

Kann ein ethisches Anwerben von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland gelingen?



→ *Gesundheit*

Herausgeber

Brot für die Welt
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Tel +49 30 65211 10
Mail info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

Autorin Julia Stoffner

Redaktion Mareike Haase,
Michael Billanitsch

V.i.S.d.P. Jörn Grävingsholt

Layout Simon Gümpel

Grafik Jutta Herden (S. 6 und 8)

Fotos Oliver Reinhardt (S. 5),

Christof Krackhardt (S. 9),

Christoph Püschner (S. 10),

Thomas Lohnes (S. 13)

Druck Pinguin Druck, Berlin

Spenden

Brot für die Welt

Bank für Kirche und Diakonie

IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00

BIC: GENODED1KDB

Berlin, November 2023

Inhalt

Leitprinzipien zur Anwerbung von Gesundheitspersonal	5
Weltweiter Mangel an Gesundheitspersonal	6
2.1 Internationale Bestrebungen	7
2.2 Deutschlands Rolle bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften	9
2.3 Verschärfung des Fachkräftemangels durch COVID-19	12
So kann der globale Wettbewerb um Gesundheitsfachkräfte entschärft werden	13
3.1 WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal berücksichtigen	13
3.2 Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufbauen und erhalten	13
3.3 Verlässliche Informationen und Evaluationsdaten über die Anwerbung einholen	14
3.4 Gesetzliche Regelungen für staatliche und private Anwerbung	14
3.5 Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Akteur:innen forcieren	14
3.6 Gesundheitssysteme weltweit stärken	14
Endnoten	15

Kapitel 1**Leitprinzipien zur Anwerbung von Gesundheitspersonal**

Brot für die Welt ist davon überzeugt, dass Migration einen positiven Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung weltweit leisten kann. Der Zugewinn von fachlichen Qualifikationen, die Ermöglichung von finanziellen Rücküberweisungen an Familien in den Herkunftsländern und auch der kulturelle Austausch sind dabei wichtige Aspekte. Migration kann zum Vorteil für Herkunft- und Zielländer gestaltet werden. Vielmehr noch sollte jedem Menschen das Recht zugesprochen werden, auf der Suche nach anderen Lebens- oder Arbeitsbedingungen zu migrieren. Dafür muss es sichere Wege und die notwendige Unterstützung geben.

Die Mobilität von Gesundheitspersonal ist Realität. Die internationale Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften sollte nach Ansicht von Brot für die Welt aber zwingend nach ethischen Grundsätzen durchgeführt werden und den Prinzipien Transparenz, Fairness und Förderung der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen in Ländern des Globalen Südens folgen. Es gilt, die

Anwerbung menschenrechtsbasiert zu gestalten und vor allem die negativen Auswirkungen einer aktiven Anwerbung durch Dritte, also durch Regierungen sowie private Akteur:innen, für jedes Individuum, die lokale Bevölkerung und die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer so weit wie möglich zu reduzieren. Die internationale Anwerbung sollte deshalb immer von ausgleichenden, entwicklungsfördernden Maßnahmen begleitet werden, die dem Verlust von Arbeitskräften, ihrem Knowhow sowie den sozialen Folgen der Abwanderung unter dem Leitmotiv „Do-no-harm“ entgegensteuern. Hierzu gehört insbesondere, dass anwerbende Länder nicht nur Verbesserungen für die angeworbenen Individuen erzielen, sondern auch technische und finanzielle Unterstützung leisten, um die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer zu stärken, einschließlich der Entwicklung ihres Gesundheitspersonal - wie vom *WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal* vorgegeben.



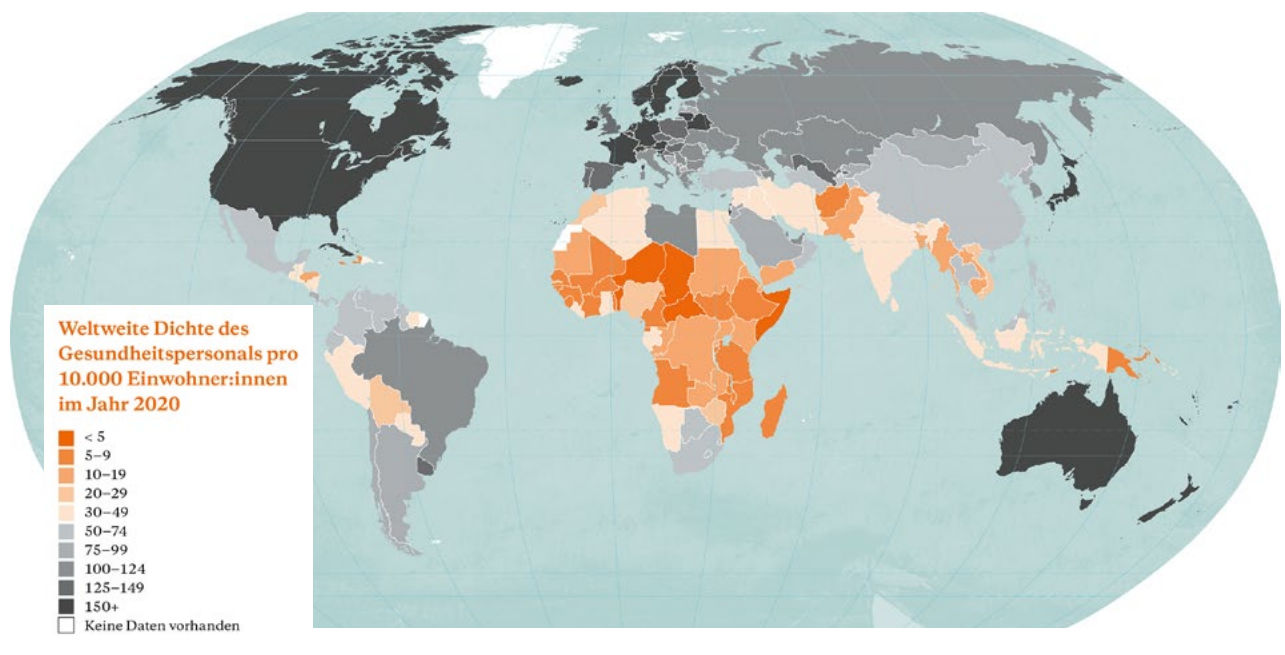
Schwestern der Klinik im haitianischen Dorf Rousseau beraten über ein Medikament. Gut ausgebildetes Gesundheitspersonal ist weltweit begehrt.

Kapitel 2

Weltweiter Mangel an Gesundheitspersonal

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Um dieses für jedes Individuum weltweit zu gewährleisten, braucht es funktionierende Gesundheitssysteme mit zahlenmäßig ausreichenden, gut ausgebildeten, gut ausgestatteten und motivierten Mitarbeitenden¹ im Gesundheitswesen.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen aber zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung bis zum Jahr 2030 zusätzlich zum aktuellen Bestand bis zu 10 Millionen Gesundheitsfachkräfte.² Dieser Mangel betrifft insbesondere Afrika und Südostasien:³



Um eine weltweite Vergleichbarkeit der Dichte an Ärzt:innen, Pfleger:innen sowie Hebammen herzustellen, legt die WHO regelmäßig einen Schwellenwert zur Unterstützung und Absicherung des Gesundheitspersonals fest. Für 2023 beträgt dieser 55 Gesundheitsfachkräfte pro 10.000 Menschen, um eine universelle Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Die globale Verteilung von Gesundheitsfachkräften ist aber höchst unterschiedlich. Beispielsweise beträgt Deutschlands Dichte an Gesundheitspersonal 185 Ärzt:innen, Pfleger:innen sowie Hebammen pro 10.000 Personen, wohingegen sich die Dichte in Griechenland auf knapp 100 und in Polen auf 80 bezieht.⁴ 55 Länder des globalen Südens erreichen hingegen den von der WHO vorgegebenen Schwellenwert nicht. Diese Länder sind als gefährdet eingestuft, wenn es um die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal geht, das für die Erreichung des nachhaltigen Entwicklungsziels SDG 3 – eine flächendeckende Gesundheitsversorgung bis 2030 – erforderlich ist.⁵

Obwohl Deutschland eine vergleichsweise hohe Dichte an Gesundheitsfachkräften aufweist, hat es ein wachsendes Personalproblem im Gesundheitssystem. Die Gesellschaft wird älter und mit ihr auch das Gesundheitspersonal. So ist laut Bundesärztekammer ein Fünftel aller Ärzt:innen älter als 60 Jahre und steht somit kurz vor dem Ruhestand.⁶ Dasselbe Bild ergibt sich im Pflegebereich: Im Laufe der nächsten 12 Jahre werden laut Deutschem Pflegerat bundesweit 500.000 Pflegefachpersonen das Rentenalter erreichen.⁷

Die demografische Entwicklung ist aber nicht die alleinige Begründung für die Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen. Eine starke Verdichtung der Arbeit und eine enorm gestiegene Belastung für das Personal führen zu hoher Frustration. Laut einer Umfrage im Deutschen Ärzteblatt können sich knapp 40 Prozent der Pflegefachkräfte vorstellen, ihren Arbeitsplatz zu wechseln und knapp die Hälfte davon denkt sogar über die Aufgabe ihres Berufes nach. Hinzu kommt, dass der Gesundheitssektor als Arbeitsfeld durch die fehlende

Work-Life-Balance, die die jüngeren Generationen einfordern, zunehmend unattraktiv wird.⁸ In der Ärzt:innenenschaft kommt eine weitere Herausforderung hinzu. Deutschland gehört nach Indien, Pakistan und Rumänien zu den Ländern, die besonders viele im Inland ausgebildete Ärzt:innen an andere Länder verlieren.⁹

Mit ähnlichen, aber auch darüberhinausgehenden Herausforderungen haben die Länder des Globalen Südens zu kämpfen. Auch in diesen Ländern wird zu wenig ausgebildet und die Arbeitsbedingungen sind vielerorts mangelhaft. Die örtlichen Gesundheitsstrukturen sind zudem häufig chronisch unterfinanziert, weshalb Personal nur schlecht bezahlt wird, keine langfristige berufliche Perspektive erhält oder gar nicht eingestellt werden kann.¹⁰ Infolgedessen sehen sich einige Länder mit dem Paradoxon konfrontiert, dass es einerseits eine hohe Arbeitslosigkeit von ausgebildetem Gesundheitspersonal gibt und gleichzeitig viele Stellen unbesetzt bleiben.¹¹ In vielen Ländern des Globalen Südens sind dies auch die Folgen der Strukturanpassungsprogramme der 1980er Jahre, in denen Weltbank und Währungsfonds den Ländern strenge Sparauflagen machten, die insbesondere im Gesundheitsbereich umgesetzt wurden.¹² Zu beachten ist zudem, dass einige Länder wie Indonesien und Philippinen in einem Zielkonflikt stehen. Einerseits bilden sie gezielt Gesundheitspersonal für den weltweiten Markt aus, um unter anderem finanzielle Rücküberweisungen der migrierten Personen an ihre Familien in der Heimat zu erhalten. Andererseits riskieren sie damit, dass bereits potentiell unterversorgte Regionen, insbesondere in ländlichen Gebieten, noch erheblicher geschwächt werden. Diese und weitere Faktoren tragen dazu bei, dass Menschen aus Ländern des Globalen Südens ihre Jobs verlassen, zu besser bezahlten Tätigkeiten vom Land zur Stadt wechseln oder ins Ausland abwandern. Die Folge ist eine dramatische Unterversorgung insbesondere in öffentlichen Gesundheitssystemen und in ländlichen Gebieten. Im schlimmsten Fall kann eine grundlegende Gesundheitsversorgung nicht mehr aufrechterhalten werden. Dies führt zu einer realen Gefährdung von Menschenleben und einer deutlichen Schwächung des Menschenrechts auf Gesundheit.

In Folge des weltweiten Fachkräftemangels entwickelte sich ein globaler Wettbewerb, insbesondere um Pflegefachkräfte, an dem sich auch Deutschland beteiligt. So entstehen sogenannte Anwerbeketten entlang des zwischenstaatlichen Einkommensgefälles. So gehen beispielsweise Ärzt:innen aus Ghana und

der Demokratischen Republik Kongo nach Südafrika, während jene aus Südafrika nach Kanada oder in die USA auswandern. Der Sorgenotstand trifft am Ende aus globaler Perspektive die wirtschaftlich schwächsten Länder mit der bereits schon unzureichendsten Gesundheitsversorgung.

Auch ökonomisch betrachtet ist die Auswanderung von Gesundheitsfachkräften für die Länder des Globalen Südens problematisch.¹³ Wenn Ärzt:innen und Pflegefachkräfte ihre Ausbildung – meist ein teures, langes Hochschulstudium – auf Kosten des Herkunftsstaaten erhalten, aber zum Arbeiten in ein Industrieland ziehen und dort Steuern zahlen, bedeutet dies einen finanziellen Verlust. Dies beeinträchtigt die wirtschaftliche Entwicklung eines Landes.

Viele Herkunftsländer versuchen deshalb auf unterschiedliche Weise, die Migration zu steuern, den sogenannten Brain-Drain – also die Abwanderung von qualifizierten Fachkräften – zu verringern und negative Auswirkungen von Migration abzufedern. Staaten wie etwa Indien, Simbabwe und Ghana verpflichten durch gesetzliche Regelungen Medizinstudierende, nach Abschluss des Studiums für eine bestimmte Zeit im staatlichen Gesundheitswesen zu arbeiten; andernfalls müssen staatliche Stipendien zurückgezahlt werden. In Südafrika haben hingegen Gehaltserhöhungen die Auswanderung von Pflegefachkräften vermindert und Rumänien hat für Ärzt:innen, die im staatlichen Gesundheitswesen angestellt sind, die Bezahlung mehr als verdoppelt.

2.1 Internationale Bestrebungen

Seit fast zwanzig Jahren steht die Migration von Gesundheitsfachkräften weit oben auf der internationalen Gesundheitsagenda. Die Mitgliedsstaaten der WHO beschlossen im Jahr 2010 einen globalen *Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal*, den Deutschland wesentlich mitverhandelt und unterzeichnet hat.¹⁴ Dieser Kodex als freiwillige Selbstverpflichtung hält grundlegende ethische Kriterien für die Anwerbung von Gesundheitspersonal fest, vor allem auch mit Blick auf die Rechte der Arbeitnehmer:innen sowie auf die Situation in den Herkunftsländern. Er deckt sich in weiten Teilen mit der Position von Brot für die Welt.

Aus entwicklungs- und gesundheitspolitischer Perspektive sind folgende Aspekte des Kodex besonders

relevant: Alle Länder sollen im nationalen Kontext vorrangig einen nachhaltigen Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufbauen und erhalten, um die Notwendigkeit zur Anwerbung von internationalen Fachkräften zu reduzieren. Für Länder wie Deutschland würde dies insbesondere bedeuten, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen insgesamt zu verbessern - in Form höherer Gehälter für Pflegefachkräfte, aber auch einer Reduktion der Arbeitszeit, des Drucks und Stresses in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Der WHO-Kodex unterstreicht, dass alle Staaten in erster Linie darauf hinarbeiten sollten, selbst genügend Fachkräfte auszubilden, bevor sie in großem Stil in anderen Ländern rekrutieren. Zudem müsste Deutschland den Zugang zum Arbeitsmarkt von bereits in Deutschland lebenden Migrant:innen erleichtern, gleiche Arbeitsbedingungen für migrierte Gesundheitsfachkräfte erreichen sowie die Anerkennungsverfahren der ausländischen Qualifikationen von Gesundheitspersonal beschleunigen.

Die internationale Rekrutierung wiederum soll auf faire, transparente und nachhaltige Weise erfolgen und so gestaltet werden, dass negative Wirkungen auf die Gesundheitssysteme von Ländern des Globalen Südens

vermieden und die Rechte der Migrant:innen gewahrt werden. Des Weiteren sind wirtschaftlich stärkere Länder aufgerufen, technische und finanzielle Kompensation für wirtschaftlich schwächere Länder zu leisten, um deren Gesundheitssysteme und vor allem ihre Fähigkeit zur Ausbildung von Gesundheitspersonal zu stärken - ausgerichtet auf den Bedarf der Herkunftsländer. Der Kodex empfiehlt außerdem, dass die zwischen zwei Regierungen unterzeichneten Migrationsabkommen für medizinisches Personal ausdrücklich sicherstellen sollen, dass die Vorteile für das Herkunftsland angemessen und verhältnismäßig zu den Vorteilen sind, die das Gesundheitssystem des Ziellandes erhält.

Zudem empfiehlt der WHO-Kodex das Vermeiden einer aktiven Anwerbung in Ländern, in denen es bereits einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften gibt - verboten ist dies nicht. Hierfür stellt die WHO regelmäßig eine Liste mit besonders gefährdeten Ländern auf. Die Anfang 2023 veröffentlichte Liste der WHO verzeichnet 55 Länder mit einer kritischen Anzahl von Gesundheitsfachkräften (auf diese wurde bereits eingangs verwiesen):⁴⁵

WHO health workforce support and safeguards list 2023

WHO-Region	Staaten
Afrikanische Region	Angola, Äquatorialguinea, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Demokratische Republik Kongo, Eritrea, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Komoren, Kongo, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Niger, Nigeria, Ruanda, Sambia, Senegal, Sierra Leone, Simbabwe, Südsudan, Vereinigte Republik Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik
Amerikanische Region	Haiti
Östliche Mittelmeerregion	Afghanistan, Dschibuti, Pakistan, Somalia, Sudan, Jemen
Südostasien Region	Bangladesch, Nepal, Timor-Leste
Westpazifik Region	Kiribati, Laos, Föderierte Staaten von Mikronesien, Papua-Neuguinea, Salomonen, Samoa, Tuvalu, Vanuatu



Dr. Vo Thi Thuy Hang untersucht regelmäßig die Gesundheit der Bewohner:innen der abgelegenen Ben Tre-Provinz im vietnamesischen Mekong-Delta.

Allerdings besitzt der WHO-Kodex aus Sicht von Brot für die Welt auch mehrere Schwächen. Aufgrund der Formulierungen des Textes entstehen unklare Handlungsanweisungen, wenn auf der einen Seite empfohlen wird, nicht in Ländern mit einer kritisch niedrigen Anzahl von Gesundheitsfachkräften anzuwerben, auf der anderen Seite aber Hinweise für Regierungen aufgestellt werden, unter welchen Aspekten staatliche Akteur:innen aus genau diesen Ländern rekrutieren können. Zudem ignoriert der Kodex die oft ungleiche regionale Verteilung von Gesundheitspersonal und geht auch nicht auf das vielfach bestehende Stadt-Land-Gefälle bezüglich der Anzahl von Gesundheitsfachkräften ein. Auch das Entstehen von Anwerbeketten wird nicht berücksichtigt.

Ein weiteres Manko des WHO-Kodex ist die fehlende Verbindlichkeit. So hat etwa Deutschland nur ein einziges Element des Kodex in nationales Recht überführt: Laut Paragraph 38 der Verordnung über die Beschäftigung von Ausländer:innen darf die Anwerbung in und die Arbeitsvermittlung aus bestimmten Staaten nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden. Problematisch aus Sicht von Brot für die Welt ist jedoch, dass die Anlage der Verordnung auf genau diejenigen

Länder hinweist, die die WHO hinsichtlich der Anzahl der Gesundheitsfachkräfte als besonders kritisch einstuft und für die sie keine Anwerbung empfiehlt.

2.2 Deutschlands Rolle bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften

Seit über 10 Jahren fördert die Bundesregierung staatliche Anwerbeprogramme von Pflegepersonal aus dem Ausland. In den betriebenen Anwerbeprogrammen der Bundesregierung wie „Triple Win“, über Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur für Arbeit oder über das Förderprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ werden in aktuell elf Ländern aktiv Pflegefachkräfte angeworben: Bosnien-Herzegowina, Brasilien, El Salvador, Indien (hier: Bundesstaat Kerala), Indonesien, Jordanien, Kolumbien, Mexiko, Philippinen, Tunesien und Vietnam.¹⁶ Serbien hatte ursprünglich auch ein bilaterales Abkommen mit Deutschland im Rahmen des „Triple Win“-Programms unterzeichnet, dieses aber im Februar 2020

einseitig ausgesetzt, weil es den Brain-Drain im Gesundheitssektor fürchtete.

Bislang erleichtern diese bilateralen Abkommen kleine Anwerbeprogramme, um spezifische Probleme kurzfristig zu lösen. Die Anwerbungsinitiativen der Bundesregierung zielen auch auf Verbesserungen für die angeworbenen Individuen ab, aber sie überwinden nicht nachhaltig die internationalen Diskrepanzen zwischen Nachfrage, Bedarf und Angebot von Arbeitsverhältnissen im Gesundheitswesen. Zudem findet keine umfassende Evaluierung statt, um nachzuprüfen, ob wirklich Vorteile für alle Beteiligten entstehen. Der WHO-Kodex sieht aber explizit vor, dass auch die Auswirkungen der Anwerbung auf die gesellschaftliche Situation in den Herkunftsländern in den Blick genommen werden müssen. Eine der deutlichsten Evidenzlücken ist der Entwicklungsnutzen (über die Rücküberweisungen hinaus) für das Herkunftsland.¹⁷ Bisherige Erfahrungen

zeigen, dass die starke Abwanderung von weiblichem Gesundheitspersonal besonders auch familiäre Versorgungsstrukturen für alte Menschen oder Kinder gefährdet (die sogenannte Care-Arbeit, die alle gesellschaftlich anfallenden Betreuungs-, Erziehungs- und Versorgungstätigkeiten umfasst). Dieses Problem verschiebt sich so entlang des zwischenstaatlichen Armutsgefälles, und der Sorgenotstand trifft am Ende aus globaler Perspektive die Länder des Globalen Südens. Auf Deutschland bezogen ist ein prinzipielles Problem die Rolle der Bundesagentur für Arbeit. Diese schließt bilaterale Abkommen für die Bundesregierung ab und bringt somit durchaus Verbesserung auf individueller Ebene (z. B. Schutz vor Ausbeutung), aber sie hat kein entwicklungspolitisches Mandat. Die Berücksichtigung genau dieser entwicklungspolitischen Perspektive verlangt aber der WHO-Kodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal.



Krankenpfleger Ngwany Johnson auf einem Hausbesuch bei Sehra Ngoh. Der Gesundheitsdienst der Baptisten verbessert die medizinische Versorgung im ländlichen Bezirk Boh im Westen Kameruns.

Weitere Modelle sind die der zirkulären Migration und transnationale Ausbildungspartnerschaften, sogenannte Global Skills Partnerschaften. Grundidee der zirkulären Migration ist, dass Gesundheitspersonal für eine begrenzte Zeit von Zielländern aufgenommen und ggf. weiter ausgebildet wird und nach Ablauf einer Frist - eventuell unter Beibehaltung einer Wiederkehroption - in seine Heimatländer zurückkehrt. Die Global Skills Partnerschaften zielen hingegen auch darauf ab, den Fachkräftebestand im Herkunftsland aufzubauen. Die Ausbildung erfolgt dabei vollständig oder überwiegend im Herkunftsland. Öffentliche oder private Akteur:innen aus dem Zielland finanzieren die Ausbildung nicht nur für Teilnehmende, die anschließend ins Zielland auswandern, sondern auch für Personen, die nach der Ausbildung im Herkunftsland verbleiben. Im Ergebnis sollen damit sowohl das Zielland als auch das Herkunftsland Fachkräfte gewinnen. Zudem werden so die ökonomischen Verluste für die Herkunftsländer reduziert, da die Zielländer die Ausbildung finanzieren.¹⁸

Allerdings sind Ansätze wie die der zirkulären Migration oder transnationale Ausbildungspartnerschaften bisher durch staatliche Stellen und private Akteur:innen kaum umgesetzt worden. Die meisten deutschen Beispiele für transnationale Ausbildungspartnerschaften sind nie über den Status eines Pilotprojekts hinausgekommen. Obwohl diese Modelle versprechen, mehr Vorteile für das Herkunftsland zu generieren, fehlen bislang fundierte Evaluierungen, Kosten-Nutzen-Analysen und eine ausreichende öffentliche Finanzierung. Bislang gibt es auch keinerlei Hinweise, dass transnationale Ausbildungspartnerschaften einen Einfluss auf die Schaffung von Arbeitsplätzen für Gesundheitsfachkräfte in Ländern des Globalen Südens haben. Erste internationale Ergebnisse weisen darauf hin, dass keine lokal relevanten Qualifikationen und Kapazitäten geschaffen wurden und die im Zielland erlernten Kompetenzen nicht immer auf die Arbeitsstellen im Herkunftsland übertragbar waren.¹⁹

Diese Problematik ergibt sich auch im Rahmen zirkulärer Migration in Bezug auf Deutschland. Während bislang Pflegefachkräfte in Deutschland vor allem eine berufliche Ausbildung absolvieren, erfordert die Pflege in vielen Ländern eine akademische Qualifikation. Ein deutscher beruflicher Abschluss wird also gegebenenfalls nicht anerkannt. Auch weitere in Deutschland erworbene Qualifikationen und Erfahrungen können auf dem Arbeitsmarkt im Herkunftsland möglicherweise

nicht verwertet werden. Hinzu kommt, dass deutsche Gesundheitseinrichtungen meistens mehr Interesse daran haben, die angeworbenen Fachkräfte nachhaltig zu binden. Schließlich existieren starke Lohngefälle, was eine Rückkehr in das Heimatland oft unattraktiv macht. Dies ist nicht im Sinne einer zirkulären Migration und trägt nicht zu einer nachhaltigen Entwicklung der Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern bei.²⁰

Immer häufiger wird diskutiert, Personen ohne berufliche Qualifikation die Möglichkeit zu geben, für eine Ausbildung nach Deutschland zu kommen. Dafür spricht eine hohe Arbeitslosigkeit junger, nicht ausgebildeter Menschen in vielen Ländern des Globalen Südens. Auf den ersten Blick würde zudem auf diese Weise ein Brain-Drain reduziert, denn das Herkunftsland verliert keine Fachkräfte und es entstehen entsprechend keine Nachteile für das Gesundheitssystem, wenn die betreffende Person nicht zurückkehrt. Zu bedenken ist jedoch, dass auch eine schulische Allgemeinbildung eine Investition in die Ausbildung eines Menschen bedeutet, die im Heimatland nicht weiter genutzt würde. Schließlich führt eine starke Abwanderung von Menschen auch zu sozialen Kosten, besonders für Bevölkerungsgruppen, die auf gesellschaftliche Unterstützungsstrukturen bei gleichzeitiger Abwesenheit sozialer Sicherungssysteme angewiesen sind. Nachhaltiger wäre es, im Heimatland Ausbildungs- und Anstellungsmöglichkeiten (im Gesundheitssektor) zu verbessern, so dass Menschen auf dieser Basis entscheiden können, ob sie migrieren möchten oder nicht.

Faktisch finden rund 75 Prozent aller Anwerbefälle nach Deutschland über private Vermittlungsagenturen statt - und dies oftmals nicht unter Berücksichtigung des WHO-Kodex.²¹ So wird unter anderem von Rückzahlungsverträgen über Sprachkurse, Reisekosten oder Visa, Bindungsklauseln und von Verstößen gegen den Arbeitsschutz sowie Ausbeutung seitens der Arbeitgeber:innen berichtet. Zwar gibt es staatliche Siegel wie das Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“; jedoch sind sie nicht verpflichtend und betrachten unzureichend die Auswirkungen für die Herkunftsländer und das dortige Gesundheitssystem. Erschwerend kommt hinzu, dass es bisher keine ausreichende Begleitung und Kontrolle durch staatliche Instanzen gibt, die sicherstellen würden, dass die Anwerbung fair und im Sinne aller Beteiligten geschieht.

Die COVID-19-Pandemie hat die herausragende Bedeutung von Gesundheitspersonal auch in Deutschland

unterstrichen. Vielerorts stellte sich besonders der Mangel an Personal als Hürde für eine umfassende medizinische Reaktion auf die Pandemie dar. So hatte Deutschland zwar genügend Beatmungsgeräte und Intensivbetten, aber nicht das nötige Personal für die Versorgung der Erkrankten. Deshalb haben sich SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP im Koalitionsvertrag von 2021 darauf verständigt, die Anwerbung von Fachkräften, u.a. auch von Gesundheitspersonal, aus dem Ausland zu vereinfachen.²² Nach Ansicht von Brot für die Welt konnte die Bundesregierung zwar im Rahmen ihrer Anwerbungsinitiativen Verbesserungen für die angeworbenen Individuen erreichen, allerdings ist die entwicklungspolitische Komponente bisher nicht ausreichend beachtet. Zudem sei darauf verwiesen, dass der Sachverständigenrat für Integration und Migration in seinem Jahresgutachten 2022 „Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland“ betonte, dass eine internationale Fachkräftegewinnung nicht die alleinige Lösung für den Fachkräftemangel in Deutschland darstellen kann.

2.3 Verschärfung des Fachkräftemangels durch COVID-19

Obwohl die WHO und andere Akteur:innen auf internationaler und nationaler Ebene bereits seit Jahren auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hinweisen, ist der weltweite Mangel an Gesundheitspersonal der breiten Öffentlichkeit erst seit der COVID-19-Pandemie schonungslos offengelegt worden. Während selbst in den Industriestaaten die Gesundheitssysteme an ihre Grenzen stießen und die Wirtschaft stockte, kämpfen die Länder des Globalen Südens bis heute mit weitaus schlimmeren Folgen.

Laut WHO hat die COVID-19-Pandemie die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal beschleunigt – und dies zu Ungunsten der Länder des Globalen Südens. Diese hatten bereits vor Ausbruch der Pandemie vergleichsweise wenig Personal im Gesundheitswesen und kämpfen jetzt mit einer noch größeren Personallücke. Während im Jahr 2020 noch 47 Länder in der von der WHO veröffentlichten Negativliste aufgelistet wurden, sind es im Jahr 2023 bereits 55 Länder mit einer kritischen Anzahl von Gesundheitspersonal.²³ Die Tendenz,

dass sich die Zahl dieser Länder weiter erhöht und damit das Ungleichgewicht verstärkt, ist aufgrund des globalen Fachkräftemangels und des daraus resultierenden Wettbewerbs deutlich sichtbar.

Jüngstes Beispiel für die negativen Auswirkungen durch die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften ist Simbabwe. In den Jahren 2021 und 2022 haben schätzungsweise 4.000 Beschäftigte des Gesundheitswesens das Land verlassen, obwohl Simbabwe bereits eine kritisch niedrige Anzahl an Gesundheitsfachkräften hatte. Deswegen kündigte die Regierung an, ein Gesetz gegen die Abwanderung von Fachkräften im Gesundheitsbereich zu erlassen. Dies geht zu Lasten der verbliebenen und aller künftigen Gesundheitsfachkräfte, die nun in ihren Individualrechten beschränkt werden, das Land zu verlassen. Ein anderes aktuelles Beispiel ist Nigeria. Dort diskutieren die Parlamentarier:innen einen umstrittenen Gesetzentwurf, der Ärzt:innen daran hindern soll, direkt nach ihrem Universitätsabschluss auszuwandern. Damit soll der chronische Mangel an medizinischem Personal reduziert werden. Beide Beispiele verdeutlichen die zunehmend prekäre Lage in Ländern des Globalen Südens und bezeugen das Risiko negativer Wechselwirkungen durch die Anwerbung internationaler Gesundheitskräfte.

So berichten auch Partnerorganisationen²⁴ von Brot für die Welt seit vielen Jahren von dem Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal vor Ort und den daraus resultierenden Schwierigkeiten, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen – seit Corona hat sich die Situation verschärft, sowohl in Ländern des Globalen Südens als auch in Ländern in Ost- und Südosteuropa. Dazu beigetragen haben auch Maßnahmen zur Anwerbung von Gesundheitspersonal von Regierungen der Industrieländer – bereits vor der Pandemie und als Reaktion darauf. Partnerorganisationen u.a. aus Kongo, Rumänien und Sierra-Leone berichten aus eigener Erfahrung, dass der Wettbewerb um gut ausgebildete Gesundheitsfachkräfte hoch ist und die Abwerbung vor allem in ländlichen Regionen, in denen bereits wenig Fachkräfte arbeiten, ein großes Problem darstellt. Die Gefahr der Abwerbung wird zudem erhöht, wenn Gesundheitseinrichtungen, zum Beispiel in Rumänien, die Kompetenzen ihrer Gesundheitsfachkräfte durch Weiterbildungen und Schulungen stärken.

Kapitel 3

So kann der globale Wettbewerb um Gesundheitsfachkräfte entschärft werden

In der Debatte um die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland müssen deshalb nach Ansicht von Brot für die Welt folgende Aspekte besonders berücksichtigt werden:

3.1 WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal berücksichtigen

Brot für die Welt setzt sich dafür ein, dass Gesundheitspersonal aus dem Globalen Süden nur in Ausnahmefällen und immer nur unter Berücksichtigung des *WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal* angeworben werden darf. Eine aktive Anwerbung in den von der WHO gelisteten 55 Ländern mit einer kritisch niedrigen Anzahl von Gesundheitsfachkräften darf keinesfalls stattfinden, weder von staatlicher noch von privater Seite.

3.2 Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufbauen und erhalten

Zuwanderung befreit nicht von der Verantwortung, die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen grundsätzlich zu verbessern und auch das Fachkräftepotenzial im Inland zu heben und zu nutzen. Brot für die Welt drängt deshalb darauf, dass in Deutschland, wie vom WHO-Kodex gefordert, die Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachkräfte attraktiver gestaltet werden, um das bereits vorhandene Personal zu halten und neue Fachkräfte, die bereits in Deutschland leben, zu gewinnen. Hierzu gehören auch eine wirksame Personalplanung und Strategien zur Aus- und Weiterbildung, die auf den Erhalt des Personalbestands und die Motivation der Mitarbeitenden hinwirken. Aber auch wirtschaftlich schwächere Länder sollen durch anwerbende Länder darin unterstützt werden, entsprechende Strukturen im Gesundheitswesen vor Ort zu verbessern, zum Beispiel durch technische und finanzielle Unterstützung der Gesundheits- und Ausbildungssysteme.

Agustina Alokuli ist Hebamme bei CD Bethesda auf der indonesischen Insel Alor. Sie impft Kinder gegen grassierende Krankheiten.



3.3 Verlässliche Informationen- und Evaluationsdaten über die Anwerbung einholen

Brot für die Welt setzt sich dafür ein, dass eine umfassende Datenerhebung und begleitende Forschung der staatlichen und privaten Anwerbeverfahren stattfindet; dies ist auch vom WHO-Kodex empfohlen. Hierbei sollte auch die lokale, zivilgesellschaftliche Expertise einbezogen werden, um die Auswirkungen der Anwerbung von Personal in den Herkunftsländern und Regionen besser verstehen und gegensteuern zu können. Um nach dem „Do-no-harm“-Prinzip mögliche negative Folgen frühzeitig zu erkennen, zu vermeiden und abfedern zu können, sollte Deutschland im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit Bemühungen für eine bessere Datenlage unterstützen. In der Analyse sollte auch die regionale Verteilung von Gesundheitspersonal sowie das Entstehen von Anwerbeketten stärker als bisher betrachtet werden.

3.4 Gesetzliche Regelungen für staatliche und private Anwerbung

Die Bundesregierung sollte ihr derzeitiges Handeln ändern, indem sie den WHO-Kodex umfassend anwendet und eigenverantwortlich ausfüllt. Dies bedeutet auch, dass es statt freiwilliger Gütesiegel für private Vermittlungsagenturen rechtliche Vorgaben mit entsprechend effektiven Regulationsmechanismen und eine feste Bindung an die WHO-Regeln fairer Rekrutierung braucht. Eine Anwerbung darf somit grundsätzlich nur im Rahmen von Regierungsabkommen erfolgen. Zudem sollte die Bundesagentur für Arbeit bei der Entstehung von bilateralen Abwerbeabkommen mit anderen Ländern verpflichtend mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) und unabhängigen zivilgesellschaftlichen Organisationen aus den Herkunftsländern kooperieren, damit die entwicklungspolitische Perspektive und die Interessen der Länder des Globalen Südens stärker berücksichtigt werden.

3.5 Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Akteur:innen forcieren

Damit die Bundesregierung, wie vom WHO-Kodex vorgegeben, sicherstellen kann, dass die Vorteile für das Herkunftsland angemessen und verhältnismäßig zu den Vorteilen sind, die das deutsche Gesundheitssystem erhält, sollten neben Gesundheitsbehörden auch lokale zivilgesellschaftliche Stellen als unabhängige Stimmen einbezogen werden. Brot für die Welt tritt dafür ein, dass diese auch bei allen Verhandlungen von bi- und multilateralen Abkommen hinzugezogen werden. Öffentliche Daten stellen nicht immer die Realität dar, insbesondere wenn ein direktes politisches Interesse vorliegt, dass Fachkräfte auswandern.

3.6 Gesundheitssysteme weltweit stärken

Brot für die Welt setzt sich dafür ein, dass die Bundesregierung im internationalen Kontext noch vehementer für die weltweite Stärkung von Gesundheitssystemen wirbt. Es muss gesichert sein, dass die internationale Schuldenpolitik nicht zu Sparmaßnahmen in Gesundheits- und Sozialsystemen führt. Länder des Globalen Südens sollten deshalb bestärkt und dabei finanziell unterstützt werden, mehr Haushaltsmittel für ihre eigenen Gesundheitssysteme und eine universelle Gesundheitsversorgung bereitzustellen. Hierfür ist auch ein Schuldenerlass für die Länder des Globalen Südens von Nöten. Ziel ist, weltweit eine flächendeckende Gesundheitsversorgung für alle anzubieten, kontinuierlich Gesundheitspersonal zu schulen, eine moderne Infrastruktur aufzubauen und instand zu halten, eine zuverlässige Versorgung mit medizinischen Produkten und Technologien zu gewährleisten und all dies nachhaltig zu finanzieren. Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit hat das BMZ die internationale Verantwortung, seine finanziellen Mittel für Gesundheitssystemstärkung und Personalförderung zu erhöhen.

Endnoten

- 1** — Hebammen, Pflegekräfte, Ärzt:innen und vergleichbare Berufsgruppen
- 2** — WHO (2022) Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030> (14.06.23)
- 3** — Boniol M. et al. (2022): The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health* 2022;7:e009316 <https://gh.bmj.com/content/7/6/e009316> (12.06.2023)
- 4** — WHO European Region (2022): Health and care workforce in Europe: time to act, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1464107/retrieve> (3.4.23), S. 8
- 5** — WHO (2023): Health workforce support and safeguards list 2023, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1493584/retrieve> (3.4.23)
- 6** — Bundesärztekammer (2021): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2021, <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2021> (3.4.23)
- 7** — Deutscher Pflegerat (2021): 500.000 professionell Pflegenden werden in den nächsten 12 Jahren in Rente gehen. <https://deutscherpflegerat.de/2021/03/09/500-000-professionell-pflegende-werden-in-den-naechsten-12-jahren-in-rente-gehen/> (3.4.23)
- 8** — Karagiannidis, C., Janssens, U., Krakau, M. et al (2020): Pflege: Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft, in *Deutsches Ärzteblatt*, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212089/Pflege-Deutsche-Krankenhaeuser-verlieren-ihre-Zukunft> (03.4.23)
- 9** — People's Health Dispatch (2023): Bulletin #48: How to stop the brain drain?, <https://peoples-health-dispatch.ghost.io/bulletin-48/?ref=peoples-health-dispatch-newsletter> (27.04.2023)
- 10** — Republic Philippines Health Department (2020), Human Resources for Health Philippine Masterplan 2020-2040, https://hrh2030program.org/wp-content/uploads/2020/08/x12.1_HRH2030PH_HRMasterplan-Full.pdf (4.4.23), S. 2
- 11** — WHO (2016), Global strategy for human resources for health: workforce 2030, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=ECF7A91C3EC5810CoAFC1355C8B709E4?sequence=1> (03.04.23), S. 12
- 12** — Citizens Assessment of Structural Adjustment (CASA) (2002): Strukturanpassung schadet ihrer Gesundheit, *Südostasien* 3/03, S. 67
- 13** — Sachverständigenrat für Integration und Migration (2022): Jahresgutachten 2022. Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/05/SVR_Jahresgutachten_2022.pdf (11.07.2023)
- 14** — WHO (2010): Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, <https://www.who.int/publications/m/item/migration-code> (6.4.23)
- 15** — WHO (2023): Health workforce support and safeguards list 2023, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1493584/retrieve> (3.4.23)
- 16** — Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion DIE Linke (2022): Grenzüberschreitende Abwerbung von Pflegekräften, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002237.pdf> (17.05.2023)
- 17** — Schneider, J. (2023): Labor migration schemes, pilot partnerships, and skills mobility initiatives in Germany, <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/1b03278725f9ff007a3b91dc9301135-0050062023/original/230331-Schneider-Background-Paper-FINAL.pdf> (07.07.2023)
- 18** — Schneider, J. (2023): Labor migration schemes, pilot partnerships, and skills mobility initiatives in Germany, <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/1b03278725f9ff007a3b91dc9301135-0050062023/original/230331-Schneider-Background-Paper-FINAL.pdf> (07.07.2023)
- 19** — Van de Pas, R., Hinlopen, C. (2021): Global Skill Partnerships. Herausforderungen und Risiken für den Gesundheitssektor. In: *Analyse*, Friedrich Ebert Stiftung, Editor.
- 20** — Sachverständigenrat für Integration und Migration (2022): Jahresgutachten 2022. Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/05/SVR_Jahresgutachten_2022.pdf (11.07.2023)
- 21** — Güldemann, H. (2022): Pillars of Health report on health worker migration and mobility in Germany, <https://pillars-of-health.eu/resource/country-report-on-health-worker-migration-and-mobility-in-germany/>, S. 31 (27.04.2023)
- 22** — Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f83b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> (6.4.23), S. 33
- 23** — WHO (2023): Health workforce support and safeguards list 2023, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1493584/retrieve> (3.4.23)
- 24** — Brot für die Welt unterstützt weltweit kirchliche und säkulare, lokale zivilgesellschaftliche Organisationen in der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten. In vielen Ländern des Globalen Südens sind es zivilgesellschaftliche und vor allem kirchliche Träger, die besonders in entlegenen Gebieten und für marginalisierte Gruppen die Gesundheitsversorgung sicherstellen.

Brot für die Welt

Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Tel +49 30 65211 10
info@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

