

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
Positionspapier

Ärztliche Mobilität und Migration

5 beschlossen am 16.05.2020 auf der 1. online bvmd-Medizinstudierenden-
versammlung.

*Anmerkung zum Text: Der Begriff "ausländische Ärzt_innen" bezeichnet in diesem
Positionspapier Ärzt_innen, welche sowohl keine deutsche Staatsbürgerschaft
10 innehaben als auch das Medizinstudium nicht nach deutscher
Approbationsordnung abgeschlossen haben.*

Forderungen:

Die bvmd fordert ...

- die Freizügigkeit von Ärzt_innen (und anderen Berufsgruppen) in Europa
zu respektieren und zu gewährleisten.
- 15 • die Einhaltung des WHO-Verhaltenskodex, welcher es untersagt, Fach-
kräfte aus Mangelgebieten anzuwerben und weiterhin, diesen in geltendes
Recht umzusetzen.
- die nachhaltige, qualitativ hochwertige Sicherstellung der Patient_innen-
versorgung in Deutschland. Um dies zu erreichen, müssen beispielsweise
20 Arbeitsbedingungen zeitgemäß und fair gestaltet sowie innovative
Versorgungsmodelle, wie z.B. die Stärkung der Telemedizin implementiert
werden.
- Sprachtests für nicht muttersprachliche Ärzt_innen bundesweit einheitlich
25 einzuführen, um die sinnvolle Kommunikation mit Patient_innen
sicherzustellen und Integration am Arbeitsplatz zu ermöglichen.
- die Schaffung einer zentralen Stelle auf Bundesebene, die die An-
erkennung ausländischer Abschlüsse sowie die Migration von Ärzt_innen
30 auf Basis einer gesetzlichen Grundlage steuert. Aufgabe dieser soll es sein,
Kooperationen mit anderen Ländern zu schließen, einheitliche und
transparente Bedingungen für die Arbeit in Deutschland zu schaffen und
zu verhindern, ärztliches Personal aus Mangelregionen zu rekrutieren.
Ebenso sollen Kooperationen mit Kliniken und Trägern zu ihren Aufgaben
gehören.

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Phone +49 (30) 95590585
Fax +49 (30) 9560020-6
Home bvmd.de
Email verwaltung@bvmd.de

Für die Presse

Tim Schwarz
Email pr@bvmd.de

Vorstand

Aurica Ritter	(Präsidentin)
Martin J. Gavrysh	(Externes)
Kilian Zuber	(Finanzen)
Matthias Kaufmann	(Fundraising)
Lucas Thieme	(Internationales)
Anna Hofmann	(Internes)
Tim Schwarz	(PR)

Die Bundesvertretung der
Medizinstudierenden in
Deutschland ist ein eingetragener
Verein (Vereinsregister Aachen
VR 4336). Sitz und Gerichtsstand
sind Aachen.

35 **Zusammenfassung:**

Am 1. März 2020 ist das Fachkräfteeinwanderungsgesetz in Kraft getreten. Durch die neue gesetzliche Grundlage wird die Einwanderung von qualifizierten Fachkräften erleichtert und Anerkennungsverfahren werden verkürzt. Dabei orientiert sich die Zulassung von Fachkräften an den Bedürfnissen Deutschlands unter Berücksichtigung des Arbeitsmarktes. Mit dem neuen Gesetz wird beabsichtigt, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und die sozialen Sicherungssysteme zu unterstützen. Ziel dabei ist es, die Integration von Fachkräften in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft zu erleichtern und nachhaltiger zu gestalten. [1]

40

45 Im medizinischen Bereich wird dieser "Fachkräftemangel" seit Jahren kontrovers diskutiert. Besonderes Augenmerk wird in diesem Kontext auf die folgenden Bereiche gelegt: Regionale Schwankungen der Ärzt_innendichte, die Situationen im stationären und ambulanten Bereich, die Facharztwahl am Ende des Medizinstudiums, die Anzahl der Studienplätze in der Humanmedizin und die Zahl

50 der Behandlungsfälle und Kontakte zu Ärzt_innen. [2] Darüber hinaus nimmt das Anwerben von ausländischen Ärzt_innen eine immer größere Rolle in der oben genannten Diskussion ein. Im Jahr 2018 betrug die Zahl der ausländischen berufstätigen Ärzt_innen, welche in Deutschland gemeldet waren, ca. 48.672. [3][4] Zum Vergleich: Im Jahr 2018 gab es laut Bundesärztekammer insgesamt

55 392.402 berufstätige Ärzt_innen in Deutschland. In der Zeit zwischen 2010 und 2017 hat sich die Zahl ausländischer Ärzt_innen verdoppelt. [4] Die bvmd fordert, nachhaltige Strukturen im Gesundheitswesen in Deutschland zu schaffen, um die Versorgungssicherheit auch in Zukunft gewährleisten zu können. In diesem Positionspapier werden aktuelle Fakten und Hintergründe im multilateralen

60 internationalen Umfeld des weltweiten medizinischen Sektors erläutert sowie Lösungsansätze in diesem Kontext dargestellt.

Einleitung:

Die angespannte Situation in der medizinischen Versorgung wird durch unterschiedliche Faktoren verschärft. Diese Faktoren werden im Folgenden

65 diskutiert.

Die drohenden, unterschiedlich begründeten Versorgungsengpässe im Gesundheitssektor in Deutschland werden sich in den kommenden Jahren zuspitzen. [5] Die Gründe hierfür sind vielfältig: Zum Stand Juli 2019 wird laut dem Statistischen Bundesamt die Zahl der erwerbstätigen Bevölkerung um rund 4 bis 6

70 Millionen schrumpfen. Bis 2060 wird die Anzahl der erwerbsfähigen Bevölkerung, abhängig von der Höhe der Nettozuwanderung, voraussichtlich von 51,8 Millionen (Stand 2018) auf 40-46 Millionen sinken. [6] Gleichzeitig steigt damit auch das Durchschnittsalter der Bevölkerung und damit die Prävalenz an Komorbiditäten. Hieraus resultiert ein steigender Bedarf an medizinischem Fachpersonal wie

75 Ärzt_innen und Pflegekräften. [7][8] Dieser steigende Bedarf begründet sich jedoch nicht in einem absoluten Mangel an Fachkräften, sondern ist als Konsequenz verschiedener Faktoren zu werten.

Im OECD-Vergleich hat Deutschland eine der höchsten Ärzt_innendichte. [9] Gleichzeitig deuten verschiedene Studien und Vergleiche darauf hin, dass in
80 Deutschland ein ineffizienter Einsatz der vorhandenen Ressourcen und Arbeitskräfte besteht. [10] Sowohl die Zahl der Medizinstudienplätze in Deutschland (98.348 im Wintersemester 2019/2020) [11][12], als auch die Zahl der jährlichen Absolvent_innen der Humanmedizin (9.563 im Jahr 2018) [13] und auch die absolute Anzahl der berufstätigen Ärzt_innen (392.402 im Jahr 2018)
85 haben ihren vorläufigen Höhepunkt erreicht. [14] Gleichzeitig haben Deutsche im OECD-Vergleich überdurchschnittlich häufig Arzt-Patientenkontakt mit 9,9 Konsultationen pro Jahr (Stand 2017). [15] Damit steht die Bundesrepublik auf Platz fünf aller OECD-Länder.

Ein weiteres Problem ist die ungleiche Verteilung der Ressourcen und Fachkräfte.
90 In vielen Regionen des Landes übersteigt die Versorgungssituation den nationalen Durchschnitt, während in anderen, meist ländlichen Regionen, die medizinische Versorgung, vor allem im ambulanten Bereich, unterdurchschnittlich ist. Die verglichen mit städtischen Regionen geringere Ärzt_innendichte in ländlichen Regionen wird als Stadt-Land-Gefälle bezeichnet. Dadurch droht in besonders
95 strukturschwachen ländlichen Regionen eine medizinische Unterversorgung. [16] In diesem Kontext muss außerdem der Anteil der in Deutschland ausgebildeten Ärzt_innen, welcher nach Beendigung des Studiums in andere Länder (sowohl EU als auch Nicht-EU-Ausland) emigriert, berücksichtigt werden. [17]

Aufgrund der oben beschriebenen Faktoren wird in der Politik häufig das Narrativ
100 aufgebaut, es gäbe einen erhöhten Bedarf, der durch ausländische Ärzt_innen gedeckt werden müsse. Eine entsprechende Zuwanderung wird deshalb seitens der Bundesregierung begünstigt. Diese beschrieb die Zuwanderung von Ärzt_innen im Mai 2019 als "unverzichtbar". [18][19]

Haupttext:

105 **Aktuelle Situation**

Die Zahl ausländischer Ärzt_innen ist 2018 um ca. 3.500 auf 55.000 gestiegen. Dabei kommen die meisten Ärzt_innen aus Rumänien (4312), gefolgt von Syrien (3907) und Griechenland (2776). Insgesamt kamen 25.000 ausländische Ärzt_innen aus der EU. [17] Da Länder wie Deutschland mit vergleichsweise guten
110 Arbeitsbedingungen Fachkräfte aus Ländern wie Rumänien oder Bulgarien mit schlechteren Arbeitsbedingungen aktiv abwerben oder durch attraktive Arbeitsbedingungen anziehen, kommt es zu einer Verschiebung des Fachkräftemangels. In Bulgarien wanderten beispielsweise 2014 rund 600

115 Ärzt_innen aus, wobei nur 600 Absolvent_innen hinzu kamen. [20] Die
Entwicklung im Kosovo ist noch kritischer zu bewerten, denn dort besteht (Stand
Dezember 2018) die geringste Dichte an Ärzt_innen pro 1000 Einwohner in ganz
Europa (0,8), Tendenz fallend. [21]

120 Auch aus Deutschland emigrieren Ärzt_innen. 2018 lag die Zahl bei 1941
Mediziner_innen, wobei die Schweiz (519), gefolgt von Österreich (254) und den
USA (205) am beliebtesten für die Emigration sind. [17]

Gründe für Migration

125 Deutschland ist im europäischen Vergleich ein attraktiver Arbeitgeber mit hohen
Gehältern, einem vergleichsweise guten Sozialsystem und ein begehrter Standort
für die fachärztliche Weiterbildung. Letztere wird in Deutschland als
vergleichsweise attraktiv angesehen, unter anderem, weil in anderen Ländern wie
Italien, Frankreich und den USA für eine Fachspezialisierung größere Hürden zu
überwinden sind. [22]

130 Auch aus afrikanischen Ländern kommt es vermehrt zur Migration. Grund dafür
sind unter anderem europäische Agenturen, die dort gezielt mit höheren Gehältern
und besseren Arbeitsbedingungen werben, um Ärzt_innen nach Europa zu
vermitteln. [23] Hinzu kommen neben diesen „Pull-Faktoren“ sogenannte „Push-
Faktoren“, beispielsweise Krisen und wirtschaftliche Unsicherheit in den
Herkunftsländern. [24]

Folgen von Migration

135 Die meisten deutschen approbierten Mediziner_innen ziehen das Arbeiten in
Städten dem in ländlichen Regionen vor. Begründet liegt dies unter anderem in
der Budgetierung, zunehmender Bürokratisierung und der schlechten Infrastruktur
auf dem Land. [25] Ein Großteil ausländischer Ärzt_innen wird als Folge somit in
kleinen Krankenhäusern auf dem Land eingesetzt. [26] In diesem Zusammenhang
140 kritisiert der Marburger Bund, dass das B2 Sprachniveau für den klinischen Alltag
nicht ausreiche. Des Weiteren unterstreicht er, dass daraus „Probleme für die
erfolgreiche Integration der betroffenen Kolleginnen und Kollegen“ resultieren,
welche zu „Belastungen im kollegialen Miteinander innerhalb der Ärzteschaft aber
auch der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit im Krankenhaus“ führe.
145 [27]

150 Laut Ifo Institut für Wirtschaftsforschung München entstehen dem Staat bei
Abwanderung eines/r 30-jährigen Ärzt_in über eine Million Euro Verlust wegen der
Kosten von Ausbildung und der entgangenen Steuergelder. [28] Somit sind die
Kosten des sogenannten „Brain Drain“ - Effekt, also der Abwanderung von Fach-
personal, nicht zu unterschätzen. Dies beschreibt die monetäre Dimension, hinzu
kommt u.a. der Verlust von Fachwissen. Was für Deutschland vor allem finanzielle
Folgen hat, stellt afrikanische Länder vor noch größere Probleme.

155 Durch den "Brain Drain" wird die grundlegende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in diesen Ländern massiv eingeschränkt und/oder gefährdet. Dies lässt sich mit Zahlen aus Ghana verdeutlichen, wo im Zeitraum zwischen 1993 und 2002 600 von 800 ausgebildeten Mediziner_innen emigrierten - ein Großteil in die USA und nach Nordeuropa. Zusätzlich sorgt der Fachkräftemangel in den Herkunftsländern für große Veränderungen in der demografischen Entwicklung, der Innovationsfähigkeit und der Produktivität. [29]

160 **Diskussion existierender Lösungsansätze**

165 Die World Health Organisation (WHO) hat diesbezüglich 2010 einen Verhaltenskodex erstellt, der u.a. fordert, das Anwerben von Ärzt_innen aus Ländern, in denen die Gesundheitsversorgung mangelhaft sei, zu unterlassen. Um das zu gewährleisten, existiert eine Liste von 57 Staaten, die unterhalb der Grenze der Fachkräfte für ein funktionierendes Gesundheitssystem liegen. Gleichwohl spricht sie sich gegen eine generelle Einschränkung von internationaler Mobilität im Gesundheitssektor aus. [30] Hier wird damit eine Diskrepanz zwischen staatlichen und oben beschriebenen individuellen Interessen deutlich.

170 Auch in Deutschland gibt es dazu Stimmen: Der derzeitige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn forderte im Januar 2019 eine EU-weite Neuregelung bezüglich der Abwanderung von Ärzt_innen. Sonst käme es durch die aktuelle Situation zu einem Fachkräftemangel. Dabei solle die Freizügigkeit allerdings erhalten bleiben. Diesbezüglich verweist er auch auf das Abkommen mit der WHO. [31] Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer (BÄK) Tobias Nowocyn forderte, bürokratische Hürden der Berufsankennung abzubauen und das Anerkennungsverfahren weiterzuentwickeln. Dazu sprachen sich die Delegierten des Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt für bundeseinheitliche Prüfungen aller ausländischen Ärzt_innen aus. Als Maßstab soll dafür das dritte Staatsexamen gelten. Außerdem forderte Nowocyn, die Attraktivität Deutschlands als Arbeitgeber durch eine bessere Work-Life-Balance zu steigern. [32] Daraus ergibt sich einerseits der Wunsch, deutsche Ärzt_innen als Fachkräfte in Deutschland zu halten und andererseits, weiterhin die Zuwanderung von Mediziner_innen aus dem Ausland zu fördern.

185 Unter diesen Gesichtspunkten ist das Fachkräfteeinwanderungsgesetz kritisch zu hinterfragen, da es die Einwanderung unilateral vereinfacht, das zugrundeliegende Problem aber nicht löst. [33] Es kann keine Entwicklung eines solidarischen Europas geben, wenn Länder wie Deutschland selektiv gut ausgebildetes Personal abwerben. Der daraus resultierende "Brain Drain" schadet den in der Entwicklung befindlichen Ländern und behindert somit die europäische Integration.

190

Lösungsansätze

195 An den oben beschriebenen Aspekten ist die Komplexität der ärztlichen Migration weltweit und innerhalb Europas zu erkennen. Verschiedene Interessen, staatliche und individuelle, unterschiedliche Kulturen, Ausbildungssysteme und Erwartungen treffen in einem weitestgehend unregulierten Umfeld aufeinander.

200 Prinzipiell ist der Austausch von Fachkräften als sehr positiv zu bewerten. Eine Kernforderung der bvmd ist, dass Deutschland eine zentrale Stelle schafft, die für die Anerkennung von Abschlüssen [34], Erteilung von Arbeitserlaubnissen und die Fachsprachenprüfung verantwortlich ist. Ein weiteres Mittel zur sinnvollen Verteilung der migrierenden Mediziner_innen könnten Kooperationen dieser zentralen Stelle mit Krankenhäusern und Trägern sein. Dies soll in erster Linie nicht durch Vorgaben und Zwänge, sondern vor allem durch die Schaffung von soziostrukturellen Anreizen geschehen, um Regionen mit schwächerer Versorgungslage zu stärken. So könnte die Verteilung der ausländischen Ärzt_innen zentral
205 organisiert werden. Beispiele hierfür finden sich auch im Positionspapier: "Wie können wir Ärzt*innenmotivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels" der bvmd. [5] Eine weitere Aufgabe der zentralen Stelle könnte es sein, sich für kulturelle und sprachliche Integration am Arbeitsplatz einzusetzen und die entsprechenden hierfür nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen.
210

Eine Kooperation zwischen Deutschland und anderen Länder könnte für beide Seiten zu einem nachhaltigen Gesundheitssystem beitragen: Ein Beispiel wäre eine Vereinbarung mit Ländern, die eine stark wachsende Arbeitsbevölkerung haben, aber wenig Weiterbildungs- und Beschäftigungsplätze anbieten, wie u.a. den
215 Philippinen. Hier könnten gezielte Kooperationen für beide Länder von Vorteil sein und zu globalem Mehrwert führen. Wenn Deutschland eine strukturierte und einheitliche sprachliche Qualifizierung und Einarbeitung für solche Ärzt_innen anbieten würde, könnte damit nachträglich die Qualität der Versorgung gesteigert werden. [18] Es muss gewährleistet werden, dass durch diese Kooperationen kein einseitiger Nachteil entsteht, wir verweisen an dieser Stelle auf das „Triple Win“
220 Konzept. [35] Ganz klar muss in zuvor genannten Beispielen sowohl der Aufenthaltsstatus der ausländischen Ärzt_innen, als auch die Dauer des Engagements sowie Rechte und Pflichten der teilnehmenden Kliniken und Ärzt_innen definiert sein. Dies bezieht sich ebenfalls auf Vergütung und
225 Arbeitszeiten, die nach deutschem Recht gelten müssen. Diese Themen sollten von der o. g. zentralen Stelle auf Bundesebene geregelt werden.

230 Des Weiteren sollte die Arbeit mit privatwirtschaftlichen Rekrutierungsagenturen stärker staatlich reglementiert werden, um Missbrauch und Rekrutierung aus Mangelregionen vorzubeugen. Proaktive Anwerbung von ausländischen Fachkräften verlagert lediglich das Problem der Fehlverteilung in andere Länder. Dies widerspricht dem Grundsatz der internationalen Zusammenarbeit und Solidarität. Andere Mittel sollten vorgezogen werden, um auftretenden erhöhten Bedarf kurz- und mittelfristig decken zu können.

Quellenangaben:

- 235 1. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 31, Seite 1307ff, ausgegeben zu Bonn am 20. August 2019
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Kerndaten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2014; 2014 [Stand: 27.06.2018]. Verfügbar unter:
- 240 http://www.kbv.de/media/sp/2014_12_31_Statistische_Kerndaten_BAR.pdf (Abrufdatum 11.04.2020)
3. Bundesärztekammer, 31.12.2018, Ausländische Ärztinnen/Ärzte, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/StatTab10.pdf (Abrufdatum: 15.04.2020)
- 245 4. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2018 der Bundesärztekammer, Seite 9
5. bvmd, 30.06.2018, Positionspapier, Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu 5 arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels, https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Prim%C3%A4rversorgung_-_Land%C3%A4rztemangel.pdf (Abrufdatum: 15.04.2020)
- 250 6. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, Pressemitteilung Nr. 242 vom 27.06.19 Bevölkerung im Erwerbsalter sinkt bis 2035 voraussichtlich um 4-6 Millionen; https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/06/PD19_242_12411.html;jsessionid=FE8D2413EB1D25126FCAED56B359AD08.internet8741 (Abrufdatum: 09.05.2020)
- 255 7. Dr. Thomas Kopetsch, 2010, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!, Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, Seite 80ff
- 260 8. Bundesgesundheitsministerium, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html>, 20.03.2018, Beschäftigte in der Pflege (Abrufdatum 05.05.2020)
- 265 9. OECD, 2017, 8. health workforce; Doctors (overall number); Figure 8.3. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2015 (or nearest year) <http://dx.doi.org/10.1787/888933604571> (Abrufdatum: 09.05.2020)
- 270 10. Prof. Dr. med. Gerlach et al. Gutachten 2014 Kuzfassung; Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; S. 603ff
- 275 11. Statistisches Bundesamt, Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/Irbil05.html> (Abrufdatum: 09.05.2020)

- 280 12. Statistisches Bundesamt; Studierende an Hochschulen - Vorbericht -
 Fachserie 11 Reihe 4.1 - Wintersemester 2019/2020:
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/studierende-hochschulen-vorb-2110410208004.pdf?__blob=publicationFile (Letzter Zugriff 16.05.20)
- 285 13. Rainer Radtke, 20.11.19, Anzahl universitärer Abschlüsse in der Human-
 und Zahnmedizin in Deutschland in den Jahren von 2008 bis 2018:
[https://de.statista.com/statistik/daten/studie/427177/umfrage/human-und-zahnmedizin-anzahl-universitaerer-abschluesse/%20%20\(Letzter%20Zugriff%2016.05.20\)](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/427177/umfrage/human-und-zahnmedizin-anzahl-universitaerer-abschluesse/%20%20(Letzter%20Zugriff%2016.05.20))
- 290 14. Rainer Radtke, 06.05.20, Entwicklung der Anzahl berufstätiger Ärzte in
 Deutschland im Zeitraum von 1960 bis 2018:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/6704/umfrage/anzahl-der-berufstaetigen-aerzte-in-deutschland-seit-1960/> (Abrufdatum:
 09.05.2020)
- 295 15. OECD (2020), Doctors' consultations (indicator). doi: 10.1787/173dcf26-
 en (Accessed on 09 May 2020)
- 300 16. Prof. Dr. med. Gerlach et al. Gutachten 2014 Kuzfassung;
 Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und
 ausgewählte Leistungsbereiche; SACHVERSTÄNDIGENRAT zur
 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; S. 345ff
- 305 17. Bundesärztekammer, 2018, Abwanderung von Ärzten ins Ausland,
<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2018/abwanderung-von-aerzten-ins-ausland> (Abrufdatum: 10.04.2020)
- 310 18. Steffen Angenendt et al., April 2014 Der WHO-Verhaltenskodex,
https://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf (Abrufdatum: 26.04.2020)
- 315 19. Antwort der deutschen Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer
 medizinischer, zahnmedizinischer und pharmazeutischer Abschlüsse
 (Drucksache 19/9915), 03.05.2019
- 320 20. Ionescu, Luiza, 2015: Emigration from Eastern Europe with a Focus on
 Brain Drain, <https://ideas.repec.org/a/aes/jsesro/v4y2015i2p54-74.html>
 (Abrufdatum: 06.05.2020)
21. Norbert Mappes-Niediek, 22.12.2018, Die Abwanderung der jungen
 Generation https://www.deutschlandfunk.de/exodus-aus-osteuropa-die-abwanderung-der-jungen-generation.724.de.html?dram:article_id=436755 (Abrufdatum:
 10.04.2020)
22. Weggemans et al., November 2017, Die Ausbildung zum Facharzt: ein
 internationaler Vergleich
<https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2017-34/zma001140.shtml>

23. Blanchet, Karl, Dezember 2006, Afrika braucht seine Ärzte selbst
<https://monde-diplomatique.de/artikel/!340778> (Abrufdatum:
 07.05.2020)
- 325 24. Bundeszentrale für politische Aufklärung, Begriffliche Vorklärungen:
<https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138008/begriffliche-vorklaerungen> (Abrufdatum:
 07.05.2020)
- 330 25. Kassenärztliche Bundesvereinigung, ÄRZTEMANGEL
kbv.de/html/themen_1076.php (Abrufdatum: 05.04.2020)
26. Bundesärztekammer, 12.2017 "Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.
 Dezember 2017; Wer nur die Köpfe zählt, macht es sich zu einfach"
<https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017>
- 335 27. 121. Hauptversammlung 19./20.05.2012 in Nürnberg BESCHLÜSSE,
 Marburger Bund, Beschluss Nr. 8, Seite 5
28. <https://www.welt.de/wirtschaft/Wirtschaftslexikon/article7332670/Warum-der-Brain-Drain-Deutschland-belastet.html> (Abrufdatum: 17.05.2020)
- 340 29. Hans Seidel Stiftung, Migration aus Südosteuropa nach Deutschland und
 Westeuropa, Braindrain weiter ungebremst:
<https://www.hss.de/news/detail/braindrain-weiter-ungebremst-news5118> (Abrufdatum: 17.05.2020)
30. WHO Verhaltenskodex:
<https://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/> (Abrufdatum:
 17.05.2020)
- 345 31. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/100317/Spahn-will-Abwanderung-der-Aerzte-ueber-EU-Regelungen-eindaemmen31>
 (Abrufdatum: 17.05.2020)
- 350 32. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99663/Fachkraeftemangel-Krankenhaeus-er-muessen-sich-interkulturell-aufstellen> (Abrufdatum:
 17.05.2020)
33. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 31, Seite 1307ff, ausgegeben
 zu Bonn am 20. August 2019
- 355 34. bvmd, 04.11.2018, Positionspapier "Anerkennung ausländischer
 Abschlüsse",
https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-11_Anerkennung_ausl%C3%A4ndischer_Abschl%C3%BCsse.pdf
 (Abrufdatum: 17.05.2020)
- 360 35. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Nachhaltig
 ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften (Triple Win):
<https://www.giz.de/de/weltweit/41533.html> (Abrufdatum: 17.05.2020)