

# Nurses Wanted!

## Die Pflegefachkräftemigration im Kontext globaler Ungleichheiten

Maria Kontos und Minna-Kristiina Ruukonen-Engler

*Beitrag zur Veranstaltung »Globalization and Health Worker Migration« der Sektion Migration und ethnische Minderheiten*

### Einleitung

In Deutschland besteht ein akuter Fachkräftemangel in der Alten- und Krankenpflege. Um zusätzliche Pflegefachkräfte zu gewinnen, wurden in den letzten Jahren neben der Entwicklung und der Erprobung verschiedener nationaler Arbeitsmarkt- und bildungspolitischen Maßnahmen, auch verstärkt Pflegefachkräfte aus dem Ausland rekrutiert. Jedoch löst die Anwerbung qualifizierter Pflegefachkräfte aus dem Ausland nicht die grundsätzlichen, schon Jahre andauernden strukturellen Probleme der Unterfinanzierung und der belastenden Arbeitsbedingungen im Pflegesektor, welche die Arbeit in diesem Sektor unattraktiv machen. Es kann sogar behauptet werden, dass die vorhandenen strukturellen Probleme durch die Pflegefachkräftemigration nicht nur reproduziert, sondern dadurch auch transnationalisiert werden. Eine transnationale Perspektive auf die Pflegefachkräftemigration verdeutlicht die lokalen und globalen Verknüpfungen sowie historisch gewachsenen gesellschaftlichen und transnationalen Ungleichheitsstrukturen und fordert, diese aus einer Gerechtigkeitsperspektive zu überdenken. Denn die Pflegefachkräftemigration ist nicht nur Ausdruck globalisierter Arbeitsmärkte, sie ist auch Teil eines komplexen globalen Stratifikationssystems, das durch selektive Einwanderungspolitik, hierarchische Rangordnung der Staaten, selektive Anerkennung von Qualifikationen und Kompetenzen gekennzeichnet ist und zur Reproduktion von ökonomischen Disparitäten beiträgt.

In unserem Beitrag möchten wir der Frage nachgehen, auf welcher Art und Weise die globale Ungleichheit in der Pflegefachkräftemigration aus den süd- und osteuropäischen Staaten während der letzten zehn Jahre zum Ausdruck kommt. Bei der Erläuterung dieser Frage beziehen wir uns auf zentrale empirische Ergebnisse aus unserer aktuellen Studie zur globalisierten Pflegefachkräftemigration und ihrer Auswirkungen auf die betrieblichen Integrationsprozesse in Deutschland (Pütz et al. 2019) und setzen uns mit der Pflegefachkräftemigration aus einer globalen Ungleichheitsperspektive auseinander. Dabei stellen wir den Fokus unserer Diskussion auf die kritische Prüfung der internationalen Kräfteverhältnisse am Beispiel der Regulierung der Migration von medizinischem Personal sowie auf den Einfluss dieser Kräfteverhältnisse auf die alltäglichen Interaktionen im Gesundheitsbetrieb.

Im Folgenden werden wir zunächst kurz auf den Pflegefachkräftemangel in Deutschland eingehen, danach die Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland aus einer globalen Ungleichheitsperspektive auf der Makroebene diskutieren. Anschließend reflektieren wir dies kritisch mit Bezug auf die deutsche Anwerbungspolitik und weisen auf die Diskrepanz zwischen diskursiver Gestaltung der Politik und deren Auswirkungen auf der Ebene der globalen Ungleichheiten einerseits und auf der Ebene der sozialen Interaktionen im Gesundheitsbetrieb andererseits hin.

## Pflegefachkräftemangel in Deutschland – Rekrutierung im Ausland als Lösungsstrategie

Statistische Schätzungen weisen auf das Problem des Pflegefachkräftemangels hin. Auf den Daten des Statistischen Bundesamtes basierend prognostiziert das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln die Zahl der fehlenden Pflegekräfte in Deutschland bis zum Jahr 2035 auf ca. 500.000 (Radtke 2020). Zudem zeigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit, dass Pflegefachberufe bereits heute zu den *Engpassberufen* gehören (Rand et al. 2019a, S. 9). Das Bundesinstitut für Berufsbildung schätzt den Mehrbedarf an Pflegefachkräften bis 2035 auf bis zu 270.000 (Bundesinstitut für Berufsbildung 2017).

Um mehr Pflegefachkräfte zu gewinnen, wurden in den letzten Jahren verschiedene Arbeitsmarkt- und bildungspolitische Maßnahmen entwickelt und erprobt. Dazu gehören die Erweiterung der Ausbildungspotentiale durch die Verbesserung des Images der Pflegeberufe, Maßnahmen der Nachqualifizierung, Öffnung der Ausbildung für schulisch gering qualifizierte, Mobilisierung von stillen Reserven (vor allem Frauen), Motivierung der Teilzeitkräfte ihre Arbeitszeit auszuweiten, aber auch die Stärkung der Fachkräftesicherung durch betriebliches Gesundheitsmanagement (Rand et al. 2019a). Zudem wurden weitere Initiativen gestartet, um Pflegefachkräfte im Ausland zu rekrutieren. Diese findet auf verschiedenen Wegen statt. Zum einen sind es die Personalabteilungen großer Gesundheitsinstitutionen, die aktiv im Ausland rekrutieren. Zum anderen haben einige Bundesländer, wie zum Beispiel Hessen und Saarland, Rekrutierungsaktivitäten gestartet, um auch den kleineren Gesundheitsbetrieben die Anwerbung von Pflegefachkräften zu ermöglichen. Ferner sind privat rechtlich organisierte Akteure wie die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) in der Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland involviert. Gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit und der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) vermittelt die GIZ im Rahmen des Projektes *Triple Win* Pflegefachkräfte aus Bosnien und Herzegowina, Serbien, Tunesien und den Philippinen an deutschen Arbeitgeber. Zudem bieten gewinnorientierte Unternehmen den Gesundheitsarbeitgebern Rekrutierungsdienstleistungen an und haben sich als Arbeitsmarktintermediäre im Rekrutierungsgeschäft etabliert (siehe zum Beispiel Kordes et al. 2020).

## Die Anwerbung von Pflegefachkräften im Kontext globaler Ungleichheiten

Wenn man das Phänomen der Pflegefachkräftemigration global betrachtet, stellt man schnell fest, dass sich die Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften in den letzten Jahren nicht nur weltweit intensiviert hat, sondern auch gleichzeitig rege internationale Debatten über diese Arbeitsmigration stattfinden. Es handelt sich dabei u.a. um die Frage, inwiefern eine Arbeitsmigration von medizini-

schem Personal, angesichts des Mangels an diesem Personal auch in den Herkunftsländern, legitimiert werden kann. Denn es wurde festgestellt, dass im Vergleich zu anderen Berufen, Gesundheitsprofessionelle eine hohe Mobilitätsrate aufweisen und dass deren Mobilität oft aus den ärmeren in die reicheren Länder stattfindet (Mills et al. 2011). Dementsprechend wandert ein großer Teil des Gesundheitspersonals aus den Ländern des Subsahara-Afrikas in die Länder des Globalen Nordens, insbesondere in die USA, UK, Canada und Australien, ab. Zugleich weisen die Herkunftsländer eine hohe Anzahl an Infektionskrankheiten, wie zum Beispiel AIDS, aus. So treten 24% der Infektionskrankheiten der Welt in Afrika auf, aber den Ländern Afrikas stehen nur 3% des medizinischen Weltpersonals zur Verfügung (Taylor, Dhillon 2011). Somit stellt es ein Problem dar, dass ein großer Teil des in afrikanischen Ländern qualifizierten medizinischen Personals im Ausland arbeitet. Dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass in Malawi weniger malawische Ärzte und Ärztinnen als in Manchester und in Accra weniger ghanaische Ärzte und Ärztinnen als in New York arbeiten (Soucat et al. 2013). Zudem stellt sich die Frage, inwieweit der Mangel an Gesundheitspersonal zu einer unzureichenden Gesundheitsversorgung führt und die Menschen dies in den ärmeren Ländern auf tragische Art und Weise zu spüren bekommen. Häufig wird die soziale Auswirkung dieses Mangels am Beispiel der Kindersterblichkeit demonstriert (Mills et al. 2011).

## Theoretische Überlegungen zum Konzept globaler Ungleichheit

Um nationalstaatliche Grenzen überschreitende Phänomene, wie die der Pflegefachkräftemigration, in ihrer Komplexität zu verstehen, reicht es nicht aus, dies nur aus der Perspektive nationalstaatlicher Strukturen und Interessen zu analysieren. Vielmehr ist es notwendig, dieses Phänomen unter Berücksichtigung ihrer transnationalen/globalen Verflechtungen zu betrachten. Deshalb bedarf es einer Analyseperspektive, die über den nationalstaatlichen Rahmen hinausgeht, die Falle des *methodologischen Nationalismus* (Wimmer, Glick Schiller 2002) vermeidet und stattdessen das Lokale im Zusammenwirken mit der globalen und transnationalen berücksichtigt. Im Kontext der Pflegefachkräftemigration bedeutet dies, dass die Berücksichtigung von pluri-lokalen Einflussfaktoren und Kontexten sowie das Verständnis der Entstehung von globalen Ungleichheitsmustern jenseits der Grenzen des Nationalstaates notwendig sind. Dies entspricht der Empfehlung von Eleonore Kofman (2008, S. 108–109) die Bedingungen der Anerkennung der verschiedenen Ressourcen in Betracht zu ziehen: „Wir müssen die Bedingungen verstehen, unter denen die verschiedenen Formen des Kapitals in den Aufnahmeländern anerkannt werden, sowie die Implikationen, die diese Bedingungen für die wachsende Kluft zwischen arm und reich haben“. Die globale Stratifikation, im Sinne eines Ortes, den einzelne Staaten im globalen Rangordnungssystem einnehmen (Kofman 2008), beeinflusst sowohl die Rekrutierung der Pflegefachkräfte als auch den Transfer sowie die Verwertung ihrer Qualifikationen und Kompetenzen. Jedoch sind soziale Lagen nicht nur „durch Ungleichheiten in der Ressourcenausstattung gekennzeichnet, die Lebenschancen beschädigen, sondern auch durch ein spezifisches Verhältnis zwischen Personen und einer Mehrzahl ungleichheitsrelevanter Kontexte“, wie Anja Weiß (2017, S. 124) festgestellt hat. Das bedeutet am Beispiel der Pflegefachkräftemigration, dass die Pflegefachkräftemigranten und -migrantinnen in mehr als einen ungleichheitsrelevanten Kontext eingebunden sind. Um den Einfluss von diesen verschiedenen Kontexten für die Konstitution der globalen Ungleichheitslagen zu begreifen, verstehen wir globale soziale Ungleichheiten als relational, prozessual und multiperspektivisch. Unter relationaler Ungleichheit verstehen wir ein ungleiches Machtverhältnis zwischen sozialen Einheiten wie Individuen und Kollektiven (Kreckel 2004), das aus intersektionellen Benachteiligungen

und Privilegierungen besteht. Die Berücksichtigung von globalen Ungleichheiten als prozessuale Ungleichheiten schärft wiederum das analytische Auge für die Entstehung bzw. Produktion und Reproduktion von sozialen Ungleichheiten in verschiedenen Kontexten. Dies betrifft sowohl gesellschaftliche Kontexte auf der Makroebene und ihre transnationalen und globalen Verflechtungen als auch mikrosoziologische, individuelle und kollektive Interaktionen und Handlungen (vgl. Hirschauer 2014). Eine multiperspektivische Analyse von globalen Ungleichheiten im Kontext der Pflegefachkräftemigration ist wiederum notwendig, um die nationalstaatlichen Debatten über den Mangel und die Deckung des Pflegefachkräftebedarfs aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten. Dies erfordert die Berücksichtigung der Ungleichheitsdimensionen und -erfahrungen von sozialen Akteuren und Akteurinnen, ihrer Rechte auf Mobilität und auf ein besseres Leben einerseits und die Bedürfnisse der Kollektive andererseits, d.h. des Rechts auf gesundheitliche Versorgung und des Rechts, die im Land qualifizierten Gesundheitsfachkräfte im Inland einsetzen zu können. Die analytische Perspektive auf die Entstehung globaler sozialer Ungleichheiten als relational, prozessual und multiperspektivisch ermöglicht uns am Beispiel der Pflegefachkräftemigration, über die nationalstaatlichen Strukturen und Eigeninteressen hinauszugehen. So steht nicht mehr die Frage der Beseitigung des Mangels an Pflegefachkräften im Fokus des Interesses, sondern die Frage, wie sich durch die Pflegefachkräfteanwerbung und -migration alte globale Ungleichheiten reproduzieren und neue globale Ungleichheiten entstehen. Dies möchten wir aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Wir wenden uns zunächst der Diskussion der Pflegefachkräftemigration im Kontext des globalen politischen Feldes zu, gehen danach in die Diskussion über die diskursive Gestaltung der deutschen Anwerbepolitik, fragen nach den Auswirkungen der Rekrutierungspolitik auf die Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern und setzen uns zum Schluss mit den Auswirkungen der Rekrutierungspolitik auf den Arbeitsalltag im Gesundheitsbetrieb auseinander.

## Ungleichheiten im globalen politischen Feld

Die massive Auswanderung des Gesundheitspersonals aus den ärmeren Ländern, vor allem aus den subsahara-afrikanischen Ländern, in die entwickelten Länder, insbesondere USA, UK, Canada und Australien, hat die durch die Auswanderung verursachten Probleme der Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern offensichtlich gemacht. Durch die Auswanderung des Gesundheitspersonals verlieren die Länder investiertes Humankapital (Mills et al. 2011). Diese Frage hat eine internationale Debatte in Gang gesetzt, die zur Verabschiedung des *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (WHO 2010) im Jahr 2010 geführt hat. Ein wichtiges Ziel des *WHO Global Code of Practice* ist, die Ursprungsländer, deren Gesundheitssysteme wegen des Verlustes der Gesundheitsprofessionellen durch die Migration in Gefahr sind, zu schützen (Brugha, Crowe 2015). Zugleich zwingt der *WHO Global Code of Practice* die reicheren Länder der Welt, Verantwortung den Gesundheitssystemen der Entsendeländer gegenüber zu übernehmen. So fungiert der *WHO Global Code of Practice* als ein normativer Hintergrund für den Dialog über die Folgen der Auswanderung des medizinischen Personals für die jeweiligen Gesundheitssysteme und beinhaltet diesbezüglich ethische Handlungsprinzipien. Jedoch basiert der *WHO Global Code of Practice* auf Freiwilligkeit und enthält schwache Sanktionen. Konkret empfiehlt der *WHO Global Code of Practice* den unterzeichnenden Staaten periodische Berichte über die getroffenen Maßnahmen zur Erreichung der Ziele einzureichen (Artikel 9.1).

Es kann nun behauptet werden, dass die Entstehungsgeschichte des *WHO Global Code of Practice* den Kampf zwischen den Entsende- und den Empfängerländern sichtbar macht, da darin konträre Interessenspositionen zum Ausdruck kommen. Dies zeigte sich in den Verhandlungen über den Inhalt des *Global Code of Practice* in den Jahren von 2004 bis 2010 (Taylor, Dhillon 2011). Die USA, eines der wichtigsten Empfängerländer, bestanden zum Beispiel auf das Recht der Gesundheitsarbeiter und Gesundheitsarbeiterinnen auf Mobilität und die Verbesserung ihrer Lebenslagen, während die Entsendeländer das Recht des Herkunftslandes auf Schutz vor Abwerbung des medizinischen Personals für wichtiger hielten. Diese konflikthafte Ausgangslage führte zur Aufnahme und Implementierung von entgegengesetzten Handlungsprinzipien. Zum einen wird im Artikel 3.4 des *WHO Global Code of Practice* das Recht auf Freizügigkeit der Gesundheitsfachkräfte in den Vordergrund gestellt. Zum anderen sollen die reichen Länder nach Artikel 5.1 die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus den Entwicklungsländern mit einem Personennotstand in der medizinischen Versorgung – in der Terminologie der WHO mit einem *kritischen Mangel* an medizinischem Personal – unterbinden. Als solche wurden im Jahr 2006 57 Länder im WHO Weltgesundheitsbericht aufgeführt (Angenendt et al. 2014). Zudem sollten die reicheren Länder nach Artikel 5.4 ausreichend Gesundheitsprofessionelle für den Eigenbedarf ausbilden, um die Migrationsbewegungen aus den armen in die reicheren Länder zu verringern. Obwohl diese Forderung als die wichtigste Aussage des *WHO Global Code of Practice* betrachtet wird (Brugha, Crowe 2015), ist diese wiederum durch Artikel 4 des *WHO Global Code of Practice* geschwächt, da dort der Fokus auf die Notwendigkeit der Sicherung der Rechte sowie der sozialen Integration des migrierenden medizinischen Personals gelegt wird. Wie lässt sich nun die deutsche Anwerbungspolitik aus der globalen Ungleichheitsperspektive einordnen?

## Die diskursive Gestaltung der deutschen Anwerbungspolitik

Die deutsche Politik sieht seit langem die Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland als eine wichtige Quelle für die Fachkräftesicherung. Diese Politik wurde durch die aktuelle Regierung bestätigt und das Handlungsfeld durch neue Vereinbarungen mit Ländern wie die Philippinen, Vietnam und Mexiko erweitert. Auch Deutschland sieht sich inzwischen als ein Akteur auf der Arena der globalisierten Pflegefachkraftmärkte, wo es im internationalen Wettbewerb um den *War for Talents*, oder – nicht weniger martialisch – den *Kampf um die besten Köpfe* geht. Damit sind aber die Humanressourcen der weniger entwickelten Länder, nämlich ihre hochqualifizierten jungen Menschen, gemeint. Die diskursive Gestaltung der Anwerbung von Pflegefachkräften findet jedoch unter einer anderen Legitimationslogik statt. Das Anwerbeprogramm *Triple Win* beispielsweise betont den dreifachen Gewinn, der durch die Anwerbung für die Herkunftsländer, das Aufnahmeland sowie für die migrierenden Pflegefachkräfte selbst erfolgen soll. Was die Vorzüge der Migration der Pflegefachkräfte aus ihren Herkunftsländern betrifft, weist die deutsche Regierung daraufhin, dass die Anwerbung im Einklang mit dem *WHO Global Code of Practice* stattfindet, da diese nicht in den 57 Ländern mit *kritischem Mangel* durchgeführt wird (siehe dazu Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit 2020; Bundesagentur für Arbeit 2020). Es wird also versucht, die Anwerbung mit Referenz auf die festgelegten Gerechtigkeitsprinzipien zu legitimieren. Aber wie sieht die Frage der Anwerbung aus der Perspektive der Herkunftsländer aus?

## Anwerbung von Pflegefachkräften als Stabilisator globaler Ungleichheit: Die Auswirkungen der Rekrutierungspolitik auf die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer

Die deutsche Politik gibt also an, der WHO Empfehlung zu folgen und nicht in Ländern mit einem *kritischen Mangel* an medizinischem Personal zu rekrutieren. Dennoch kann die Wirkung der Anwerbung auf die Gesundheitssysteme der Anwerbeländer kritisch betrachtet werden. Gerade in Zeiten von Corona-Pandemie hat das Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche im Bericht *Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries* vom Juni 2020 (Mara 2020) nachweisen können, dass die Versorgung mit medizinischem Personal in den Herkunftsländern der Angeworbenen viel schlechter als in Deutschland ist. In Deutschland kommen auf 100.000 Einwohner und Einwohnerinnen 1.200 Pflegekräfte, in Polen dagegen 680 und in Albanien nur 515 Pflegekräfte (Mara 2020). Dieses Beispiel zeigt, dass es bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal oft um eine problematische Praxis von *brain drain* handelt, auch wenn die Herkunftsländer nicht auf der *WHO-Liste* mit den Ländern mit *kritischem Mangel* an medizinischem Personal aufgeführt werden. Noch eindeutiger als diese Zahlen sind die Reaktionen von Entsendeländer. Nach Berichten der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* im April 2020 (Mihm 2020) hat Rumänien mitten in der Corona-Pandemie ein Ausreiseverbot für medizinisches Fachpersonal und für Seniorenbetreuer und -betreuerinnen verhängt. Bereits in Februar 2020 – wieder nach Berichten der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* (Beeger, Mihm 2020) – hatte Serbien im Ausland tätige Mediziner und Medizinerinnen zurückgerufen und setzte das *Triple Win Abkommen* mit Deutschland aus. Diese Beispiele weisen darauf hin, dass die Anwerbung im Kontext einer Vertiefung und Zementierung globaler Ungleichheit stattfindet. Denn durch die Anwerbung von Pflegefachkräften im Ausland entsteht ein Verlust von benötigten Humanressourcen im Gesundheitsbereich der Herkunftsländer, was insbesondere in Krisenzeiten, wie unter der jetzigen Corona-Pandemie, in Erscheinung tritt und die mit der Pflegefachkräftemigration verbundenen Probleme der globalen sozialen Ungleichheit offenbart. Zum Schluss möchten wir uns noch der Diskussion von Pflegefachkräftemigration aus der Perspektive der Pflegefachkräfte zuwenden.

## Anwerbung von Pflegefachkräften als Grundlage sozialer Ungleichheit: Die Auswirkungen der Rekrutierungspolitik auf den Arbeitsalltag im Gesundheitsbetrieb

Als Legitimationsgrundlage für die Anwerbung der Pflegefachkräfte sieht die Bundesregierung die positiven Effekte des Wissenstransfers. Jedoch hat unsere Untersuchung über die betrieblichen Integrationsprozesse der Angeworbenen gezeigt, dass die Anwerbung anstatt Wissenstransfer eine Art Wissensentwertung mit sich zieht (Kontos et al. 2019; Rand et al. 2019b). Die Anwerbung von Pflegefachkräften, die meistens akademisch ausgebildet sind, stellt eher eine Verschwendung von Wissen und Investitionen dar. Denn es werden hochqualifizierte Pflegefachkräfte angeworben deren Kenntnisse und Fähigkeiten in Deutschland nicht voll eingesetzt und zugleich den Herkunftsgesundheitssystemen entzogen werden.

Zudem werden die rekrutierten Pflegefachkräfte während der Vorbereitungsphase im Herkunftsland oft unvollständig über die Erfordernisse des Pflegeberufs in Deutschland informiert. Nicht selten

gehen die Rekrutierten von einer ähnlichen beruflichen Praxis in Deutschland wie in ihrem Herkunftsland aus. Dies könnte auf eine möglicherweise unbeabsichtigte oder unbewusste Informationspraxis der intermediären Organisationen, die die Rekrutierung betreiben, zurückzuführen sein. Die Unterschiede zwischen dem Pflegeberuf im Herkunftsland und in Deutschland zeigen sich spätestens mit Eintritt in die berufliche Praxis. Falsche Erwartungen scheinen eine bedeutende Quelle von Enttäuschungen und kommunikativem Rückzug der Pflegefachkräfte zu sein. Zudem erleben die migrierten Pflegefachkräfte die Entwertung der medizinischen Berufsanteile ihres Berufs als Verlust der eigenen beruflichen Identität.

Die formale Anerkennung der ausländischen Berufszertifikate stellt eine Voraussetzung dafür dar, dass eine Pflegefachkraft aus dem Ausland im reglementierten Beruf der Pflege in Deutschland arbeiten kann. Das Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (Anerkennungsgesetz 2012) beabsichtigt die Anerkennungsprozedur übersichtlich zu gestalten und zu beschleunigen. Der Prozess der formalen Anerkennung des Bildungsabschlusses enthält jedoch die *Entwertung der akademischen Qualifizierung* und damit der medizinischen Anteile der Fachlichkeit, da das klassische Berufsbild der Pflegefachkraft in Deutschland solche Anteile nicht enthält (Kontos et al. 2019; Sommer 2014). Seitens der migrierten Pflegefachkräfte wird dies als ein emotional belastender Angriff auf die Berufsidentität erfahren. Statt Wissensgewinn bringt die Anwerbung für die angeworbenen Pflegefachkräfte die Gefahr des Wissensverlustes und der de facto Dequalifizierung. Mit Harald Bauder (2003) können diese Entwertungserfahrungen als *brain abuse* auf dem globalen Pflegefachkräftemarkt betrachtet werden.

Zudem zeigt sich in der Berufspraxis, ähnlich zu der formalen Entwertung, eine *Entwertung der Kenntnisse und Fähigkeiten*, die in konflikthafter Interaktionsprozessen im Arbeitsalltag zum Ausdruck kommt. Die formal-bürokratische Entwertung des akademischen Abschlusses wird von der Abwertung der akademischen Berufsinhalte in der Interaktion im Arbeitsalltag begleitet und wird zum Bestandteil einer konflikthafter verlaufenden Interaktion zwischen den etablierten und neuzugekommenen Pflegefachkräften. In dieser Situation fühlen sich die Etablierten genötigt, ihr Terrain vor den Neuen zu verteidigen. Die akademische Bildung wird von den Etablierten also von den nicht-akademisch Gebildeten als Nachteil oder irrelevant entwertet und die Nicht-Vertrautheit der Neuen mit der Grundpflege als wesentliche Kompetenzlücke dargestellt. In diesen formalen und informalen Entwertungsprozessen zeigt sich, wie sich die globale Ungleichheiten und die Stratifikation der internationalen Bildungszertifikate auf der Ebene der betrieblichen Anerkennung niederschlägt. Aus einer ethnozentrischen Perspektive wird die deutsche berufliche Ausbildung der ausländischen akademischen Qualifizierung als überlegen angesehen und die auf dem Arbeitsplatz entstehenden Differenzen und Konflikte werden kulturalisiert (Rand et al. 2019 b). In diesem Grenzziehungsprozess werden kulturelle Unterschiede geschaffen und als angebliches Hindernis guter Arbeit gedeutet. Dies kumuliert zur fehlenden interpersonellen Anerkennung bzw. zur Missachtung und Vertiefung der Differenzen zwischen den Etablierten und den Außenseitern und Außenseiterinnen (vgl. Elias, Scotson 1990 [1965]) im Gesundheitsbetrieb. Somit wird in den Interaktionen des Berufsalltags soziale Ungleichheit hergestellt (vgl. Hirschauer 2014), worin sich die globale Stratifikation der Herkunftsländer und der Berufsqualifikation widerspiegelt. Die Forderung des *WHO Global Code of Practice* nach der Integration von eingewandertem medizinischem Personal ist damit lange noch nicht verwirklicht.

## Fazit und Ausblick

In unserem Beitrag haben wir gezeigt, a) dass es notwendig ist, die Anwerbung von Pflegefachkräften im Kontext der globalen Ungleichheit zu betrachten und b) dass sich die globale Ungleichheit auf die Mikroebene der Alltagsinteraktionen im Gesundheitsbetrieb niederschlägt. Obwohl die Anwerbung der Pflegefachkräfte als Lösung des Pflegefachkräftemangels erscheinen mag, stellt sich dies jedoch aus der globalen Ungleichheitsperspektive betrachtet, als problematisch dar. Denn in der Möglichkeit, akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte aus dem Ausland anwerben zu können und sie dann weit unter ihrer Qualifikationen einzusetzen, kommt die Hierarchisierung, Stratifikation und das Ungleichgewicht zwischen ärmeren und reicheren Ländern zum Ausdruck.

Wie wir diskutiert haben, erweist sich der *WHO Global Code of Practice* als ein Zeugnis des Kampfes zwischen den Entsende- und Empfängerländern um den Zugriff auf die globalen medizinischen Personalressourcen. Aus der Perspektive der globalen Ungleichheit stellt sich zudem die Frage nach der globalen Gerechtigkeit und der Gerechtigkeitsansprüche der Betroffenen (Goppel et al. 2016). Obgleich die Kritik an den *WHO Global Code of Practice* wichtige Aspekte der globalen Ungleichheit in Bezug auf die Migration des medizinischen Personals zur Sprache bringt, bleiben tieferliegende Probleme zwischen den ärmeren und reicheren Ländern unberücksichtigt, wie zum Beispiel die Probleme der Austrocknung der Gesundheitssysteme der ärmeren Länder durch die strukturellen Anpassungsprogramme des *IWF* und der *Weltbank*. Dadurch kommt es zur Verschlechterung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für das medizinische Personal dieser Länder, was wiederum die Migrationsbereitschaft steigert (Stiglitz 2002).

Wie die oben dargestellten Beispiele aus unserer Forschung zeigen, führen das globale Ungleichgewicht und die strukturell erzeugten Ungleichheiten zu Spannungen, Missverständnissen und Konflikten, die sich letztendlich auf der interaktiven Ebene des Berufsalltags manifestieren und dort ausgetragen werden. Die Berücksichtigung solcher Erfahrungen ist nicht nur wichtig für die Fortentwicklung des *WHO Global Code of Practice*, sondern auch für die Entwicklung von Strategien für die Lösung des globalen Mangels an medizinischem Personal. Es bedarf Lösungen, die globale Ungleichheiten reduzieren und sich an dem Prinzip der globalen Gerechtigkeit (Goppel et al. 2016) orientieren.

## Literatur

- Angenendt, Steffen, Michael Clemens und Meiko Merda. 2014. Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? *SWP-Aktuell* 25:1–8.
- Beeger, Britta und Andreas Mihm. 2020. Herr Spahn bekommt meine Pfleger nicht. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 19.2.2020 <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/pflege-kommt-nicht-ohne-fachkraefte-aus-osteuroopa-aus-16642012.html> (Zugegriffen: 15. Jan. 2021).
- Bauder, Harald. 2003. "Brain Abuse", or the Devaluation of Immigrant Labour in Canada. *Antipode* 35:698–717.
- Brugha, Buairi und Sophie Crowe. 2015. Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel – Ethical and Systems Perspectives. *International Journal of Health Policy and Management* 4:333–336.
- Bundesagentur für Arbeit. 2020. Projekt Triple Win. <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/Triple-Win-Pflegekraefte> (Zugegriffen: 15. Jan. 2021).
- Bundesinstitut für Berufsbildung (2017): Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. Pressemitteilung. [https://www.bibb.de/de/pressemitteilung\\_59117.php](https://www.bibb.de/de/pressemitteilung_59117.php) (Zugegriffen: 14. Jan. 2021).

- Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. 2020. Wenn alle gewinnen – internationale Pflegekräfte für Deutschland. [https://www.giz.de/de/mit\\_der\\_giz\\_arbeiten/11666.html](https://www.giz.de/de/mit_der_giz_arbeiten/11666.html) (Zugegriffen: 15. Jan. 2021).
- Elias, Norbert und John L. Scotson. 1990 [1965]. *Etablierte und Außenseiter*. 1. deutschsprachige Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Goppel, Anna, Corinna Mieth und Christian Neuhäuser. Hrsg. 2016. *Handbuch Gerechtigkeit*. Stuttgart: J. B. Metzler.
- Hirschauer, Stefan. 2014. Un/doing Differences. Die Kontingenz sozialer Zugehörigkeiten. *Zeitschrift für Soziologie* 43:170–191.
- Kofman, Eleonore. 2008. Stratifikation und aktuelle Migrationsbewegungen. Überlegungen zu Geschlechterverhältnis und Klassenzugehörigkeit. In *Transnationalisierung sozialer Ungleichheit*, Hrsg. Peter A. Berger und Anja Weiß, 107–135. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kontos, Maria, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler und Anna Guhlich. 2019. Betriebliche Integrationsprozesse von neu migrierten Pflegefachkräften. In *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*, Hrsg. Robert Pütz, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, 60–170. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung Study 416.
- Kordes, Jan, Robert Pütz und Sigrid Rand. 2020. Analyzing Migration Management: On the Recruitment of Nurses to Germany. *Social Sciences* 9:1–17.
- Kreckel, Reinhard. 2004. *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Mara, Isilda. 2020. Health Professionals Wanted: Chain Mobility across European Countries. *WIIW Research Report* 445.
- Mihm, Andreas. 2020. Corona-Krise: Rumänien verlangt eine Ablöse für seine Ärzte. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 21.4.2020. <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/corona-krise-rumaenien-verlangt-eine-abloese-fuer-seine-aerzte-16733635.html> (Zugegriffen: 15. Jan. 2021).
- Mills, Edward J., Steve Kanters, Amy Hagopian, Nick Bansback, Jean Nachegea, Mark Alberton, Christopher G. Au-Yeung, Andy Mtambo, Ivy L Bourgeault und Samuel Luboga. 2011. The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: Human capital analysis. *BMJ* 343. <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7031> (Zugegriffen: 15. Jan. 2021)
- Pütz, Robert, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler. 2019. *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung Study 416.
- Radtke, Rainer. 2020. Bedarf an Pflegekräften in Deutschland bis 2035. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> (Zugegriffen: 14. Jan. 2021).
- Rand, Sigrid, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, Maria Kontos, Christa Larsen und Robert Pütz. 2019a. Einleitung. In *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*, Hrsg. Robert Pütz, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, 7–19. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung Study 416.
- Rand, Sigrid, Maria Kontos, Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, Robert Pütz und Christa Larsen 2019b. Dimensionen und Spannungsfelder betrieblicher Integration auf globalisierten Pflegearbeitsmärkten. Das Beispiel Deutschland. In *Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte*, Hrsg. Robert Pütz, Maria Kontos, Christa Larsen, Sigrid Rand und Minna-Kristiina Ruokonen-Engler, 172–197. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung Study 416.
- Sommer, Ilka. 2014. Die Müh(l)en der staatlichen Anerkennung – Selektionsmechanismen der Umwandlung „ausländischer“ in „deutsche“ Pflegefachkräfte zwischen Berufsrecht und Anerkennungspraxis. In *Prekarisierung transnationaler Care-Arbeit – Ambivalente Anerkennung*, Hrsg. Johanna Krawietz und Stefanie Visel, 56–81. Münster: Westfälisches Dampfboot.

- Soucat, Agnes, Richard Scheffler und Tedros Adhanom Ghebreyesus. Hrsg. 2013. *The Labor Market for Health Workers in Africa. A New Look at the Crisis*. Washington D.C.: The World Bank.
- Stiglitz, Joseph E. 2002. *Die Schatten der Globalisierung*. Berlin: Siedler Verlag.
- Taylor, Allyn L. und Ibadat S. Dhillon. 2011. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy. *Georgetown Public Law and Legal Research Paper* 140.
- Weiß, Anja. 2017. *Soziologie Globaler Ungleichheiten*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- WHO. 2010. The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. [https://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1) (Zugegriffen: 15. Jan. 2021).
- Wimmer, Andreas und Nina Glick Schiller. 2002. Methodological nationalism and the study of migration. *European Journal of Sociology* 43:217–240.