

Was erleichtert, was hemmt die Zuwanderung polnischer Ärzte. Analyse ihrer Migrationsentscheidung und der relevanten deutschen Zuwanderungspolitik*

Simon Fellmer

In Deutschland kam es in jüngster Zeit zu zwei einschneidenden Veränderungen in der Zuwanderungspolitik. Einerseits wurde gegenüber dem EU-Beitrittsland Polen die Arbeitnehmerfreizügigkeit ausgesetzt, andererseits wurde das Zuwanderungsgesetz erlassen. Diese Arbeit fragt anhand des konkreten Beispiels der Zuwanderungsentscheidung polnischer Ärzte, ob diese Gesetzesentwicklungen den Bedürfnissen Deutschlands entsprechen. Als Bedürfnis wird, anhand ökonomischer Studien und einer Diskussion über Ausmaß und Entwicklung des Ärztemangels, die Zuwanderung von Ärzten identifiziert. Somit ist (auch) die Zuwanderung polnischer Ärzte wünschenswert. Mittels der Theorie der Lohndifferentiale werden dann die Anreize nachgezeichnet, die für diese Ärzte dafür sprechen, aus ökonomischen Gründen in die BRD zu immigrieren. Anschließend werden die Hemmnisse beschrieben, die von einer Auswanderung abhalten. Dabei wird diskutiert, welche Gesetzesänderungen sich hemmend oder fördernd auf die Entscheidung auswirken können. Es zeigt sich, dass die Mehrzahl der Gesetzesänderungen, die Migration befördern können, ursprünglich auf europäische Initiativen zurückgehen, die Änderungen in der genuin deutschen Gesetzgebung eher marginal positiven Einfluss versprechen.

Gliederung

1	Einleitung	4	Migrationshemmnisse für polnische Ärzte
2	Ärzte als zuwanderungswürdige Berufsordnung	4.1	Monetäre Kosten – gewichtig bei Praxisgründungen
2.1	Befunde und Aussichten zum Ärztemangel in Deutschland	4.2	Kosten durch Verlust der eigenen Kultur – abgefedert durch polnische Netzwerke
2.2	Ärzte-Zuwanderung als adäquate Reaktion	4.3	Anerkennung von Ausbildungen – durch EU-Beitritt vereinfacht
3	Migrationsanreize für polnische Ärzte	4.4	Erwerbstätigkeit des Partners – für Selbständige seit EU-Beitritt möglich
3.1	Monetäre Gewinne durch Lohndifferentiale	5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung der Zuwanderungspolitik
3.2	Bessere Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen in Deutschland		
3.3	Darstellung der auf Migrationsanreize wirkenden Zuwanderungsgesetzgebung		Literatur

* Der Beitrag wurde im Februar 2007 von der/dem betreuenden Herausgeber/in zur Publikation freigegeben.

1 Einleitung

Arbeitskräftezuwanderung war lange ein Reizthema für die BRD. So hieß es 1982 von Seiten der sozialdemokratischen Regierung, dass „[...] Einigkeit herrscht, dass die BRD kein Einwanderungsland ist [...]“, 1994 verkündet die CDU/CSU, dass es „[...] ein Einwanderungsgesetz mit uns nicht geben wird [...]“ (zitiert nach Marshall 2000: 13, 155). Dies währte, bis Bundeskanzler Gerhard Schröder im Jahr 2000 die Green-Card-Initiative ankündigte und damit Zuwanderung in den Fokus rückte. Mit dem Zuwanderungsgesetz sollte nach Bundesinnenminister Otto Schily das modernste Zuwanderungsrecht Europas geschaffen werden. So sollten Immigranten etwa unter ökonomischen und demografischen Gesichtspunkten anhand eines Punktesystems ausgewählt werden.

Daneben begannen am 31. 3. 1998 die Beitrittsverhandlungen Polens mit der EU. Einer der Eckpfeiler der Europäischen Politik ist die Freizügigkeit der Arbeitnehmer und Selbständigen. Sie rief in Polen große Hoffnungen hervor und in Deutschland große Befürchtungen, der schwache Arbeitsmarkt würde mit billigen Arbeitern überschwemmt. Dies wurde durch Umfragen bescheinigt, welche die große Migrationsbereitschaft der Polen zeigten. Deutschland und Österreich setzten als Voraussetzung der Ernennung Polens als Beitrittsstaat für 2004 Übergangsfristen von bis zu sieben Jahren für die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit durch. Am 21. März 2006 nahm die BRD die Option wahr, diese Frist bis 2009 zu verlängern (Ullrich/Rudloff 2004: 173–177; Bundesregierung 2006). „Poles fill holes“ meldete dagegen das britische Department of Health, als es polnische Mediziner¹ für das unterversorgte britische Gesundheitssystem gewann (Department of Health 2005). Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung ist auch Deutschland heute und künftig auf Zuwanderung von Arbeitskräften angewiesen. Zurzeit wird die BRD vom Phänomen des Ärztemangels heimgesucht, der sich bereits heute nur durch Zuwanderung decken lässt.

Eine Bewertung, wie Politik auf Zuwanderung Einfluss nimmt, ist schwierig. Prognosen und Hochrechnungen sind oft vage und fragen selten nach den Auswirkungen von Gesetzesänderungen. Umfragen bei Wanderungswilligen erkundigen sich nach Motiven, allerdings werden hier lediglich Absichten ab-

gefragt, die tatsächliche Realisation wird nicht überprüft. Diese Arbeit überprüft die Zuwanderungspolitik auf einem dritten Weg und orientiert sich dabei an der Frage, ob die Zuwanderungspolitik der BRD ihren Bedürfnissen entspricht. Einleitend wird gezeigt, dass Deutschland punktuell an Ärzten unterversorgt und die Berufsgruppe der Ärzte ideal für Zuwanderung geeignet ist. Dies ist der Maßstab, die jüngsten Entwicklungen, das Zuwanderungsgesetz und die Aussetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit gegenüber Polen, zu bewerten. Dazu wird modellhaft die Migrationsentscheidung von polnischen Ärzten als eine Funktion der Migrationsgewinne und -kosten auf Basis der Theorie der Lohndifferenziale dargestellt. Anhand dieses Modells lassen sich Aussagen treffen, welche Auswirkungen die Gesetzesänderungen vermutlich auf die Entscheidung für oder wider Zuwanderung haben. Es zeigt sich, dass Politik am ehesten auf die Migrationshemmnisse einwirken kann. Die Gesetzesänderungen, welche die Zuwanderung erleichtern, sind dabei meist die Umsetzung europäischen Rechts.

2 Ärzte als zuwanderungswürdige Berufsordnung

Seit geraumer Zeit wird über einen sich stetig verschärfenden Ärztemangel debattiert. Anhand von Studien wird in Kapitel 2.1 gezeigt, dass zurzeit eine punktuelle Unterversorgung besteht, welche sich verschärfen kann. Zuwanderung ist dabei die Option, die kurz- und mittelfristig diesem Mangel abhelfen kann. Untersuchungen zeigen, dass durch Zuwanderung in den Teilarbeitsmarkt der Ärzte kein Lohn- oder Beschäftigungsdruck entstehen würde.

2.1 Befunde und Aussichten zum Ärztemangel in Deutschland

„Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus“ (Kopetsch 2005). Auch wenn das Szenario der Studie der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unwahrscheinlich scheint, veranlassen einige Entwicklungen zur Sorge, besonders der schwindende medizinische Nachwuchs. 1993 lag die Zahl der Studenten der Humanmedizin noch bei 90.594 und ging 2003 um mehr als 13 Prozent auf 78.478 zurück. Aktuell entscheiden sich 23 Prozent der Absolventen eines Jahrgangs für nicht-kurative Tätigkeiten, wie etwa Unternehmensberatungen oder die Pharmabranche (Kopetsch 2005: 33–44). Hoesch (2003: 106 ff.) vermutet die Gründe für den Schwund in den schrump-

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die explizite Nennung weiblicher und männlicher Formen verzichtet. Sofern nicht ausdrücklich gekennzeichnet, sind stets beide Geschlechter gemeint.

fenden Einkommen der Ärzte. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung widersetzte sich seit seiner Einführung staatlichen Eingriffen. Die Kassen hatten keinen Einfluss auf das Leistungsangebot, somit war die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen von ihrer Finanzierung entkoppelt. Folglich wuchsen, aufgrund der fehlenden Obergrenzen für Leistungsvergütungen, die Einkommensmöglichkeiten für Ärzte beständig an – bis zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992. Die hiermit eingeführte Budgetierung setzte den Ärztteeinkommen erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik eine Obergrenze (Deckelung).

Hinzu treten die als wenig attraktiv geltenden Arbeitsbedingungen. Die Ärzteschaft beklagt generell die mangelnde Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Freizeit und mangelnde Möglichkeiten des Wiedereinstiegs nach Unterbrechungen. Die Klinikärzte bemängeln zusätzlich das Ausmaß nichtärztlicher Aufgaben, den Führungsstil von Vorgesetzten, das schlechte Betriebsklima und die hierarchischen Strukturen sowie die fehlende fachliche Betreuung während der Ausbildung (Finke 2005; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004: 119f.). Laut Marburger Bund leisten die Krankenhausärzte zudem jährlich 50 Millionen Überstunden, rund sieben zusätzliche Wochenstunden pro Kopf (Graupner 2005). Viele Ärzte lockten bessere Arbeitsbedingungen und ein höherer Verdienst bislang ins Ausland, was den Mangel zusätzlich verschärft. So verdient ein Arzt in Schweden mindestens 56.543 US-\$, in Großbritannien 127.285 US-\$ und in Frankreich 104.056 US-\$ im Gegensatz zu 35.465 US-\$ in Deutschland (Finke 2005). Die Angaben über emigrierte Ärzte variieren von 6.000 (Graupner 2005) bis zu 12.000 (Kopetsch 2005: 130).

Da der Nachwuchs ausbleibt, altert die Ärzteschaft. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte hat von 1993 bis 2004 von 47,5 auf 50,8 Jahre zugenommen, das der Krankenhausärzte von 38,1 auf 40,7 Jahre. Besondere Beachtung gilt dem Anteil über 60-jähriger Vertragsärzte: Diese Gruppe legte von 1993 bis 2004 von 8,8 auf 18 Prozent, in den neuen Bundesländern sogar von 4,1 auf 26 Prozent zu. Insgesamt sinkt der Anteil der unter 35-jährigen Ärzte: Von 1993 bis 2004 von 26,6 auf 16,3 Prozent (Kopetsch 2005: 20f.).

Derzeit herrscht keine generelle, aber bereits eine punktuelle Unterversorgung an Ärzten sowohl im Praxis- als auch im Klinikbereich. Die neuen Bundesländer sind aufgrund des Lohngefälles besonders betroffen. Durchschnittlich verdient ein selbständiger Arzt im Osten bei längerer Arbeitszeit rund 20 Prozent weniger (Ärztezeitung 2005). Die Tarifver-

träge für Ärzte an Unikliniken sehen monatlich zum Beispiel für einen einfachen Arzt 3.600 bis 4.500 Euro (West) und 3.200 bis 4.000 Euro (Ost) vor oder 4.750 bis 5.500 Euro (West) und 4.200 bis 4.800 (Ost) für einen Facharzt (Süddeutsche Zeitung 2006). Auch die ländlich und somit wohl als wenig attraktiv erachteten Regionen gelten generell als unterversorgt. Diese Trends werden sich in Zukunft verschärfen, wenn keine entgegenwirkenden Maßnahmen getroffen werden (Bundesagentur für Arbeit 2005a: 14; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004: 63–70).

Beispielhaft für den Mangel ist etwa die hausärztliche Versorgung. Der Versorgungsgrad wird anhand von Bedarfplanungsrichtlinien festgestellt. 100 Prozent sind ideal, Unterversorgung besteht bei 75 Prozent für Hausärzte. Um bundesweit die 100-Prozent-Grenze sicherzustellen, wären 638 Hausärzte zusätzlich notwendig. 21 Planungsbereiche lagen 2005 unter 90 Prozent, davon 11 in ländlichen, östlichen Gebieten wie Dessau, Halberstadt, Altmarkkreis Salzwedel, Jerichower Land, Bernburg, Saalkreis, Sangerhausen, aber auch neun in Niedersachsen. Es muss damit gerechnet werden, dass in den kommenden zehn Jahren bis zu 44 Prozent aller Hausärzte aus Altersgründen ausscheiden und ersetzt werden müssen (Kopetsch 2005: 78–87), besonders im Osten, wo bereits 2003 in Brandenburg 190 und in Thüringen 170 Praxen leer standen (Repke 2003). Auch in den Krankenhäusern herrschen bereits akute Engpässe. Blum/Offermanns/Schilz (2006) vermuten, dass derzeit 28 Prozent der Krankenhäuser offene Stellen nicht besetzen können. Auch hier ist die Lage mit 55 Prozent im Osten drastischer als mit 24 Prozent in den alten Bundesländern. Durchschnittlich sind pro Krankenhaus im Osten 3,5, im Westen zwei Stellen vakant, bundesweit insgesamt 1.300 Stellen. Andere Quellen sprechen von 5.000 (Bundesagentur für Arbeit 2005a: 14).

Der künftige Bedarf an Ärzten wird eher zu- als abnehmen. Als wichtigste Einflussfaktoren auf die Menge an Gesundheitsleistungen gelten Steigerungen durch die demografische Entwicklung auf der Nachfrageseite und des medizinisch-technischen Fortschritts auf der Angebotsseite. Schulz (1999: 11f.) folgert aus ihrer Hochrechnung zur Altersstrukturentwicklung in Deutschland, dass durch die steigende Lebenserwartung die Zahl der Krankenhaufälle bis 2020 um jährlich bis zu 2,3 Millionen zunehmen wird. Die Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts ist ambivalent und nur schwer prognostizierbar. Der Fortschritt ermöglicht einerseits Rationalisierungen. Dem steht der Effekt gegenüber, dass das technisch verbesserte Angebot an Gesundheitsleistungen ausgedehnt und nachgefragt

wird, sodass der Fortschritt „[...] aufs Ganze gesehen mit einer Ausgabensteigerung verbunden ist [...]“ (Braun/Müller 2001: 14). Sicher abzusehen ist ein zusätzlicher Bedarf an Klinikärzten, wenn die beiden Urteile des Europäischen Gerichtshofs (Rechtssachen C 303-98 2000 bzw. C 151-02 2003) voll umgesetzt werden. Dieser bestätigte, dass laut EU-Arbeitszeitrichtlinie 93/104 Bereitschaftsdienst in vollem Umfang als Arbeitszeit zu zählen ist. Blum/Müller/Offermanns (2004: 8–13) folgern, dass, wenn die Hälfte der Ärzteschaft zu einer 48-Stunden-Woche bereit ist, ein Mehrbedarf von 6.700 Vollzeitkräften entsteht.

2.2 Ärzte-Zuwanderung als adäquate Reaktion

Die oben genannten Einflussfaktoren lassen auf zwei Hebel schließen, um das Angebot an Ärzten zu erhöhen. Zunächst müssten die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Ein für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstelltes Gutachten (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004: 113–126) nennt für Kliniken diverse Verbesserungsmöglichkeiten wie institutionalisierte Kinderbetreuungsangebote, gezielte Schulungen des Führungspersonals sowie Restrukturierungen in der Organisation. Diese entziehen sich allerdings weitgehend dem Einfluss des Gesetzgebers. Generell könnten bestehende Potenziale, besonders Mediziner, die aus Gründen der Elternzeit ausgeschieden und bislang keinen Wiedereinstieg angegangen sind bzw. sich von der kurativen Tätigkeit abgewandt haben, gezielt reaktiviert werden. Blum/Müller/Offermanns (2004: 184f.) unterstreichen allerdings, dass ein Erfolg von Wiedereingliederungsmaßnahmen letztlich von der Attraktivität des Arztberufs abhängt.

Der generelle Mangel an Ärzten lässt sich nur über die Anzahl der Studenten der Humanmedizin beheben (Blum/Müller/Offermanns 2004: 184f.). Dazu müssten, folgt man der Argumentation von Hoesch (2003), die finanziellen Anreize wieder erhöht werden, flankiert von einer Besserung der Arbeitsbedingungen. Speziell für den Osten empfiehlt das Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004: 123ff.), die Einkommenschancen anzugleichen, da so ein gewichtiger Anreiz für die Übersiedlung in den Westen an Einfluss verliert. Zwei Fallbeispiele aus den neuen Bundesländern mögen verdeutlichen, dass diese These Gültigkeit beanspruchen kann: Zum einen konnten Kommunen Versorgungslücken schließen, wenn sie Hausärzte bei der Einrichtung von Praxen und Wohnungen finanziell stützten, oder die Kas-

senärztliche Vereinigung war mit dem Versuch erfolgreich, Ärzten, welche sich in unterversorgten Gebieten niederlassen würden, eine Umsatzgarantie für die ersten acht Quartale der Praxistätigkeit in Aussicht zu stellen (Bausch 2004: 44–49).

Die aufgezeigten Möglichkeiten sind unbefriedigend. Sie entziehen sich, wie die Arbeitsbedingungen oder der Wiedereinstieg, dem Einfluss der Politik oder unterlaufen, wie eine Ausweitung der Einkommensgrenzen, die etablierten Gesetzesänderungen. Zudem würden sie nur mit Zeitverzögerung wirksam werden. Selbst wenn sich aufgrund etablierter, besserer Gehalts- und Arbeitsbedingungen wieder mehr Studenten und Absolventen für eine Laufbahn in der kurativen Tätigkeit entscheiden, würde ein größeres Potenzial an Medizinerinnen, bedingt durch die Länge der Ausbildung, auch erst verzögert zur Verfügung stehen. Der Mangel ist hingegen mittel- bis kurzfristig wirksam und nimmt zu (vgl. Blum/Müller/Offermanns 2004: 184f.). Mit Rücksicht darauf muss Zuwanderung als Option in Betracht gezogen werden (vgl. Hoesch 2003: 112). Die Option Zuwanderung ist auch unter ökonomischen Kriterien zulässig. Nach Bauer u. a. (2001: 28–30) sind Teilarbeitsmärkte zuwanderungsgerecht, wenn folgende Marktunvollkommenheiten bestehen: Der Lohn befindet sich aufgrund von Rigiditäten unterhalb des Gleichgewichtslohns eines perfekt funktionierenden Marktes. Somit herrscht ein Unterangebot an Arbeitskräften. Die Rigidität des Lohns kann durchaus gewollt sein, z. B. vom Staat, was eine auffällige Parallele zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) ist. Auch bei Gleichgewichtslohn kann es zu einem Mangel kommen: Die regionale oder berufliche Mobilität in der Bevölkerung ist nicht ausreichend, Informationsdefizite oder Desinteresse an dem Beruf oder der Region spielen eine Rolle, was wiederum auffällig den oben beschriebenen Erkenntnissen gleicht. Bei dem so entstehenden Unterangebot kann Zuwanderung zugelassen werden, ohne dass ein Druck auf Löhne oder die Beschäftigungssituation Einheimischer befürchtet werden muss.

Zwei Studien analysieren anhand ökonomischer Kriterien die Aufnahmefähigkeit für Zuwanderung in einzelne Berufsordnungen. Nach der Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) (2004) durchlaufen die Berufsordnungen drei Filterkriterien, um sich für Zuwanderung zu qualifizieren. Zunächst darf Einwanderung nur in solche Märkte erfolgen, in denen ein Nachfrageüberschuss nach Arbeitskräften besteht, wenn also eine unterdurchschnittliche Arbeitslosenquote (ALQ²) auf eine

² Definiert als: Registrierte Arbeitslose / (Registrierte Arbeitslose + sozialversicherungspflichtig Beschäftigte).

hohe Vakanzquote (VKQ³) trifft. Das IW legt als strengsten Wert höchstens 5,4 Prozent für die ALQ und mindestens 1,9 Prozent für die VKQ fest. Um zu vermeiden, dass in langfristig bedeutungslose Berufe eingewandert wird, fordern die Autoren eine Beschäftigungsentwicklung mindestens oberhalb der Beschäftigungsstagnation. Zuletzt sollte die Berufsordnung ein hohes Qualifikationsniveau vorweisen. Nur fünf der über 300 Berufsordnungen identifiziert das IW als eindeutig einwanderungswürdig. Unter ihnen verbleiben die Ärzte mit einer Arbeitslosenquote von vier Prozent, einer Vakanzquote von 2,3 Prozent, einer Beschäftigungsentwicklung von +52,6 Prozent und einem Qualifikationsindikator von 94 Prozent Anteil an Akademikern.

Bauer u. a. (2001: 53–88) beziehen zusätzlich zu den Größen Arbeitslosenquote, Vakanzquote und Beschäftigungswachstum auch das Lohnwachstum mit ein. Um die aufnahmefähigen Berufsordnungen zu identifizieren, werden sie hinsichtlich der Arbeitslosigkeit mit dem geringsten Wert zuerst, für die übrigen Größen mit dem höchsten Wert zuerst sortiert und anschließend nach verschiedenen Methoden in eine Rangfolge von 1 bis 270⁴ gebracht. Nach der ersten Methode wird die Summe aller Rangplätze gebildet, wobei für die Berufsordnung mit der geringsten Summe der Wert 1, mit der höchsten Summe der Wert 270 vergeben wird. Der Wert 1 steht für den Arbeitsmarkt mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für einen Mangel. Der Arztberuf findet sich hier auf Platz 26. In der zweiten Methode wird die Arbeitslosenquote nicht mit einbezogen, da für diese Größe die größte Ungenauigkeit in den Statistiken angenommen wird. Wiederum belegen die Ärzte Platz 26. Methode 3 beachtet nur das Lohn- und Beschäftigungswachstum, da davon ausgegangen wird, dass diese Größen die stärkste Korrelation zu der Arbeitsnachfrage aufweisen. Die Berufsordnung der Ärzte findet sich hier auf Platz 14.

Zuwanderung ist aber nicht nur ein Mittel zur Deckung kurz- und mittelfristiger Knappheiten auf Teilarbeitsmärkten der BRD. Besonders in Hinsicht auf die Alterung der Gesellschaft gewinnt sie an Bedeutung. So stellt die Unabhängige Kommission Zuwanderung (2001: 11) ihren Weisungen zur künftigen Ausländerpolitik den Satz „Deutschland braucht Zuwanderinnen und Zuwanderer“ voran. Langfristig sehen Experten in ihr ein Mittel, die Rentensysteme zu stützen und dem drohenden Mangel an Qualifikationen zu begegnen –, wenn gewisse Krite-

rien an die Zuwanderer angelegt werden. Deutschland wird künftig verstärkt hoch qualifizierte Arbeitskräfte aus dem Ausland attrahieren müssen. Derzeit profitiert die BRD noch von den geburtenstarken und hoch qualifizierten Jahrgängen der 50er und 60er Jahre. Deren Ausscheiden wird sich allerdings in einem ungenügenden Qualifikationspool niederschlagen. Aus dem Trend, dass sich die Wirtschaft stetig vom Produktions- zum Dienstleistungssektor verschiebt, ergibt sich eine zusätzliche Nachfrage nach höheren Qualifikationen, die nach niedrigen sinkt (Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration 2004: 187–190). Laut Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2001: 4, Berichtsteil) ist ab 2010 mit einem Mangel an Hochschulabsolventen zu rechnen. Frölich/Puhani (2002) bestätigen in ihrer Untersuchung, dass die meisten einwanderungsfähigen Märkte der BRD durch hohe Qualifikation, den Dienstleistungsbereich und Berufserfahrung gekennzeichnet sind. Eine Priorität für junge Migranten ergibt sich, da diese überdurchschnittlich zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme beitragen. Zuwanderung kann hier aber nur lindern, nicht heilen. Selbst bei einer Nettozuwanderung von 136.000 Personen jährlich läge der Altenquotient, die Zahl der Menschen im Rentenalter, die auf 100 Personen im Erwerbsalter trifft, bei rund 75 (Bauer u. a. 2001: 122f.). 2001 lag dieser Quotient noch bei 44 (Statistisches Bundesamt 2003: 31).

Der herrschende Ärztemangel ist kein Ausfluss der demografischen Entwicklung. Allerdings hält die Berufsgruppe der Ärzte nicht nur den Kriterien zur Deckung eines kurz- und mittelfristigen Unterangebots an Arbeitskräften stand. Sie sind auch, da 99 Prozent der Ärzte im Dienstleistungssektor arbeiten (Bundesagentur für Arbeit 2005b) und sie zudem hoch qualifiziert sind, aus langfristiger Perspektive eine ideale Zuwanderergruppe. Sollten sie zusätzlich jung sein, entsprechen sie damit dem ökonomischen Idealbild eines Immigranten und sollten entsprechend auch zum Bleiben bewegt werden. Somit kann ein Zuzug von (polnischen) Ärzten in die BRD als wünschenswert erachtet werden.

3 Migrationsanreize für polnische Ärzte

Um zu bewerten, ob die Zuwanderungspolitik der BRD ihren Bedürfnissen entspricht, also die Zuwanderungsentscheidung polnischer Ärzte stützt oder ihr zuwiderläuft, wird in zwei Schritten vorgegangen. Zunächst werden modellhafte Annahmen getroffen, was theoretisch die Immigrationsentschei-

³ Definiert als: Gemeldete offene Stellen / (Gemeldete offene Stellen + sozialversicherungspflichtig Beschäftigte).

⁴ Verschiedene Berufsordnungen fielen wegen Inkonsistenzen oder zu schwacher Besetzung heraus.

dung eines polnischen Arztes determiniert. Anschließend wird aufgrund der Annahmen des Modells abgeleitet, welche Wirkungen durch die Änderungen in der Gesetzgebung zu vermuten sind. Internationale Migration ist nach Borjas (2000a: 1) die Bewegung eines Haushaltes über Ländergrenzen hinweg. Ökonomische Migration ist dabei vornehmlich durch Lohndifferenzen motiviert: „[...] differences in wages, are the main cause of migration“ (Hicks 1932: 76). Arbeitskräfte suchen sich folglich die Arbeitsmärkte aus, welche die höchste Verzinsung ihres Humankapitals⁵ bieten. Greenwood/McDowell (1991: 619ff.) belegen mit Daten für die USA und Kanada von 1962 bis 1984, dass ein vergleichbar hoher Lohn im Entsendeland die Wahrscheinlichkeit zur Migration sinken lässt. Borjas (2001) führt für die Jahre 1960 bis 1990 den Beweis, dass Emigranten in die USA sich vorzugsweise in den Staaten niederlassen, die ihnen die höchsten Löhne bieten. Für Deutschland zeigen Brücker/Trübswetter (2004: 29), dass für die Wanderung von Ost nach West vor allem das Lohngefälle ausschlaggebend war.

Straubhaar (2000: 9) macht darauf aufmerksam, dass die Mehrheit der Menschen trotz beachtlicher internationaler Lohndifferenzen immobil ist und nur zwei Prozent der Weltbevölkerung außerhalb ihres Heimatlandes leben (um Einbürgerungen verzerrt). Selbst innerhalb des grenzfreien Marktes der EU nutzen nur 1,5 Prozent der Menschen die Chance, sich frei niederzulassen (Kiel/Werner 1998). Die Gründe, nicht zu wandern, sind oft in den Personen angelegt. Lohndifferenziale dagegen sind durch Zahlen visualisierbare Fakten und verleiten daher, diese Anreize zu überschätzen. Folgt man Straubhaar, dominieren die nicht monetarisierbaren Hemmnisse die monetären Anreize. Um zunächst die Wanderungsanreize sichtbar zu machen, beginnt die nachstehende Diskussion mit der Darstellung der die Anreize konstituierenden Lohndifferenziale und zeigt, wie diese sich ceteris paribus aufgrund getroffener Annahmen verringern (Kapitel 3.1). Weitere Migrationsanreize werden aus den besseren deutschen Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen argumentativ hergeleitet (Kapitel 3.2). Für beide wird der vermutete Einfluss der Gesetzesänderungen debattiert. Die entgegenstehenden Wanderungshemmnisse und wie die Gesetzgebung aufgrund theoretischer Annahmen Einfluss genommen hat, wird in Abschnitt 4 argumentativ dargestellt.

⁵ Der Begriff des Humankapitals kann in weiter Fassung die Summe aller Fähigkeiten und des Wissens umfassen, die eine Person verkörpert. In diesem Zusammenhang sind hier die ökonomisch verwertbaren Eigenschaften der beruflichen Qualifikation, wie Ausbildung oder Erfahrung, gemeint.

3.1 Monetäre Gewinne durch Lohndifferenziale

3.1.1 Absolute Lohndifferenziale

Steht ein polnischer Arzt vor der Entscheidung auszuwandern, ergeben sich aufgrund der Lohndifferenziale folgende Bedingungen: In Polen wird er

$$GW^P = w_{A_1}^P + \frac{w_{A_2}^P}{(1+r)} + \frac{w_{A_3}^P}{(1+r)^2} + \dots \quad (1)^6$$

verdienen. GW^P stellt den Gegenwartswert der Verdienste dar, wenn der Arzt in Polen bleibt. Dabei ist $w_{A_1}^P$ der Lohn in Polen im ersten Jahr, $w_{A_2}^P$ der Lohn im zweiten Jahr etc. r steht für die Diskontrate. Sie ist positiv, da unterstellt wird, dass der Arzt künftige Löhne schwächer in seine Überlegungen einbezieht als die der Gegenwart.⁷ Die Gleichung für die erwarteten Löhne in Deutschland lautet entsprechend

$$GW^D = w_{A_1}^D + \frac{w_{A_2}^D}{(1+r)} + \frac{w_{A_3}^D}{(1+r)^2} + \dots \quad (2)$$

Die Verdienstdifferenz durch Migration stellt sich wie folgt dar:

$$GW^D - GW^P = \Omega. \quad (3)$$

Die in Deutschland erzielten Löhne müssen mit den in Polen nicht verdienten Löhnen verrechnet werden. Ein Wanderungsanreiz besteht, wenn $\Omega > 0$. Ω soll im Folgenden als Migrationsgewinn bezeichnet werden. Zusammengefasst stellt sich der Migrationsgewinn als Summe der für die Jahre der Migration erwarteten Lohndifferenzen zwischen Deutschland und Polen dar, abdiskontiert durch r . Dabei läuft die Erwartung von $t = 0$ im ersten Jahr bis E , dem erwarteten Ende des Verdienstes in Deutschland, der geplanten Rückreise oder dem Austritt aus dem Erwerbsleben. Gleichungen 1 bis 3 lassen sich wie folgt transformieren:

$$\Omega = \sum_{t=0}^E \frac{w_t^D - w_t^P}{(1+r)^t}. \quad (4)$$

Um Aussagen über Ω zu treffen, sind vergleichbare Verdienstangaben aus einer Quelle für Polen und Deutschland notwendig. Zwei Quellen werden diesen Ansprüchen gerecht. Zunächst erfasst das Statis-

⁶ Die Gleichungen in dieser Arbeit sind erstellt in Anlehnung an Borjas (2000b: 304).

⁷ Zum Prinzip der Diskontrate vgl. z.B. Frank (2000: 166–175).

tische Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) den Arztberuf im Jahr 2002 als Unterkategorie (2221) *Medical doctors* der Gruppen (2) *Professionals* – (22) *Life science and health professionals* – (222) *Health professionals except nursing*⁸ (Eurostat 2005). Lohndaten liegen als durchschnittliche Jahresbruttoverdienste für die schwach disaggregierte Ebene (2) der Professionals vor.⁹ Diese Quelle zieht ihre Relevanz aus der altersspezifischen Entlohnung. Die Unterschiede, gemessen in Kaufkraftstandards (KKS),¹⁰ sind erheblich (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1
**Jahresverdienste Professionals
Polen – Deutschland im Jahr 2002**

	Jahresverdienst Professionals Polen	Jahresverdienst Professionals Deutschland
Bis 30 Jahre	12.796	39.889
30 bis 39 Jahre	15.786	55.107
40 bis 49 Jahre	15.902	63.710
50 bis 59 Jahre	17.092	66.607
60 Jahre u. älter	20.606	68.844

Quelle: Eurostat 2005; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002.

Eine alternative Quelle ist die October Inquiry der International Labour Organisation (ILO) (2005), in der die Daten bis zur Ebene der Berufsordnung disaggregiert sind. Für die Berufskategorie des *General physician*,¹¹ welcher dem deutschen Allgemeinarzt nahekommt, liegen Daten für 2002 vor. Danach lagen die durchschnittlichen Bruttojahresverdienste eines General physician in Polen bei jährlich 15.947 KKS, in Deutschland bei 55.747 KKS.¹² Stärke der ILO-Daten ist die Genauigkeit bezüglich des Be-

rufs, nachteilig sind die fehlenden altersspezifischen Verdienstangaben.¹³

Um die Migrationsgewinne zu errechnen, werden folgende Annahmen ad hoc getroffen: Der Eintritt in den Arztberuf erfolgt mit 27 Jahren, das Arbeitsende mit 65. Es werden Ärzte betrachtet, die mit 27, 35 und 50 Jahren einwandern. Dabei sollen sie wahlweise ein Jahr, fünf Jahre oder bis zum Renteneintritt in Deutschland arbeiten. Den Ärzten wird bezüglich der Lohnhöhe perfekte Information unterstellt,¹⁴ und es werden Ärzte betrachtet, die als Arzt in Deutschland und Polen arbeiten. Es findet keine Pendelmigration statt.¹⁵ Die Gewinne wurden jeweils für $r = 0,02$ und $r = 0,15$, entsprechend Gleichung 4, errechnet.

Tendenziell weisen die Ergebnisse von Tabelle 2 und 3 in die gleiche Richtung. Die Migrationsgewinne stehen für die vermutete Sogwirkung, welche die höheren Löhne entfalten. Für einen 27-jährigen Berufsanfänger ($r = 0,02$), der ein Jahr in Deutschland arbeitet, übersteigt laut Eurostat der Migrationsgewinn seinen vergleichbaren Jahresverdienst in Polen um mehr als das Doppelte. Verbleibt er bis zum Renteneintritt in Deutschland, beträgt sein Gewinn 1,16 Millionen KKS, in Polen hätte er während dieser Zeit 629.218 KKS verdient. Ein 50-jähriger Arzt erwirtschaftet nach 15 Jahren laut ILO einen Gewinn von 267.634 KKS ($r = 0,15$), in Polen hätte er in der gleichen Zeit 239.205 KKS verdient. Der auf Lebensdauer höhere Migrationsgewinn lässt vermuten, dass junge Menschen eher zu emigrieren bereit sind. In den dargestellten Fällen wurde perfekte Voraussicht angenommen. Dabei wird unterschlagen, dass Individuen selten bis zum Lebensende planen. Der hohe Diskontfaktor von 0,15 reduziert die Migrationsgewinne erheblich. Für Personen, welche die künftigen Gewinne noch stärker unterschlagen, ließe er sich beliebig erhöhen. So würden die Migrationsgewinne von diesen Individuen unterschätzt, die Wanderung unwahrscheinlicher (vgl. Straubhaar 2000: 17).

⁸ Eurostat arbeitet hierbei auf Basis von International Labour Organisation (1988).

⁹ Auf persönliche Anfrage erwiderte Eurostat, dass konkretere Verdienstzahlen polnischer und deutscher Ärzte nicht erhoben würden (E-Mail-Anfrage 2005a).

¹⁰ Die Löhne werden von Eurostat (2005) in KKS ausgewiesen. Kaufkraftparitäten (KKP) sind Währungsumrechnungsraten, die es erlauben, ökonomische Größen (in diesem Fall Löhne) in die künstliche Währung der KKS umzurechnen. Somit ist gewährleistet, dass der Kaufkraft verschiedener Länderwährungen Rechnung getragen wird (vgl. Stapel/Pasanen/Reinecke 2004).

¹¹ Der Beruf General physician ist eine Untergruppe der Medical doctors (vgl. United Nations Department of Economic and Social Affairs 2005).

¹² Ein General physician verdient in Polen im Durchschnitt 34.668 Zloty, in Deutschland 51.144 Euro. Die Daten wurden anhand von Stapel/Pasanen/Reinecke (2004: 1) in KKS umgerechnet. Danach lag die Kaufkraftparität von Polen bei 46, die Deutschlands bei 109 (EU-25 = 100). Somit ergibt sich ein vergleichbarer Wert von 15.947 KKS für Polen und 55.747 KKS für Deutschland.

¹³ Beiden Quellen mangelt es an einer Unterscheidung zwischen selbständigen oder angestellten Ärzten. Dieser Mangel nivelliert sich, da sich die Verhältnisse in Polen und der BRD nahezu gleichen: In Deutschland sind 43,82 Prozent aller kurativ tätigen Ärzte selbständig, in Polen 44,55 Prozent aller gemeldeten Ärzte (E-Mail-Anfrage 2005b; Bundesärztekammer 2005; eigene Berechnungen).

¹⁴ Diese Ansicht erscheint in Anbetracht der guten Informationsmöglichkeiten über das Internet, die großen polnischen Emigrantenetzwerke in Deutschland (vgl. Kapitel 4.2) und den zunehmenden Austausch zwischen den regionalen polnischen und deutschen Ärztekammern, wie sie etwa Kloiber (2002: 413) beschreibt, durchaus vertretbar.

¹⁵ Pendelmigration ist ein anderer Tatbestand als die hier im Fokus stehende Zuwanderung. Für sie müssten etwa die Löhne nach Wechselkursen als Basis genommen werden, nicht nach KKP (vgl. Sinn u. a. 2000: 32ff.).

Tabelle 2
Migrationsgewinne für polnische Professionals

	Migration für 1 Jahr	Migration für 5 Jahre	Migration bis Renteneintritt
Migration mit 27 Jahren / (r = 0,02)	27.093	153.075	1.166.140
Migration mit 27 Jahren / (r = 0,15)	27.093	119.474	278.532
Migration mit 35 Jahren / (r = 0,02)	39.321	189.045	1.064.222
Migration mit 35 Jahren / (r = 0,15)	39.321	151.582	329.536
Migration mit 50 Jahren / (r = 0,02)	49.515	238.055	643.919
Migration mit 50 Jahren / (r = 0,15)	49.515	190.879	331.746

Quelle: Eigene Berechnungen; Eurostat 2005; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002.

Tabelle 3
Migrationsgewinne für polnische General physicians

	Migration für 1 Jahr	Migration für 5 Jahre	Migration bis Renteneintritt
Migration mit 27 Jahren / (r = 0,02)	39.800	191.347	1.073.384
Migration mit 27 Jahren / (r = 0,15)	39.800	153.428	303.627
Migration mit 35 Jahren / (r = 0,02)	39.800	191.347	909.207
Migration mit 35 Jahren / (r = 0,15)	39.800	153.428	300.525
Migration mit 50 Jahren / (r = 0,02)	39.800	191.347	521.629
Migration mit 50 Jahren / (r = 0,15)	39.800	153.428	267.634

Quelle: Eigene Berechnungen; ILO 2005; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002.

Wenn bisher angenommen wurde, dass Ärzte die Löhne der Zukunft abdiskontieren, ist eine weitere Annahme legitim. Bislang wurden die Löhne mit Stand 2002 konstant gehalten. Wenn der Arzt eine positive Lohnentwicklung in Polen in seine Überlegungen mit einbezieht, wird der Gewinn geschmälert. Hunt (2000: 17) kommt zu dem Ergebnis, dass Lohnkonvergenz zwischen Ost- und Westdeutschland die Bleiber im Osten zum Verharren angeregt hat. Verbreitet ist die Annahme, dass der Abstand in den Pro-Kopf-Einkommen sich jedes Jahr nach dem Beitritt um zwei Prozent verringert (Konvergenzrate von zwei Prozent) (vgl. Bertola u. a. 2001: 98; Vincentz/Knogler 2003: 8). Junge Migranten von 27 Jahren ($r = 0,02$) erleben laut Tabelle 4 unter Konvergenzannahme Einschnitte in den Migrationsgewinn bis zu über einem Drittel.

Auch Arbeitslosigkeit gilt als zwingender Grund für Emigration und kann somit als Anreiz für polnische Ärzte vermutet werden. Auf Anfrage zur Ärzte-Arbeitslosigkeit teilte die polnische Ärztekammer folgende Zahlen mit: Mit Stand zum 1. 4. 2004 waren 122.331 Ärzte registriert. Davon waren 65.824 selbstständig, 81.917 angestellt. Die Zahl der Ärzte, die

mehr als eine Arbeitsstelle haben, schätzt die Organisation auf 34.644 (E-Mail-Anfrage 2005b). Es existiert offiziell keine Arbeitslosigkeit polnischer Ärzte. Der Anreiz Arbeitslosigkeit ist somit hinfällig. Im Gegenteil: Schließt ein Medizinstudent in Polen ab, wird er neben den Verdiensten auch die offiziell kommunizierten Arbeitslosenquoten beider Länder analysieren und somit die unterschiedlichen Löhne der Länder mit der jeweiligen Wahrscheinlichkeit, eine Anstellung zu finden, gewichten. Gleichung 4 ist dann wie folgt abzuändern:

$$\Omega = \sum_{t=0}^E \frac{(w_t^D * U^D) - (w_t^P * U^P)}{(1+r)^t} \quad (5)$$

Dabei steht U^D bzw. U^P für 100 Prozent minus der Arbeitslosenquote in Deutschland bzw. Polen. Interessant sind die alters- und geschlechtsspezifischen Quoten: Danach sind Frauen zu 5,37 Prozent und Männer zu 2,68 Prozent arbeitslos, unter 35-Jährige zu 4,12 Prozent und Ärzte zwischen 35 und 50 Jahren zu 3,94 Prozent (eigene Berechnungen, Bundesagentur für Arbeit 2005b)¹⁶ gegenüber null Prozent

¹⁶ Diese Größe ist durchaus nicht unkritisch zu betrachten, da

Tabelle 4

Migrationsgewinne bei Konvergenzrate von zwei Prozent

	Professionals	General physicians
Migration mit 27 Jahren / ($r = 0,02$)	755.692 [-35 %]	726.873 [-32 %]
Migration mit 27 Jahren / ($r = 0,15$)	236.156 [-15 %]	264.288 [-13 %]
Migration mit 35 Jahren / ($r = 0,02$)	770.628 [-28 %]	672.353 [-26 %]
Migration mit 35 Jahren / ($r = 0,15$)	284.806 [-14 %]	263.219 [-12 %]

Quelle: Eigene Berechnung; ILO 2005; Eurostat 2005; in []-Klammern die prozentualen Verluste gegenüber Daten ohne Konvergenz; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002; Bleibedauer bis Renteneintritt.

Tabelle 5

Migrationsgewinne bei Konvergenzrate und altersspezifischen Arbeitslosenquoten

	Professionals	General physicians
Migration mit 27 Jahren / ($r = 0,02$)	689.626 [-41 %]	667.351 [-38 %]
Migration mit 27 Jahren / ($r = 0,15$)	220.018 [-21 %]	247.451 [-19 %]
Migration mit 35 Jahren / ($r = 0,02$)	548.783 [-49 %]	621.935 [-32 %]
Migration mit 35 Jahren / ($r = 0,15$)	214.903 [-35 %]	246.555 [-18 %]

Quelle: Eigene Berechnung; Eurostat 2005; ILO 2005; in []-Klammern die prozentualen Unterschiede gegenüber Daten ohne Konvergenz und Arbeitslosenquoten; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002; Bleibedauer bis Renteneintritt.

Tabelle 6

Migrationsgewinne bei Konvergenzrate und geschlechtsspezifischen Arbeitslosenquoten

	Professionals	General physicians
Migration (F) mit 27 Jahren / ($r = 0,02$)	669.581 [-43 %]	646.126 [-40 %]
Migration (M) mit 27 Jahren / ($r = 0,02$)	712.717 [-39 %]	686.580 [-36 %]
Migration (F) mit 27 Jahren / ($r = 0,15$)	215.121 [-23 %]	241.447 [-20 %]
Migration (M) mit 27 Jahren / ($r = 0,15$)	225.658 [-19 %]	252.890 [-17 %]

Quelle: Eigene Berechnung; Eurostat 2005; ILO 2005; in []-Klammern die prozentualen Unterschiede gegenüber Daten ohne Konvergenz und Arbeitslosenquoten; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002; Bleibedauer bis Renteneintritt. M = Mann, F = Frau

in Polen. Der höhere Lohn in Deutschland reduziert sich also um die Wahrscheinlichkeit, ihn auch zu erhalten. Ziehen Ärzte Konvergenzrate und spezifische Arbeitslosenquoten mit ein, verringern sich die Gewinne erheblich, wie in den Tabellen 5 und 6 ausgewiesen: um 49 Prozent für 35-jährige Professionals ($r = 0,02$) und bis zu 43 Prozent für Ärztinnen (Professionals, $r = 0,02$).

Migrationsgewinne durch absolute Lohndifferenziale sind die wichtigsten Wanderungsanreize für

nur die angestellten Ärzte erfasst werden, nicht die selbständig tätigen, was sich aber in Anbetracht der Tatsache, dass das Verhältnis angestellter und selbständiger Ärzte sich in Polen und Deutschland gleicht, nivelliert.

polnische Ärzte. Wie gezeigt, können sie durch Geringerschätzung der Löhne in der Zukunft, der Annahme von Konvergenz und Einbeziehung von Arbeitslosenquoten erheblich schmelzen. Umgerechnet bedeuten etwa die in Tabelle 5 ausgewiesenen Gewinne für einen 35-jährigen Professional ($r = 0,02$) bis zum Renteneintritt einen zusätzlichen Verdienst von 18.292 KKS jährlich.

3.1.2 Relative Lohndifferenziale

Ein Individuum erwartet eine im Vergleich zu anderen Berufen gerechte Verzinsung seiner erworbenen Qualifikationen. Einfluss genießen daher nicht nur die absoluten, national unterschiedlichen Löhne für Berufe, sondern auch die Position des Berufs im

Tabelle 7
**Lohnrelationen für ausgewählte
 Bruttojahresverdienste**

Beruf	Verdienst Polen	Verdienst Deutsch- land	Relation D/P
Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende und Führungskräfte in der Privat- wirtschaft	27.169 2,32	64.403 1,92	2,37
Professionals	15.634 1,33	58.741 1,76	3,76
Durchschnitt	11.731	33.461	2,85
Hilfsarbeitskräfte	6.868 0,59	23.881 0,71	3,48

Quelle: Eigene Berechnungen; Eurostat 2005; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002; fett: Relation zum Landesdurchschnitt; vierte Spalte: Relation Deutschland – Polen.

Lohngefüge innerhalb eines Landes. Stark (1991: 143) kommt zu dem Schluss, dass „[...] a given absolute income gain associated with an improvement in rank ist worth more than an identical income gain without an improvement in rank.“ Nach Tabelle 7 kann sich die Berufsgruppe der Professionals durch Migration besser stellen. In Deutschland liegen sie mit dem 1,76-Fachen des Durchschnittsverdienstes erheblich näher am Spitzensatz als in Polen mit 1,33. Zum Vergleich sind die Enden der Lohnspreizung angegeben. Auch die Lohnrelation Polen/Deutschland bedingt Migration: Professionals verdienen in Deutschland 3,76-mal so viel wie in Polen, im Durchschnitt liegen die Löhne in Deutschland nur 2,85-mal so hoch wie in Polen.

3.2 Bessere Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen in Deutschland

Während die höheren Löhne anziehende Wirkung entfalten, sind schlechtere Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen ein von Polen abstoßender Faktor. Fassmann (2002: 79) zeigt, welchen Stellenwert diese Kräfte im Vergleich zu den Löhnen haben: 96,4 Prozent der potenziell auswanderungswilligen Polen nannten höhere Löhne als Auswanderungsgrund, 75,6 Prozent bessere Arbeitsbedingungen. Bessere Weiterbildungsmöglichkeiten gaben noch 42 Prozent als Motivation an. Sollten die Bedingungen in der BRD besser sein, wird das die Migrati-

onsentscheidung zugunsten der BRD beeinflussen. Die Theorie der Lohndifferentiale lässt sich dabei nicht sinnvoll für den Vergleich der Arbeitsbedingungen heranziehen. Eine Annäherung wäre über die Arbeitszeiten möglich. Sie lagen 2002 in Deutschland für die Gruppe der General physicians bei 38,5 Stunden und 40,9 Stunden für weibliche und bei 38,4 für männliche General physicians in Polen (International Labour Organisation 2005). In Anbetracht der in Abschnitt 2.1 erwähnten Menge an Überstunden wird jedoch ersichtlich, dass dies nur vage Näherungswerte sein können. Lohnenswerter erscheint, die Arbeitsbedingungen als eine Funktion des Stellenwerts und Ausbaus des Gesundheitssystems innerhalb der Gesellschaft zu sehen. Folgt man der Annahme, dürften sich polnische Ärzte durch Migration nach Deutschland hinsichtlich der Arbeitsbedingungen verbessern. Die Ausgaben für Gesundheit belaufen sich in Polen auf sechs Prozent des Bruttosozialprodukts und auf 11,1 Prozent in Deutschland. Ebenso fallen die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Polen mit 667 KKS (zu US-Dollar) wesentlich geringer aus als in der BRD mit 2.996 KKS. Die Zahl der praktizierenden Ärzte ist mit 2,5 pro 1.000 Einwohner ebenfalls geringer als in Deutschland mit 3,4 (OECD 2005).

Diverse Einzelbeobachtungen sprechen ebenfalls für ein vergleichbar attraktiveres deutsches Gesundheitssystem. Die acht Prozent Beitrag, die vom sozialversicherungspflichtigen Lohn in Polen in den staatlichen Gesundheitsfonds fließen, reichen umgerechnet gerade für eine Erstuntersuchung beim Hausarzt und eine Überweisung zum Facharzt. Weitere Leistungen werden privat hinzubezahlt, was etwa 40 Prozent der gesamten Leistungen ausmacht. Da viele Patienten sich private Zuzahlungen nicht leisten können, aber trotzdem einer Behandlung bedürfen, nehmen Ärzte diese in Krankenhäuser auf, was deren Schuldenberg noch vergrößert (Merten 2004: 3152). Die Lage der Kliniken ist eklatant: Die Bettendichte der polnischen Krankenhäuser liegt bei 55 Betten je 10.000 Einwohner, in Deutschland bei 90. Die Kliniken wurden seit 1989 dreimal entschuldet und waren 2003 wieder mit 1,8 Milliarden Euro in den roten Zahlen. Folge der Geldnot sind mangelnde Instandhaltung und baulicher Verfall. Einige Pharmaunternehmen weigern sich bereits, Medikamente zu liefern (Grunenberg 2004: 2f.). Die Ausstattung mit Equipment ist wesentlich niedriger als in den meisten OECD-Ländern oder den beiden anderen Beitrittsstaaten Ungarn und Tschechische Republik (Girouard/Imai 2000: 13). So stehen zum Beispiel in Deutschland pro eine Million Einwohner 14,2 Computertomographiescanner bzw. sechs Kernspintomographen, in Polen hingegen nur 6,3 bzw. einer (OECD 2005). Bestechungen, um die Wartezeit-

ten in den Kliniken zu umgehen, sind mittlerweile so systematisiert, dass sie den durchschnittlichen Umsatz eines Arztes um etwa 15 Prozent anheben (Girouard/Imai 2000: 14).

Diese Mängel setzen sich in der Ausbildungssituation fort. Eine Weiterbildung zum Facharzt ist oft von vornherein geplanter Teil der Ausbildung¹⁷ und somit Voraussetzung, später höhere Löhne zu erzielen. Nach Koryś (2003: 36) ist für viele Polen das Gefühl, dass Karrierepfade in ihrem Land geblockt sind und keine Möglichkeit der professionellen Entwicklung besteht, ein Grund zum Auswandern. In Polen fehlt es eklatant an Ausbildungsplätzen für Ärzte. Konstany Radziwiłł von der polnischen Ärztekammer geht nach einem Bericht der großen polnischen Tageszeitung *Gazeta Wyborcza* (2004) davon aus, dass nicht einmal die Hälfte aller Medizinabsolventen die Möglichkeit einer Facharztausbildung wahrnehmen kann. Diese wird vom Staat finanziert. Wegen finanzieller Engpässe existierten von den geplanten 1.000 Ausbildungsstellen in Polen 2004 nur 300 (Düring 2004). In Deutschland hingegen befürchten Kliniken, nicht alle Stellen für Assistenzärzte besetzen zu können, wie etwa das Klinikum Saarbrücken (Bundesagentur für Arbeit 2005a: 15). Polnische Ärzte finden in Deutschland bessere Arbeitsbedingungen vor. Dies und die Möglichkeiten, hier eine Weiterbildung zu absolvieren, spricht für einen Anreiz, nach Deutschland zu emigrieren.

3.3 Darstellung der auf Migrationsanreize wirkenden Zuwanderungsgesetzgebung

Um die entsprechenden Migrationsgewinne in Deutschland zu realisieren, bedarf es für die polnischen Ärzte einer Arbeitserlaubnis (§ 284 Abs. 1, 2 Sozialgesetzbuch (SGB) III). Seit dem Anwerbestopp von 1973 wurde diese Ärzten als *Arbeitnehmern* nur unter sehr restriktiven Bedingungen erteilt. Eine nachteilige Wirkung auf den deutschen Arbeitsmarkt musste vom Arbeitsamt ausgeschlossen werden und keine Deutschen oder EU-Bürger durften zur Verfügung stehen (§ 285 Abs. 1 SGB III). Dazu musste das Landesarbeitsamt zusammen mit der zuständigen Landesbehörde feststellen, dass ein „[...] besonderes öffentliches, insbesondere ein regionales, wirtschaftliches oder arbeitsmarktpolitisches Interesse eine Beschäftigung erfordert“ (§ 8 Arbeitsaufenthaltsverordnung¹⁸).

¹⁷ So ist die Facharztausbildung in Deutschland normalerweise Voraussetzung für die Eröffnung einer eigenen Praxis (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004).

¹⁸ Zum SGB und dem Ausländergesetz vor dem Zuwanderungsgesetz siehe etwa Kittner 2002.

Da Deutschland die Arbeitnehmerfreizügigkeit gegenüber Polen aussetzte (vgl. EU-Beitrittsvertragsgesetz, Anhang XII), änderte sich mit dem Beitritt Polens zur EU wenig. Allerdings wurde den Bewohnern der neuen Mitgliedstaaten bei Verteilung der Arbeitserlaubnis jetzt Vorrang gegenüber Drittstaaten eingeräumt (§ 285 Abs. 3 SGB III).¹⁹ Auch durch das Zuwanderungsgesetz²⁰ änderte sich wenig für die Erteilung einer Arbeitserlaubnis. Ausnahme: Nach § 6 Beschäftigungsverfahrensverordnung lassen sich Arbeitserlaubnisse für Arbeitsverhältnisse, welche über ein Jahr bestehen, ohne erneute Prüfung verlängern. Ebenso kann seit 2005 die Zulassung auch aufgrund einer Globalprüfung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA) erfolgen. Stellt sie fest, dass die Besetzung offener Stellen für bestimmte Berufsgruppen oder Wirtschaftszweige verantwortlich ist, entfällt die Einzelfallprüfung (§ 39 Abs. 2 Satz 2 Aufenthaltsgesetz (Aufenthaltsg)).

Polnische Ärzte konnten sich vor 2004 ebenfalls nur unter erschwerten Bedingungen als *Selbständige* niederlassen. Ihnen konnte eine Aufenthaltserlaubnis und damit eine Arbeitserlaubnis nach § 15 i. V. m. § 7 Abs. 1 Ausländergesetz (AuslG) erteilt werden. § 7 AuslG legte die Entscheidung in das Ermessen der Ausländerbehörde, welche die Interessen der Öffentlichkeit (etwa wirtschaftliche und soziale) mit denen des Ausländers abzuwägen hatte. Unter arbeitsmarktpolitischen Aspekten entsprach es dem öffentlichen Interesse, Nicht-EU-Bürgern eher keine Aufenthaltsgenehmigung für eine Erwerbstätigkeit zu erteilen.²¹ Im Unterschied zu der Arbeitnehmerfreizügigkeit wurde die Niederlassungsfreiheit gegenüber Polen mit dem EU-Beitritt nicht eingeschränkt. Somit galt für niederlassungswillige selbständige Erwerbstätige das Aufenthaltsgesetz/EWG (AufenthG/EWG), welches nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Freizügigkeit gewährt. Es entfällt seit dem 1. 5. 2004 somit die strenge Einzelfallprüfung durch die Ausländerbehörden, es musste von EU-Bürgern lediglich der Nachweis erbracht werden, zur Ausübung des entsprechenden Berufs berechtigt zu sein.

Mit der Aussetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit bestehen nach wie vor hohe Hürden für auswanderungswillige Ärzte. Somit schwindet die Aussicht, die erzielbaren Migrationsgewinne auch tatsächlich

¹⁹ Eine vom 1. 5. 2004 bis 1. 1. 2005 gemeinte Fassung von § 285 Abs. 3 SGB III findet sich in Kloesel/Christ/Häußer 2004.

²⁰ Die Gesetzestexte finden sich etwa in Storr/Albrecht 2005: 37–127.

²¹ Vgl. Storr u. a. 2005, Band I, § 7 AuslG, Begründung zum Gesetzentwurf sowie Rn. 1, 9, 16, 2 und § 15 AuslG Kommentar Rn. 18.

zu realisieren. Die Entscheidung über die Arbeitsaufnahme fällt nicht der Arbeitgeber, sondern die Arbeitsämter. Eine Ausnahme bildet die Möglichkeit, durch die Bundesagentur für Arbeit bundesweit einwanderungswürdige Berufe zu ernennen. Es lässt sich vermuten, dass die Bundesagentur für Arbeit mehr Personalkapazität hat, um diese zu identifizieren. Weiterhin erübrigt sich der Aufwand, jeden einzelnen Antrag auf Relevanz zu prüfen. Ebenso erspart der Wegfall einer erneuten Prüfung zur Verlängerung der Erlaubnis nach einem Jahr erheblichen Aufwand und bringt Sicherheit für den Arzt, die Migrationsgewinne auch nach der Zeitspanne von 12 Monaten zu realisieren. Besonders hinsichtlich des Phänomens der Lohnkonvergenz bringt sich Deutschland aber um zuwanderungswillige Ärzte als Arbeitnehmer. So wird ein sonst migrationswilliger Arzt zum Warten angehalten. Je nach Höhe der Lohnkonvergenz werden später geringere Migrationsgewinne erzielt, welche nach Ende der Aussetzungsfrist vielleicht nicht mehr als Anreiz ausreichen. Dies wäre schmerzhaft, sollte sich der Ärztemangel verschärft haben. Andere Länder haben, wie gezeigt, ein ähnliches oder sogar höheres Lohnniveau als Deutschland und die Freizügigkeit nicht ausgesetzt. Die Aussetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit wird sich so negativ auf die Migrationsentscheidung auswirken, die Möglichkeit der Globalprüfung der Bundesagentur für Arbeit und die Möglichkeit der Verlängerung nach einem Jahr ohne erneute Prüfung hingegen positiv. Anders für selbständige Ärzte. Für sie sind mit dem EU-Beitritt die Barrieren gefallen.

4 Migrationshemmnisse für polnische Ärzte

Straubhaar (2000) folgend, genießt ein Individuum im eigenen Land Insidervorteile. Diese stellen einen positiven Wert dar und gehen durch Wanderung verloren. Das Individuum steigert somit seinen Nutzen durch Immobilität, weil durch Migration zusätzlich zu den rein monetären Aufwendungen weitere Kosten anfallen (definiert als Verlust der Insidervorteile). Als Anreize für eine ökonomisch motivierte Immigration wurden die Lohndifferentiale ausgemacht. Folgende Kosten, welche sich hemmend auf die Migrationsentscheidung auswirken, lassen sich unterscheiden:

- monetäre Kosten (K^1)
- Kosten durch den Verlust von kultur- und landesspezifischem Wissen (K^2)
- geringerer Verdienst durch nicht anerkannte Ausbildungen (K^3)

- entgangener Verdienst des Partners durch gebundene Migration (K^4).

Sie werden folgend mit den Gewinnen kontrastiert. Die endgültige Gleichung unter Einbeziehung sämtlicher Anreize und Hemmnisse lautet somit

$$\Omega = \sum_{t=0}^E \frac{(w_t^D * U^D) - (w_t^P * U^P)}{(1+r)^t} - K^1 - K^2 - K^3 - K^4. \quad (6)$$

Es zeigt sich, dass Zuwanderungspolitik gerade auf die Kosten entscheidenden Einfluss genommen hat.

4.1 Monetäre Kosten – gewichtig bei Praxisgründungen

Monetäre Kosten fallen durch Migration in vielfältiger Weise an. Für Behörden oder andere Institutionen müssen Übersetzungen und Beglaubigungen von Abschluss- oder Führungszeugnissen angefertigt werden, das Auto wird neu angemeldet und der Umzug kostet je nach Distanz und Haushaltsgröße. Allerdings sollen diese Größen als vernachlässigbar angesehen werden. Zum einen sind sie zu individuell, um sie in einer solchen Diskussion angemessen berücksichtigen zu können, andererseits aufgrund ihrer geringen Höhe wohl vernachlässigbar. Relevante Kosten sind hingegen die Aufwendungen für eine Praxisgründung. So kostete eine Praxisneugründung 2002/2003 durchschnittlich 157.384 Euro (Ost: 119.887 Euro), die einer Einzelpraxisübernahme 214.983 Euro (Ost: 133.525 Euro). Ein Gemeinschaftspraxisbeitritt war mit 218.780 Euro (West, Ost: keine Angaben) noch teurer (Deutsche Apotheker- und Ärztekammer/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung 2004: 8). So dürfte die Entscheidung, als selbständiger Arzt nach Deutschland zu gehen, aufgrund des starken Lohngefälles schwerfallen. Die Kosten können einen Migrationsgewinn auffressen, der in fünf Jahren erarbeitet wird. Somit ist diese Option nur für Personen interessant, die bis zum Renteneintritt in Deutschland verbleiben wollen. Alternativ kämen innovative Finanzierungskonzepte infrage, etwa die oben erwähnte Unterstützung seitens der Landesärztekammern, wenn Unterversorgung droht.

4.2 Kosten durch Verlust der eigenen Kultur – abgedeckt durch polnische Netzwerke

Ein Individuum häuft mit der Zeit spezifisches Wissen über die relevanten Gepflogenheiten seines Aufenthaltsorts an, hier als lokales kulturelles Wis-

Tabelle 8

Wichtigste Zielländer polnischer Emigranten

Zielland	1981 – 1988	1989	1990	1991	1992	1995	1998	2000	2001	2002	2003
Deutschland	58,2	69,8	62	69,1	71	68,9	72,7	75,8	72,3	72,1	72,6
USA	9,6	10,4	13,5	10,3	10,8	12,1	10	9,5	10,6	11,8	10,9
Österreich	4,7	2	1	1,5	1,4	2,4	3,4	2	1,3	1,7	2,1

Quelle: Eigene Darstellung; Wysokińska 2002: 8; Kepińska 2004: 44; Angaben in Prozent an allen polnischen Emigranten.

sen bezeichnet (vgl. Straubhaar 2000). Das kulturelle Wissen ist bereits für Regionen sehr unterschiedlich und nimmt über Länder- und Kulturgrenzen hin rapide zu. Durch Migration verliert es seinen Wert. Dies ist auch für das Berufsleben relevant. Der Informations- und Suchaufwand bezüglich offener oder attraktiver Stellen kann bereits auf dem Heimat Arbeitsmarkt erhebliche Kosten verursachen, etwa die Investition in Zeitungsannoncen, Bewerbungsgespräche oder der in dieser Zeit entgangene Lohn. Für die Suche im Ausland sind die Kosten höher anzusetzen. Für polnische Ärzte sind die Suchkosten aufgrund des Internets wohl weitgehend vernachlässigbar.²² Neben der beruflichen Ebene finden sich aber zahlreiche andere Arten kulturellen Wissens: die gängigen Umgangsformen oder Vorteile, die sich direkt im Einkommen niederschlagen, etwa das angemessene Preis-Leistungs-Verhältnis, günstige und lohnenswerte Freizeitalternativen, das Wissen um öffentliche Dienstleistungen oder den Zugang zu Schwarzmärkten. Ein Mensch wird somit im Normalfall vorzugsweise in eine ähnliche Kultur emigrieren, was Pedersen/Pytlikova/Smith (2004) nachweisen, indem sie zeigen, dass die Faktoren gleiche Sprache, geringe Distanz in Kilometern und gemeinsame koloniale Vergangenheit einen positiven Effekt auf die Migrationsgröße haben.

Der Verlust lokal verankerten Wissens kann allerdings durch existierende Netzwerke bereits ausgewanderter Landsleute abgefedert werden. Solche Netzwerke sind nach Massey u. a. (1993: 448) definiert als „[...] sets of interpersonal ties that connect migrants, former migrants, and nonmigrants in origin and destination areas through ties of kinship, friendship, and shared community origin. They increase the likelihood of international movements because they lower the costs and risk of movement [...]“. Durch Verwandte, Freunde und Bekannte re-

duzieren sich die Kosten des Wanderns: Wichtige Informationen (z. B. Spezifika der Bewerbung, die nicht über das Internet erfragbar sind) können bereits im Entsenderland erfahren werden, im Empfängerland wird der Übergang in die fremde Kultur abgefedert. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person in ein bestimmtes Land emigrieren wird, nimmt also mit der Anzahl der bereits in dieses Land emigrierten Landsleute zu (Dietz 1999: 8). Laut Pedersen/Pytlikova/Smith (2004) führt eine zehnprozentige Zunahme des entsprechenden Migrantentstamms zu einer Steigerung der jährlichen Nettozuwanderung von 5,9 Prozent. Bauer/Zimmermann (1997) zeigen, dass Zuwanderer, die keine Hilfe von Freunden oder Verwandten erhielten, ein geringeres Einkommen erzielten.

Es lohnt also ein Blick auf die Größe der polnischen Bevölkerung in Deutschland. Mit 4,5 Prozent der ausländischen Bevölkerung stellen Polen einen erheblichen Anteil an Bewohnern der BRD (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2005a) und in den letzten fünf Jahren, mit 490.687 Zugewanderten von insgesamt 4.205.961, die aktuell größte Zuwanderergruppe (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2005b). Zudem zeigt Tabelle 8, dass Deutschland das wichtigste Auswanderungsland für Polen ist.

Das erhebliche Übergewicht für die BRD hat sich seit Anfang der 80er Jahre sogar noch verstärkt, während die USA und Österreich nahezu konstant blieben oder verloren. Zugespitzt lässt sich formulieren: Wenn Netzwerkeffekte in der Migrationsentscheidung der Polen eine Rolle spielen, dann mit hoher Wahrscheinlichkeit in Bezug auf Deutschland. Sowohl der große bestehende Emigrantenstamm als auch der Rang Deutschlands als Wanderungsziel sprechen dafür, dass die Wanderungshemmnisse, die sich aus dem Verlust kulturellen Wissens ergeben, durch Netzwerke gelindert werden. Gerade in den ostdeutschen Ländern, die in Kapitel 2.1 als besonders zuwanderungswürdig identifiziert wurden, sind die Netzwerke allerdings nicht besonders ausge-

²² Zahlreiche Stellenmärkte sind im Internet kostenlos verfügbar, etwa der größte für Ärzte unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/stellen/maske.asp> oder auch <http://www.klinikstellen.de>.

prägt. In Hamburg leben die meisten Polen mit 0,87 Prozent Anteil an der Bevölkerung. Die geringsten Anteile haben die neuen Bundesländer, Brandenburg mit 0,25 Prozent dabei noch die höchsten, Thüringen am wenigsten von allen Ländern. Niedersachsen profitiert mit 0,41 Prozent noch am ehesten vom Prinzip der Netzwerkmigration (eigene Berechnungen; Statistisches Bundesamt 2006a und 2006b). Dies spricht dagegen, dass polnische Ärzte gerade in die unterversorgten Gebiete wandern, wobei die Gesamtgröße der polnischen Bevölkerung in der BRD für die Zuwanderung spricht.

Auf gesetzlicher Ebene wurde wenig geändert, um den Verlust kulturellen Wissens zu verringern. Seit dem EU-Beitritt wird aus dem Arbeitsleben ausscheidenden Arbeitnehmern und Selbständigen ein Verbleiberecht gewährt, welches auf europäische Gesetzgebung zurückgeht. Wer das 65. Lebensjahr oder die gesetzliche Altersgrenze erreicht, innerhalb der letzten drei Jahre in Deutschland gewohnt, davon ein Jahr gearbeitet und seine Erwerbstätigkeit aufgegeben hat, genießt das Recht, in Deutschland zu verbleiben (*Verbleibeberechtigter* im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. § 6a AufenthG/EWG). Damit wird diesen Menschen die Perspektive geboten, ihr hier erworbenes lokales Wissen weiter anzuwenden und nicht durch eine forcierte Rückkehr zu entwerten. Mit dem Zuwanderungsgesetz wurde eine kleine Tür geöffnet, dass zugewanderte polnische Ärzte auch in Deutschland schnell lokales Wissen anhäufen können und sich somit der Verlust mildert: Gemäß § 11 Abs. 1 Freizügigkeitsgesetz/EU kann freizügigkeitsberechtigten Unionsbürgern und ihren Angehörigen die Teilnahme an einem *Integrationskurs* nach § 44 Abs. 4 AufenthG gewährt werden, wenn (Rest-)Plätze verfügbar sind. Dieser umfasst Basisunterricht in deutscher Sprache, Kultur, Geschichte und Recht (§ 43 AufenthG). Allerdings ist der Anspruch nicht gegeben, wenn bereits ausreichend Deutschkenntnisse vorhanden sind (§ 44 Abs. 3 AufenthG). Dies ist für Ärzte bereits hinreichende Bedingung für die Erteilung einer Approbation oder Erlaubnis. Ausländische Ärzte müssen generell Deutschkenntnisse nachweisen, da dieser Beruf auf soziale Interaktion angewiesen ist (Auslandsdienst Bundesärztekammer 2005). Die Kurse dürften aber für die Familienangehörigen unter Umständen relevant sein.

4.3 Anerkennung von Ausbildungen – durch EU-Beitritt vereinfacht

Um in Deutschland die staatliche Zulassung zur Ausübung des Arztberufs (Approbation) zu erlangen, muss eine Ausbildung durchlaufen werden, die

nach § 1 Abs. 2 der Approbationsordnung für Ärzte als wichtigsten Teil ein sechsjähriges Studium umfasst. Die Fähigkeiten werden in einer zweiteiligen Prüfung nachgewiesen. Daran kann eine mehrjährige Facharztausbildung angeschlossen werden. Dieser Titel ist Voraussetzung für die Eröffnung einer Praxis. Ohne ihn kann man sich „nur“ als praktischer Arzt niederlassen und darf keine Kassen-, sondern nur Privatpatienten behandeln (Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004).

Um die höheren Löhne in Deutschland überhaupt zu erzielen, müssen die polnischen Ärzte zur Ausübung des Berufs berechtigt sein und somit die Abschlüsse gleich den deutschen bewertet werden. Es drohen Einkommenseinbußen, gelten diese als nicht äquivalent. Kruger/Sauer (2002) verdeutlichen dies für jüdische russische Ärzte, welche nach Israel ausgewandert sind. Verglichen mit den einheimischen Ärzten sind Lohneinbußen von über einem Viertel hinzunehmen. Die Migranten durchlaufen eine Probephase mit geringem Gehalt oder müssen eine Relizensierung absolvieren. Die Höhe des Lohns für polnische Klinikärzte ist eine Funktion des vom Arbeitgeber vermuteten Humankapitals des Arbeitnehmers. Als Signal für das Humankapital dienen die Abschlüsse. Es droht polnischen Ärzten ein geringerer Lohn, wenn ihre Abschlüsse ein geringeres Humankapital signalisieren (vgl. Borjas 2000b: 233 ff.). Dies kann sich in einer schlechter bezahlten Probephase ausdrücken, was den Migrationsgewinn schmälert und die Migration unwahrscheinlicher werden lässt. Potenzielle selbständige polnische Ärzte müssen ebenso mit Einbußen rechnen, da sie keine Kassenpatienten behandeln dürfen und praktische Ärzte meist auf einen lange erarbeiteten Kundenstamm privater Patienten zurückgreifen (Auslandsdienst Bundesärztekammer 2005). Auch für sie ist der Anreiz somit geringer bis hinfällig.

Vor der EU-Erweiterung konnten polnische Ärzte als Nicht-EU-Bürger keine Approbation erhalten. Ärzte aus diesen Ländern konnten in Deutschland als Arbeitnehmer nur auf Basis einer sogenannten Erlaubnis arbeiten. Diese gilt meist nur für bestimmte Tätigkeiten, wird in der Regel auf vier Jahre beschränkt und kann um drei Jahre verlängert werden (§ 10 Abs. 1, 2 Bundesärzteordnung (BÄO)). Eine weitere Verlängerung ist nur möglich, wenn sonst die ärztliche Versorgung nicht aufrechterhalten werden könnte (§ 10 Abs. 3 BÄO). Eine Erlaubnis wird dabei meist im Zusammenhang mit einer Weiterbildung erteilt. Die generelle Ausbildungsqualität der Ärzte wird durch eine Anerkennungsprüfung getestet (§ 10 i. V. m. § 3 BÄO). Zuständig für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse und die Erteilung der Erlaubnis sind bestimmte Behör-

den, in Niedersachsen beispielsweise die Bezirksregierung Braunschweig. Für die Anerkennung der Facharzttitle ist eine Einzelfallprüfung durch die regionalen Ärztekammern notwendig (Auslandsdienst Bundesärztekammer 2005). Eine deutsche Expertenkommission hatte, mit Blick auf die EU-Osterweiterung, im Jahr 2000 die Gleichwertigkeit der Abschlüsse in Polen mit den EU-Standards als „mehr als unbefriedigend“ bezeichnet. Nur vier von elf polnischen Fakultäten böten eine der EU vergleichbare Ausbildung an (Popovic 2000: B-749). Somit verschloss sich für selbständige Ärzte die Möglichkeit, eine eigene Praxis zu eröffnen oder bot nur die Chance, als praktischer Arzt Privatpatienten zu behandeln (E-Mail-Anfrage 2005c), Ärzte als Arbeitnehmer mussten mit erheblichen Lohneinbußen rechnen, da von ihnen oft ein Anpassungsjahr gefordert wurde.

Erst seit der EU-Erweiterung können polnische Ärzte auch eine deutsche Approbation erlangen (§ 3 Abs. 1 Nr. 1 BÄO). Zudem ist die Anerkennung von Diplomen und Facharzttiteln europaweit harmonisiert (Richtlinie 93/16/EWG). Die Richtlinie legt Mindestanforderungen an die Ausbildung zum Arzt an und benennt die davon erfassten Abschluss titles jeweils in der Landessprache. Dabei unterscheidet sie vier denkbare Konstellationen (Europäische Kommission 2004: 2–6):

- (1) Ausbildungen, die in den neuen Mitgliedstaaten nach dem 1. 5. 2004 begonnen wurden, werden bedingungslos als gleichwertig anerkannt.
- (2) Bei Ausbildungen, die vor dem 1. 5. 2004 begonnen oder abgeschlossen wurden, wird unterstellt, dass sie nicht den Mindestanforderungen der bisherigen Mitgliedstaaten genügen. So wird dem Bewerber abverlangt, zusätzlich zu dem Diplom noch drei Jahre Berufserfahrung nachzuweisen.
- (3) Eine Ausbildung, die zwar den Anforderungen genügt, aber einen anderen Titel trägt, wird mit Nachweis der auszustellenden Behörde anerkannt.
- (4) Bei Ausbildungen, die auf keine der vorher genannten Konstellationen zutreffen, werden die erworbenen Qualifikationen einzeln mit den in Deutschland geltenden Vorschriften verglichen. Es kann eine zusätzliche Qualifikation verlangt werden.

Somit ist nach dem EU-Beitritt die gegenseitige Anerkennung der Diplome und Facharzttitle erheblich erleichtert worden, gerade wenn die Ausbildung nach dem 1. 5. 2004 begonnen wurde. Dies wird sich, da so Anerkennungsjahre vielfach irrelevant werden oder für Praxisgründungen notwendige Qualifikationen planbar anerkannt werden, direkt im Ver-

dienst abzeichnen. Daher werden durch diese europaweite Vereinheitlichung Migrationsgewinne leichter realisiert, die Wanderung wird wahrscheinlicher.

4.4 Erwerbstätigkeit des Partners – für Selbständige seit EU-Beitritt möglich

Die Bindung an die Familie oder den Partner kann als einer der stärksten Einflüsse auf die Migrationsentscheidung gewertet werden. Für ein migrationswilliges Familienmitglied eröffnen sich die Alternativen, allein zu emigrieren und die Kosten der Trennung zu tragen oder mit der Familie gemeinsam auszuwandern. Für die Realisierung der letztgenannten Alternative wird entscheidend sein, ob der Partner im Ausland arbeiten darf. Der Migrationsgewinn/-verlust, welcher der Familie ($\Omega_{Familie}$) zufließt (hier: zwei Ernährer), ist gegeben durch den erwarteten Migrationsgewinn/-verlust für entweder den Mann oder die Frau mit:

$$\sum_{t=0}^E \frac{(w_t^{DM} - w_t^{PM})}{(1+r)^t} + \sum_{t=0}^E \frac{(w_t^{DF} - w_t^{PF})}{(1+r)^t} = \Omega_{Familie}. \quad (7)$$

Wenn das Zusammenbleiben oberste Priorität genießt, wird die Familie nur dann emigrieren, wenn $\Omega_{Familie}$ positiv ist. Dadurch kann es sein, dass ein Ernährer einen Verdienstverlust erleidet. Wenn beispielsweise die Frau (zweiter Teil der Summe) durch Migration gewinnt und der Mann (erster Teil der Summe) verliert, da er in Deutschland nicht arbeiten darf, muss der höhere Verdienst der Frau den Verlust des Mannes überkompensieren. Die Unmöglichkeit eines Partners, in Deutschland zu arbeiten, wird also die Migrationsentscheidung stark beeinflussen (Borjas 2000b: 309–312). Mincer (1978: 758 ff.) beweist, dass Singles eher emigrieren, ebenso Familien, wo die Frau im Heimatland nicht arbeitet. Sandell (1977: 410 f.) zeigt, dass Familien weniger zur Emigration bereit sind, wenn die Frau in der Heimat gearbeitet hat.

Familiennachzug war vor dem EU-Beitritt zum Schutz von Ehe und Familie sowohl für die Angehörigen von Arbeitnehmern als auch von Selbständigen erlaubt. Notwendig war hierfür der Nachweis ausreichenden Wohnraums als auch, dass der Lebensunterhalt der Familienangehörigen durch Erwerb, Vermögen oder sonstige Mittel des Ausländers gesichert war (§ 17 AuslG). Das Recht auf Arbeitsaufnahme des Ehepartners musste allerdings separat erworben werden und stand unter Genehmigungsvorbehalt, blieb somit unkalkulierbar. So war etwa der Antrag auf Arbeitserlaubnis überhaupt erst nach einem Jahr Aufenthalt möglich (§ 3 Nr. 2, 1

Tabelle 9

Migrationsgewinne im Familienkontext für Professionals

	SITUATION (1)	SITUATION (2)	SITUATION (3)
Migration mit 27 Jahren / ($r = 0,02$)	36.286	110.088	146.373
Migration mit 27 Jahren / ($r = 0,15$)	28.595	86.239	114.834
Migration mit 35 Jahren / ($r = 0,02$)	49.163	132.469	181.633
Migration mit 35 Jahren / ($r = 0,15$)	40.141	106.218	146.359

Quelle: Eigene Berechnungen; Eurostat 2005; Angaben in Kaufkraftstandards (KKS) für 2002; Konvergenzrate zwei Prozent; fünf Jahre Verbleibedauer.

Verordnung über die Arbeitsgenehmigung für ausländische Arbeitnehmer). Durch den Beitritt Polens und das Zuwanderungsgesetz änderten sich für Arbeitnehmer nur Nuancen – im Gegenteil zu den Selbständigen (Peters 2005: 89f.). Nach der Erweiterung galt für Selbständige Freizügigkeit und der Partner war, selbst dann, wenn er nicht Angehöriger eines EU-Staats war, nach Art. 11 der Verordnung 1612/68/EWG ebenfalls berechtigt, eine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit aufzunehmen (Dienelt 2004: 394).

Welchen Unterschied die Möglichkeit auf Arbeitsaufnahme auch des Partners ausmacht, verdeutlicht nachstehende Überlegung. Folgende Alternativen boten sich einem Paar mit einem emigrationswilligen Selbständigen vor dem Beitritt:

- (1) Ein Ehepartner verdient in Deutschland, der andere emigriert ebenfalls und verliert seinen Verdienst in Polen. Der entgangene Lohn wird vom Migrationsgewinn abgezogen.
- (2) Ein Ehepartner arbeitet in Deutschland, der zweite arbeitet weiter in Polen. Lohn des in Polen Arbeitenden und Migrationsgewinn werden addiert.²³

Nach dem EU-Beitritt ist es dem Ehepartner erlaubt, eine Arbeit aufzunehmen. Somit eröffnet sich folgende Möglichkeit:

- (3) Beide Ehepartner verdienen den Migrationsgewinn in Deutschland.

Vereinfachend soll angenommen werden, dass beide Ehepartner den gleichen Beruf ausüben, gleich alt sind und die zukünftigen Löhne gleich stark bewerten. Hier soll der Zeitraum von fünf Jahren²⁴ für Migration mit 27 bzw. 35 Jahren betrachtet werden. Die Ergebnisse wurden durch zwei geteilt, um den

Migrationsgewinn pro Person auszuweisen. Die Gewinne für Professionals fallen unter den getroffenen Annahmen wie folgt (siehe Tabelle 9) aus.

Die fehlende Aussicht auf Verdienst eines Partners wird die Migration erheblich unwahrscheinlicher werden lassen. Der Vergleich der Alternativen (1) und (3), in denen das Paar zusammen auswandert, aber nur in Alternative (3) beide verdienen können, zeigt den starken Einfluss. Für ein 27-jähriges Pärchen ($r = 0,02$) hätte sich eine gemeinsame Migration kaum gelohnt. Durch den Verdienstausschlag des einen Partners würden sie nur noch 25 Prozent des Migrationsgewinns erzielen, den sie gemeinsam erwirtschaftet hätten. Die Differenz zwischen Alternative (2) und (1) bietet einen Hinweis, wie viel Menschen für das Zusammenbleiben zu zahlen bereit wären. Während Professionals bei Trennung einen Gewinn von 106.218 KKS (35 Jahre, $r = 0,15$) realisieren können, gewinnen sie nur 40.141, wenn sie gemeinsam gehen. Somit ist ihnen das Zusammenbleiben pro Kopf 66.077 KKS wert.

Mit dem Recht des Partners eines Selbständigen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, gibt die Politik dem Paar auch die freie Entscheidung, gemeinsam zu emigrieren. Tabelle 9 zeigt deutlich, dass die Migrationsgewinne schmelzen, wenn ein Partner, um bei dem anderen bleiben zu können, seine Arbeit aufgibt. Deshalb wird (wenn der Emigrationswillige liiert ist) die Gewähr für den Partner, sich ebenfalls eine Arbeit suchen zu können, die Wahrscheinlichkeit zur Migration steigen lassen. Ebenso zeigt die Tabelle aber auch die abhaltenden Kräfte für Ärzte als Arbeitnehmer auf.

5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung der Zuwanderungspolitik

Deutschland bedarf der Zuwanderung von Ärzten. So wurde es in dieser Analyse herausgestellt. Zwar ist eine flächendeckende Unterversorgung nicht zu

²³ Denkbar wäre, bei diesem Aspekt diverse Kosten abzuziehen: Es müssen zwei Haushalte geführt werden, es fallen Reisekosten des Pendelns an oder hohe Telefonkosten etc.

²⁴ Diese Annahme erscheint sinnvoll, wenn man unterstellt, dass z. B. das absehbare Ende der Übergangsregelung zur Arbeitnehmerfreizügigkeit mit antizipiert wird.

erwarten, aber punktuell gibt es weiße Flecken auf der Karte der BRD, seien es offene Stellen in Kliniken oder unbesetzte Arztpraxen. Diese sind wahrscheinlich durch die in der Vergangenheit geringere Entlohnung und die teils unattraktiven Arbeitsbedingungen entstanden und werden sich voraussichtlich weiter verschärfen. Der mögliche Einfluss der Politik erstreckt sich auf die Optionen, Hebel auf die Arbeitsbedingungen zu nehmen oder die Lohnschnitte zurückzunehmen. Die Zuwanderung von Ärzten ist in der kurzen bis mittleren Frist eine vielversprechende Alternative, um diese Lücken zu füllen. Dem Bedürfnis Deutschlands entspräche es also, sie zu forcieren. Die Immigration von polnischen Ärzten scheint dabei sehr wahrscheinlich: Durch die geografische Nähe sind die Umzugskosten nahezu vernachlässigbar. Zudem werden durch die bestehenden polnischen Emigrantennetzwerke die Such- und Informationskosten erheblich geschmälert, der Übertritt in eine fremde Kultur abgedeckt. Entscheidend für eine ökonomisch motivierte Migration sind aber die erheblichen monetären Gewinne, die sich aufgrund des Lohngefälles zwischen Deutschland und Polen ergeben. Flankiert werden sie durch die Push-Faktoren der schlechteren Arbeitsbedingungen in Polen.

Auf die Lohndifferentiale kann die Zuwanderungspolitik keinen Einfluss nehmen, dieser wäre auch nicht machbar oder gewollt. In Anbetracht der möglichen Migrationsgewinne lässt sich aber festhalten, dass diese besonders für junge Migranten erheblich sind und somit eine besondere Sogwirkung auslösen – eben für jene Gruppe Zuwanderer, die bedeutend zur Linderung der demografischen Entwicklung in Deutschland beitragen würden. Ebenso werden die besseren Weiterbildungsbedingungen ein Argument gerade für junge Ärzte sein, nach Deutschland auszuwandern. Die Politik hat den polnischen Ärzten als Arbeitnehmern mit der Aussetzung der EU-Freizügigkeit allerdings einen Riegel vorgeschoben. Damit ist nach wie vor vom Arbeitsamt zu prüfen, ob nicht ein geeigneter deutscher Bewerber existiert, der dem polnischen Arzt vorzuziehen ist. Dies verlängert den Suchprozess für den Arzt und die Klinik und suggeriert potenziellen Migranten, nicht erste Wahl zu sein.

Das Arbeitsamt fungiert somit nach wie vor als Gatekeeper unter restriktiven Bedingungen. Die Bevorzugung polnischer Ärzte gegenüber jenen aus Drittstaaten ist hier nur ein schwacher Trost. Würde sich der Markt frei entfalten, so wie der Gedanke des europäischen Binnenmarktes es vorsieht, würden erheblich Kosten auf beiden Seiten gespart. Bedenklich stimmen vor allem Untersuchungen zur Green Card, welche zeigen, dass zwischen verschie-

den Ämtern der Ermessensspielraum zur Erteilung einer Arbeitserlaubnis erheblich unterschiedlich interpretiert wird (Jordan 2003: 62f.). Die Wahrscheinlichkeit steigt, dass generell auswanderungswillige Ärzte in andere Länder wandern, zum Beispiel die, welche auch für deutsche Ärzte bereits Ziel geworden sind wie Schweden oder England. Somit zielt diese Gesetzgebung hinsichtlich der Ärzteguppe am Bedürfnis Deutschlands vorbei. Die BRD verbleibt mit dieser Gesetzgebung weitgehend im alten Denkschema. Diese Kritik relativiert sich bei einem Rückblick auf die bisherige Zuwanderungspolitik: Zuwanderung war bisher die Ausnahme von der Regel, erst mit der Green Card brach diese Denkweise auf. Die Möglichkeit der Bundesagentur für Arbeit, Berufe als generell einwanderungswürdig zu bestimmen, kann dabei als ein Richtungswechsel interpretiert werden, da Zuwanderung in diesen Feldern dann nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel sein soll.

Praktisch dürften sich die Genehmigungsprozeduren durch die Globalprüfungen erheblich vereinfachen. Wie in dieser Studie gezeigt, bedarf es erheblicher Datenmengen, um einwanderungsfähige Märkte zu bestimmen. Und nicht immer existieren Vereinigungen wie die Bundesärztekammer, die hinsichtlich bestimmter Berufe mit einer Stimme sprechen, und dies mit Datenmaterial zu untermauern versuchen. Bei der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg kumuliert sich vermutlich mehr Wissen und Sachkompetenz, als es ein einzelner entscheidender Beamter direkt vor Ort leisten kann. Die Vielzahl der Entscheidungen und Möglichkeiten der Auslegung würde somit durch eine verbindliche ersetzt, das Entscheidungsverfahren vor Ort erheblich beschleunigt. Somit ist, wenn ein Beruf von der Bundesagentur für Arbeit als zuwanderungswürdig eingestuft wird, mit erheblichen Erleichterungen zu rechnen. Auch die Ärzte würden, wenn ihr Beruf entsprechend eingestuft wird, sich an einer verbindlichen Entscheidung orientieren können, es entfällt für sie die Unsicherheit, die Migrationsgewinne durch Versagung der Arbeitserlaubnis nicht zu erhalten.

Einen positiven Einfluss auf die Zuwanderungsentcheidung wird wohl auch die Möglichkeit entfalten, die Arbeitserlaubnis ohne erneute Prüfung nach einem Jahr zu verlängern. Vor Einführung dieser Regelung konnten die Migrationsgewinne immer nur für die Zeitspanne kalkuliert werden, für welche auch die Arbeitserlaubnis galt. Diese Einschränkung fällt nun weg, sodass die Aussicht auf nun größere Gewinne auch einen größeren Anreiz darstellt. Zudem entfallen Kosten, die sich durch den bürokratischen Aufwand der Verlängerung ergeben. Auch die

Tabelle 10

Migrationsanreize und theoretischer Einfluss der Gesetzgebung

Migrationsanreize	Gesetzesänderung (Urheber der Änderung)	Hergeleitete Wirkung auf Zuwanderung
Lohndifferentiale	Aussetzung Arbeitnehmerfreizügigkeit (BRD)	negativ
	Polen gegenüber Drittstaaten bevorzugt (BRD/EU)	positiv
	Arbeiterlaubnis ohne erneute Prüfung verlängerbar (BRD)	positiv
	Globalprüfung durch die BA (BRD)	positiv
	Niederlassungsfreiheit nicht eingeschränkt (BRD/EU)	positiv
Ausbildungs- und Weiterbildungsbedingungen	–	positiv

Integrationskurse können eine Rolle spielen. Durch sie wird Wissen über die neue Kultur angehäuft, was den Verlust der alten teilweise entschädigen wird. Die Kurse werden aber nur eine geringe Rolle für polnische Ärzte spielen, da EU-Bürger an ihnen nur teilnehmen werden, sofern Restplätze verfügbar sind. In die gleiche Kategorie fällt auch das neu errichtete Verbleiberecht. Wenn ein Arzt bis zu seinem Berufsende in Deutschland gelebt hat, würde ihm bei einer erzwungenen Rückkehr wiederum das (jetzt neu erworbene) kulturelle Wissen in Deutschland abhanden kommen, was erneute Kosten bedeutet.

So zurückhaltend die Gesetzgebung der BRD mit der Aussetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit war, so sehr ermöglicht sie die Zuwanderung selbständiger Ärzte. Die sehr restriktive Handhabung vor dem Beitritt Polens ließ kaum die Option offen, sich als Ausländer in Deutschland als selbständiger Arzt niederzulassen. Nach dem Beitritt zögen die erheblichen monetären Gewinne sicherlich viele Ärzte als Selbständige nach Deutschland – wenn nicht die Kosten einer Praxisgründung wären, die, wie gezeigt, die Migrationsgewinne wieder auffressen würden und den Anreiz somit zunichte machen. Die weitere Entwicklung wird wohl davon abhängen, inwiefern sich der Ärztemangel verstärkt. Sollten Landesärztekammern oder Kommunen eine Notwendigkeit sehen, werden sie wohl Gelder für die Praxisgründung übernehmen oder sich vergleichbare Unterstützungen einfallen lassen. Die Einrichtung einer Praxis ist aber mit dem polnischen Lohnniveau wohl nicht ohne Weiteres zu bewältigen.

Ein bedeutendes Hindernis wurde für Selbständige dadurch ausgeräumt, dass parallel auch der Partner eine Arbeiterlaubnis erhalten kann. Als diese Mög-

lichkeit noch nicht gegeben war, konnte dies in Anbetracht der teils verschwindend geringen Migrationsgewinne (Tabelle 9) auch wie ein Verbot zur Migration interpretiert werden: Emigrierte der Partner mit (was wohl in den meisten Fällen dem Wunsch beider entsprechen dürfte), schmolzen die Gewinne erheblich. Erheblichen, positiven Einfluss werden auch die EU-weit einheitlichen Anerkennungen der Ausbildungsabschlüsse haben. Zunächst ergibt sich dadurch die Möglichkeit, die angestrebten Migrationsgewinne überhaupt erst in voller Höhe zu erzielen. Andererseits fallen somit langwierige Prozeduren weg, die Ausbildungen anerkennen zu lassen, was nicht zuletzt aufgrund der dafür zu investierenden Zeit als Kosten aufgefasst werden kann.

Tabellen 10 und 11 fassen die Ergebnisse zusammen. Spalte 2 zeigt die genannten Gesetzesänderungen und auf welche Ebene der Gesetzgebung sie zurückzuführen sind (Urheber BRD oder EU). Die dritte Spalte führt die in den vorhergehenden Kapiteln theoretisch hergeleitete Auswirkung auf die Migrationsgewinne und -kosten und somit auf die Zuwanderungsentscheidung an.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Gesetzgebung der jüngsten Zeit ein positiver Einfluss auf die Migrationsentscheidung zugesprochen werden kann. Sie wirkt entweder den Migrationskosten entgegen oder lässt die Realisierung von Migrationsgewinnen leichter zu. Vor dem erwähnten Hintergrund, dass Zuwanderung und ihre Gestaltung eine wachsende Bedeutung für Deutschland haben werden, ist dies eine positive Entwicklung.

Als Befund stellt sich mit Blick auf die Tabellen 10 und 11 allerdings auch heraus, dass die meisten Mig-

Tabelle 11

Migrationskosten und theoretischer Einfluss der Gesetzgebung

Migrationshemmnisse	Gesetzesänderung (Urheber der Änderung)	Hergeleitete Wirkung auf Zuwanderung
Anerkennung Ausbildungen	Abschlüsse europaweit harmonisiert (EU)	positiv
entgangener Verdienst des Partners (für Selbständige)	Erwerbsmöglichkeit Familie (EU)	positiv
lokal verankertes Wissen	Verbleiberecht (EU)	positiv
	Integrationskurs (BRD)	neutral/positiv

ration fördernden Entwicklungen nicht auf genuin deutsche Rechtsetzung zurückgehen, sondern durch Europa forciert und etabliert wurden, die Auswirkungen der deutschen Gesetzgebung eher marginal positiven Einfluss haben werden. Zieht man die Aussetzung der Arbeitnehmerfreizügigkeit hinzu, ergibt sich insgesamt das Bild einer BRD, die Migration (immer noch) eher skeptisch gegenüber steht. Dies ist wenig erfreulich, da in Zukunft für viele Berufe aufgrund des Fachkräftemangels Zuwanderung notwendig werden wird. Ein weiterer Kritikpunkt ist die fehlende Demografiekomponente im Zuwanderungsgesetz. Aus demografischer Perspektive sollten junge Menschen favorisiert werden. Bis auf die Globalprüfung der Bundesagentur für Arbeit ist die Auswahl der Migranten kaum systematischer als zuvor. Das Punktesystem wurde nicht realisiert und damit nicht die Möglichkeit, durch Zuwanderung auch die Demografie zu stärken. Ob die zuwandernden Ärzte 50 oder 25 sind, interessiert weder die Kliniken noch die behandelten Patienten, aber Rentner und Steuerzahler. Ein modernes Zuwanderungsrecht, wie die BRD es sich versprochen hatte, ist das Zuwanderungsgesetz somit nicht geworden und daher noch ausbaufähig. Auch befindet sich die BRD im Wettbewerb mit anderen Ländern: Demografische Entwicklung und mangelnde Qualifikation machen nicht an der Landesgrenze halt. Deutschland kann sich aber nicht nur auf sein hohes Lohnniveau und seine guten Arbeitsbedingungen als Zuwanderungsanreiz verlassen. Was der BRD hier fehlt, ist bereits zu Beginn des Migrationsprozesses ein deutlicher Willkommensgruß an die Mangelkräfte. Beispielsweise stößt man auf den Internetseiten des britischen National Health Service unweigerlich auf Links, die einem den Weg weisen, wie man sich als ausländischer Arzt um eine Stelle bewirbt. Auf deutschen Seiten sucht man solche Hinweise vergeblich. Ein augenfälliger Beweis dafür, in welchem Land Zuwanderung in den Köpfen bereits präsent ist.

Literatur

- Ärztezeitung* (2005): Weniger Geld, mehr Arbeit – für Ärzte bleibt der Osten unattraktiv. 29. 3. 2005. In: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/03/29/055a0102.asp> am 10. 10. 2006.
- Auslandsdienst Bundesärztekammer* (2005): Arztservice für Ärzte im Ausland oder Ärzte, die ins Ausland wollen, Internationale Gesundheitspolitik, Weltärztebund, WHO, EU. In: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/index.html> am 10. 10. 2006.
- Bauer, Thomas K./Bonin, Holger/Fahr, Rene/Hinte, Holger/Zimmermann, Klaus F.* (2001): Fachkräftebedarf bei hoher Arbeitslosigkeit. Gutachten im Auftrag der Unabhängigen Kommission Zuwanderung der Bundesregierung. Bonn.
- Bauer, Thomas K./Zimmermann, Klaus F.* (1997): Network Migration of Ethnic Germans. In: *International Migration Review*, Vol. 31, Number 1, P. 143–149.
- Bausch, Manfred* (2004): Ärztinnen und Ärzte. Facharztmangel droht. Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Arbeitsmarkt-Information für qualifizierte Fach- und Führungskräfte. Bonn.
- Becker-Berke, Stephanie/Lautwein-Reinhard, Birgit* (2004): Stichwort: Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider. In: <http://www.aok-bv.de/lexikon/> am 29. 5. 2005.
- Bertola, Giuseppe/Boeri, Tito/Burda, Michael/Coricelli, Fabrizio/Dolado, Juan/Jimeno, Juan/Köllö, Janos/Lubyova, Martina/Makovec, Mattia/Munich, Daniel/Portes, Richard/Saint-Paul, Gilles* (2001): The Impact of Eastern Enlargement on Employment and Labour Markets in the EU Member States – Final Report. Part B. Berlin/Milano.
- Blum, Karl/Müller, Udo/Offermanns, Matthias* (2004): Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Abschlussbericht. Düsseldorf.

- Blum, Karl/Offermanns, Matthias/Schilz, Patricia (2006): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2006. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf.
- Borjas, Georg J. (2001): Does Immigration Grease the Wheels of the Labor Market?, In: http://ksghome.harvard.edu/~GBorjas/Papers/Greasing_the_Wheels.pdf am 23. 1. 2005.
- Borjas, Georg J. (2000a): Economics of Migration, In: http://ksghome.harvard.edu/~GBorjas/Papers/Migration_Encyclopedia_Article_Elsevier_Version.pdf am 21. 1. 2005.
- Borjas, Georg J. (2000b): Labor Economics. Ohne Ortsangabe: The McGraw-Hill Companies.
- Braun, Bernhard/Müller, Rainer (2001): Widersprüche zwischen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen und politischer Spardiskussion. In: Krämer, Werner/Gabriel, Karl/Zöller, Norbert (Hrsg.): Neoliberalismus als Leitbild für kirchliche Innovationsprozesse? Arbeitgeberin Kirche unter Marktdruck. Studien zur christlichen Gesellschaftsethik. Band 3. Münster/Hamburg/London, S. 112–148.
- Brücker, Herbert/Trübswetter, Parvati (2004): Do the Best Go West? An Analysis of the Self-Selection of Employed East-West Migrants in Germany. IZA Discussion Paper Nr. 986.
- Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2001): Zukunft von Bildung und Arbeit. Perspektiven von Arbeitskräftebedarf und -angebot bis 2015. Bonn.
- Bundesärztekammer (2005): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2005. Struktur der Ärzteschaft 2005. In: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztestatistik/03Statistik2005/index.html> am 13. 10. 2006.
- Bundesagentur für Arbeit (2005a): Uni Magazin. Arbeitsmarkt Humanmediziner. Ärzte dringend gesucht. In: <http://www.uni-magazin.de/200503/pdf/arbeitsmarkt.pdf> am 10. 10. 2006.
- Bundesagentur für Arbeit (2005b): Berufe im Spiegel der Statistik 1999–2005. Ärzte/innen. In: http://www.abis.iab.de/bisds/data/seite_841_BO_a.htm am 10. 10. 2006.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005a): Ausländer- und Flüchtlingszahlen. In: http://www.bamf.de/template/statistik/anlagen/hauptteil_2_aufgabe_12.pdf am 15. 6. 2005.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2005b): Statistik des Bundesamtes. Migration. In: http://www.bamf.de/template/statistik/anlagen/hauptteil_1_aufgabe_12.pdf am 15. 6. 2005.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“. Abschlussbericht. Hamburg.
- Bundesregierung (2006): Regierungskonferenz am 22. März 2006. In: <http://www.bundesregierung.de/>
- Pressekonferenzen-,12414.978042/mitschrift/Regierungspressekonferenz-vom-.htm am 10. 10. 2006.
- Department of Health (2005): Poles fill holes. Pressemitteilung vom 24. 2. 2005. In: http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleasesNotices/fs/en?CONTENT_ID=4104358&chk=iXflx0 am 24. 5. 2005.
- Deutsche Apotheker- und Ärztekammer/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2004): Das Investitionsverhalten von Ärzten bei der Praxisgründung 2002/03. Düsseldorf/Köln.
- Dienelt, Klaus (2004): Freizügigkeit für Familienangehörige nach der EU-Osterweiterung. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, Jg. 24, Nr. 11/12, S. 393–397.
- Dietz, Barbara (1999): Ethnic German Immigration from Eastern Europe and the former Soviet Union to Germany: the Effects of Migrant Networks. IZA Discussion Paper Nr. 68.
- Düring, Brigitte (2004): Sachsen und Polen wollen Ärzteaustausch auf Zeit möglich machen. In: Ärzte Zeitung vom 27. 11. 2004. In: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/10/27/195a0301.asp?cat=> am 15. 4. 2005.
- E-Mail-Anfrage (2005a): Persönliche Anfrage bei Eurostat, Statistisches Bundesamt, i-Punkt Berlin/EDS Europäischer Datenservice am 8. 6. 2005.
- E-Mail-Anfrage (2005b): Persönliche Anfrage bei der polnischen Ärztekammer Naczelnej Izby Lekarskiej am 24. 6. 2005.
- E-Mail-Anfrage (2005c): Persönliche Anfrage beim Auslandsdienst der Bundesärztekammer am 24. 6. 2005.
- EU-Beitrittsvertragsgesetz Anhang XII (2003): Liste nach Artikel 24 der Beitrittsakte: Polen, ABl. L 236 vom 23. September 2003.
- Europäische Kommission (2004): Gegenseitige Anerkennung der Diplome der neuen Mitgliedstaaten im Rahmen der Einzelrichtlinien. In: http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/docs/specific-sectors/overview_de.pdf am 14. 6. 2005.
- Eurostat (2005): Themen: Bevölkerung und soziale Bedingungen. In: http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=0,1136184,0_45572595&_dad=portal&_schema=PORTAL am 1. 4. 2005.
- Fassmann, Heinz (2002): EU-Erweiterung und Arbeitsmigration nach Deutschland und Österreich. Quantitative Vorhersagen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In: Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (Hrsg.): IMIS-Beiträge, Nr. 19. Osnabrück, S. 65–88.
- Finke, Björn (2005): Das Zitat. In: Süddeutsche Zeitung vom 3. 8. 2005, Nr. 177, S. 20.
- Frank, Robert H. (2000): Microeconomics and behavior. Ohne Ortsangabe: The McGraw-Hill Companies.

- Frölich, Markus/Puhani, Patrick A. (2002): Immigration and Heterogeneous Labor in Western Germany, A Labor Market Qualification Based on Nonparametric Estimation, ZEW Discussion Paper Nr. 02-01.
- Gazeta Wyborcza (2004): Doktoren auf gepackten Koffern? (Übersetzung: Deutsch-Polnische Wirtschaftsförderungsgesellschaft AG). In: http://213.77.105.135/wInfopolen/5_database/4_Archiv/Thema-Woche/04/10_KW_TedeWo.asp?navid=430 am 20. 4. 2005.
- Girouard, Nathalie/Imai, Yutaka (2000): The Health Care System in Poland. OECD Economic Department Working Papers Nr. 257.
- Graupner, Heidrun (2005): Akkordarbeit am Krankenbett. In: Süddeutsche Zeitung vom 3. 8. 2005, Nr. 177, S. 4.
- Greenwood, Michael J./McDowell, John M. (1991): Differential Economic Opportunity, Transferability of Skills, and Immigration to the United States and Canada. In: Review of Economics and Statistics, Vol. 23, Number 4, P. 612–623.
- Grunenberg, Guido (2004): Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Polens. In: Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Berlin (Hrsg.): IPG-Newsletter 4, S. 1–3.
- Hicks, John R. (1932): The theory of wages. New York: Macmillan.
- Hoesch, Kirsten (2003): „Green Card“ für Ärzte? Von der „Ärztenschwemme“ zum Ärztemangel im deutschen Gesundheitssektor. In: Hunger, Uwe/Kolb, Holger (Hrsg.): IMIS-Beiträge, Nr. 22. Osnabrück, S. 99–113.
- Hunt, Jessica (2000): Why Do People still Live in East Germany. NBER Working Paper Nr. 7564. National Bureau of Economic Research. Cambridge.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2004): Möglichkeiten der qualitativen und quantitativen Ermittlung von Zuwanderungsbedarf in Teilarbeitsmärkten in Deutschland – Grundlagen einer Indikatorik für eine arbeitsmarktbezogene Zuwanderung. Expertise für den Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration. Köln.
- International Labour Organisation (2005): October Inquiry Data. In: <http://laborsta.ilo.org/> am 1. 7. 2005.
- International Labour Organisation (1988): Resolution concerning the revision of the International Standard Classification of Occupations. Genf. In: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/res/isco.pdf> am 1. 7. 2005.
- Jordan, Rolf (2003): Arbeitsämter und die „Green Card“. In: Hunger, Uwe/Kolb, Holger (Hrsg.): IMIS-Beiträge, Nr. 22. Osnabrück. S. 51–64.
- Kępińska, Ewa (2004): Recent Trends in international Migration. The 2004 SOPEMI Report for Poland. Instytut Studiów Społecznych Uniwersitet Warszawski. Warschau.
- Kiel, Melanie/Werner, Heinz (1998): Die Arbeitsmarktsituation von EU-Bürgern und Angehörigen von Drittstaaten in der EU. IAB Werkstattbericht 7.
- Kittner, Michael (2002): Arbeits- und Sozialordnung. Ausgewählte und eingeleitete Gesetzestexte. Frankfurt/Main: Bund-Verlag.
- Kloesel, Arno/Christ, Rudolf/Häußer, Otto (2004): Kommentar Ausländergesetz: Deutsches Aufenthalts- und Ausländerrecht. Kommentar und Vorschriftensammlung. Band III. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Kloiber, Otmar (2002): Polens Ärzte, Europäisch orientiert. In: Deutsches Ärzteblatt vom 15. Februar 2002, Jg. 99, Nr. 7, S. 412–415.
- Kopetsch, Thomas (2005): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung. Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung. 3. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin.
- Koryś, Izabela (2003): Migration trends in selected EU applicant countries: Poland. Working Paper No. 3. Central European Forum for Migration Research. Warschau.
- Kruger, Adriana D./Sauer, Robert M. (2002): Doctors without borders: The Returns to an Occupational License for Soviet Immigrant Physicians in Israel. IZA Discussion Paper Nr. 634.
- Marshall, Barbara (2000): The new Germany and migration in Europe. Manchester: Manchester University Press.
- Massey, Douglas S./Arango, Joaquin/Hugo, Graeme/Kouaouci, Ali/Pellegrino, Adela/Taylor, Edward J. (1993): Theories of International Migration: A Review and Appraisal. In: Population and Development Review, Vol. 19, Number 3, P. 431–466.
- Merten, Martina (2004): Bedrückende Resignation. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Nr. 47, S. 3150–3152.
- Mincer, Jacob (1978): Family Migration Decision. In: Journal of Political Economy, Vol. 86, Number 5, P. 749–773.
- OECD (2005): Health data. Statistics and Indicators for 30 countries. In: http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html am 20. 6. 2005.
- Pedersen, Peder J./Pytlíkova, Mariola/Smith, Nina (2004): Selection or Network Effects? Migration Flows into 27 OECD Countries, 1990–2000. IZA Discussion Paper Nr. 1104.
- Peters, Katja (2005): Arbeitsberechtigung nachziehender Familienangehöriger von Wanderarbeitnehmern aus mittel- und osteuropäischen Staaten. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik, Jg. 25, Nr. 3/4, S. 87–93.
- Popovic, Michael (2000): Polen: Ärztliche Ausbildung auf dem Prüfstand. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, Nr. 14, S. B-749.

- Repke, Irina* (2003): Dumm gelaufen. In: Der Spiegel vom 13.10.2003, Nr. 42, S. 56–57.
- Sachverständigenrat für Zuwanderung und Integration* (Hrsg.) (2004): Migration und Integration – Erfahrungen nutzen, Neues wagen. Jahresgutachten 2004. Nürnberg.
- Sandell, Steven H.* (1977): Women and the Economics of Family Migration. In: Review of Economics and Statistics, Vol. 59, Number 4, P. 406–414.
- Schulz, Erika* (1999): Zur langfristigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland, Modellrechnungen bis 2050. In: DIW-Wochenbericht, 42.
- Sinn, Hans-Werner/Flaig, Gebhard/Werding, Martin/Munz, Sonja/Düll, Nicola/Hofmann, Herbert* (2000): EU-Erweiterung und Arbeitskräftemigration. Wege zu einer schrittweisen Annäherung der Arbeitsmärkte. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Ifo Institut. München.
- Stapel, Silke/Pasanen, Jarko/Reinecke, Sebastian* (2004): Purchasing Power Parities and related economic indicators for EU, Candidate Countries and EFTA. In: Eurostat (Hrsg.): Statistics in focus 53. Luxemburg.
- Stark, Oded* (1991): The Migration of Labor. Massachusetts: Basil Blackwell.
- Statistisches Bundesamt* (2006a): Bevölkerungsstand. Stichtag 31. 12. 2005. In: www.genesis-destatis.de am 3. 10. 2006.
- Statistisches Bundesamt* (2006b): Ausländerstatistik. Stichtag 31. 12. 2005. In: www.genesis-destatis.de am 3. 10. 2006.
- Statistisches Bundesamt* (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.
- Storr, Christian/Albrecht, Rainer* (Hrsg.) (2005): Das neue Zuwanderungsrecht. Textausgabe mit Einführung, Übergangsregelung und allen Verordnungen. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag.
- Storr, Christian/Wenger, Frank/Eberle, Simone/Albrecht, Rainer/Zimmermann-Kreher, Annette* (Hrsg.) (2005): Kommentar zum Zuwanderungsgesetz. Stuttgart: Richard Boorberg Verlag.
- Straubhaar, Thomas* (2000): Internationale Migration, Gehen oder Bleiben: Wieso gehen wenige und bleiben die meisten? HWWA Discussion Paper Nr. 111.
- Süddeutsche Zeitung* (2006): Gehaltstest Arzt/Ärztin. In: <http://www.sueddeutsche.de/jobkarriere/erfolgsgeld/special/126/44082/1/index.html?action=detail&detail=gehalt&id=12&searchAction=info> am 1. 10. 2006.
- Ulrich, Volker/Rudloff, Felix* (Hrsg.) (2004): Der Fischer Weltalmanach aktuell. Die EU-Erweiterung. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Unabhängige Kommission Zuwanderung* (2001): Zuwanderung gestalten, Integration fördern. Bericht der Unabhängigen Kommission Zuwanderung im Auftrag des Bundesministeriums des Innern. Berlin.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs* (2005): Draft Proposed Structure of ISCO. United Nations Expert Group Meeting. New York. In: <http://unstats.un.org/unsd/class/intercop/expertgroup/2005/ac103-11.pdf> am 1. 3. 2007.
- Vincenz, Volkhart/Knogler, Michael* (2003): Szenarien der mittelfristigen Konvergenz der EU-Beitrittsländer Polen, Slowakische Republik und Ungarn. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen. Working Papers Nr. 244. Osteuropa-Institut. München.
- Wysokińska, Zofia* (2002): Labour force migration and integration process in Poland. Vortrag zum „Symposium on Science Policy, Mobility and Brain Drain in the EU and Candidate Countries“. In: <http://www.leeds.ac.uk/law/cslpe/phare/No.5.pdf> am 2. 2. 2005.