Anteil von 9,4% an der Erwerbstätigkeit in den EU-Ländern nimmt die Gesundheitsbranche eine zentrale Rolle für die Beschäftigung ein. Die ökonomische Bedeutung lässt sich an dem Anteil der Kosten für die Gesundheit am Bruttoinlandsprodukt erkennen, der im Jahr 1997 im EU-Durchschnitt bei einem Wert von 8,0% lag. Deutschland kommt mit ca. 3,4 Mio. Beschäftigten und einem Anteil an der Beschäftigung von 9,5% nahe an den EU-Mittelwert heran, allerdings belaufen sich die Gesundheitsausgaben hier auf 10,7% des Bruttoinlandsprodukts (Europäische Kommission 2001d).³ Selbst wenn der umfassende Bereich der sozia-

-
- 1 In dem Bericht wird im Interesse einer flüssigen Darstellung der Ergebnisse zumeist nur die männliche Form der Berufsbezeichnung verwandt. Die weiblichen Berufsangehörigen, die im Gesundheitssektor in einer ganzen Reihe von Berufen einen großen Anteil stellen, sind selbstverständlich mit eingeschlossen.
 - 2 Eine Ausnahme bilden zahntechnische Arbeiten, wie bspw. die Herstellung von Gebissen, die einer anderen Kategorie zugeordnet sind.
 - 3 In die zugrunde gelegte Statistik werden Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie im Bereich ambulanter medizinischer/pflegerischer Versorgung einschließlich Sozialarbeit einbezogen.

len Betreuung nicht mitgerechnet wird, so waren im Jahr 1999 mit ca. 2 Mio. Beschäftigten immer noch rund 6% aller erwerbstätigen Personen in Deutschland in der Branche tätig. Krankenpflegekräfte/Hebammen (ca. 800.000) und Ärzte (ca. 300.000) stellten die quantitativ bedeutendsten Berufsgruppen dar (vgl. Statistisches Bundesamt 2000).

Die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die Organisationsformen der medizinischen Einrichtungen, ihre Arbeitsweisen und Kooperation untereinander sowie die Ausbildungsgänge für Gesundheitsberufe weisen in allen EU-Ländern eine eigene, nationale Prägung auf. Ihre hohen gesellschaftlichen Kosten und die Norm einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung lassen die Branche zu einem Objekt staatlicher Regulierung werden. Das Ziel, hohe Qualitätsstandards in der Gesundheitsbranche zu erreichen und zu erhalten, schlägt sich in den verschiedenen EU-Ländern in einer strengen Regulierung des Zugangs zu Gesundheitsberufen nieder. Da sich die Ausbildungsgänge in den einzelnen Ländern erheblich unterscheiden, erschwert die auf der Basis nationaler Ausbildungsstandards vorgenommene restriktive Kontrolle des Zugangs zu bestimmten Gesundheitsberufen in hohem Maße die Mobilität innerhalb der EU. Die EU hat daher in verschiedenen Richtlinien die Bedingungen für die Aufnahme einer Tätigkeit im Gesundheitsbereich eines anderen Mitgliedslands geregelt und damit eine Voraussetzung für transnationale Mobilität geschaffen.

Trotz der nationalen Prägung zeigen sich in der Gesundheitsbranche seit den 90er Jahren Öffnungen für die Beschäftigung von Fachkräften aus dem Ausland, die sich insbesondere durch einen Mangel an eigenem qualifizierten Personal in einigen Ländern und Erwerbslosigkeit in anderen ergeben haben. Diese Prozesse der Mobilität von Fachkräften im Gesundheitsbereich innerhalb der EU vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Arbeitsmarktsituationen in den Mitgliedsländern und die hohe Bedeutung der Gesundheitsbranche für die Beschäftigung in Deutschland bilden den Ausgangspunkt der folgenden explorativen Untersuchung. Gefragt wird nach Voraussetzungen für transnationale Mobilität, weiterhin bestehenden Problemen und entsprechenden Lösungsansätzen, wobei der Transparenz von (Fort-)Bildungsabschlüssen ein besonderes Augenmerk gilt.

Auswahl der Länder

Als Vergleichsländer wurden das Vereinigte Königreich, Schweden und die Niederlande gewählt und damit drei Länder, in denen übereinstimmend ein Mangel in bestimmten Gesundheitsberufen besteht und gleichzeitig Anstrengungen zur EU-weiten Rekrutierung von Fachpersonal unternommen werden. Aufgrund eigenen Ärztemangels werden im Vereinigten Königreich schon seit den 90er Jahren deutsche Ärzte eingesetzt, wobei die medizinischen Einrichtungen unterschiedliche Wege der Anwerbung verfolgen. Rekrutierungsschwierigkeiten in verschiedenen Gesundheitsberufen führten dagegen im Falle Norwegens und Schwedens in

jüngster Zeit zu einem Abkommen zwischen den Arbeitsverwaltungen beider Länder mit Deutschland, das die Vorgehensweise bei der Gewinnung deutscher Fachkräfte regelt. In den Niederlanden besteht ebenfalls seit Ende der 90er Jahre ein eklatanter Personalmangel in der Gesundheitsbranche, insbesondere an Krankenpflegekräften. Dieses Land wird aufgrund seiner geografischen Lage einbezogen, denn die gemeinsame deutsch-niederländische Grenze gestattet, Mobilitätsprozesse in einer Grenzregion zu betrachten.

Als Gemeinsamkeit der Gesundheitssysteme in den drei ausgewählten Ländern kann die hohe Qualität der Gesundheitsdienstleistungen einschließlich der hohen Ausbildungsstandards, ihre universelle Zugänglichkeit und die öffentliche Finanzierung entweder vornehmlich durch Sozialversicherungen (Niederlande) oder Steuermittel (Schweden, Vereinigtes Königreich) gelten. Unterschiede bestehen hingegen in der Organisation des Gesundheitswesens und der quantitativen Bedeutung verschiedener Gesundheitsberufe, was wesentlich die Arbeitsmöglichkeiten und -bedingungen in den jeweiligen Ländern mitbestimmt (die folgenden Ausführungen zu den Gesundheitssystemen stützen sich auf Maarse 1997; Hatcher 1997; Hakansson/Nordling 1997; Europäische Kommission 2001d).

In allen drei Ländern sind Ärzte für Allgemeinmedizin vornehmlich außerhalb des Krankenhauses beschäftigt. In Schweden sind sie in der Regel als öffentliche Angestellte in lokalen Gesundheitszentren tätig, im Vereinigten Königreich arbeiten sie zumeist in Gemeinschaftspraxen, während in den Niederlanden rund 50% der Ärzte eine eigene Praxis betreiben. Abgesehen von Schweden werden in den Praxen keine Krankenschwestern, sondern weniger qualifizierte Arzthelfer/Assistenten eingesetzt.

Ärzte mit einer abgeschlossenen Facharztausbildung oder solche, die sich zum Facharzt weiterbilden, sind in der Regel im Krankenhaus tätig, wobei in allen drei Ländern eine Differenzierung zwischen den Krankenhäusern nach lokalem oder regionalem Bezug und dem Anteil an Spezialabteilungen vorgenommen wird. Die Unterscheidung reicht von Kliniken, die für ein lokales Einzugsgebiet zuständig sind, über Spezialkliniken bzw. Krankenhäuser mit einer großen Anzahl von Spezialabteilungen bis hin zu Universitätskliniken. Im Vereinigten Königreich und in Schweden sind die Ärzte Angestellte des Krankenhauses, in den Niederlanden hingegen freie Unternehmer, die lediglich die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen. Für die zahnärztliche Behandlung gibt es in Schweden und im Vereinigten Königreich sowohl eine öffentlich organisierte Versorgung als auch Privatpraxen, wohingegen in den Niederlanden die zahnärztliche Betreuung zumeist in Privatpraxen stattfindet. Auch in quantitativer Hinsicht bestehen Unterschiede zwischen den Ländern. Während im Jahr 1998 in den Niederlanden und Schweden knapp 300 Ärzte auf 100.000 Einwohner kamen, waren es im Vereinigten Königreich nur knapp 200 Ärzte (in Deutschland: 350) (vgl. Europäische Kommission 2001d). Bei den Krankenpflegekräften weisen die Niederlande mit 1.300 Pflegekräften pro

10.000 Personen die höchste Quote auf, im Vereinigten Königreich und Schweden liegt sie bei knapp 900 (in Deutschland: knapp 1.000).

Auswahl der Gesprächspartner

Der Prozess der transnationalen Mobilität und der Einfluss der Transparenz von Bildungsabschlüssen sollen im Wesentlichen auf der Basis von Experteninterviews nachvollzogen werden. Aufgrund ihrer Bedeutung als Akteure können die Gesprächspartner zentrale Informationen zum Prozessverlauf liefern und damit einen Beitrag zum Verständnis transnationaler Mobilität und Transparenz leisten, wobei keineswegs der Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden kann. Das Gesprächsmaterial wird ergänzt durch Statistiken, Dokumente etc., die eine Hintergrundfolie für die Interviewergebnisse bieten.

In die Untersuchung werden zunächst Personalverantwortliche in Krankenhäusern und deutsche Erwerbstätige in den jeweiligen Ländern einbezogen. Da sich in Krankenhäusern unterschiedliche Gesundheitsberufe konzentrieren und sie aufgrund ihrer Größe in der Lage sind, personalpolitische Ansätze zu entwickeln, bieten sie sich für die Analyse in besonderer Weise an. Die in den drei Ländern ausgewählten Krankenhäuser liegen in Kleinstädten zwischen 50.000 und 90.000 Einwohnern und sind für die Versorgung ihrer unmittelbaren lokalen Umgebung zuständig. Als deutsche Beschäftigte im Ausland wurden Ärzte (Vereinigtes Königreich und Schweden) und Krankenpflegekräfte (Niederlande) befragt, weil diese beiden Professionen quantitative bedeutsame Gruppen im Gesundheitsbereich darstellen und gleichzeitig ein entsprechender Mangel in den jeweiligen Zielländern besteht. Die begrenzte Anzahl der durchgeführten Interviews erlaubte keine Einbeziehung aller im Gesundheitsbereich tätigen Professionen. Gespräche mit Experten in den Zulassungsstellen, mit öffentlichen und privaten Arbeitsvermittlern und Vertretern von Berufsorganisationen sollen nicht nur deren Funktion beleuchten, sondern auch allgemeinere Aussagen zu Verlauf und Schwierigkeiten bei Auslandstätigkeiten liefern. In den Interviews wurde die spezifische Situation weiterer Gesundheitsberufe, wie z.B. Physiotherapeuten, Dentalhygieniker, Zahnärzte, thematisiert, so dass auch Aussagen über die Mobilität dieser Gruppen getroffen werden können (Tabelle 6.1).

Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit der Analyse der Zulassungsstatistiken, die einen ersten Einblick in die Wanderungsbewegungen in der Gesundheitsbranche ermöglichen und Aufschluss über den Einfluss des Curriculums und der Bildungsabschlüsse auf Mobilitätsprozesse in den betrachteten Ländern geben. Die folgende Erörterung des Prozesses der Mobilität aus der Perspektive der (deutschen) Beschäftigten zeigt deren individuelle Voraussetzungen, Motivationen und Bewerbungsstrategien. Im Anschluss daran wird aus der Perspektive der Personalverantwortlichen und der Experten der Zulassungsstellen der Prozess der Rekrutierung, insbesondere der Einfluss von Qualifikationen, ihre Transparenz und

Bewertung, diskutiert. Wie sich nach einer Anstellung die Integration in das Krankenhaus vollzieht und wie die Arbeits- und Lebenssituation der deutschen Beschäftigten sich entwickelt, steht im Mittelpunkt des nächsten Abschnittes. Abschließend werden als Resümee der Ergebnisse Möglichkeiten der Verbesserung von Mobilität und dabei vor allem die Bedeutung von Inhalt und Transparenz der Qualifikation dargelegt.

Tabelle 6.1: Befragte Experten

Experten	Vereinigtes Königreich	Niederlande	Schweden	Deutschland
Beschäftigte	1 Arzt	2 Krankenpflegekräfte	2 Ärzte	
Arbeitgeber	Krankenhaus: Personalchef	Krankenhaus: Personalchef Pflegedienstleiter	Krankenhaus: Klinikdirektor; Projektkoordinator: Ärzte für Stockholm; Arbeitgebervertreter des Bezirksverbands	
Institutionen				
Arbeitsvermittlung	Öff. Overseas Unit Priv. Arbeitsvermittlung	EURES-Berater regional, Berater: Gesundheitsberufe	EURES-Berater (national/regional)	EURES-Berater (für Schweden und die Niederlande)
Zulassungsstelle	General Dentist Council, Council: Paramed. Berufe	Gesundheitsministerium	Socialstyrelsen	
Berufsorganisation	Berufsorganisation der Ärzte	Berufsorganisation der Dentalhygieniker	Gewerkschaft: Krankenpflegekräfte	
Außenhandelskammer (AHK)		Deutsch-Niederländische AHK		

6.2 Anteil und Bedarf an deutschen und internationalen Mitarbeitern

Der Fachkräftemangel in bestimmten Gesundheitsberufen bildet in den betrachteten Ländern den Ausgangspunkt für EU-weite Rekrutierungsanstrengungen. Die in Abhängigkeit von den jeweiligen traditionellen Herkunftsländern und den in ande-

ren EU-Ländern verfügbaren Fachkräftenressourcen vorgenommene Rekrutierung ausländischer Fachkräfte stellt allerdings nur einen möglichen Lösungsansatz dar. Einer Auslandsrekrutierung kann der Ansatz einer vermehrten Entwicklung und Nutzung einheimischer Potenziale entgegengestellt werden oder er bietet sich zumindest als ergänzende Strategie an. Dazu gehören die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten, die Steigerung der Attraktivität einer Tätigkeit sowie verstärkte Bemühungen um die Eingliederung im Lande lebender Einwanderer, denen bisher eine adäquate Berufsausübung nicht möglich ist.

Wie sich die Anteile von und der Bedarf an in- und ausländischen Mitarbeitern und damit die Konkurrenzsituation in verschiedenen Berufen der Gesundheitsbranche in den untersuchten Ländern gestalten, soll im Weiteren in verschiedenen Schritten gezeigt werden.

Statistische Angaben zur Zulassung von Berufsangehörigen mit einem nationalen bzw. ausländischen Berufsabschluss und deren Veränderung über die Zeit können einen Einblick in vorhandene Konkurrenzen geben.⁴ Die Zahlen werden durch Aussagen der befragten Experten in den Zulassungsstellen oder in den Arbeitsvermittlungen ergänzt. Zusätzlich soll die Beschäftigtenstruktur der ausgewählten Krankenhäuser exemplarisch hinzugezogen werden.

Die Profession der Ärzte stellt sowohl im Vereinigten Königreich als auch in Schweden gemessen an dem Anteil der Zulassungen von Ärzten, die ihre Ausbildung im Ausland abgeschlossen haben, die am stärksten internationalisierte Berufsgruppe dar. Im Vereinigten Königreich entfielen im Jahr 2000 63% aller vollen Zulassungen auf im Inland ausgebildete Ärzte, 19% auf Ärzte, die ihren Abschluss außerhalb des EU/EEA⁵-Gebiets (zumeist Commonwealth-Länder) erworben hatten, und 18% auf Ärzte, die ihre Ausbildung im EU/EEA-Gebiet⁶ absolviert haben. Die deutschen Ärzte waren mit einem Anteil von 370 an 3.158 Ärzten mit einer Ausbildung innerhalb der EU/EEA die quantitativ bedeutendste Gruppe. Hinter den Zahlen verbirgt sich bereits ein drastischer Rückgang des Anteils europäischer und außereuropäischer Ärzte von ca. 40% an den Zulassungen, die ihren Höhepunkt im

4 Die folgenden Angaben beruhen auf Statistiken der Zulassungsstellen, die freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.

5 Die European Economic Area (EEA) wurde 1992 ins Leben gerufen und bestand zunächst aus den damaligen EU-Mitgliedstaaten und sechs Ländern der European Free Trade Association (EFTA) (Österreich, Dänemark, Norwegen, Portugal, Schweden und Vereinigtes Königreich). Im Zuge der EU-Erweiterung von 1995 besteht die EEA heute aus den 15 EU-Mitgliedstaaten sowie Norwegen, Island und Liechtenstein. Die im vorliegenden Beitrag herangezogenen Statistiken schließen die heutigen EEA-Länder ein, da sie dem europäischen Arbeitsmarkt angeschlossen sind.

6 Werden auch die befristeten Zulassungen im Vergleich berücksichtigt, erhöht sich der Anteil von Ärzten mit einer Ausbildung außerhalb der EU/EEA-Länder auf 32%, während der Anteil von Ärzten aus EU/EEA-Ländern auf 16% und der Anteil der einheimischen Ärzte auf 52% sinkt. Die weiteren statistischen Angaben zur Zulassung von Ärzten beziehen alle Formen der Zulassung ein.

Jahr 1996 erreicht hatten. In jenem Jahr wurden bspw. 942 deutsche Ärzte von insgesamt 5.043 aus dem EU/EEA-Gebiet zugelassen. Diese Zahl gewinnt durchaus arbeitsmarktpolitische Bedeutung, denn nach Angaben der Bundesärztekammer, die seit dem Jahr 1998 die Anzahl der Registrierungen bei den Ärztekammern bundesweit erfasst, ergeben rund 10.000 Zulassungen pro Jahr.

Nach einem Gespräch mit einer Expertin der britischen Zulassungsstelle (General Medical Council) beruht der Rückgang der Zulassung ausländischer Ärzte keineswegs auf einer Veränderung der Arbeitsmarktsituation. Die Expertin bezieht sich auf Angaben der britischen Regierung, wonach im Vereinigten Königreich im Jahre 2001 ca. 10.000 Ärzte fehlten. Den Rückgang erklärt sie mit erschwerten Zugangsbedingungen für Bewerber aus Nicht-EU-Ländern, was in der aktuellen Diskussion gipfelt, ob die Praxis der automatischen Anerkennung von Ausbildungen an verschiedenen Hochschulen in den Commonwealth-Ländern aufrechterhalten werden solle. Die europäischen Ärzte hingegen sind auf dem britischen Arbeitsmarkt nach wie vor erwünscht, wobei Ärzte aus Deutschland, den nordischen Ländern und den Niederlanden aufgrund ihrer guten Sprachkenntnisse und des hohen Ausbildungsstandards am meisten nachgefragt werden. Die Expertin vermutet eher, dass die Ärzte sich zunehmend für andere europäische Länder, die ebenfalls international rekrutieren, entscheiden.

In Schweden erhöhte sich zwischen 1994 und 1996 der Anteil von Ärzten mit einer im Ausland abgeschlossenen Ausbildung an den Zulassungen von 29% (335) im Jahr 1994 auf 36% (428) im Jahr 2000. Konkurrenzen entstehen hier zwischen Ärzten, die ihre Ausbildung in den nordischen Ländern abgeschlossen haben – zwischen denen schon lange ein gemeinsamer Arbeitsmarkt besteht –, und Ärzten aus anderen EU/EEA-Ländern sowie aus „weiteren Ländern“. Im Jahr 2000 kamen 34% der zugelassenen Ärzte mit einem Ausbildungsabschluss von einer nicht-schwedischen Hochschule aus den nordischen Ländern, 32% aus den weiteren EU/EEA-Ländern und 32% aus Ländern außerhalb dieses Gebiets. Ärzte mit einem deutschen Abschluss stellten den größten Anteil unter den europäischen Ärzten (76 von insgesamt 282). Nach Angaben der befragten Experten ist dies ein Ergebnis gezielter Rekrutierungsanstrengungen.

In den Niederlanden zeichnet sich bei der Zulassung von Ärzten das Bild eines noch wenig internationalisierten Tätigkeitsfelds ab; so waren noch im Jahr 2000 83% der zugelassenen Ärzte niederländische Staatsbürger und lediglich 13% wiesen eine Staatsbürgerschaft aus einem weiteren EU-Land auf. Die deutschen Ärzte nehmen mit einem Anteil von 21% unter den zugelassenen EU-Ärzten eine quantitativ bedeutende Position ein. Die mir nur für die Jahre 1999 und 2000 vorliegenden Daten weisen keine Steigerung innerhalb des Zeitraums auf.

Krankenpflege erweist sich in allen drei betrachteten Ländern gemessen an den Zulassungen im Vergleich zur Medizin als wenig internationalisiertes Tätigkeitsfeld. In Schweden entfielen im Jahr 2000 84% aller Zulassungen auf Antragsteller mit einem schwedischen Ausbildungsabschluss. Dennoch verbirgt sich dahinter

eine quantitative Erhöhung der Zahl der Beschäftigten mit einem ausländischen Bildungsabschluss, ausgehend von einer Zulassung von 218 Pflegekräften im Jahr 1994 gegenüber 468 Zulassungen im Jahr 2000. Die überwältigende Mehrheit der Pflegekräfte mit einer ausländischen Berufsausbildung stammt aus den nordischen Ländern (348), während nur 51 Pflegekräfte, darunter 31 deutsche, ihre Qualifikation im EU/EEA-Gebiet erworben haben.

Im Vereinigten Königreich hat sich zwischen 1999 und 2000 der Anteil der zugelassenen Pflegefachkräfte mit einem ausländischen Abschluss von 19% auf 26% deutlich erhöht. Davon profitierten im Wesentlichen Beschäftigte aus Nicht-EU-Ländern, die ihren Anteil um 2.367 Zulassungen vergrößern konnten, was einen Anstieg gegenüber dem Vorjahr um ca. 40% bedeutet. Die Anzahl der Zulassungen für Antragsteller mit einer Ausbildung aus den EU/EEA-Ländern stagniert und bewegt sich bei 5% aller Zulassungen. Die Mehrheit der zugelassenen Pflegekräfte aus den EU/EEA-Ländern kommt aus Finnland (20%), Deutschland (18%), Irland (16%) und Spanien (15%). Der hohe Anteil von Pflegekräften aus Finnland und Spanien lässt sich vermutlich mit der schwierigen dortigen Arbeitsmarktsituation für Pflegekräfte erklären, denn beide Länder sind die einzigen EU/EEA-Länder mit einem Überschuss an Krankenpflegekräften. Die Mehrzahl der Fachkräfte aus den Nicht-EU/EEA-Ländern kommt aus den Commonwealth-Ländern, vorrangig aus Südafrika mit einem Anteil von ca. 24%, Australien mit ca. 20% und – neu hinzugekommen – von den Philippinen mit ca. 18%. Nach Aussagen des Experten der Zulassungsstelle hängt die Rekrutierung von Fachkräften außerhalb der EU nicht mit der Bewertung der europäischen Qualifikationsstandards zusammen, sondern mit dem Mangel an Pflegekräften in den meisten EU-Ländern.

In den Niederlanden betrug im Jahr 2000 der Anteil einheimischer Pflegekräfte an den Zulassungen 92%, gefolgt von Pflegekräften aus Nicht-EU-Ländern mit einem Anteil von 5% und Pflegekräften aus EU-Ländern mit einem Anteil von 3%. Trotz des geringen Anteils ausländischer Pflegekräfte zeigen sich in einem Vergleich der letzten beiden Jahre Veränderungen. Ähnlich wie im Vereinigten Königreich konnten in den Niederlanden insbesondere Pflegefachkräfte aus Nicht-EU-Ländern von dem Fachkräftemangel profitieren. So erhöhte sich die Anzahl ihrer Zulassungen von 113 im Jahr 1999 auf 333 im Jahr 2000. Unter den europäischen Krankenpflegekräften rangieren die deutschen mit einem Anteil von ca. 28% an erster Stelle.

In den Niederlanden lässt der hohe Anteil ausländischer Zahnärzte an den Zulassungen, der sich im Jahr 2000 bei 33% bewegte, eine ausgeprägte internationale Rekrutierung erkennen. Europäische und besonders deutsche Zahnärzte konnten dabei von dem Anstieg zwischen den Jahren 1999 und 2000 profitieren. Die Anzahl der zugelassenen deutschen Zahnärzte erhöhte sich in diesem Zeitraum von 15 im Jahr 1999 auf 32 im Jahr 2000, bei einer Gesamtanzahl von 86 registrierten deutschen Zahnärzten in den Niederlanden. Im Vereinigten Königreich lässt demgegenüber der hohe Anteil von Zahnärzten mit inländischem Ausbildungsabschluss, der

bei 85% liegt, zunächst auf eine nationale Praxis schließen. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass die britischen Daten sich auf die Gesamtzahl der zugelassenen Zahnärzte beziehen und nicht auf ein bestimmtes Jahr. Werden für die Niederlande ebenfalls die Gesamtdaten zugrunde gelegt, so erhöht sich der Anteil einheimischer Zahnärzte auf 95%. Unter den EU/EEA-Ärzten im Vereinigten Königreich stellten die Schweden mit 37% den quantitativ größten Anteil, während trotz eines leichten Anstiegs lediglich 4% der aus dem EU/EEA-Gebiet zugelassenen Zahnärzte über eine deutsche Ausbildung verfügen. Unter den zugelassenen Zahnärzten aus Nicht-EU/EEA-Ländern kommt mit einem Anteil von immerhin 62% die weitaus größte Gruppe aus Südafrika. Ein Wert, der allerdings zurückgehen wird, denn nach einer Entscheidung der Zulassungsstelle werden seit 2001 die Bewerber aus dem Commonwealth nicht mehr automatisch registriert, sondern müssen eine Prüfung ablegen. Dies hat bereits im Verlauf des Jahres zu einem spürbaren Rückgang der zugelassenen Zahnärzte aus Südafrika geführt. In Schweden erhöhte sich der Anteil von Zahnärzten mit einer im Ausland erworbenen Ausbildung an den Zulassungen zwischen 1999 und 2000 von ca. 13% auf etwa 20%. Im Hintergrund steht allerdings keine vermehrte ausländische Rekrutierung, sondern ein drastischer Rückgang inländischer Zulassungen (Socialstyrelsen 2001). Zahnärzte mit einem nicht-schwedischen Ausbildungsabschluss kommen zum größten Teil aus Nicht-EU/EEA-Ländern. Insgesamt wurden im Jahr 2000 lediglich acht europäische Zahnärzte registriert, worunter kein Arzt mit einem deutschen Ausbildungsabschluss war.

Für die Gruppe der Physiotherapeuten lässt sich im Ländervergleich der größte Anteil an ausländischen Zulassungen im Vereinigten Königreich erkennen. Da die Daten die Gesamtzulassungen bis zum Jahr 2000 umfassen, kann eine schon längere Zeit anhaltende internationale Zulassungspraxis vermutet werden. Die Mehrzahl der Physiotherapeuten mit einem außerhalb des Vereinigten Königreichs erworbenen Ausbildungsabschluss stammt aus den Commonwealth-Ländern, nämlich 23% im Vergleich zu lediglich 7% aus dem EU/EEA-Gebiet. Die überwältigende Mehrheit der europäischen Physiotherapeuten (52%) hat ihre Ausbildung in den Niederlanden abgeschlossen, gefolgt von Irland mit 14% und Deutschland mit 11%. Der hohe Anteil von niederländischen Physiotherapeuten im Ausland lässt sich vermutlich auf die Arbeitsmarktschwierigkeiten dieser Berufsgruppe in ihrem Herkunftsland zurückführen. Den größten Anteil aus den Commonwealth-Ländern stellte Australien mit 56%, gefolgt von Südafrika mit 20% und Neuseeland mit 17%. Im Vergleich zum Vereinigten Königreich ist in den Niederlanden und Schweden eine weit nationaler ausgerichtete Zulassungspraxis erkennbar, wobei ausländische Physiotherapeuten in Schweden aus den EU/EEA-Ländern rekrutiert werden und in den Niederlanden zu gleichen Teilen aus EU- und Nicht-EU-Ländern. Die deutschen Physiotherapeuten erreichen in beiden Ländern mit ungefähr der Hälfte der Professionsangehörigen aus dem EU-Gebiet einen quantitativ bedeutenden Anteil.

Die Statistiken verweisen auf länder- und berufsspezifische Konkurrenzen, die Absolventen deutscher Ausbildungen im Vergleich zu Fachkräften aus anderen Ländern je nach Berufsgruppe unterschiedlich gute Perspektiven eröffnen. Ärzte können als die mobilste Berufsgruppe im deutschen Gesundheitsbereich gelten, beginnend mit einer bevorzugten Beschäftigung im Vereinigten Königreich und seit 2001 auch in Schweden und den Niederlanden. Dabei bestehen durchaus Konkurrenzen insbesondere zu Ärzten aus den nordischen Ländern in Schweden und aus dem Commonwealth im Vereinigten Königreich. Die für das Vereinigte Königreich hohe Anzahl von Zulassungen deutscher Ärzte kann entlastend auf den deutschen Arbeitsmarkt wirken, da die Anzahl der jährlichen Zulassungen einem Anteil von bis zu 10% eines deutschen Ausbildungsjahrgangs entspricht.

Die Berufsgruppe der Krankenpflegekräfte ist tendenziell weniger international orientiert als die der Ärzte, wobei hier auch im Falle großer Nachfrage die Rekrutierung auf Basis der EU/EEA-Richtlinien eine geringe Rolle spielt. In Schweden werden Krankenpflegekräfte überwiegend in den nordischen Nachbarländern angeworben, die untereinander schon seit längerer Zeit einen gemeinsamen Arbeitsmarkt aufgebaut haben. Im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden werden eher Pflegekräfte aus nicht-europäischen Ländern eingestellt, was sich auf einen Mangel an Pflegekräften in den meisten EU-Ländern zurückführen lässt.

Obwohl sich für deutsche Physiotherapeuten die Situation auf dem inländischen Arbeitsmarkt schwierig gestaltet, erkennbar an der Erwerbslosenquote von 10,4% im Jahr 1997, scheint zumindest ein Wechsel ins Vereinigte Königreich für sie nicht sonderlich attraktiv zu sein. Dafür sprechen die wenigen Zulassungen; im Gegensatz dazu nutzten Physiotherapeuten aus den Niederlanden diese Möglichkeit, um den Schwierigkeiten auf ihrem heimischen Arbeitsmarkt auszuweichen.⁷ In den Niederlanden und Schweden hingegen stellten im Jahr 2000 die deutschen Physiotherapeuten mit einem Anteil von 41% bzw. 45% die größte Gruppe unter den europäischen Professionsangehörigen, ungeachtet der relativ bescheidenen absoluten Zahl von 17 Physiotherapeuten in Schweden und 28 in den Niederlanden. Ein ähnliches Phänomen zeigte sich bei den Zahnärzten, denn trotz einer hohen Erwerbslosenquote von 12,5% im Jahr 1997 blieb die Zahl deutscher Zahnärzte im Vereinigten Königreich, das unter einem Mangel an Zahnärzten leidet, sehr klein, während die schwedischen Zahnärzte in Zeiten von Arbeitsmarktproblemen in großer Anzahl dorthin gingen. Nach Aussagen der schwedischen Arbeitsverwaltungsexperten beruhte diese hohe Beschäftigung von schwedischen Zahnärzten im Vereinigten Königreich auf einer gezielten, umfangreichen Vermittlungsaktion, in die EURES-Vermittler sowie Zahnärztereinigungen in beiden Ländern involviert waren. Aufgrund der zunehmend restriktiveren Zulassungspraxis für Ärzte aus dem Commonwealth werden sich die Berufschancen für Ärzte aus den EU-Ländern im

7 Die Angaben zur Erwerbslosigkeit bestimmter Berufsgruppen im Gesundheitswesen stammen von Parmentier et al. (1998).

Vereinigten Königreich zukünftig vergrößern. In den Niederlanden wurde wiederum in den letzten Jahren eine vermehrte Beschäftigung deutscher Zahnärzte erkennbar.

Der Bedarf an Fachkräften in der Gesundheitsbranche und die sich in den Zahlen darstellenden Konkurrenzen spiegeln sich, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau und in unterschiedlicher Ausformung, zum großen Teil in den Angaben der untersuchten Krankenhäuser wider. In Schweden werden in größerem Ausmaß Fachärzte und in einigen Bezirken auch Pflegekräfte innerhalb des EU/EEA-Gebiets rekrutiert. In dem ausgewählten schwedischen Krankenhaus stammen sieben Ärzte (10%) aus dem Ausland, wobei zwei aus Deutschland kommen und fünf weitere einen anderen Einwandererhintergrund haben. Die Mitte 2001 beschäftigten Krankenpflegekräfte mit einem ausländischen Hintergrund (3-4%) gehörten zur Gruppe der Einwanderer aus Nicht-EU/EEA-Ländern. Im Januar 2002 hatten erstmals drei deutsche Krankenpflegekräfte, die auf einer gezielten Rekrutierungsveranstaltung eingestellt wurden, ihre Arbeit im Krankenhaus aufgenommen. Der Klinikdirektor beschreibt sein Krankenhaus als sehr traditionell und distanziert gegenüber Nicht-Schweden, wobei selbst die geringe Zahl an ausländischen Mitarbeitern schon eine von ihm initiierte Kulturveränderung ausdrückt.

Im Krankenhaus an der deutsch-niederländischen Grenze besteht ein akuter Mangel an Pflegekräften, dem durch ausländische Rekrutierung entgegengewirkt werden soll. In das Kalkül wurden seit April 2000 zunächst deutsche Krankenpflegekräfte und seit Januar 2001 zudem Fachkräfte von den Philippinen einbezogen. Deutsche stellen den größten Anteil unter den derzeit 35 (6%) ausländischen Pflegekräften im Krankenhaus. Davon konnten allein 15 deutsche Krankenschwestern und zehn Pflegekräfte von den Philippinen im Rahmen gezielter Rekrutierungsanstrengungen eingestellt werden. In den nationalen Zulassungsstatistiken lässt sich kein Anstieg deutscher Krankenpflegekräfte erkennen. Es stellt sich hier die Frage, inwieweit dies ein spezifisches Phänomen der Grenzregion ist. Ausländische Ärzte werden nach Aussagen des Personalchefs über schon bestehende Netzwerke mit Krankenhäusern in anderen Ländern gefunden, wie bspw. dem belgischen Krankenhaus in Leuven.

Im Vereinigten Königreich spiegelt sich in den Einstellungspraxen die unterschiedliche Bewertung von Ärzten aus dem Commonwealth und aus europäischen Ländern wider. Nach der Erfahrung des Leiters der privaten Vermittlungsagentur bevorzugen die Chefarzte in den Kliniken bei gleicher Qualifikation für kurzfristige Vertretungsstellen Ärzte aus dem Commonwealth und berücksichtigen erst anschließend ihre Kollegen aus dem europäischen Ausland, wobei im europäischen Vergleich Ärzte aus Deutschland und den Niederlanden bevorzugt werden. Für eher längerfristige Perspektiven, wie sie in dem befragten Krankenhaus vorliegen, werden dagegen deutsche Arbeitssuchende geschätzt und gezielt eingestellt. Die Mehrzahl der deutschen Ärzte kommt in frühen Ausbildungsstufen wie der Phase „Arzt im Praktikum“ (AiP) ins Vereinigte Königreich, angezogen durch die guten

praktischen Ausbildungsmöglichkeiten, und kehrt häufig anschließend wieder nach Deutschland zurück.

6.3 Motivation und Gründe für Mobilität

Das Interesse an und ebenso die Realisierung einer Tätigkeit im Ausland ist von Seiten der Arbeitssuchenden mit verschiedenen persönlichen Charakteristika, aber auch Kompetenzen und Motivationen verknüpft. Mit Ausnahme der Physiotherapeuten handelt es sich zumeist um jüngere Personen, die in der Regel in einem Alter zwischen 20 und 40 Jahren eine Arbeitsstelle in den drei betrachteten Ländern antreten. Bei der Gruppe der Physiotherapeuten wird hingegen nach Erfahrung der britischen Expertin in der Zulassungsstelle ein zweiter Höhepunkt nach Abschluss des 40. Lebensjahres erkennbar. Dies erklärt sie mit dem hohen Anteil an Frauen unter den Physiotherapeuten, die nach Abschluss der Familienphase noch einmal einen Wechsel in ein anderes Land vornehmen. Die Geschlechtstypik eines Berufs tritt prinzipiell auch bei den mobilen Berufsangehörigen hervor. So stellen im Bereich der Krankenpflege und ähnlich in den paramedizinischen Professionen, wie z.B. in der Physiotherapie, Frauen entsprechend ihres Anteils an den Beschäftigten die dominante Gruppe dar. Bei den Ärzten wiederum spiegelt sich das ausgeglichene Geschlechterverhältnis unter den jüngeren Berufsangehörigen wie auch unter den mobilen Personen wider.

Der skizzierte Mangel in bestimmten Gesundheitsberufen in einigen Ländern und die Erwerbslosigkeit in anderen Ländern bilden nur die Rahmenbedingungen für die Mobilität. Auf der individuellen Ebene zeigt sich bei den deutschen Beschäftigten ein komplexes Zusammenspiel von mit Erwerbslosigkeit verbundenen weitergehenden Einflussfaktoren sowie der individuellen Bereitschaft zu und dem Interesse an transnationaler Mobilität. Die arbeitssuchenden Ärzte, die an den groß angelegten Rekrutierungsveranstaltungen in Schweden teilnahmen, befinden sich zu 90% entweder in einem Angestelltenverhältnis, sind selbstständig oder noch in einer Ausbildungsphase. Eine detaillierte Betrachtung lässt dennoch einen Zusammenhang mit der schwierigen Arbeitsmarktsituation deutscher Ärzte erkennen. Als Begründung für ihr Interesse an einer Beschäftigung in Schweden nennen die Bewerber die Suche nach einem Ausbildungsplatz in einem bestimmten Spezialgebiet, die Problematik kurzzeitig befristeter Arbeitsverträge, die in Deutschland den häufigen Wechsel des Arbeitgebers erfordern, oder die unsicheren Zukunftsperspektiven.

In zwei von drei Interviews mit Ärzten, die in Schweden oder im Vereinigten Königreich eine Tätigkeit aufgenommen haben, bestätigt gerade der Hinweis auf aktives Handeln den oben skizzierten Zusammenhang. Beide Gesprächspartner zeigen in ihren Berufsbiografien insgesamt ein sehr aktives Umgehen mit einer

schwierigen Arbeitsmarktsituation bzw. mit (antizipierter) Erwerbslosigkeit. So ist eine Gesprächspartnerin bereits im Jahr 1990 wegen der vermuteten günstigeren Arbeitsmarktsituation in die neuen Bundesländer umgezogen. Der Gesprächspartner aus dem Vereinigten Königreich hatte aus Arbeitsmarktgründen schon früher eine Tätigkeit im Ausland (Vereinigtes Königreich, Südafrika) angenommen, denn für ihn war es wichtig, so seine eigene Aussage, „nicht in Abhängigkeit von Arbeitsamt oder Sozialamt zu geraten“.

Die problematische Arbeitsmarktsituation verbindet sich bei beiden Befragten mit einer Kritik an der Arbeitsweise und der Ausbildungssituation in deutschen Krankenhäusern und dem deutschen Gesundheitswesen allgemein. Eine Kritik, die sie mit nahezu allen befragten Experten und deutschen Beschäftigten teilen. Bemängelt wird von den Ärzten und dem in der Krankenpflege tätigen Personal insbesondere die sehr hierarchische und den Pflegekräften wenig Selbstständigkeit einräumende Arbeitsweise in deutschen Krankenhäusern. Von dem hohen Qualifikationsniveau auf fortgeschrittenem technologischen Stand, das die deutschen Beschäftigten den Aufnahmeländern zuschreiben, erwarten sie sich zudem sehr gute Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Vor allem im Falle Schwedens und der Niederlande führen die Experten und Beschäftigten darüber hinaus die geregelte und auch kürzere Arbeitszeit und die günstigeren Möglichkeiten der Vereinbarung von Beruf und Familie als Motivation für einen Auslandsaufenthalt an.

Arbeitsmarktschwierigkeiten und die Kritik an Spezifika der Arbeitsweise in deutschen Krankenhäusern könnten auf der individuellen Ebene neben einem Wechsel ins Ausland auch andere Lösungsstrategien nahe legen. Bedeutsam für die Entscheidung zu einem Auslandsaufenthalt und deren Realisierung werden schon vorhandene internationale Erfahrungen und Persönlichkeitseigenschaften wie Mut, Neugierde, Offenheit und Interesse an beruflicher und persönlicher Weiterentwicklung. Internationale Erfahrungen können durch Auslandsaufenthalte erworben werden, z.B. hat einer der befragten Ärzte sein Abitur in den USA abgelegt. Internationale Erfahrungen können auch im eigenen Land erworben werden. Dazu verhelfen etwa, wie die Interviews erbrachten, die internationale Ausrichtung eines deutschen Krankenhauses, das den internationalen Austausch von Pflegekräften fördert, oder eine Kindheit an der niederländischen Grenze, die frühe Kontakte zu Bewohnern, Kultur und Sprache des Nachbarlands mit sich bringt. Genannt wird hier ebenso die internationale Orientierung des Lebensgefährten oder von nahen Freunden. Eine Ausbildung, die eher auf einer abstrakteren Ebene grundlegende Themen übergreifend vermittelt statt sehr praxisorientierte Handlungsanweisungen zu liefern, wird insbesondere von den Krankenpflegekräften als wichtige Voraussetzung angeführt. Denn die allgemeinere Ausbildung gestattet weit eher die Einarbeitung in eine neue Praxis, wie sie in anderen Ländern zu erwarten ist.

Das hohe Maß an Eigeninitiative und Aktivität, das bisher schon in der Beschreibung der individuellen Motivation deutlich wurde, wird auch für die Auswahl der Bewerbungsstrategien bestimmend. Dies trifft sowohl auf jene Beschäftigten

zu, die auf der Basis von Eigeninitiative ihren Arbeitsplatz im Zielland gefunden haben, als auch auf diejenigen, die im Rahmen groß angelegter Rekrutierungsveranstaltungen oder durch Initiativen von Krankenhäusern angeworben wurden. Beide Vorgehensweisen sind mit unterschiedlichen Konstellationen und Schwierigkeiten behaftet, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Arbeitssuchende, die über organisierte Rekrutierungsveranstaltungen ihren Arbeitsplatz gefunden haben, waren zumeist schon davor auf der Suche nach Arbeitsmöglichkeiten im Ausland. Eine Krankenschwester hat mit Kolleginnen zusammen das „Projekt Auslandsaufenthalt“ gestartet und systematisch die Möglichkeiten in verschiedenen Ländern erkundet. Ihre Bewerbung und anschließende Teilnahme an der Rekrutierungsveranstaltung in dem späteren Krankenhaus bildete nur eine von verschiedenen Aktivitäten. Die aktive Umgangsform gilt ebenso für die weiteren Stufen des Bewerbungsverlaufs, bspw. arbeiteten die Bewerber häufig während ihrer Urlaubszeit freiwillig zur Probe in dem ausländischen Krankenhaus, um auf der Basis der eigenen Erfahrungen mit Arbeitsweise und Organisation eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Trotzdem erleichtern die Rekrutierungsanstrengungen seitens des Arbeitgebers den Bewerbungsprozess erheblich. Die auszuwählenden Einrichtungen waren prinzipiell daran interessiert, deutsche Kandidaten zu gewinnen, und damit auch bereit, sich auf die spezifische Situation der deutschen Arbeitssuchenden einzustellen. Die Arbeitssuchenden beschreiben dann ihre Bewerbungsphase in dem Krankenhaus als problemlos.

Arbeitssuchende, die sich auf der Basis von Eigeninitiative bis hin zu Blindbewerbungen um eine Stelle in ausländischen Krankenhäusern bemühen, stehen vor dem Problem, dass sie nicht einschätzen können, in welchem Krankenhaus eine grundsätzliche Bereitschaft vorliegt, ausländische (deutsche) Arbeitssuchende einzustellen, und wer die geeigneten Ansprechpartner sind. Eine befragte Ärztin gab persönlich bei allen sie interessierenden Kliniken in ihrer Zielstadt ihre Bewerbungsunterlagen ab und kam anschließend auf eigene Kosten zu Vorstellungsgesprächen. Für die angestrebte Tätigkeit bestand in den Krankenhäusern der Stadt kein Mangel an einheimischen Arbeitssuchenden und damit auch kein Bedarf an einer EU-weiten Rekrutierung. Lediglich in einem Krankenhaus hatte sie Erfolg mit ihrer Bewerbung, wobei sie ihre teilweise schon vorhandenen Sprachkompetenzen und die positive Bewertung ihrer Eigeninitiative als wesentlich für ihre Anstellung annimmt. Zudem gab es in der Stadt ein Projekt zur Rekrutierung von Ärzten aus Deutschland, was ihrer Einschätzung nach eine prinzipielle Offenheit gegenüber ihrer Bewerbung förderte.

Unabhängig von der jeweiligen Bewerbungsstrategie erwiesen sich der Prozess der Beantragung und der Erhalt der Zulassung für die Ausübung der Tätigkeit für die meisten Bewerber als eine Hürde. Dabei war der Erhalt der Zulassung für die Ärzte und Pflegekräfte in der Regel kein Problem. Kritisiert wurden insbesondere die bürokratische Vorgehensweise, die eine Vielzahl unterschiedlicher Formulare,

Dokumente etc. voraussetzt, und der Zeithorizont, da nicht vor der Erteilung der Zulassung eine Tätigkeit aufgenommen werden kann.

6.4 Bedeutung und Transparenz von Bildungsabschlüssen im Rekrutierungsprozess

Aus der Perspektive der Personalverantwortlichen der einstellenden Krankenhäuser nehmen Bildungsabschlüsse, ihre Transparenz und die Bewertung ihrer Qualität, eine zentrale Rolle im Rekrutierungsprozess ein. Dabei muss unterschieden werden zwischen der generellen Bewertung der Bildungsabschlüsse in einem anderen Land und der Einschätzung der individuellen Qualifikation eines Arbeitssuchenden.

Im Folgenden sollen die unterschiedlichen Stufen des Rekrutierungsprozesses, die Vorgehensweisen, die beteiligten Akteure und die Bedeutung der Bildungsabschlüsse in den drei betrachteten Ländern für verschiedene Berufe analysiert werden, und zwar bezogen auf:

- Rekrutierungsanstrengungen;
- Fragen der Zulassung;
- Auswahlprozesse im Krankenhaus.

Den Ausgangspunkt für *Rekrutierungsanstrengungen* von Seiten der Arbeitgeber bildet das Zutagetreten eines spezifischen Bedarfs an Fachpersonal, der durch einheimische Ressourcen nicht gedeckt werden kann. Für die Entscheidung zur Rekrutierung von Fachpersonal in einem spezifischen Land genügt nicht die formalrechtlich mögliche Zulassung auf der Basis von EU-Richtlinien. Die Personalverantwortlichen nehmen darüber hinaus persönlich eine Einschätzung der Ausbildungsqualität in dem jeweiligen Land vor, wobei bei einer generell positiven Bewertung das Land in das Kalkül miteinbezogen wird. Dabei bietet die Nähe der Ausbildung und Arbeitsweise in den Krankenhäusern zum eigenen System einen Konkurrenzvorteil, denn dies gestattet eine schnellere Einarbeitung. Erkundigungen zu Umfang und Inhalt der Ausbildungen im Ausland und der Arbeitsweise in den Krankenhäusern bilden einen Baustein der Bewertung des Qualifikationsstandards. Einen weiteren Bewertungsmaßstab liefern schon vorliegende Erfahrungen mit Beschäftigten aus dem jeweiligen Land. Zu der Fachqualifikation kommt die Sprachkompetenz hinzu, denn der Berufsalltag muss in der Landessprache bewältigt werden. Bevorzugt werden Bewerber aus Ländern, in denen die Sprache des Aufnahmelandes gesprochen wird oder bei denen aufgrund der Nähe der Landessprachen ein schneller Spracherwerb zu erwarten ist. Die Bereitschaft, in eine notwendige Sprachausbildung oder eine Anpassung der Fachqualifikation der ausländischen Bewerber zu investieren, setzt, da dies als kostenintensiv betrachtet wird, einen Fachkräftemangel im eigenen Land voraus.

Während diese Vorüberlegungen für Entscheidungen in allen untersuchten Ländern und für alle untersuchten Berufe gelten, werden unterschiedliche Rekrutierungsstrategien in den verschiedenen Ländern, den Krankenhäusern und auch spezifisch für die Berufsgruppen angewandt. Charakteristisch für die Niederlande und das Vereinigte Königreich sind von einzelnen Krankenhäusern ausgehende Rekrutierungsansätze, wobei im Verlauf des Prozesses professionelle öffentliche oder private Vermittler einbezogen werden können. In Schweden dagegen führten im Jahr 2001 Krankenhäuser eines Bezirkes in Zusammenarbeit mit der öffentlichen Arbeitsverwaltung und mit Ärztevertretungen groß angelegte Rekrutierungsveranstaltungen vornehmlich in Deutschland durch, und eine Ausweitung der Aktionen auf Italien und Österreich war geplant.⁸

Die Krankenhäuser greifen auf verschiedene Strategien zurück. Das schottische Krankenhaus sucht Bewerber in unterschiedlichen Ländern rund um den Globus und stützt sich dabei auf international geschaltete Zeitungsannoncen, die Rekrutierung in Deutschland auch auf eine Zusammenarbeit mit der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) in Bonn. Eine als erfolgreich bewertete Vorgehensweise, wie sie auch von der privaten britischen Vermittlungsagentur angewandt wird. Die Einbeziehung von „Ländern aus der ganzen Welt“, so eine Personalverantwortliche, erscheint charakteristisch für das Vereinigte Königreich mit der langen Erfahrung einer Anstellung von Fachkräften aus den Commonwealth-Ländern. Aufgrund der Ausrichtung der Ausbildungssysteme und Arbeitsweisen der Krankenhäuser in den Commonwealth-Ländern am britischen System und der häufig sehr guten englischen Sprachkenntnisse des dortigen Personals werden insbesondere für Vertretungsstellen Ärzte aus dem Commonwealth gegenüber europäischen vorgezogen. Ärztevertretungen sind bei britischen und ausländischen Ärzten sehr begehrt, da sie im Gegensatz zu einer Tätigkeit als angestellter Arzt sehr gut bezahlt werden.

In dem untersuchten niederländischen Krankenhaus werden seit April 2000 aufgrund eines eklatanten Personalmangels aktiv Pflegekräfte aus dem Ausland rekrutiert. Ausgewählt werden die Suchländer nach der Einschätzung der generellen Qualität der Ausbildung, wobei die (west)deutsche Ausbildung als der niederländischen vergleichbar beurteilt wird. Die Nähe der beiden Sprachen – niederländisch und deutsch – und die damit verbundene Erwartung eines schnellen Spracherwerbs bewirken einen weiteren Konkurrenzvorteil. Die benutzten Strategien, wie das Schalten von Zeitungsannoncen, Anfragen bei niederländischen und deutschen Arbeitsämtern und Mund-zu-Mund-Propaganda, haben sich als unterschiedlich erfolgreich erwiesen. Der erstmalige Erfolg einer Stellenanzeige im deutschen Grenzbe-
reich ließ sich nicht mehr wiederholen, so dass zur Zeit Mund-zu-Mund-Propaganda der schon tätigen deutschen Krankenschwestern als gelungenste Strategie gilt.

8 In Schweden wird die Gesundheitsversorgung auf der Ebene der staatlichen Bezirke organisiert, wobei die vorhandenen Einrichtungen im Sinne einer umfassenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung in ihrem Bezirk zusammenarbeiten sollen.

Die Schwierigkeiten, (west)deutsche Krankenpflegekräfte zu gewinnen, führten nach einer Überprüfung der Qualitätsstandards zu einer Ausweitung der Rekrutierungsanstrengungen auf Fachkräfte von den Philippinen, aus Polen und den neuen Bundesländern.

In Schweden bildet das Abkommen zwischen der deutschen und schwedischen Arbeitsverwaltung die Grundlage der Aktionen zur Rekrutierung deutscher Ärzte und in kleinerem Umfang deutscher Krankenpflegekräfte. Die Aktionen werden in Zusammenarbeit mit den Arbeitsverwaltungen beider Länder (EURES-Berater), Vertretern der Kliniken auf Bezirksebene in Schweden sowie Vertretern verschiedener Ärztevereinigungen in Deutschland durchgeführt. Mit Hilfe der Ärztevereinigungen werden in Deutschland gezielt geeignete Bewerber für konkrete Stellen in den Krankenhäusern gesucht, die im Anschluss daran zu Rekrutierungstagen in verschiedenen deutschen Städten eingeladen werden. Ein erstes Informationsgespräch ist Ausgangspunkt eines langwierigen Selektionsprozesses, der u.a. einen Studienbesuch und weitere Personalgespräche in Schweden einschließt. Die starke Resonanz, die diese Aktionen in Deutschland gefunden haben, die hohe Qualität der deutschen Ärzteausbildung und mit gewissen Abstrichen auch der Ausbildung der Pflegekräfte sowie die Nähe der beiden Sprachen bestärken das Interesse an der Rekrutierung in Deutschland.

Eine Reihe von Berufen im Gesundheitswesen gehört in allen betrachteten Ländern zu den regulierten Berufen, deren Ausübung eine Zulassung in dem Aufnahmeland voraussetzt. Unabhängig von der gewählten Strategie erweist sich der Prozess der Zulassung als eine potenzielle Hürde für transnationale Mobilität. Damit Regulierungen sich nicht zu einer Barriere für die Arbeitskraftmobilität in Europa auswachsen, wurden auf EU-Ebene unterschiedliche Regelmechanismen eingeführt, wobei zwei differente, in verschiedenen EU-Richtlinien festgeschriebene Vorgehensweisen im Gesundheitsbereich Gültigkeit gewinnen. Fünf sektorale EU-Richtlinien regeln die Bedingungen für eine automatische Anerkennung der Ausbildungen von Ärzten, Zahnärzten, Krankenschwestern, Hebammen und Pharmazeuten. Bei den weiteren Berufen im Gesundheitswesen, deren Ausübung reglementiert ist, wird entsprechend der allgemeinen EU-Richtlinie zur Anerkennung von Diplomen im Aufnahmeland über die Anerkennung des Bildungsabschlusses entschieden. Hierbei wird auf der Basis einer Einzelfallprüfung bewertet, ob der Beruf im Aufnahmeland sich mit dem im Herkunftsland ausgeübten Beruf deckt und ob Dauer und Inhalt der Ausbildung keine wesentlichen Unterschiede zur Ausbildung im Aufnahmeland aufweisen. Werden im Verlauf der Einzelfallprüfung grundlegende Differenzen festgestellt, können Ausgleichsmaßnahmen angeordnet werden. Dazu gehören z.B. der Besuch von Anpassungslehrgängen, die Durchführung einer Eignungsprüfung oder die Absolvierung einer Einarbeitungsphase im fraglichen Praxisfeld, während der Tätigkeiten nur unter Aufsicht ausgeführt werden dürfen.

Schon die mit den EU-Richtlinien verknüpften jeweiligen Verfahren geben unterschiedliche Vorgehensweisen für die Berufe im Gesundheitswesen vor. Im

Folgendes soll die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und Krankenschwestern als Beispiel für die Anwendung der sektoralen EU-Richtlinien und die Zulassung von Physiotherapeuten und Dentalhygienikern als Beispiel für die Anwendung der allgemeinen EU-Richtlinie zur Anerkennung von Diplomen herangezogen werden. Insgesamt treten durchaus länderspezifische Umgangsweisen mit den Richtlinien zutage, wobei die entstehenden Schwierigkeiten nicht nur die Anerkennung als solche betreffen, sondern zudem auf der bürokratischen Organisation des Zulassungsverfahrens und dem unsicheren Zeithorizont beruhen.

Die Zusammenstellung der notwendigen Dokumente wird von den Bewerbern zumeist als zeitaufwändig bewertet. Nach Angaben der Experten der Zulassungsstellen tun sich insbesondere deutsche Antragssteller aufgrund des föderalen Prinzips schwer damit, herauszufinden, welche Behörde auf welcher Ebene für die Ausstellung bestimmter Dokumente zuständig ist. Ebenso kann der Zeithorizont, trotz einer in der Regel kurzen Bearbeitungsdauer, zu einer Hürde werden, denn die Arbeitssuchenden stellen häufig erst im Verlauf ihrer Bewerbung einen Antrag auf Zulassung. Die Arbeitgeber hingegen haben in der Regel ein Interesse, ihre ausgeschriebenen Stellen möglichst schnell zu besetzen, und können im Einzelfall einen Bewerber, der schon über eine Zulassung verfügt, vorziehen.

Die Zulassung deutscher Ärzte oder Zahnärzte erfolgt nach Aussagen der befragten Experten in den einbezogenen Ländern auf der Basis der sektoralen EU-Richtlinien quasi automatisch und nahezu ohne Probleme. Dies betrifft auch die Anerkennung von Facharztausbildungen, die ebenfalls in den EU-Richtlinien weitgehend geregelt ist. Trotzdem bestand bei den Zulassungsstellen in zwei Detailfragen ein länderspezifischer Regulierungsbedarf. Die automatische Anerkennung für Ärzte gilt erst nach abgeschlossener Berufsausbildung inklusive der Phase des Arztes im Praktikum (AiP). In den drei betrachteten Ländern können darüber hinaus deutsche Ärzte schon für die Phase des AiP eine zeitlich befristete Zulassung erhalten. Eine Entscheidung, die in den Niederlanden explizit mit dem hohen Qualitätsstandard der deutschen Mediziner Ausbildung begründet wird. Angesprochen wurde von niederländischer Seite weiterhin das Problem des Umgangs mit solchen deutschen Zahnärzten, die ihre Ausbildung in einem anderen Land abgeschlossen und in Deutschland keine volle Approbation erhalten haben. Bei Antragstellern mit diesem Hintergrund geht der Zulassungsentscheidung eine Einzelprüfung voraus.

Für die Krankenpflegekräfte sieht die entsprechende sektorale EU-Richtlinie ebenfalls eine automatische Zulassung in den EU-Ländern vor, wenn die in der Richtlinie festgelegten Standards erfüllt werden. In der Zulassungspraxis traten zwei Problembereiche hervor, die sich auf die geforderten Standards beziehen. Angesprochen sind zum einen Ausbildungen, die vor dem Jahr 1979 abgeschlossen wurden, was in der EU-Richtlinie die entscheidende Zeitgrenze markiert. Hinzu kommen zum anderen Ausbildungsabschlüsse, die in der ehemaligen DDR erwor-

Box 6.1: Die Zulassungsstellen

Die Organisationsform der Zulassungsstellen weist in den drei Ländern erhebliche Differenzen auf, was mit den unterschiedlichen Professionsmodellen zusammenhängt.

Im Vereinigten Königreich bestehen für die verschiedenen Professionen jeweils eigene, unabhängige „Räte“, die im Rahmen der geltenden gesetzlichen Regelungen über die Zulassung entscheiden (General Dental Council, General Medical Council, United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, Council for Professions supplementary to Medicine). Die auf Initiative der britischen Regierung eingerichteten Zulassungsstellen finanzieren sich mittlerweile durch die Mitgliedsbeiträge der Professionsangehörigen. Trotz ihrer Unabhängigkeit von der Regierung bestehen enge Kontakte zum britischen Gesundheitsministerium und ebenso zu den Ausbildungsstätten, Berufsorganisationen und Arbeitgebern.

In den Niederlanden wurde die Zulassung von professionellen Praktikern in der Gesundheitsbranche im Jahr 1997 durch ein landesweit gültiges Gesetz geregelt und gleichzeitig eine dafür zuständige Stelle im Gesundheitsministerium eingerichtet. Hier werden die Zulassungsverfahren für alle Gesundheitsberufe durchgeführt, soweit die Grundausbildung berührt ist. Die darauf aufbauenden Weiterbildungen (Spezialisierungen) werden von den professionellen Berufsverbänden bzw. den Ausbildungsträgern kontrolliert. Die überwiegende Mehrheit der Verfahren wird auf der Basis von EU-Richtlinien, Verordnungen etc. auf einer administrativen Ebene geregelt. Wenn für die Anerkennung einer ausländischen Ausbildung noch keine Verfahrensregeln vorliegen, wird auf der Basis von Inhalt, Umfang und Niveau der Ausbildung eine Bewertung vorgenommen. In den langwierigen Prozessen sind Repräsentanten der Berufsorganisationen und der Ausbildungsstätten als Mitglieder eines eigens dafür eingesetzten, unabhängigen Komitees beteiligt.

In Schweden obliegen Entscheidungen über die Zulassung in den verschiedenen Professionen der dem Gesundheitsministerium nachgeordneten, aber unabhängig entscheidenden Behörde „Socialstyrelsen“ (National Board of Health and Welfare). Die Behörde entscheidet sowohl über die Anerkennung der Grundausbildungen als auch der Weiterbildung im Bereich des Gesundheitswesens. Wenn eine Ausbildung nicht den einheimischen Standards entspricht, werden die Bewerber an die entsprechenden Hochschulen im Lande verwiesen, die eine genaue Einschätzung der Kompetenzlücken vornehmen. Wie im Vereinigten Königreich arbeiten auch in den Niederlanden und in Schweden die Zulassungsstellen intensiv mit den Arbeitgebern, Berufsorganisationen und Ausbildungsstätten zusammen.

ben wurden. Bei Ausbildungen, die nicht den in der Richtlinie festgelegten Standards entsprechen, greift ein Entscheidungsmodus, der mit dem Begriff „acquired rights“ umschrieben wird. Die Regelung besagt, dass auch eine nicht den Standards entsprechende Ausbildung anerkannt werden muss, wenn ein Antragsteller innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens drei Jahre in dem entsprechenden Berufsfeld tätig war.

Die Anerkennung von Spezialisierungen oder Fachausbildungen im Bereich der Krankenpflege, wie z.B. Intensivpflege oder Anästhesie, ist nicht in der sektoralen

EU-Richtlinie geregelt, sondern fällt unter die allgemeine Richtlinie zur Anerkennung von Diplomen. Die geringe Erfahrung in den betrachteten Ländern mit der Anerkennung von Weiterbildungen im Bereich der Pflege lässt ein in der Praxis ungeregeltes Feld erkennen. In Schweden werden derzeit Regelungen erarbeitet, die die Voraussetzungen für eine Anerkennung konkretisieren sollen. In den Niederlanden ist nicht geplant, dies staatlicherseits zu regeln, sondern die jeweiligen Ausbildungsträger sollen einen Vergleich zu niederländischen Standards vornehmen und über die Anerkennung entscheiden. Im Vereinigten Königreich werden bestimmte Spezialausbildungen im Bereich der Krankenpflege von der Zulassungsstelle anerkannt. Regelungen liegen in den betrachteten Ländern inzwischen zu den Zulassungsbedingungen für Kinderkrankenschwestern vor. In den Niederlanden und Schweden umfasst die Ausbildung in der Krankenpflege zunächst die Unterweisung in der allgemeinen Krankenpflege, an die eine spezielle Ausbildung für Kinderpflege anschließt. Die deutsche grundständige Ausbildung zur Kinderkrankenschwester wird in beiden Ländern nicht anerkannt, und eine Zulassung wird mit an dem Einzelfall orientierten Auflagen verbunden. Im Vereinigten Königreich hingegen, wo gleichfalls eine grundständige Ausbildung zur Kinderkrankenschwester vorgesehen ist, wird die deutsche Ausbildung anerkannt.

In den weiteren regulierten Gesundheitsberufen wird ebenfalls auf der Basis der allgemeinen EU-Richtlinie zur Anerkennung von Diplomen eine Einzelfallüberprüfung vorgenommen. Die Bewertung, ob die Berufstätigkeit in Herkunfts- und Aufnahmeland sowie Inhalt und Dauer der Ausbildung übereinstimmen, lässt den Entscheidern mehr Ermessensspielräume als bei den Verfahren nach den sektoralen EU-Richtlinien. In den Interviews mit den Experten werden in den Ländern grundsätzlich unterschiedliche Herangehensweisen erkennbar. Während im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden die Normen „Patientensicherheit“ und „hohe Qualitätsstandards“ die Entscheidungsfindung leiten, wird in Schweden stärker die freie Beweglichkeit der Arbeitskräfte auf dem europäischen Arbeitsmarkt betont. Dies führt dazu, dass in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich für eine Anerkennung, wie nach der EU-Richtlinie möglich, prinzipiell keine gravierenden Differenzen zwischen den im Inland gängigen Qualifikationen und den im Ausland erlangten Qualifikationen bestehen dürfen. In Schweden wird dies auf der Ebene der Zulassung weit großzügiger gehandhabt, und die endgültige Entscheidung bezüglich Anstellung, Forderungen nach Weiterbildung etc. bleibt den Arbeitgebern überlassen.

Das Problem der Anerkennung unterschiedlicher Ausbildungsgänge kann am Beispiel der deutschen Physiotherapieausbildung verdeutlicht werden. In Deutschland ist diese Ausbildung nach wie vor auf Fachschuleebene angesiedelt, während sie in den drei anderen Ländern einen Hochschulbesuch voraussetzt. In Schweden wird die deutsche Ausbildung grundsätzlich mit dem Verweis anerkannt, dass die Ansiedlung auf Fachschulniveau ein Spezifikum der deutschen Gesundheitsberufe darstellt und selbiges nicht die Mobilität deutscher Beschäftigter behindern soll. In

den beiden anderen Ländern wird die deutsche Ausbildung nicht direkt anerkannt, sondern nach einer Einzelfallüberprüfung werden spezifische Auflagen an die jeweiligen Antragssteller herangetragen, die vor einer Zulassung erfüllt werden müssen. In den Niederlanden wird insbesondere die kürzere und begrenzte Ausbildung kritisiert, während im Vereinigten Königreich die mangelnde Professionalisierung der Tätigkeit, die sich im Fachschul- statt Hochschulniveau ausdrückt, und die entsprechend wenig autonome Arbeitsweise der Physiotherapeuten in Deutschland hervorgehoben werden.

Die zukünftige mögliche Anerkennung einer deutschen Ausbildung zum Dentalhygieniker wird in allen drei Ländern gleichermaßen anhand von Einzelfallprüfungen entschieden werden. Im Vereinigten Königreich und in den Niederlanden dürfen für eine Anerkennung nach Dauer und Inhalt keine gravierenden Unterschiede zur einheimischen Ausbildung bestehen, während in Schweden zwar auch ein Vergleich der Ausbildungen angestellt, aber die Ansiedlung der Ausbildung auf Fachschul- statt auf Hochschulniveau wiederum als deutsches Spezifikum akzeptiert werden würde.

Die endgültige Entscheidung über die Anstellung ausländischer Ärzte oder Pflegekräfte wird von den medizinischen Einrichtungen selbst, d.h. in diesem Fall von den Personalverantwortlichen oder Ärzten in den Krankenhäusern getroffen. Hierbei werden neben der Bewertung der Fach- und Sprachkompetenz Persönlichkeitsmerkmale zu einem entscheidenden Auswahlkriterium.

Trotz einer grundsätzlich positiven Beurteilung der deutschen Mediziner Ausbildung wird im Vereinigten Königreich seitens der Arbeitgeber insbesondere eine zu geringe praktische klinische Erfahrung deutscher Bewerber kritisiert. In der Konkurrenz um eine Stelle als Vertretungsarzt wird dies zu einem Nachteil, denn die kurzfristigen Zeitverträge lassen nur wenig Raum zur Einarbeitung. In dem schottischen Krankenhaus wird demgegenüber hervorgehoben, dass sich die deutschen Ärzte rasch praktische Kompetenzen aneignen. In Schweden wird die Qualifikation deutscher Ärzte als gleichwertig zu der schwedischer Mediziner angesehen, während die Ausbildung der Krankenpflegekräfte, die in Schweden auf Hochschulebene angesiedelt ist, nicht als gleichwertig betrachtet wird. Nach Vorstellungen des befragten Klinikdirektors sind die Unterschiede jedoch nicht gravierend und können im Verlauf einer drei- bis viermonatigen Einarbeitungszeit ausgeglichen werden. Im niederländischen Krankenhaus wiederum wird die deutsche Ausbildung als adäquat betrachtet, da in den Niederlanden neben einer Hochschul- ausbildung auch eine praxisorientierte Ausbildung in der Krankenpflege existiert. In dem schwedischen und niederländischen Krankenhaus wurden bisher nur Krankenpflegekräfte auf der Basis ihrer Grundausbildung eingestellt, wobei im niederländischen Krankenhaus die mangelnde Regulierung der Anerkennung von Weiterbildungen die Anstellung deutscher Krankenpflegekräfte mit einer Spezialisierung etwa auf Anästhesie bisher verhindert hat. Die Anerkennung der Facharztausbil-

Box 6.2: Fortbildung zum Dentalhygieniker

Im Dezember 1999 wurde die Weiterqualifikation zum Dentalhygieniker als derzeit qualifizierteste und jüngste Fortbildung für Zahnarzthelfer in Deutschland mit der Verabschiedung einer Musterfortbildungsordnung durch die Vertreterversammlung der Bundeszahnärztekammer etabliert. Die Fortbildung kann in Vollzeitform oder berufsbegleitend durchgeführt werden und baut im Sinne eines Modulmodells auf schon vorher erworbenen Fortbildungsabschlüssen und sich daran anschließenden Phasen einer Berufstätigkeit auf. Nach der dreijährigen Berufsausbildung innerhalb des dualen Systems zum Zahnarzthelfer und einer mindestens zweijährigen Berufstätigkeit kann zunächst die Fortbildung zum medizinischen Fachhelfer angeschlossen werden. Der erfolgreiche Abschluss dieser Fortbildung einschließlich des Erwerbs von Kenntnissen der Röntgenverordnung und im Erste-Hilfe-Bereich bilden die Grundvoraussetzung für die Zulassung zur Weiterqualifizierung zum Dentalhygieniker. Diese Weiterqualifikation schließt eine theoretische Ausbildung in einem breiten Spektrum von Fachgebieten wie z.B. Anatomie, zahnmedizinische Kenntnisse oder Patientenbetreuung sowie ein Berufspraktikum ein. Zu den Arbeitsaufgaben eines Dentalhygienikers gehören die Hilfe bei der Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und Unterstützung auf den Gebieten der Gesundheitsfürsorge, -erziehung und -aufklärung. Diese Tätigkeiten führt er als qualifizierter, delegationsabhängiger Mitarbeiter des Zahnarztes nach dessen Anweisung in freier Praxis oder in Zentren für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus.

Die Bundesrepublik Deutschland schließt mit der eingeführten Weiterqualifikation zum Dentalhygieniker an Entwicklungen an, die in anderen Ländern zumeist schon früher vollzogen wurden. Neben dem Zeitpunkt der Etablierung der Qualifikation weisen zudem die Formen der Aus- bzw. Weiterbildung, Zugangsvoraussetzungen sowie die Tätigkeitsmerkmale deutliche Länderprofile auf. In den Niederlanden konnten nach der Einrichtung einer ersten Ausbildungsstätte zu Beginn der 70er Jahre die Dentalhygieniker bzw. ihre Berufsorganisation sukzessive Arbeitsaufgaben und Entscheidungsspielräume erweitern. So können Dentalhygieniker seit zehn Jahren in ihrer eigenen Praxis und relativ unabhängig von Instruktionen des Zahnarztes ihre Tätigkeit ausüben und dabei auch selbstständig Diagnosen stellen – Freiräume, die lediglich in den Niederlanden und Skandinavien gegeben sind. Die Ausbildung zum Dentalhygieniker umfasst in den Niederlanden ein dreijähriges (Kurz-) Studium mit Zugangsmöglichkeiten für Zahnarzthelferinnen. Derzeit wird geplant, die Ausbildung um ein Jahr zu verlängern und gleichzeitig das Spektrum der Arbeitsaufgaben um die selbstständige Durchführung von Routinebehandlungstätigkeiten zu vergrößern. In Schweden geht man ebenfalls davon aus, dass zukünftig die Arbeitsaufgaben für Dentalhygieniker zunehmen und parallel dazu die der Zahnärzte zurückgehen werden. Die Entwicklung in Deutschland wird von Repräsentanten der niederländischen Berufsorganisation als eine gute Ausgangsbasis für die weitere Professionalisierung der Tätigkeit betrachtet. Von Seiten der internationalen Vereinigung für Dentalhygieniker wurden zudem verschiedene deutsche Fortbildungen bewertet, wobei dem Fortbildungsgang der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe internationaler Standard attestiert wurde.

Quelle: Informationen zur Fort- und Weiterbildung für Zahnarzthelfer der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Zahnärztekammer Hamburg sowie dem zahnärztlichen Fortbildungszentrum der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg.

dungen wurde hingegen mit der sektoralen EU-Richtlinie geregelt, so dass in Schweden keine Probleme bei der Einstellung von Fachärzten entstehen. Sprachkompetenzen werden insbesondere im Vereinigten Königreich vorausgesetzt, während die Personalverantwortlichen in den Niederlanden und Schweden von einem raschen Spracherwerb gerade deutscher Arbeitssuchender ausgehen.

In einem nächsten Schritt wird die Übereinstimmung des individuellen Profils der Kandidaten mit den Voraussetzungen der konkret ausgeschriebenen Arbeitsstelle relevant und damit neben Sprach- und Fachkompetenzen auch Persönlichkeitsmerkmale. Die private Vermittlungsagentur und das schottische Krankenhaus treffen ihre endgültige Personalentscheidung im Wesentlichen auf der Basis der schriftlichen Bewerbungsunterlagen. Lediglich im Krankenhaus finden darüber hinaus noch telefonische Vorstellungsgespräche statt. Im Krankenhaus bewerben sich deutsche Ärzte zumeist für die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ und können damit in der Regel nur ihren Studienabschluss und sehr wenige Referenzen vorweisen. Die britische Zulassungsstelle (General Medical Council, GMC) nimmt eine grundlegende Einschätzung des Qualifikationsniveaus des Bewerbers vor, auf die sich das Krankenhaus stützt. Individuelle Auswahlkriterien sind die Qualität des Studienabschlusses, der Studienort und, wenn vorhanden, die Aussagen der Referenzen. Während von der befragten Personalverantwortlichen im Krankenhaus die Aufbereitung der deutschen Bewerbungen als sehr gut bewertet wird, kritisiert der Experte der privaten Vermittlungsagentur die zu wenig an die konkrete Arbeitsstelle angepasste Präsentation der Bewerber. Gerade bei der Übernahme einer Ärztervertretung müssen Ausbildung und insbesondere konkrete Berufserfahrung sehr genau mit den Stellenanforderungen übereinstimmen, denn es besteht kaum eine Einarbeitungszeit. Die Berufserfahrung muss durch entsprechende Referenzen belegt werden, die präzisen Aufschluss darüber geben, in welchen Bereichen der Bewerber bereits tätig war und welche Arbeitsaufgaben er schon ausgeführt hat.

In den niederländischen und schwedischen Krankenhäusern sind Vorstellungsgespräche für die Personalauswahl entscheidend, während die Bewerbungsunterlagen lediglich der Vorauswahl dienen; so wird etwa in den Niederlanden bei der schriftlichen Bewerbung nur ein Lebenslauf (CV-Format) verlangt. Vorstellungsgespräche finden mit verschiedenen Personen statt; so entscheidet z.B. in den Niederlanden das spätere Team nach einem Gespräch, ob es mit einem Bewerber zusammenarbeiten möchte. Nach Feststellung der Qualifikation für den Arbeitsplatz werden vor allem persönliche Eigenschaften zum entscheidenden Auswahlkriterium. Ausgewählt werden Persönlichkeiten, die erwarten lassen, dass sie sich der Organisation und Arbeitsweise des Krankenhauses anpassen.

In Schweden werden nach Aussage des Klinikdirektors „nette Leute“ gesucht, d.h. solche „mit einem Verständnis für den Norden“, die auch eine gewisse Zeitdauer bleiben wollen. Positiv bewertet werden außerdem Eigeninitiative, Aktivität, Kreativität und der Ehrgeiz, vorhandene Unterschiede in Ausbildung und Berufserfahrung auszugleichen. Aktivität und Eigeninitiative sind nach Meinung des Ge-

sprächspartners nicht nur wichtig für die Bewältigung des Klinikalltags, sondern unverzichtbare Voraussetzung für die Integration in ein neues Land mit einer anderen Sprache und Kultur. Weitere Kriterien können sich durch spezifische personalpolitische Zielsetzungen eines Krankenhauses ergeben. So wünscht sich der Direktor der schwedischen Klinik bspw. eine Verjüngung des Krankenpflegepersonals. Im niederländischen Krankenhaus werden insbesondere Persönlichkeitsmerkmale zum maßgeblichen Einstellungskriterium. Als entscheidendes Auswahlkriterium für Krankenpflegekräfte wird an erster Stelle Selbstbewusstsein genannt, denn die Pflegekräfte müssen ihre Position gegenüber den Ärzten vertreten können, gefolgt von Einfühlungsvermögen gegenüber Patienten und Kollegen, Idealismus statt ausgeprägter ökonomischer Orientierung sowie Interesse an einer persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung.

6.5 Lebens- und Arbeitsbedingungen im Ausland

Ähnlich wie bei der Bewerberauswahl wird auch bei der Aufnahme der deutschen (ausländischen) Beschäftigten in das Krankenhaus eine Anpassung an die länderspezifische Organisation und Arbeitsweise einschließlich der Sprache gefordert. Eine Akzeptanz der spezifischen Arbeitsweise und die Beherrschung der Sprache stellen unbestritten eine Voraussetzung für eine Eingliederung dar, dennoch könnten die eingebrachten eigenen Erfahrungen der Beschäftigten aus anderen Ländern durchaus eine Bereicherung für die Kliniken werden. Dies wird von den Gesprächspartnern bisher nicht so gesehen. Die Rekrutierung von EU-Bürgern gilt lediglich als eine Strategie, um den Mangel an Ressourcen in bestimmten Gesundheitsbereichen auszugleichen.

Wie der Prozess der Integration organisiert wird, welche Rolle dabei die Beschäftigten selbst, ihre unmittelbaren Arbeitskollegen und die Institution einnehmen sollen, gestaltet sich sehr unterschiedlich. Grundsätzlich lässt sich zwischen zwei Prinzipien unterscheiden, die in der Praxis auch verbunden werden können. Bei der einen Vorgehensweise sollen auf der Basis einer gezielten Planung der Einarbeitungszeit durch die Institution systematisch die als notwendig erachteten Kompetenzen erworben werden, während eine zweite Vorgehensweise von der Annahme ausgeht, dass die Beschäftigten mit Unterstützung der Kollegen im Arbeitsalltag alle für sie notwendigen Informationen erhalten.

Für die Krankenpflegekräfte wurden in den Niederlanden und Schweden gezielte Leitvorstellungen oder sogar Programme zum Spracherwerb und zur Erleichterung der Einarbeitung entwickelt. Im Krankenhaus in den Niederlanden wurde ein bisher sehr erfolgreicher vierwöchiger Intensivsprachkurs konzipiert, der in seinen Inhalten auf Themen aus der Pflege oder die Arbeitsweise im Krankenhaus ausgerichtet ist. In dem schwedischen Krankenhaus wird ebenfalls eine Einführungsphase ge-

plant; der Spracherwerb ist vorgelagert und findet schon im Verlauf eines Intensivkurses in Deutschland statt.

Von den Ärzten wird in Schweden und im Vereinigten Königreich ein hohes Maß an Eigeninitiative erwartet, was nicht zuletzt mit dem Qualifikationsniveau begründet wird. Die Gestaltung der Einführungsphase soll in Schweden individuell zwischen Beschäftigtem und Vorgesetztem ausgehandelt werden. In der Praxis ist die Eigeninitiative der mobilen Ärzte entscheidend, die z.B. selbst Sprachkurse bei öffentlichen Bildungsträgern vorschlagen und sich mit Unterstützung der Kollegen in Arbeitsweisen des Krankenhauses einarbeiten. Gleichzeitig nehmen sie analog zu ihren einheimischen Kollegen an spezifischen Einführungskursen für Ärzte teil.

Die Integration in ein ausländisches Krankenhaus im Vergleich zu einem deutschen verbindet sich für die Beschäftigten mit zusätzlichen Anforderungen, die sie in den Gesprächen als teils „belastend“ beschreiben. Zum Spracherwerb kommen die Einarbeitung in die Organisation des Krankenhauses, die Auseinandersetzung mit der Stellung der eigenen Profession in der Krankenhaushierarchie und das Umgehen mit der in der Regel sehr viel selbstständigeren Arbeitssituation hinzu. Die Anforderung, selbstständige Entscheidungen zu fällen, wird zumindest bei der Aufnahme der Tätigkeit als Herausforderung erlebt, denn aufgrund der doch sehr wenig praxisorientierten Ausbildung in Deutschland fehlt den meisten deutschen Mitarbeitern im Ausland die Erfahrung mit bestimmten Behandlungsmethoden. Zur entscheidenden Ressource in der Einarbeitungsphase werden Kollegen oder Vorgesetzte, die im Berufsalltag unterstützend zur Seite stehen.

Die Positionen, die die deutschen Beschäftigten einnehmen, beschreiben sie als ausbildungsadäquat, wobei ein Arzt darüber hinaus berichtet, dass er ohne formell abgeschlossene Facharztausbildung als Arzt im Vereinigten Königreich eingesetzt wird, was in Deutschland nicht möglich wäre. Die angemessene Einstufung der deutschen Beschäftigten und ihre durchaus vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten werden auch von den Experten der Arbeitsämter, der Zulassungsstellen sowie den Personalverantwortlichen bestätigt, wobei dies mit dem derzeitigen Arbeitskräftemangel in den Aufnahmeländern begründet wird.

Die vergleichbaren Positionen verbergen Unterschiede in der Arbeitssituation, welche die Beschäftigten in den Aufnahmeländern sehr viel positiver erleben. Sie benennen in diesem Zusammenhang neben den schon erwähnten größeren Autonomiespielräumen die weniger ausgeprägte Krankenhaushierarchie, die sich in Deutschland nur zögerlich verändert, den kollegialen und lockeren Umgang im Team, die höhere Personaldichte, die ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten erlaubt, die ausgeprägte Praxisorientierung und die geregelte Arbeitszeit einschließlich der längerfristigen Planung der Diensteinteilung.

Das Lohnniveau beschreiben die deutschen Beschäftigten als vergleichbar mit einem Einkommen in Deutschland. Die beiden Krankenschwestern in den Niederlanden erzielen einen ähnlichen Nettolohn wie in Deutschland, da das niedrigere Bruttogehalt in den Niederlanden durch die geringere Steuerlast wieder ausgegli-

chen wird. Eine der Krankenschwestern betont, dass sie zu einem deutlich geringeren Gehalt ihre Arbeitsstelle in den Niederlanden nicht angetreten hätte. Der Vertretungsarzt im Vereinigten Königreich bezeichnet sein Einkommen als vergleichbar mit dem eines deutschen Arztes, was auch darauf beruht, dass sein Gehalt deutlich über dem eines angestellten Arztes im Vereinigten Königreich liegt. Die beiden in Schweden tätigen Ärztinnen erzielen ein Einkommen, das etwas unterhalb des deutschen Niveaus liegt, jedoch mit einer geringeren und vor allem geregelteren Arbeitszeit einhergeht; so werden z.B. keine Überstunden verlangt oder Zusatzdienste durch Freizeitausgleich abgegolten.

Mit Ausnahme der beiden in den Niederlanden tätigen Krankenschwestern, die in ihrem Wohnort in der Grenzregion verbleiben konnten, verband sich für die deutschen Beschäftigten die Aufnahme einer Auslandstätigkeit mit einem Umzug in das jeweilige Land. Den Wechsel in ein anderes Land und die damit einhergehenden Fragen wie Wohnungssuche, Sozialversicherungen und Anmeldung des Kraftfahrzeugs erlebten sie als schwierig und beklagten insbesondere ein Informationsdefizit. Es fehlt an Aufklärung, welche bürokratischen Hürden überhaupt genommen werden müssen und in welcher Reihenfolge dies geschehen soll. Die Unterstützung der Arbeitgeber bei der Wohnungssuche wurde als sehr hilfreich wahrgenommen, da diese einen größeren Einblick in den nationalen Wohnungsmarkt haben. Die meisten Schwierigkeiten erwiesen sich rückblickend als Umstellungsprobleme, die mittlerweile bewältigt wurden.

Der Verbleib am Wohnort in Deutschland gestaltete sich wiederum für die Krankenschwestern im niederländischen Krankenhaus keineswegs als problemfrei, denn Leben und Arbeiten in zwei Ländern wirft im Alltag erhebliche Probleme auf. Dazu gehören Fragen der Steuern und Sozialversicherung, wie etwa das Problem, ob die weit günstigere Krankenversicherung in den Niederlanden für Behandlungskosten bei deutschen Ärzten aufkommt. Ebenso schwierig wird es im Alltag, wenn das Gehalt auf eine Bank in den Niederlanden eingezahlt wird, aber die Abbuchungen in Deutschland vorgenommen werden. Zur Vermeidung der erheblichen Kosten pro Abbuchung hebt eine der beiden Krankenschwestern persönlich ihr Gehalt bei der niederländischen Bank ab und zahlt es bei der deutschen ein.

Mit Ausnahme des Vertretungsarztes im Vereinigten Königreich bewerten die deutschen Beschäftigten bisher ihre Entscheidung zu einem Wechsel ins Ausland vor allem aufgrund der angenehmen Arbeitssituation als sehr positiv. Ob und wann sie wieder nach Deutschland zurückkehren, bleibt für sie derzeit offen, was auch dem Umstand geschuldet ist, dass sie erst im Laufe des Jahres 2001 ins Ausland gegangen sind. Eine mögliche Rückkehr schließen sie nicht aus, wobei eine der Krankenschwestern schildert, dass in ihrem ehemaligen deutschen Krankenhaus Krankenschwestern ohne Probleme nach einem Auslandsaufenthalt wieder eingestellt und integriert werden. Wichtig ist darauf zu achten, dass im Ausland erworbene Weiterbildungen in Deutschland akzeptiert werden, damit die Rückkehr zu einer wirklichen Option werden kann. Die Anerkennung von Facharztausbildungen

ist zwar EU-weit geregelt, dennoch unterscheiden sich die Inhalte nach wie vor erheblich. Dies kann trotz einer formalen Anerkennung seitens der deutschen Arbeitgeber zu einem Hindernis für eine Anstellung führen, wie eine der Gesprächspartnerinnen befürchtet. Im Krankenpflegebereich sind Fragen der EU-weiten Anerkennung von Weiterbildungen noch weitgehend ungeklärt, ungeachtet dessen gilt für die befragten Krankenschwestern eine Weiterbildung in den Niederlanden aufgrund des hohen Ausbildungsstandards als erstrebenswert. Als Hürde beschreiben die Beschäftigten, dass sie sich bei einer Rückkehr wieder in die deutsche Krankenhaushierarchie einfügen müssten. Ähnliche Probleme schildert auch die Expertin der Zulassungsstelle für Physiotherapeuten, da sich jene kaum wieder in die deutschen Hierarchien einordnen wollen.

Der als Vertretungsarzt im Vereinigten Königreich tätige Deutsche, der schon im Jahr 1990 erstmals dort arbeitete, hat im Verlauf seiner Berufsbiografie die Erfahrung gemacht, dass er sich nach einem Auslandsaufenthalt nicht wieder in das deutsche System integrieren konnte. Er beklagt, dass in Deutschland Auslandserfahrung an sich, wenn sie außerhalb spezieller Programme erworben wird, nicht als Qualifikation anerkannt wird. Weitere Probleme für eine Rückkehr nach Deutschland bilden seine in Südafrika abgeschlossene und in Deutschland nicht anerkannte Facharztausbildung sowie die prinzipiell geringe Anerkennung von Berufserfahrung, wenn sie nicht durch ein Zeugnis (hier: Facharztzeugnis) belegt ist. Hinzu kommt, dass ihn mittlerweile der sehr hierarchische, wenig flexible und praxisferne deutsche Klinikalltag eher abschreckt. Daher steht er vor der schwierigen Situation, dass seine Frau und sein Sohn in Deutschland leben, während er im Ausland als Vertretungsarzt das Familieneinkommen erwirtschaftet.

6.6 Möglichkeiten der Verbesserung von Transparenz und Mobilität

Mobilität und Transparenz von Ausbildungsabschlüssen erwiesen sich in den Aussagen der Befragten, den deutschen Beschäftigten im Ausland sowie den Experten, als äußerst vielschichtige Phänomene, deren Bedingungen durch eine Reihe von Einflussfaktoren bestimmt werden. Im Folgenden sollen aus der Perspektive der Interviewpartner Möglichkeiten der Verbesserung der Mobilität diskutiert werden, wobei Fragen der Ausbildung eine besondere Bedeutung zukommt.

In den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, dass die Fachqualifikation – Inhalt, Dauer, Niveau der Ausbildung und Transparenz – die Entscheidungen in verschiedenen Phasen des Rekrutierungsprozesses wesentlich prägt. Dies gilt erstens mit Blick auf die Zulassung von Bewerbern im gewünschten Aufnahmeland für die regulierten Gesundheitsberufe, zweitens in Bezug auf die prinzipiell positive Bewertung der Qualifikationsstandards seitens der Arbeitgeber im Ausland und drit-

tens hinsichtlich der Beurteilung der individuellen Eignung eines Bewerbers für eine konkrete Stelle.

Probleme bei der Zulassung ergeben sich für die deutschen Arbeitssuchenden insbesondere im Bereich paramedizinischer Berufe im Vereinigten Königreich und den Niederlanden, z.B. für die Physiotherapeuten, deren Ausbildungsabschlüsse auf der Basis der allgemeinen EU-Richtlinie zur Anerkennung von Diplomen bewertet werden. Die Ausbildungsdifferenzen führen dabei zu Forderungen nach einer Weiterqualifikation an die Antragsteller, die sie vor dem Erhalt einer Zulassung erfüllen müssen. Sinnvoll wäre es dabei, die Bewerber von deutscher Seite bei der Durchführung der geforderten Anpassungsleistungen zu unterstützen. Im Vereinigten Königreich werfen vor allem Forderungen nach einer Weiterqualifizierung in der Praxis häufig Probleme auf, denn britische Krankenhäuser zeigen nur wenig Interesse an der Weiterbildung etwa deutscher Physiotherapeuten. Die englische Expertin der Zulassungsstelle schlägt daher vor, dass britische Krankenhäuser eine finanzielle Unterstützung für Praxisphasen erhalten sollten.

Die Zulassungsstellen selbst können ebenfalls durch eine Veränderung ihrer Arbeitsweisen und Fortentwicklung der Regularien zu einer Verbesserung der Rahmenbedingungen beitragen. Dazu gehört die Konkretisierung der Regelungen für eine Anerkennung der Weiterbildungen in verschiedenen Gesundheitsberufen, die mit Ausnahme der Facharztausbildung zumeist noch diffus sind. Eine engere Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern des jeweiligen Landes könnte diesen schon im Vorfeld von Rekrutierungsanstrengungen einen größeren Einblick in EU-weite Grund- und Weiterbildungen gestatten und zudem auch frühzeitig auf mögliche Probleme beim Erhalt der Zulassung aufmerksam machen. Eine vertiefte Zusammenarbeit der Zulassungsstellen in verschiedenen EU-Ländern könnte solcherart nationale Regulierungen fördern, die EU-weite Mobilität unterstützen. Dazu schlägt etwa der Experte der zuständigen Stelle für die Zulassung von Beschäftigten im zahnmedizinischen Bereich im Vereinigten Königreich vor, dass die zukünftig geplanten Zugangsregelungen für zahnmedizinische Assistenten in Absprache mit den Zulassungsstellen in anderen Ländern erfolgen sollten.

Personalverantwortliche in den medizinischen Einrichtungen stützen ihre Entscheidung für eine Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland nicht allein auf die Zulassung, sondern sie vergleichen Ausbildungsstandards zwischen den Ländern und beziehen bei einem positiven Ergebnis ein Land in ihr Kalkül mit ein. Ein höherer Bekanntheitsgrad deutscher Ausbildungen würde die prinzipiellen Chancen deutscher Bewerber im Ausland vergrößern. Neben Informationen durch die Zulassungsstellen könnten gezielte Veranstaltungen durch die EURES-Berater der Arbeitsverwaltungen oder auch Mitarbeiter der Außenhandelskammern die diesbezüglichen Kenntnisse erweitern. Groß angelegte Rekrutierungsaktionen werden von Seiten der Arbeitgeber nur in Ländern oder Regionen vorgenommen, in denen aufgrund von Erwerbslosigkeit in größerem Umfang Rekrutierungschancen bestehen. EU-weite Informationen zur Erwerbslosigkeit in bestimmten Berufen bilden daher

ein weiteres Standbein für die Entscheidung der Arbeitgeber, wobei auch hier die Arbeitsverwaltungen die entsprechenden Daten liefern sollten.

Die prinzipielle Akzeptanz der deutschen Ausbildung bildet den Rahmen für die Anstellung von Fachkräften, innerhalb dessen die Bewerber ihre individuelle Kompetenz bezogen auf eine konkrete Stellenausschreibung darstellen müssen. Bewerbungsunterlagen und Vorstellungsgespräch werden in den betrachteten Ländern unterschiedlich gewichtet, wobei diese Länderdifferenzen zu einer Barriere werden können. Trotz der von den verschiedenen Experten als insgesamt gut bezeichneten Bewerbungsunterlagen fehlt häufig der Bezug auf die Erfordernisse der Länder oder auf die konkrete Stellenausschreibung. Information und Hilfestellung seitens der Arbeitsverwaltung könnten den Erfolg einer Bewerbung unterstützen.

Im Prozess der transnationalen Mobilität werden neben Fragen des Inhalts und der Transparenz von Qualifikationen weitere Hürden erkennbar, die gleichzeitig Ansatzpunkte für eine positive Veränderung bieten. Die Entwicklung des Interesses an einer Auslandstätigkeit setzt auf Seiten der Individuen selbst bestimmte Erfahrungen und Kompetenzen voraus, wie internationale Orientierung, Aktivität oder Offenheit. Hier könnten verstärkte Anstrengungen für einen internationalen Austausch in Schulen oder bei Arbeitgebern förderlich wirken.

Für den Bewerbungsprozess wünschen sich besonders jene befragten deutschen Beschäftigten, die auf der Basis von Eigeninitiative ihren Arbeitsplatz im Ausland gefunden haben, mehr Informationen zu konkreten Arbeitsmöglichkeiten im Zielland und diesbezügliche Unterstützung durch die Arbeitsverwaltungen. Der Erfolg der zielgerichteten Rekrutierungsaktionen der Arbeitgeber verdeutlicht darüber hinaus, dass eine verstärkte Kooperation zwischen den Akteuren sehr unterstützend wirken kann. Weiterhin könnte eine finanzielle Förderung des Spracherwerbs schon vor der eigentlichen Bewerbungsphase die Chancen auf dem Arbeitsmarkt im Zielland erhöhen. Als Hemmnis für die Aufnahme einer Beschäftigung erweist sich aus der Perspektive der Antragssteller das Verfahren der Zulassung, wobei vorrangig der ungewisse Zeithorizont und die bürokratischen Verfahrensweisen moniert werden. Informationen zu den geforderten Dokumenten und den sie ausstellenden Behörden sollten daher nicht nur von den Zulassungsstellen, sondern auch den Arbeitsverwaltungen und Berufsorganisationen weitergegeben werden. Des Weiteren sollten schon zu Beginn des Suchprozesses die Interessenten auf die Notwendigkeit der Zulassung hingewiesen werden, bspw. durch die Arbeitsverwaltung, damit der Antrag frühzeitig gestellt werden kann.

Die Integration am Arbeitsplatz kann durch eine geplante Einführungsphase wesentlich erleichtert werden, die nach Meinung der Beschäftigten ergänzend zu der Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte im direkten Arbeitsumfeld hinzukommen sollte. Neben den Arbeitgebern sind auch die Berufsorganisationen gefordert, zu Fragen wie Löhnen, Arbeitssituation, Arbeitsrecht Informationen und Auskunft zu geben.

Informationsdefizite und insbesondere widersprüchliche Auskünfte durch verschiedene Stellen kennzeichnen die lebenspraktischen Bereiche, wie Wohnungssuche, Umzug, Sozialversicherungen, Steuern etc. Hier wünschen sich die Befragten neben klareren Informationen auch eine Art von Leitfaden, der vorgibt, in welcher Reihenfolge verschiedene Schritte unternommen werden müssen und welche Behörden oder Institutionen zuständig sind. Zum Informationsdefizit kommt für die Grenzpendler hinzu, dass bestimmte Bereiche wie das Bankenwesen oder Fragen der Gesundheitsversorgung noch nicht eindeutig geregelt sind.

Eine nicht unerhebliche Rolle in den Überlegungen der Beschäftigten im Ausland spielt die Frage der Rückkehr in das Herkunftsland, die sich zentral um die Frage der Anerkennung der im Ausland erworbenen Qualifikationen rankt. Gerade für deutsche Beschäftigte wird nach Ansicht einiger Experten der Wechsel in ein anderes Land dadurch erschwert, dass von deutschen Arbeitgebern im Gesundheitswesen Auslandserfahrung an sich nicht als eine Erweiterung des Horizonts und damit als eine Form von Qualifikation anerkannt wird. Überdies führt die mangelnde formale Zertifizierung der im Ausland absolvierten Weiterbildungen bei den Beschäftigten zu Befürchtungen, dass ihre Weiterbildungsabschlüsse bei ihrer Rückkehr nicht anerkannt werden. Für die Ärzte wurde zwar die formale Anerkennung von Facharztausbildungen EU-weit geregelt, die Differenzen zwischen den Gesundheitssystemen und damit auch zwischen den Ausbildungsgängen der verschiedenen Länder können jedoch von Arbeitgeberseite bei einer Anstellung mit Forderungen nach einer Weiterbildung verknüpft werden.

Literatur

- Amar Michel/Bensaïd-Topiol, Agnès/Lerenard, Agnès/Marioni, Pierre/Viney, Xavier (eds.) (1999): Familles professionnelles, données de cadrage 1983-1998 – l'emploi, les caractéristiques des actifs, la mobilité et le chômage pour 83 familles professionnelles. In: Les Dossiers de la DARES, 1-2/99, décembre 1999. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Paris.
- Ant, Marc/Kintzelé, Jeff/van Heacht, Anne/Walther, Richard (Hg.) (1996): Berufliche Weiterbildung in Europa: Zugang, Qualität und Umfang. FORCE, Formation Continue en Europe/INFPC. Neuwied, Kriftel, Berlin.
- Arbeitsgemeinschaft QEUM (Hg.) (2002): Kompetenzentwicklung 2002 – Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V./Projekt Qualifikations-Entwicklungs-Management. Berlin.
- „Automärkte im Umbruch. Die gute Stimmung auf dem Genfer Autosalon kann nicht darüber hinwegtäuschen: Die Automobilbranche befindet sich in einer Umbruchphase“. In: Financial Times Deutschland, 28.02.2001.
- „Automobilindustrie auf dem Weg in die Zukunft“. In: VDWF aktuell, Heft 11, 1999: Die Automobilindustrie und die Zukunft. Hrsg. vom Verband deutscher Werkzeug- und Formenbauer. Rechberghausen.
- Beaverstock, Jonathan (1994): Rethinking Skilled International Labour Migration. In: Geoforum, Jg. 25, Nr. 3, S. 323-338.
- Berthoin Antal, Ariane/Stroo, Ilse/Willems, Meike (2000): Drawing on the Knowledge of Returned Expatriates for Organizational Learning: Case Studies in German Multinational Companies. Discussion Paper FS II 00-104, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.
- BITKOM (Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V.) (2001): Wege in die Informationsgesellschaft. Edition 2001. Berlin.
- BITKOM (Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V.) (2002): Wege in die Informationsgesellschaft. Edition 2002. Berlin.
- Bjørnåvold, Jens/Sellin, Burkart (1997): Anerkennung und Transparenz von beruflichen Befähigungsnachweisen – Neue Wege. European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop) Panorama Diskussionspapier. Thessaloniki.
- Black, J. Stewart/Gregersen, Hal B. (1999): The Right Way to Manage Expats. In: Harvard Business Review, March-April, S. 52-63.
- Boyer, Robert/Charron, Elsie/Jürgens, Ulrich/Tolliday, Steven (eds.) (1998): Between Imitation and Innovation. The Transfer and Hybridization of Productive Models in the International Automobile Industry. Oxford, New York.

- Broughton, Andrea (2001): Intermediate Employment Targets Agreed at Stockholm. <http://euro.eurofound.ie/2001/01/features/EU104208F.html>.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2003): Berufsbildungsbericht 2003. Bonn.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2002): Dienstleistungen am Arbeitsmarkt – Bericht der Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit („Hartz-Kommission“). Bonn.
- Bund-Länder-Kommission (2000a): Internationales Marketing für den Bildungs- und Forschungsstandort Deutschland – Gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Kommunen, Wissenschaft und Wirtschaft – Aktionsrahmen. Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK). Bonn.
- Bund-Länder-Kommission (2000b): Erstausbildung und Weiterbildung – Bezüge zwischen beruflicher Erstausbildung und Weiterbildung. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung, Heft 83. Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK). Bonn.
- Busse, Gerd (1995): Internationale Qualifikationen in einem geeinten Europa. In: Wordelmann, Peter (Hg.): Internationale Qualifikationen: Inhalte, Bedarf und Vermittlung. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld, S. 35-49.
- Busse, Gerd/Paul-Kohlhoff, Angela/Wordelmann, Peter (1997): Fremdsprachen und mehr: internationale Qualifikationen aus der Sicht von Betrieben und Beschäftigten. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung. Bielefeld.
- Chiron, Valérie (2001): Einrichtung einer Branchenbeobachtungsstelle: Besondere Eigenschaften und Originalität am Beispiel der Kfz-Dienstleistungen. In: Schömann, Klaus (Hg.): Qualifikationen von morgen. Ein deutsch-französischer Dialog. Bielefeld, S. 178-199.
- Coppel, Jonathan/Dumont, Jean-Christophe/Visco, Ignazio (2001): Trends in Immigration and Economic Consequences. Economics Department Working Papers, No. 284,01-Feb-2001.
- Dehnbostel, Peter (2003): Das IT-Weiterbildungssystem im historischen Kontext des beruflichen Bildungsweges – eine Diskussion. In: Dehnbostel, Peter/Dippl, Zorana/Elster, Frank/Vogel, Thomas (Hg.): Perspektiven moderner Berufsbildung, E-Learning, Didaktische Innovationen, Modellhafte Entwicklungen. Bielefeld.
- Dehnbostel, Peter/Dippl, Zorana/Elster, Frank/Vogel, Thomas (Hg.) (2003): Perspektiven moderner Berufsbildung, E-Learning, Didaktische Innovationen, Modellhafte Entwicklungen. Bielefeld.
- Dehnbostel, Peter/Elsholz, Uwe/Meister, Jörg/Meyer-Menk, Julia (Hg.) (2002): Vernetzte Kompetenzentwicklung. Alternative Positionen zur Weiterbildung. Berlin.
- Dekra Akademie GmbH (2001): T.I.S. Trends im Stellenmarkt, Nr. 4, November 2001. Stuttgart.
- Deutsche Private Akademie für die Wirtschaft (2001): Stellenmarktanalyse 2001. München.
- Dobischat, Rolf/Husemann, Rudolf (Hg.) (1997): Berufliche Bildung in der Region: zur Neubewertung einer bildungspolitischen Gestaltungsdimension. Berlin.
- Europäische Kommission (1995): Weißbuch zur allgemeinen und beruflichen Bildung: „Lehren und Lernen: Auf dem Weg zur kognitiven Gesellschaft“. KOM (95) 590. Brüssel.
- Europäische Kommission (1996): Grünbuch: „Allgemeine und berufliche Bildung – Forschung: Hindernisse für die grenzüberschreitende Mobilität“. KOM (96) 462. Brüssel.

- Europäische Kommission (1997): Bilanz und Folgearbeiten zum Weißbuch „Lehren und Lernen: Auf dem Weg zur kognitiven Gesellschaft“. KOM (97) 256. Brüssel.
- Europäische Kommission (1999) (Hg.): Banken in Europa – Themenkreis 4: Industrie, Handel und Dienstleistungen. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg.
- Europäische Kommission (2000a): Bericht über die Umsetzung des Weißbuches „Lehren und Lernen: Auf dem Weg zur kognitiven Gesellschaft“. KOM (99) 750. Brüssel.
- Europäische Kommission (2000b): Memorandum der Kommission vom 30.10.2000 über Lebenslanges Lernen. <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/de/cha/c11047.htm>.
- Europäische Kommission (2001a): Entwurf des detaillierten Arbeitsprogramms zur Umsetzung des Berichts über die konkreten zukünftigen Ziele der Systeme der allgemeinen und beruflichen Bildung. KOM (2001) 501. Brüssel.
- Europäische Kommission (2001b): Arbeitspapier der Dienststellen der Europäischen Kommission zur künftigen Regelung der Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise. Markt/D/8131/3/2001-DE. vom 21.05.2001. Brüssel.
- Europäische Kommission (2001c): Kommission präsentiert neue Strategie zur Schaffung neuer europäischer Arbeitsmärkte bis zum Jahr 2005. IP/01/276 vom 28.2.2001. Brüssel.
- Europäische Kommission (2001d): Eckzahlen in Gesundheit. EUROSTAT. Luxemburg.
- Europäische Kommission (2002a): Vorschlag für eine Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. KOM (2002) 119. Brüssel.
- Europäische Kommission (2002b): Europäische Sozialstatistik Wanderung. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg.
- Europäischer Rat (1998): Entscheidung vom 21. Dezember 1998 (99/51/CE) zur Förderung von alternierenden Europäischen Berufsbildungsabschnitten einschließlich der Lehrlingsausbildung. ABl. Nr. L 017 vom 22.01.1999, S. 0045-0050. Brüssel.
- Europäischer Rat (2001): Entschließung des Rates vom 13.07.2001 über die Rolle der allgemeinen und beruflichen Bildung in der Beschäftigungspolitik. ABl. C 204 vom 20.07.2001, S.1-2. Brüssel.
- European Commission (2000a): European Social Statistics – Labour Force. Survey Results 1999. Luxemburg.
- European Commission (ed.) (2000b): Special Feature on Banking – Theme 4: Industry, Trade and Services. Office for Official Publications of the European Communities. Luxemburg.
- Friedrich, Jürgen (1980): Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen.
- Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hg.) (1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen.
- Giesefeld, Thomas (1999): Die Transformation der Automobilindustrie. Kontinuitätsmanagement als Versuch einer partiellen Synthese von Tradition und Innovation. Dissertation. St. Gallen.
- Gleiser, Sigmar/Eichel, Ralph (1998): Die Internationalisierung der Arbeitsmärkte – Beschäftigungsmöglichkeiten für Akademikerinnen und Akademiker im Ausland. Bundesanstalt für Arbeit, Zentralstelle für Arbeitsvermittlung. Bonn.
- Hakansson, Stefan/Nordling, Sara (1997): Sweden. In: Raffel, Marshall W. (ed.): Health Care and Reform in Industrialized Countries. University Park, PA, S. 191-226.

- Hargreaves, Deborah (2001): Starr, komplex, wenig anpassungsfähig. In: *Financial Times Deutschland*, 12.06.2001, S. 4.
- Hatcher, Peter (1997): United Kingdom. In: Raffel, Marshall W. (ed.): *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park, PA, S. 227-262.
- Henningsen, Bernd (2001): „Glaube ja nicht, dass du etwas Besonderes bist!“. Jante oder das skandinavische Gesetz des Mittelmaßes. In: *Merkur*, Jg. 55, Heft 5, S. 457-461.
- Horsch, Jürgen (1996): Mitarbeiterinsatz im Ausland. In: *Die Bank*, Nr. 8, S. 452-456.
- Janssen, Manfred (1998): Mobilität Höherqualifizierter auf nationalen und grenzüberschreitenden Arbeitsmärkten: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in Deutschland und den Niederlanden. In: De Gijssel, Peter/Wenzel, Hans-Joachim (Hg.): *Mobilität und Kooperation auf grenzüberschreitenden Arbeitsmärkten: Deutschland – Niederlande*. Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien (IMIS). Bramsche, S. 77-100.
- Jentjens, Sabine (1997): *Führungskräfteentwicklung in Großbanken. Ein deutsch-französischer Vergleich*. München.
- Jürgens, Ulrich (1998): Implanting Change: The Role of „Indigenous Transplants“ in Transforming the German Productive Model. In: Boyer, Robert/Charron, Elsie/Jürgens, Ulrich/Tolliday, Steven (eds.): *Between Imitation and Innovation. The Transfer and Hybridization of Productive Models in the International Automobile Industry*. Oxford, New York, S. 319-341.
- Kondle-Seidl, Regina (1993): *Situation und Perspektiven der Beschäftigten im Banken- und Versicherungsgewerbe Deutschland*. Bericht für das Europäische Beschäftigungsobservatorium, September. Birmingham.
- Kromrey, Helmut (1994): *Empirische Sozialforschung*, 6. Auflage. Opladen.
- Licht, Georg/Steiner, Viktor (2001): *IKT-Fachkräftemangel und Qualifikationsbedarf. Empirische Analysen für das Verarbeitende Gewerbe und ausgewählte Dienstleistungssektoren in Deutschland*. Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung. Mannheim.
- Maarse, J. A. M. (Hans) (1997): Netherlands. In: Raffel, Marshall W. (ed.): *Health Care and Reform in Industrialized Countries*. University Park, PA, S. 135-162.
- Malcher, Wilfried (1999): *Weiterbildung – Auf dem Weg zur Kompetenzentwicklung*. In: Kreklau, Carsten/Siegers, Josef (Hg.): *Handbuch der Aus- und Weiterbildung: Grundlagen der Bildungsarbeit – Ausbildungsförderung*. Köln.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht*. In: Garz, Detlef/Kraimer Klaus (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen.
- Miera, Frauke (1996): *Zuwanderer und Zuwanderinnen aus Polen in Berlin in den 90er Jahren*. Discussion Paper FS I 96-106, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin.
- Möbus, Martine (2000): From Equivalence to Transparency of Vocational Diplomas. The Case of France and Germany. In: *Training and Employment*, No. 38, S. 1-4.
- „Modell Europa. Die Detroit Motor Show hat es erneut gezeigt: Die großen drei der US-Autoindustrie haben die Zeichen der Zeit verschlafen“. In: *Financial Times Deutschland*, 09.01.2001.
- Müller, Michael/Dickmann, Michael (1996): *Ausbildung in britischen Banken*. In: *Die Bank*, Nr. 2, S. 121-125.

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2000): *Labour Force Statistics: 1979/1999. 2000 Edition.* Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2001a): *Trends in International Migration. SOPEMI 2000.* Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2001b): *Indicators of Industry and Services, Vol. 4.* Paris.
- Parmentier, Klaus/Schade, Hans-Joachim/Schreyer, Franziska (1998): *Berufe im Spiegel der Statistik.* Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg.
- Paul-Kohlhoff, Angela (1995): *Thesen zur Bedeutung und zum Bedarf von internationalen Qualifikationen.* In: Wordelmann, Peter (Hg.): *Internationale Qualifikationen: Inhalte, Bedarf und Vermittlung.* Bundesinstitut für Berufsbildung. Berlin, Bonn.
- Pettersson, Sten (2000): *Conclusions Training 2000 Workshop 1: „Getting your qualifications and work experience recognised abroad“ am 05./06. Dezember 2000 in Brüssel.* http://europa.eu.int/comm/education/leonardo/leonardo2/t2000_concl1_en.html
- Pettersson, Sten (2001): *Are Vocational Qualifications Becoming More Transparent? European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop), Info No. 2/2001.* Thessaloniki.
- Pettersson, Sten/Richards, Greg/Rolfe, Heather/Skar, Mariann (2001): *Mobility and Transparency of Vocational Qualifications – An Overview of Studies on the Tourism, Chemical and Healthcare Sectors in Europe.* Cedefop Reference series 14. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
- Pilat, Dirk/Lee, Frank C. (2001): *Productivity Growth in ICT-Producing and ICT-Using Industries: A Source of Growth Differentials in the OECD? STI Working Papers 2001/4, OECD.* Paris.
- Price, Stephen Wheatley (2001): *The Employment Adjustment of Male Immigrants in England.* *Journal of Population Economics, Vol. 14, No. 1.*
- Pries, Ludger (1999): *Auf dem Weg zu global operierenden Konzernen? BMW, Daimler-Benz und Volkswagen: Die „Drei Großen“ der deutschen Automobilindustrie.* München, Mering.
- Pries, Ludger (2000): *Globalisierung und Wandel internationaler Unternehmen. Konzeptionelle Überlegungen am Beispiel der deutschen Automobilindustrie.* In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 52, Heft 4, S. 670-695.*
- Rodière, Pierre (2002): *Droit Social de l'Union Européenne, 2ème édition.* Paris.
- „Saab ist General Motors Liebling“. In: *Financial Times Deutschland, 11.12.2001.*
- Scheerer, Friedrich (1998): *Transparenz beruflicher Befähigungsnachweise in Europa: Stand und Entwicklungsperspektiven.* European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop). Thessaloniki.
- Schellekens, Philida (2001): *English Language as a Barrier to Employment, Training and Education.* Department for Education and Employment (DfEE), research paper 4RP/210/98. Sheffield, Norwich.
- Schmid, Günther (2002): *Wege in eine neue Vollbeschäftigung. Übergangsarbeitsmärkte und aktivierende Arbeitsmarktpolitik.* Frankfurt a.M.
- Scholz, Christian/Herz, Bernhard J. (1998): *Qualifikation 2007. Neue Berufsbilder und Qualifikationen für Banken, Handelsunternehmen und Versicherungen.* München.

- Schömann, Klaus (Hg.) (2001): Qualifikationen von morgen: Ein deutsch-französischer Dialog. Bielefeld.
- Schwarz, Dieter (1997): Die europäische Automobilindustrie. Eine Fallstudie der europäischen Wettbewerbspolitik. http://europa.eu.int/comm/competition/speeches/text/sp1997_054_de.html (downloaded: 21.08.2003).
- Seidel, Manfred (1998): Elektrotechnische Studiengänge im In- und Ausland. Vergleichende VDE-Untersuchung zu nationalen und internationalen Abschlüssen. Verband der Elektrotechnik, Elektronik, Informationstechnik e.V. Frankfurt a.M.
- Sellin, Burkart (1996): Haben gemeinsame europäische Berufsbildungsstandards eine Chance? European Centre for the Development of Vocational Training (Cedefop). Thessaloniki.
- Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (1999): Expertisen für ein Berliner Memorandum zur Modernisierung der Beruflichen Bildung. Berlin.
- Socialstyrelsen (2001): Statistik över hälso-och sjukvårdspersonal. <http://www.so.se> (downloaded: 5.11.2001).
- Statistisches Bundesamt (2000): Statistisches Jahrbuch 2000. Stuttgart.
- Thiede, Meite (2001): Pischetsrieder baut Konzern um. Markenfamilien werden neu geordnet – Audi-Chef Paefgen bleibt im Unternehmen. In: Süddeutsche Zeitung, 24./25.11.2001, S. 21.
- Tobarra, Sebastián (2001): Volkswagen amenaza con comprar menos en España por la baja competitividad. El grupo dice que Martorell pierde muchas horas. In: El País, 23.03.2001.
- Tobarra, Sebastián/Horcajo, Xavier (2001): Seat debe cambiar de rumbo. In: El País, 17.09.2001, S. 82.
- Weber, Heinz (1996): Befristete Zuwanderung von ausländischen Arbeitnehmern: Dargestellt unter besonderer Berücksichtigung der Ost-West-Wanderungen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Sonderdruck, Jg. 29, S. 36-53.
- Weidenfeld, Werner (1999) (Hg.): Europa-Handbuch. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 359. Bonn.
- Wessels, Wolfgang (1999): Das politische System der EU. In: Weidenfeld, Werner (Hg.): Europa-Handbuch. Bundeszentrale für politische Bildung, Schriftenreihe Band 359. Bonn, S. 333-352.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview (26 Absätze). Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research (Online Journal), 1(1). <http://qualitative-research.net/fqs> (downloaded: 23.03.2001).
- Womack, James P./Jones, Daniel T./Roos, Daniel (1992): Die zweite Revolution in der Automobilindustrie: Konsequenzen aus der weltweiten Studie aus dem Massachusetts Institute of Technology. Frankfurt a.M.
- Wordelmann, Peter (Hg.) (1995): Internationale Qualifikationen: Inhalte, Bedarf und Vermittlung. Bundesinstitut für Berufsbildung. Berlin, Bonn.