

2. Arbeitsmigration von Gesundheitskräften

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu einer sozialetischen Beurteilung des globalen Verhaltenskodex der WHO zur internationalen Anwerbung von Gesundheitsfachkräften zu gelangen. Dafür ist es in einem ersten Schritt wichtig, die Situation der Migration von Gesundheitsfachkräften, grobe Strömungen, Beweggründe, sowie Anwerbepraktiken in den Blick zu nehmen, um in einem zweiten Schritt den Kodex in seinem Inhalt und seiner Form als international verabschiedete Handlungsempfehlung darzustellen und anschließend mit Rückgriff auf die Analyse zu bewerten. Im Vorfeld sollen einige begriffliche Klarstellungen und Grundannahmen vorgenommen werden.

2.1 Vorbemerkungen

Die Frage nach der Migration von Gesundheitsfachkräften ist immer rückgebunden an den Komplex Gesundheit allgemein. Eine Definition der Begriffe Gesundheit und Krankheit ist schwierig vorzunehmen. Grenzen verschwimmen und vieles hängt von subjektiver Wahrnehmung ab. Neben dem eigenen Umgang mit Gesundheit oder Krankheit spielen auch der lebensweltliche Kontext, sowie physische und psychische Faktoren eine Rolle.⁶⁷ So definierte die WHO Gesundheit im Jahre 1948 als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“⁶⁸. Zwar birgt diese sehr weite Definition viele Hindernisse und Anfragen und wurde daher auch von

67 Vgl. Härle, W.: Ethik, Berlin/Boston² 2018, S. 251f.

68 Röhrle, B.: Wohlbefinden/Well-Being – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), 22.03.2018, online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/> (Stand: 30.06.2021).

der WHO im Jahre 1986 revidiert.⁶⁹ Allerdings wird dabei ein sehr umfassendes und ganzheitliches Gesundheitsverständnis aufgezeigt, das die Notwendigkeit einer umfassenden Betrachtung in Bereichen der Sozialstruktur, Aktivität und grundsätzliche Zufriedenheit, Umweltbedingungen und Lebensstil, politische Einbindung und vieles mehr verdeutlicht. Viele Akteure und Einflussfaktoren spielen eine Rolle, da Gesundheit als Phänomen sich durch jegliche menschliche Existenz zieht, wie es soeben bereits beleuchtet wurde.

Für den hier beleuchteten Kontext ist festzuhalten, dass eine ausreichende Zahl an Gesundheitsfachkräften keinesfalls alleiniger Maßstab für eine intakte, qualitative Gesundheitsversorgung sein kann. Auch außerhalb staatlich bereitgestellter Strukturen spielen allgemeiner Lebenswandel, gesunde Ernährung, Schadstoffbelastung oder klimatologische Bedingungen und Umwelteinflüsse eine Rolle bei der Betrachtung von Gesundheit. Das schmälert allerdings in keins-ter Weise die Relevanz der Thematik, wie im Folgenden gezeigt werden soll.

Der hohen Bedeutung von Gesundheit wird auch international Rechnung getragen. So wird jedem Menschen ein Recht auf Gesundheit zugesprochen, das in menschenrechtlichen Abkommen, wie dem *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* verbürgt ist.⁷⁰ Auch die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation baut auf diesem Recht der Gesundheit für alle auf und auch in die *Sustainable Development Goals* der Vereinten Nationen fließt es ein. Das dritte Ziel Nachhaltiger Entwicklung ist das Ziel *Gesundheit und Wohlergehen*. Innerhalb dessen wird weiter aufgeschlüsselt: Für eine Erreichung dessen sei eine Strategie zur Erhöhung von Anwerbung, Entwicklung, Ausbildung und Bindung von Gesundheitspersonal notwendig.⁷¹ Somit wird die Notwendigkeit von Gesundheitsperso-

69 Vgl. Härle, W.: Ethik, S. 251.

70 Vgl. UN-Generalversammlung: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 19.12.1966, Art. 12.1.

71 Vgl. Tangcharoensathien, V./ Travis, P.: Accelerate Implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel: Experiences From the South East Asia Region. In: International Journal of Health Policy and Management (IJHPM), Jg. 5, Heft 1, 2016, S. 44.

nal für die Erlangung des Gesamtziels Gesundheit auch in internationalen Überlegungen schnell deutlich.

Die Gesamtsituation der Arbeitsmigration im Gesundheitswesen ist sehr komplex. Aufgrund multikausaler Bedingungen unterliegt sie einem ständigen Wandel und auch die sich aus ihr ergebenden Folgen sind vielschichtig und nicht einseitig zu beleuchten. Exakte statistische Erfassungen weltweiter Migration gestalten sich meist schwierig, da Migrationsmuster komplex sind und eine Vielzahl an Akteuren an den Prozessen der Migration der Gesundheitspersonals beteiligt sind, sei es direkt oder indirekt.⁷² Die Wanderungsbewegungen sind eingebettet in ein Netz aus verschiedenen sozialen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, sodass systemische Veränderungen rückwirken.

Hinzu kommt Folgendes: Es soll die internationale Wanderung von Gesundheitsfachkräften betrachtet werden, da sich der *WHO-Kodex für internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften* an eben dieser orientiert. Innerhalb des Kodex ist die Kategorie der Gesundheitsfachkräfte nicht definiert. Dies mag unter anderem daran liegen, dass es international eine große Vielzahl von Qualifikationen und Bezeichnungen gibt, die nicht in jedem Land in gleicher Weise vorgeschrieben sind. So besitzen etwa Pflegekräfte in den Philippinen deutlich mehr Berechtigungen als in Deutschland und übernehmen oftmals Tätigkeiten, die dort von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt würden, sodass sie oftmals auch als „Little Doctors“ bezeichnet werden.⁷³ Auch der Beruf des/der Altenpfleger:in ist außerhalb Deutschlands deutlich weniger verbreitet. Einige Berufszweige werden – beispielsweise in Deutschland – immer weiter differenziert und hybrider, sodass eine einheitliche Definition dementsprechend kaum möglich ist. Das Bundesministerium für Gesundheit hält dementsprechend fest:

72 Vgl. World Health Organisation – WHO (Hrsg.): User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Genf 2010, S. 3f.

73 Vgl. Fischer, S.: „Wir sind nicht hier, weil wir arm sind“. Die neuen Pflegekräfte aus den Philippinen. In: südostasien-Zeitschrift für Politik – Kultur – Dialog, Jg. 30, Heft 4, Bonn 2014, S. 55.

„Eine Definition des Begriffs der Gesundheitsberufe gibt es nicht. Allgemein werden darunter alle die Berufe zusammengefasst, die im weitesten Sinne mit der Gesundheit zu tun haben. Nur für einen Teil der Gesundheitsberufe ist der Staat zuständig; viele entwickeln sich auch ohne Reglementierung, das heißt, ohne dass es eine staatliche Ausbildungsregelung gibt.“⁷⁴

Zum Bereich der Gesundheitsberufe zählen in jedem Fall Krankenpfleger:innen, Gesundheits- und Pflegehelfer:innen, sowie Hebammen⁷⁵ und Mediziner:innen. Neben den national sehr unterschiedlich geprägten Beschäftigungsbereichen wird die statistische Analyse durch den Einsatz in verschiedensten Strukturen zusätzlich erschwert. Über Krankenhäuser und Pflegeheime bis hin zu Privathaushalten sind ausländische Gesundheitsfachkräfte in allen Bereichen aufzufinden. Im Folgenden wird daher ein Kern behandelt, nämlich die Migration von Mediziner:innen und Krankenpfleger:innen, da dieser Bereich einen Großteil des wandernden Personals ausmacht und valide, vergleichbare Daten verfügbar sind. Gleichzeitig sind für diesen Kernbereich keine scharfen Ränder zu definieren. Verschiedenste Berufsgruppen werden im Kodex mit eingefasst. Darüber hinaus ist es nicht leistbar, ins Detail alle Formen von Arbeitsmigration im Gesundheitswesen abzubilden. Diese umfassen sowohl dauerhafte als auch zirkuläre oder temporäre Migration und erfolgte Ausbildung im Zielland oder im Herkunftsland, ebenso wie Fragen nach Nationalität und Staatsangehörigkeit.

Anzumerken ist außerdem, dass an dieser Stelle kein Bild davon geboten werden kann, was unter einer guten Versorgung zu verstehen ist. Sowohl die Kapazitäten der Gesundheitssysteme als auch damit zusammenhängend die Erwartungen, die an diese geknüpft sind, sind in keiner Weise zu vergleichen. Länder des Globalen Nordens weisen oftmals eine vielfach höhere Dichte an ausgebildetem Gesundheitspersonal auf, als Länder des Globalen Südens. Die Probleme in den Gesundheitssystemen der Länder des Globalen Nor-

74 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsberufe – Allgemeine Informationen, Berlin 2021, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe.html> (Stand: 30.06.2021).

75 Laut § 3 des Gesetzes über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammen-gesetz – HebG) gilt die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Berufsangehörigen.

dens sollen jedoch keinesfalls abgewertet, marginalisiert oder klein geredet werden. Diese beinhalten massive Schwierigkeiten für alle Beteiligten, sowohl Gesundheitskräfte als auch Patient:innen, Angehörige und Politik. Dennoch bewegen sich die Gesundheitssysteme oftmals auf sehr unterschiedlichen Niveaus. Dementsprechend ist sind auch unterschiedliche Zielsetzungen bezüglich der Ausstattung mit Personal zu erwarten. Das Problem des Mangels an Gesundheitskräften ist global anzutreffen, sodass es keinesfalls eine Lösung sein kann, möglichst viele Fachkräfte aus dem Ausland anzuwerben. Dies verschiebt die Problematik lediglich geographisch und verstärkt sie dadurch teilweise. Eine nachhaltige Lösung ist damit nicht verbunden. Es handelt sich um ein gravierendes Strukturproblem, dass sich im Laufe der Jahre durch die Ökonomisierung und Verwirtschaftlichung von Gesundheit und Krankheit immer weiter verschärft hat.

Die Vorüberlegungen zeigen, dass im Folgenden kein allumfassendes und globales Bild gezeichnet werden kann. Vielmehr ist das Ziel, verschiedene Entwicklungslinien und -tendenzen aufzuzeigen. Daraus resultierend sollen einige der dominierenden Auswirkungen – im Guten, wie im Schlechten – festgemacht und erläutert werden, die anschließend in einer sozialetischen Beurteilung von Relevanz sein werden. Zwar sollen globale Tendenzen aufgezeigt werden, dennoch wird immer wieder auf einzelne Länder Bezug genommen. Deutschland etwa kann als Beispiel für eine führende Industrienation und für ein Land des Globalen Nordens herangezogen werden.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wird zunächst eine grobe theoretische Einordnung des Betrachtungsgegenstands vorgenommen (vgl. Kap. 2.2). Anschließend soll ein Überblick über globale Zahlen und Entwicklungen gegeben und der Blick auf verschiedene Wandlungsmotive und Anwerbepraktiken fokussiert werden (vgl. Kap. 2.3). Die letzten Punkte können dabei nicht global in den Blick genommen, sondern nur aus der Perspektive einzelner Länder heraus betrachtet werden. Sie sind aber für die Beurteilung des WHO-Kodex von Bedeutung, da sie von ihm gesetzte Themenfelder berührt.

2.2 Theoretische Grundlagen

Der Begriff der Migration beinhaltet zunächst nur eine räumliche Bevölkerungsbewegung, die sich zwischen einem Herkunfts- und einem Zielgebiet abspielt. Sie kann sowohl temporär als auch dauerhaft sein. In der Bevölkerungsgeografie wird zudem unterschieden zwischen Binnenmigration und internationaler Migration, abhängig von der Überschreitung nationaler Grenzen.⁷⁶ Es zeigt sich, dass global die meisten der Migrationsbewegungen nur kurze räumliche Distanzen überbrücken. Ein Großteil der migrierenden Menschen bleibt in ihren Herkunftsregionen. Dennoch steht die internationale Migration deutlich im Fokus der medialen und politischen Aufmerksamkeit und auch in dieser Arbeit soll ausschließlich internationale Migration betrachtet werden. Es lassen sich auch inländisch verschiedenste Wanderungsbewegungen von Gesundheitspersonal feststellen, wie sich beispielsweise an dem eklatanten Ärztinnen- und Ärztemangel in ländlichen Regionen zeigt. Hier findet also eine Abwanderung vom Land in die Stadt statt. Diese Phänomene müssen jedoch an anderer Stelle eingehender beleuchtet werden. Der WHO-Verhaltenskodex nimmt vornehmlich internationale Migration in den Blick.

Auch innerhalb der deutschen Politik ist dies der vermeintlich präzisere Aspekt, wohl unter anderem deshalb, weil es sich bei dem Mangel an Gesundheitspersonal nicht nur um eine Fehlverteilung handelt, sondern dieser Mangel in allen Bereichen und geographisch flächendeckend auszumachen ist. Internationale Migration bringt meist umfassende und komplexe Herausforderungen mit sich. So spielen rechtliche Fragen von Staatsterritorium und -angehörigkeit, rechtmäßigem Aufenthalt, Arbeitserlaubnis oder Legalität der Herkunftswege, aber auch soziologische Aspekte von Sprache, Kultur, Integrationsprozessen oder Identitätsbildung in dem Bereich der internationalen Migration eine große Rolle.⁷⁷ Daran zeigt sich, dass

76 Vgl. Gebhardt, H./Glaser, R./Radtke, U./Reuber, P. (Hrsg.): *Geographie. Physische Geographie und Humangeographie*, Heidelberg² 2011, S. 732.

77 Vgl. Gebhardt, H., et al (Hrsg.): *Geographie*, S. 732.

Migration stets sowohl eine physisch-materielle als auch eine physisch-identifikative Dimension besitzt.⁷⁸

Aus einer theoretischen Perspektive heraus soll nun zunächst die Frage beleuchtet werden, warum Arbeitskräfte überhaupt wandern. Migrationsmotive sind vielschichtig. Migrationstheoretisch lässt sich sowohl vor allem geographisch als auch ökonomisch die Entstehung von Migrationsbewegungen erklären. So lassen sich innerhalb der bevölkerungsgeographischen Erklärungsversuche der Migration verschiedene Regelmäßigkeiten innerhalb der Migrationsbewegungen erkennen.⁷⁹ Zudem wird in dem geographischen Ansatz durch den Fokus auf die Mensch-Umwelt-Beziehung oftmals auch ein systemisches Element in die Erklärungsversuche hineingebracht. Mikroökonomische Ansätze stellen das Individuum, sowie dessen rationale Entscheidungen in den Fokus. Makroökonomische Ansätze fokussieren wirtschaftliche Größen. Dazu zählen Wirtschaftswachstum, Löhne oder staatliche Arbeitsmarktregulierungen. Migration ergibt sich dann aus räumlichen Ungleichheiten zwischen Standorten.⁸⁰ Diese Ebenen zeigen, dass Migrationsmotive selten monokausal sind und sowohl die gesellschaftliche als auch die individuelle Perspektive zu betrachten ist. Zu diesem Theoriekomplex zählen auch die Push- und Pull-Modelle. Push-Faktoren rekurrieren auf das Herkunftsland. Sie üben Druck auf einzelne Personen aus, das Land zu verlassen. Ökonomisch begründete Push-Faktoren können beispielsweise Arbeitslosigkeit, niedrige Löhne oder schlechte Arbeitsbedingungen sein. Hinzu kommen nicht-ökonomische Gründe wie politische Unsicherheit oder Verfolgung. Pull-Faktoren hingegen sind diejenigen Argumente, die dafür sorgen, ein spezielles Land oder eine spezielle Region auszuwählen. Arbeitskräftenachfrage, bessere Arbeitsbedingungen oder höhere Löhne können dabei als ökonomische Gründe wirken, während auch Freundes- und Familienstrukturen oder bei-

78 Vgl. Pries, L.: Transnationalismus, Migration und Inkorporation. Herausforderungen an Raum- und Sozialwissenschaften. In: *Geographische Revue*, Jg. 5, Heft 2, Flensburg 2003, S. 23.

79 Vgl. Haug, S.: Klassische und neuere Theorien der Migration. In: *Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung*, Nr. 30, Mannheim 2000, S. 1f.

80 Vgl. Haug, S.: *Theorien der Migration*, S. 2f.

spielsweise sprachliche und kulturelle Nähe zum Zielland,⁸¹ oder die Lust auf neue Kulturen und Erfahrungen⁸² hinzukommen können.

Solche Theorien sind stets vereinfachend und abstrahierend und fokussieren den Blick auf bestimmte Teilaspekte der (Arbeits-)Migration. Selten sind sie in der Lage ein so komplexes Phänomen vollumfänglich zu beleuchten.⁸³ Dennoch strukturiert das Wissen um Push- und Pull-Modelle den Sachverhalt und liefert erste Erklärungs- und daraus folgend Lösungsansätze. Allgemein zeichnet sich aus ökonomischer Betrachtung dabei eine Tendenz ab: „Je höher die Einkünfte an einem anderen Ort über den derzeitigen liegen, je mehr Jahre noch im Erwerbsleben verbracht werden und je kleiner die Kosten der Wanderung sind, desto eher wird eine Person wandern.“⁸⁴

Migration hat aber immer auch gesellschaftliche Auswirkungen. Die Gesellschaft des Herkunftslandes verliert zunächst Arbeitskraft, Wissen und Erwerbspersonenpotential. Seit den 1960er Jahren ist der Begriff des Brain-Drains insbesondere im Kontext der Abwanderung Hochqualifizierter aus weniger entwickelten Ländern virulent. Insbesondere in den letzten Jahren wurde dieser immer häufiger im Kontext von Auswanderung aus Ländern des Globalen Nordens angewandt.⁸⁵ Er bezeichnet Abwanderung von Erwerbspersonen, die zum Gemeinwohl der Gesellschaft beitragen können. Der zunächst ausschließlich negativ konnotierte Begriff wurde im Laufe der Zeit ergänzt durch die Einsicht in positive Rückflüsse in die Herkunftsgesellschaften. Die Begriffe Brain-Gain und Brain-Circulation, beziehungsweise Brain-Return verweisen auf positive Effekte der Auswanderung Hochqualifizierter durch Rücküberweisungen oder Rückkehr in das jeweilige Heimatland, wodurch sie hinzugewonnene Erfahrungen nutzbar machen können.⁸⁶ So wurden beispielsweise allein im Jahr 2009 mehr als 17,34 Milliarden US-Dollar von im Ausland arbeitenden Staatsbürgern der Philippinen in ihr Heimatland

81 Vgl. Gebhardt, H., et al.(Hrsg.): Geographie, S. 734.

82 Vgl. Fischer, S.: Pflegekräfte aus den Philippinen, S. 56.

83 Vgl. Gebhardt, H., et al.(Hrsg.): Geographie, S. 735.

84 Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung aus Deutschland. Daten und Analysen zur internationalen Migration deutscher Staatsbürger. Wiesbaden 2010, S. 29.

85 Vgl. Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung, S. 24f.

86 Vgl. Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung, S. 25f.

zurücküberwiesen.⁸⁷ Im Jahr 2007 flossen aus Deutschland insgesamt 12,3 Milliarden US-\$ in Form von Rücküberweisungen ins Ausland.⁸⁸ Im gleichen Jahr zahlte Deutschland 8,98 Milliarden US-\$ als sogenannte Entwicklungshilfe.⁸⁹ Die Relevanz der Rücküberweisungen wird daran deutlich:

„Die Heimatüberweisungen schaffen den Zugang zu Lebensnotwendigem wie Gesundheit, Ernährung, Transport usw. Sie ersetzen fehlende soziale Sicherungssysteme und sind in Wirtschaftskrisen eine private Nothilfe. Dadurch dienen Heimatüberweisungen direkt entwicklungspolitischen Zielen wie der konkreten Armutsbekämpfung, wenn auch nicht nachhaltig.“⁹⁰

Bei dem Versuch, die positiven Rückflüsse und Verluste in den Herkunftsländern darzulegen, zeichnen sich methodische Schwierigkeiten ab. Es gibt wenige globale Studien. Daher ist eine genaue Bewertung des Gewinns durch Abwanderung schwer vorzunehmen und an dieser Stelle auch nicht vorgesehen. Allerdings ist es wichtig, sich vor Augen zu führen, dass Migration von hochqualifiziertem Personal nicht, wie lange behauptet, ausschließlich negative Folgen mit sich bringt. Es ist jedoch anzunehmen, dass das Personal selbst nachhaltigere Auswirkungen hat, als das überwiesene Geld, zumindest solange es zur Armutsbekämpfung und nicht zu langfristigen Investitionen, beispielsweise in Bildung, verwendet wird. Insgesamt gleichen Rücküberweisungen die Verluste durch Brain-Drain nicht aus.⁹¹ Empirische Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Nachteile in den Herkunftsregionen in der Regel überwiegen.⁹²

87 Vgl. Philippine Overseas Employment Administration (POEA): 2009 Overseas Employment Statistics, online unter: <https://poea.gov.ph/ofwstat/compendium/2009.pdf> (Stand: 30.06.2021).

88 Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration und entwicklungspolitische Ansprüche. In: Brawig, K./Beichel-Benedetti, S./Brinkmann, G. (Hrsg.): Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2009, Baden-Baden 2010, S. 83.

89 Vgl. statista (Hrsg.): Deutsche Netto-Zahlungen* für Entwicklungshilfe im Rahmen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (ODA) von 2004 bis 2018 (in Milliarden Euro), online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71765/umfrage/deutsche-ausgaben-fuer-entwicklungshilfe/> (Stand: 30.06.2021).

90 Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S. 84.

91 Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S. 85.

92 Vgl. Glinos, I. A.: Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. In: Health Policy 2015, Heft 119, S. 1533.

2.3 Ist- Stand der globalen Migration von Gesundheitsfachkräften

Um diese theoretischen Grundlagen, die zunächst für viele Felder der Arbeitsmigration Relevanz aufweisen, auf den Bereich der Gesundheitsfachkräfte hin zu konkretisieren, sollen im Folgenden zunächst einige globale Zahlen und Daten dargestellt werden. Anschließend sollen Push- und Pull-Faktoren in diesem Bereich in den Blick genommen werden. Dadurch soll eine Idee davon entstehen, wodurch Wanderungsbewegungen zwischen den Gesundheitssystemen ausgelöst werden. Zu beachten ist dabei die erwähnte oftmals uneindeutige, meist wenig vergleichbare Datenlage. Zudem sind die Faktoren insgesamt standortabhängig und müssten daher stark differenziert werden, wollte man einzelne Länder betrachten. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, soll vielmehr der Blick auf übergreifende Phänomene gerichtet werden. Dafür sollen beispielhaft einzelne Länder herausgegriffen werden. Anschließend soll die Praxis der Anwerbung beleuchtet werden.

2.3.1 Globale Verteilung und generelle Strömungen

Der Bereich der globalen Migration von Arbeitskräften, aber auch im Speziellen die im Gesundheitssektor, stellt sich hoch komplex dar und tritt in sämtlichen Regionen der Welt auf.⁹³ Dennoch lassen sich bestimmte Hauptströmungen ausmachen. Insgesamt zeigt sich, dass weltweit ein Mangel an Gesundheitsfachkräften besteht. Schätzungen zufolge werden weltweit etwa 4,5 Millionen Gesundheitsfachkräfte benötigt.⁹⁴ Es zeichnet sich ab, dass dieser Mangel sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. So gehen Schätzungen davon aus, dass bis 2025 weitere 1,8 Millionen Gesundheitskräfte gebraucht

93 Vgl. Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV – Arbeitsmigration im Wandel: Die damit verbundenen ordnungspolitischen Herausforderungen angehen. Internationale Arbeitskonferenz, 106. Tagung, Genf 2017, S. 5.

94 Vgl. Taylor, A.L./Dhillon, I.S.: The WHO Global Code of Practice on the international Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy. In: Cooper, A.F./Kirton, J.J./Lisk, F./Besada, H. (Hrsg.) Africa's health challenges: sovereignty, mobility of people and healthcare governance, New York 2016, S. 183.

werden, allein in Deutschland bis 2030 bis zu einer halben Million mehr.⁹⁵ Diese Lücke ist unabhängig von Status und Einkommen der Länder und somit ein übergreifendes Phänomen. Viele Staaten versuchen, sie über Einwanderung zu schließen. Die WHO geht davon aus, dass in einem Großteil der Mitgliedsstaaten mehr als ein Viertel der Ärzte und Ärztinnen, sowie über ein Drittel der Zahnärzte und -ärztinnen, sowie Apotheker:innen, sowie jede achte Pflegekraft aus dem Ausland stammen.⁹⁶ Dennoch zeigen sich lokale Unterschiede in der Ausprägung der Ab-, beziehungsweise Zuwanderung.

Die Region Subsahara Afrika ist einer der am stärksten vom Fachkräftemangel im Gesundheitswesen betroffenen Regionen der Erde. Dort sind Krankheiten stark verbreitet. 24 Prozent der globalen Krankheitslast liegen auf dieser Region.⁹⁷ Der Ansatz der Krankheitslast versucht eine statistische Erfassung über den Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsstand einer Bevölkerung zu ermitteln, indem er Mortalität, Morbidität und Behinderungen misst,⁹⁸ in Kombination mit Häufigkeit, Durchschnittsalter bei Ausbruch einer Krankheit, Schweregrad und Letalität. Somit entsteht ein umfänglich, möglichst ganzheitlicher Blick, der individuelle, gesellschaftliche sowie soziale Aspekte aufgreift⁹⁹ und aus dem Handlungsperspektiven entwickelt werden können. Wenn nun die Subsahara-Region beinahe ein Viertel der gesamten Welt-Krankheitslast trägt, wäre auch ein großer Anteil an Gesundheitspersonal vonnöten, um dieser zu begegnen. Tatsächlich arbeiten in der Region jedoch nur drei Prozent der weltweit tätigen Gesund-

95 Vgl. World Health Organisation – WHO (Hrsg.): 73. Health Assembly: WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel-Report by the Director-General, Mai 2020, S. 11.

96 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 10.

97 Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S. 184.

98 Vgl. World Health Organisation – WHO – Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Die Krankheitslast der Europäischen Union, 2016, online unter: <https://www.euro.who.int/de/data-and-evidence/news/news/2016/09/what-is-the-burden-of-disease-in-the-region> (Stand: 30.06.2021).

99 Vgl. Berger, K.: Die Krankheitslast auf unseren Schultern. In: Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg. 111, Heft 38, Berlin 2014, online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=161705> (Stand: 30.06.2021), S. 627.

heitsfachkräfte.¹⁰⁰ Während in Teilen Europas oft mehr als hundert Pflegekräfte auf 10.000 Einwohner:innen kommen (Norwegen: 183,4, Niederlande: 114,8, Deutschland: 134,8) sind es in Regionen südlich der Sahara teils deutlich unter 5, in Madagaskar beispielsweise 2,93, in Mosambik 4,7.¹⁰¹ Eine ähnliche Ungleichverteilung ist auch bei der Dichte von Ärztinnen und Ärzten auszumachen. Dieses generelle Ungleichgewicht in der Verteilung von Gesundheitsfachpersonal wird deutlich mit Blick auf folgende Darstellung:

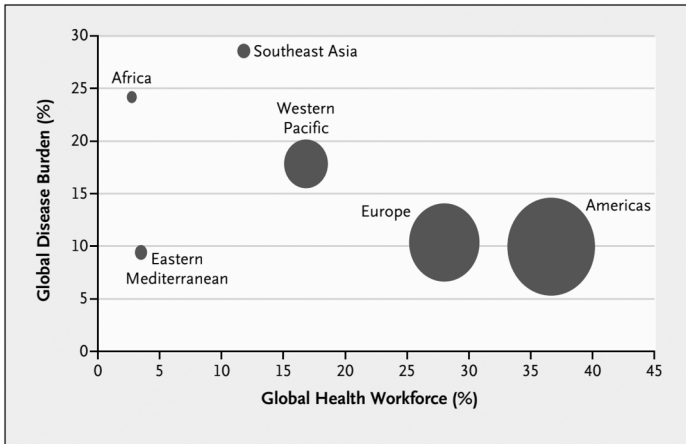


Abb. 1: Globale Verteilung von Gesundheitsfachkräften nach Höhe der Ausgaben und Krankheitslast¹⁰²

Es zeigt sich deutlich, dass im groben eine Relation besteht: Je weniger Krankheitslast, desto mehr Gesundheitsfachpersonal oder umgekehrt – je mehr Gesundheitspersonal, desto weniger Krankheitslast. Während in Afrika und Südostasien 25 bis 30 Prozent der globalen

¹⁰⁰ Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S. 184.

¹⁰¹ Vgl. World Health Organisation – WHO: Global Health Observatory data repository: Nursing and midwifery personnel, online unter: https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGP_0040?lang=en (Stand: 30.06.2021).

¹⁰² Taylor, A.L./Hwenda, L./Larsen, B.-I./Daulaire, N.: Stemming the Brain Drain – A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. In: The New England Journal of Medicine, Bd. 365, Nr. 25, Massachusetts 2011, S. 2350.

Krankheitslasten liegen, sind dort verhältnismäßig wenige Gesundheitsfachkräfte. Die Größe der Kreise zeigt zudem die gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen an. Neben der Ungleichverteilung von Fachkräften erkennt man daran auch mögliche Push- und Pull-Faktoren. In Regionen des Globalen Nordens fließen hohe Investitionen in die Gesundheitssysteme, während ähnliche Posten in Regionen des Globalen Südens gering sind. Insofern sind schlechtere Ausstattung und Arbeitsbedingungen, sowie niedrigere Löhne zu erwarten, die als Push-Faktoren bei einer potentiellen Auswanderung wirksam werden können. Im Gegenzug werden ein besseres Einkommen und bessere Arbeitsbedingungen zu entscheidenden Pull-Faktoren, die eine Entscheidung, in ein bestimmtes Land auszuwandern, begünstigen.

Natürlich ist zu berücksichtigen, dass in der oberen Grafik nur generelle, globale Tendenzen dargestellt werden. Innerhalb einzelner Regionen ist das Bild notwendigerweise weiter zu differenzieren. Die USA beispielsweise gab im Jahr 2015 etwa 16,4 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus. Während sich die Gesundheitsausgaben in Ländern wie beispielsweise Deutschland und Schweden im Jahr 2015 auf etwa elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts beliefen, waren es in Polen oder Korea nur etwa 6,4, beziehungsweise 6,9 Prozent.¹⁰³ Auch der Anteil von Gesundheitskräften an der erwerbstätigen Gesamtbevölkerung gibt einen Hinweis auf Stellenwert und Ausstattung innerhalb eines Landes. In Norwegen arbeiteten 2008 etwa 20 Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung in Gesundheits- und Sozialwesen, in Griechenland waren es nur etwa 5,3 Prozent, in Polen 5,7.¹⁰⁴

Insgesamt wachsen die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den OECD-Ländern. Dementsprechend wächst in den meisten Ländern auch die Anzahl der Personen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind. Beispielsweise in Irland lag die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in den Jahren 1995 bis 2008 bei 6,1 Prozent, in

103 Vgl. OECD (Hrsg.): Focus on Health Spending, OECD Health Statistics, Juli 2015, S. 2.

104 Vgl. OECD (Hrsg.): Gesundheit auf einen Blick 2009 – OECD Indikatoren, S. 63.

Polen hingegen sanken die Zahlen der Beschäftigten sogar bei einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von -1,1 Prozent im Zeitraum von 2000 bis 2007.¹⁰⁵

Diese Zahlen zeigen deutlich, dass auch innerhalb von Industrieregionen und zwischen sogenannten entwickelten Ländern erhebliche Unterschiede bestehen und sie nicht dieselbe Versorgung mit Gesundheitspersonal aufweisen. Auch wenn das Bild weniger eindeutig ist, lassen sich auch hier Tendenzen erkennen, dass ein Land mit größeren finanziellen Mitteln tendenziell eine bessere Ausstattung mit Gesundheitspersonal aufweist, als Länder mit niedrigerem BIP. Während die genannten skandinavischen Länder ein hohes BIP pro Kopf aufweisen (Norwegen: 82.082 US-\$¹⁰⁶; Schweden: 54.295 US-\$¹⁰⁷ (2018)), verzeichnen Länder wie Griechenland (19.769 US-\$ (2018))¹⁰⁸ und Polen (15.468 US\$ (2018))¹⁰⁹ deutlich niedrigere Bruttoinlandsprodukte. Dies spiegelt sich wiederum in der Migration von Gesundheitspersonal. In Deutschland arbeiteten im Jahr 2018 knapp 45.000 Ärzte und Ärztinnen, die im Ausland ausgebildet wurden. Dies entspricht etwa einer Quote von 12,5 Prozent anteilig an der gesamten Ärzteschaft. In Norwegen lag die Zahl im selben Jahr bei gut 10.200 im Ausland ausgebildeten Ärzten, dies entspricht einem Anteil von 40,28 Prozent. In Israel lag diese Quote bei knapp

105 Vgl. OECD (Hrsg.): Gesundheit auf einen Blick 2009, S. 63.

106 Vgl. statista (Hrsg.): Norwegen: Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in jeweiligen Preisen von 1980 bis 2018 und Prognosen bis 2026, online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14445/umfrage/bruttoinlandsprodukt-bip-pro-kopf-in-norwegen/> (Stand: 30.06.2021).

107 Vgl. statista (Hrsg.): Schweden: Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in jeweiligen Preisen von 1980 bis 2019 und Prognosen bis 2026, online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14450/umfrage/bruttoinlandsprodukt-bip-pro-kopf-in-schweden/> (Stand: 30.06.2021).

108 Vgl. statista (Hrsg.): Griechenland: Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in jeweiligen Preisen von 1980 bis 2019 und Prognosen bis 2026, online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14434/umfrage/bruttoinlandsprodukt-pro-kopf-in-griechenland/> (Stand: 30.06.2021).

109 Vgl. statista (Hrsg.): Polen: Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf in jeweiligen Preisen von 1980 bis 2020 und Prognosen bis 2026, online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/14446/umfrage/bruttoinlandsprodukt-bip-pro-kopf-in-polen/> (Stand: 30.06.2021).

58 Prozent.¹¹⁰ Dazu muss angemerkt werden, dass insbesondere in Israel, aber auch beispielsweise in Schweden viele Menschen mit israelischer oder schwedischer Staatsbürgerschaft im Ausland ausgebildet werden und anschließend in ihr Heimatland zurückkehren, sodass dies weniger zu einem potentiellen Brain-Drain in anderen Ländern führt.¹¹¹ In Polen hingegen wurden nur 1,94 Prozent der Ärzteschaft im Ausland ausgebildet, in Litauen waren es 0,40 Prozent, in der Türkei im Jahre 2015 nur 0,19 Prozent.¹¹² Ein ähnliches Bild zeigt sich auch mit Blick auf Pfleger:innen. 8,73 Prozent der im Jahr 2018 in Deutschland praktizierenden Pflegenden wurden im Ausland ausgebildet, in Norwegen 6,24 Prozent, in Großbritannien 14,9 Prozent. In Polen hingegen waren es nur 0,06 Prozent, in Litauen 0,43 Prozent.¹¹³ Insgesamt ist herauszustellen, dass die Quoten der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte geringer ist, als in der Ärzteschaft. Die absoluten Zahlen hingegen sind meist deutlich höher: Mehr Pflegekräfte als Mediziner:innen wandern.

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung von Personal mit und ohne Migrationshintergrund innerhalb europäischer Staaten. Dabei wird deutlich, dass der prozentuale Anteil am gesamten Personal von migrierenden Ärzten und Ärztinnen deutlich höher ist als der von eingewandertem Pflegepersonal. Insofern ist das Phänomen der Migration im Gesundheitswesen auch eines von hochqualifiziertem Personal. Wie schon gezeigt, sind jedoch die absoluten Zahlen im Pflegebereich höher, ein Problem liegt aber auch in der Ausbildung von höchstqualifiziertem Personal in den Zielländern der Migration.

110 Vgl. OECD.stat: Health Workforce Migration: Migration of doctors, online unter: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (Stand: 30.06.2021).

111 Vgl. Williams, G.A./Jacob, G./Rakovac, I./Scotter, C./Wismar, M.: Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. In: European Journal of Public Health, Jg. 30, Nr. 4, 2020, S. iv6.

112 Vgl. OECD.stat: Health Workforce Migration.

113 Vgl. OECD.stat: Health Workforce Migration.

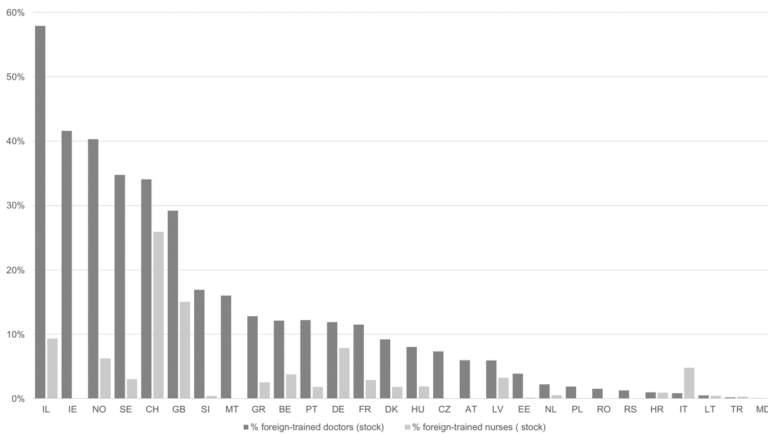


Abb. 2: Im Ausland ausgebildete Fachkräfte prozentual zur gesamten Ärzteschaft und zum Pflegepersonal¹¹⁴

Der Anteil an Gesundheitsfachkräften aus Ländern mit geringem oder mittlerem Einkommen (Low- and middle-income countries (LMIC)) war dabei je nach Land sehr unterschiedlich. Während in Irland oder Großbritannien etwa 50 Prozent der im Ausland ausgebildeten Ärzteschaft oder mehr aus LMIC kamen, waren es in Deutschland und Frankreich etwa 15 Prozent, in anderen Ländern, wie etwa der Schweiz weit weniger, da die dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzte vornehmlich aus EU-Staaten stammten.¹¹⁵ In Deutschland etwa stammen viele aus den Ländern, die im Zuge der EU-Erweiterung 2004 der Union beitraten.¹¹⁶ In Großbritannien stammt etwa ein Drittel der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte aus LMIC. Während die Zuwanderung von Mediziner:innen aus Ländern mit hohem Einkommen innerhalb der EU sich stetig verlangsamt, nimmt die Zuwanderung aus Ländern mit mittlerem und kleinem Einkommen rasant zu. Die Anzahl der Einwandernden lag in den Jahren 2014 bis 2018 fast zweimal höher als noch in den

¹¹⁴ Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv7.

¹¹⁵ Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv8.

¹¹⁶ Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv6f.

Jahren von 2010 bis 2014.¹¹⁷ Mit Blick auf Pflegekräfte bestätigt sich dieses Bild teilweise. Auch wenn ein Großteil der aus dem Ausland stammenden Pflegekräfte innerhalb der EU migrierte, sind seit 2016 stärkere Tendenzen auszumachen, die zeigen, dass immer mehr Personal aus LMIC stammt.¹¹⁸ Die Autor:innen der zitierten Studie weisen darauf hin, dass die wachsende Zahl von Gesundheitspersonal aus Ländern wie Syrien und Ägypten auch aus dort herrschenden Konflikten und humanitären Notsituationen resultieren kann. Daher ziehen sie mit Blick auf die genannten Zahlen den Schluss, dass die Zahl, der aus LMIC eingewanderten Gesundheitskräfte nach Unterzeichnung des WHO-Kodex eine rückläufige Tendenz aufweist (vgl. auch Kap. 3.4). Gleichzeitig konstatieren sie, dass klare Schlussfolgerungen aufgrund der Datenlage meist kaum zu treffen sind, da das Phänomen sehr vielschichtig und multikausal beeinflusst ist.¹¹⁹

Abwanderung geschieht nicht nur von Menschen aus dem Globalen Süden in den Globalen Norden, beziehungsweise aus Ländern mit niedrigerem BIP. Dies darf nicht als einziger Migrationsgrund dargestellt werden. Vielmehr gibt es auch Wanderungsbewegungen zwischen Industrienationen. So wanderten 2364 Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2015 aus Deutschland in andere Länder aus, etwa in die Schweiz, Österreich oder in die USA.¹²⁰ Insbesondere im Zuge der Freizügigkeit der EU und basierend auf der Multinationalität von Beziehungen, vom Bildungswesen und Arbeitswelt haben sich Migrationsmuster in den letzten Jahren verändert.¹²¹ In der EU lassen sich seit dem Jahr 2004 verschiedene Trends in der Migration von Gesundheitsfachkräften aufzeigen. So zeigt sich eine Abwanderung aus den neuen Mitgliedsstaaten in die einkommensstärkeren Volkswirtschaften. Dazu zählen etwa Lettland, Bulgarien oder die Slowakei. Studien zeigen, dass dabei Deutschland und Großbritannien

117 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv7

118 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv9f.

119 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv10.

120 Vgl. Osterloh, F.: Ärztestatistik: Ärztemangel bleibt bestehen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 16, Köln 2015, S. 703.

121 Vgl. Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung, S. 18.

die am häufigsten genannten Ziele der auswandernden Gesundheitsfachkräfte sind.¹²²

Insgesamt zeigen diese Daten die große Abhängigkeit vieler Staaten von internationaler Migration im Gesundheitswesen. Sie verdeutlichen zudem, dass Gründe für die Migration partiell auch in Lebensstandards und Ausstattung des Gesundheitssystems liegen können. Überspitzt lässt sich hiermit festhalten: Wer hat, dem wird gegeben. Gut ausgestattete Gesundheitssysteme, in die viel Geld hineingegeben wird und damit einhergehend auch die entsprechenden Länder, die ohnehin privilegierter sind als andere Gesundheitssysteme und Länder, profitieren von der Migration von Gesundheitsfachkräften.

Bei der Betrachtung ist auch die Entwicklung der Zahlen relevant. Der Anteil des eingewanderten Gesundheitspersonals ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Während verschiedene Fallstudien in OECD-Staaten zeigen, dass die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte zwischen 2010 und 2018 um 13 Prozent wuchs, lag die Wachstumsrate der zuwandernden Ärztinnen und Ärzte bei 46 Prozent. Auch hier gab es lokal große Unterschiede. Die Anzahl der aus dem Ausland stammenden Ärzte und Ärztinnen in Deutschland verdoppelte sich in dem Zeitraum, während die Zahl in Großbritannien lediglich um 10 Prozent stieg.¹²³ Auch im Bereich der Pflegekräfte nahm die Anzahl des im Ausland ausgebildeten Personals deutlich stärker zu, als die Gesamtzahl der Pflegekräfte, die Wachstumsrate lag zwischen 2010 und 2018 bei 29, beziehungsweise 17 Prozent.¹²⁴

Die wichtigsten Ausbildungsländer für Ärztinnen und Ärzte, die anschließend im europäischen Ausland praktizieren waren 2018 Indien, Deutschland, Rumänien, Pakistan und Italien. So ist Deutschland ein Top-Empfänger, aber auch Entsendeland für im Ausland ausgebildete Ärzteschaft. Doch es ist auch eine Verschiebung zu erkennen. So war ein Anstieg von über 80 Prozent aus Ländern wie Ägypten, Un-

122 Vgl. Hardy, J./Shelley, S./Calvey, M./Kubisa, J./Zahn, R.: Scaling the mobility of health workers in an enlarged Europe: An open political-economy perspective. In: *European Urban and Regional Studies*, Jg. 23, Heft 4, 2016, S. 805f.

123 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv7.

124 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv9.

garn, Syrien oder Griechenland zu verzeichnen.¹²⁵ Indien, Deutschland und Rumänien sind auch für Pflegekräfte Hauptausbildungsländer, ebenso wie die Philippinen und Belgien.¹²⁶

Diese Daten beziehen sich – auch aufgrund ihrer Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit – insbesondere auf OECD-Staaten und beruhen zu großen Teilen auf einer Datenbank aus der Kooperation von OECD, EUROSTAT und WHO, die den Forderungen des Verhaltenskodex nach Informationsaustausch und Datenerfassung nachkommen soll¹²⁷ (vgl. Kap. 3.2.2). Sie zeichnen ein grobes Bild zumindest darüber, welche Länder besonders als Zielland fungieren und mehr oder weniger stark von der Arbeitskräftemigration im Gesundheitswesen profitieren.

Gebündelt lässt sich festhalten, dass Migrationsbewegungen im Gesundheitswesen sich nicht ausschließlich als ein Süd-Nord-Phänomen kategorisieren lassen. Vielmehr sind erhebliche Wanderungsbewegungen innerhalb des Globalen Nordens und des Globalen Südens auszumachen. Beinahe alle Länder sind mit der Herausforderung konfrontiert, Zu- und Abwanderung im Gesundheitswesen zu gestalten. Dennoch führen beispielsweise humanitäre Krisen dazu, dass das Ungleichgewicht, die Nachfrage und damit die Konkurrenz sich verschärfen.¹²⁸ Ungleiche Lebensbedingungen können als Motivationsfaktor zur Migration wirksam werden. Hinzu kommt eine kaum vergleichbare Ausstattung der Gesundheitswesen im Globalen Norden und im Globalen Süden, die eine andere Ausstattung mit Personal erfordern, aber auch Anreize schaffen können zur Migration. Es zeigt sich, dass global eine große Ungleichverteilung bei den Möglichkeiten zur Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsvorsorge herrscht. Der kurze Blick auf die finanzielle Ausstattung, sowie die Bedeutung des Gesundheitssektors innerhalb eines Landes geben schon erste Hinweise auf mögliche Wanderungsmotive.

125 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv7.

126 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv10.

127 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv5.

128 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 11.

2.3.2 Push- und Pull-Faktoren

Push- und Pull- Faktoren wirken auf die Migration im Gesundheitswesen, ohne, dass sie als alleiniges Erklärungsmodell wirksam wären. Angelehnt an eine Kategorisierung von Tam, Edge und Hoffmann, lassen sich einige Push- und Pull-Faktoren in dem Bereich festhalten: Push-Faktoren sind etwa schlechte Vergütung, Bedenken hinsichtlich der persönlichen Sicherheit, geringe Karriere- und Aufstiegschancen, schlechte Arbeitsbedingungen und hohe Arbeitsbelastung, oder schlechte Lebensbedingungen im Allgemeinen. Zu den wichtigsten Pull-Faktoren, die die Einwanderung fördern, zählen eine bessere Vergütung, eine sicherere Umgebung, Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und beruflichem Aufstieg, verbesserte Arbeitsbedingungen und -einrichtungen und ein höherer allgemeiner Lebensstandard.¹²⁹ Migration geschieht zudem nicht nur aus rein wirtschaftlichen Überlegungen heraus, sondern gründet auch in anderen Motiven. Dies zeigt sich etwa, daran, dass im Jahr 2010 nur etwa 70,3 Prozent der eingewanderten Menschen, die einen Pflegeberuf erlernt haben, diesen auch in Deutschland ausüben.¹³⁰

Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind insbesondere im Bereich der hochqualifizierten Migration relevant. Diese erfordern ein ausreichendes Angebot an freien Stellen und damit ist ein weiterer wichtiger und verstärkender Aspekt innerhalb der Migration im Gesundheitswesen anzusprechen. So zeigten sich bereits in frühen Studien, dass der Wunsch zu migrieren, oftmals aus den Erwartungen an die eigene Karriere herrührt und an Nutzungsmöglichkeiten von neuesten Standards und Technologien geknüpft war. Die tatsächliche Umsetzung dieses Wunsches hängt jedoch von weiteren, oft-

129 Vgl. Tam, V./Edge, J.S./Hoffman, S.J.: Empirically evaluating the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel's impact on four high-income countries four years after adoption. In: *Globalization and Health* Jh. 12, Heft 62, S. 4.

130 Vgl. Afentakis, A./Maier, T.: Sind Pflegekräfte aus dem Ausland ein Lösungsansatz, um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: *Bundesgesundheitsblatt*, Nr. 56, Berlin/Heidelberg 2013, S. 1078.

mals individuellen Faktoren ab, wie etwa Kontakten im Zielland.¹³¹ Das Faktoren auch außerhalb von Karriere eine große Rolle spielen, wird dadurch deutlich, dass Menschen, die in Algerien oder Belgien ausgebildet wurden, eher in Frankreich praktizieren, Menschen aus Indien, Nigeria oder Pakistan eher in Großbritannien arbeiten und Menschen aus Österreich eher in Deutschland.¹³² Aspekte wie Sprache, oder historische Vernetztheit und damit einhergehende größere Communitys der eigenen Kultur erleichtern Migrationsbestrebungen. Innerhalb der EU migrierten Pflegekräfte vornehmlich in das Nachbarland, Pflegekräfte aus LMIC insbesondere nach Großbritannien.¹³³ Hier können geographische und sprachliche Nähe eine Rolle spielen.

Diese Migrationsbewegungen sind insbesondere deshalb möglich, weil in vielen Ländern nicht genügend Fachkräfte qualifiziert werden können. Somit entsteht eine Lücke, die gefüllt werden kann. Die absolute Zahl der Mediziner:innen in Deutschland steigt zwar, allerdings nimmt auch die Beliebtheit von Teilzeitmodellen und die Intensität der Versorgung zu und zudem werden in den kommenden Jahren zahlreiche Ärzte und Ärztinnen in den Ruhestand gehen.¹³⁴ So kann der bereits bestehende Mangel durch die, in Deutschland zur Verfügung stehenden Studienplätze, kaum gedeckt werden.

Ein ähnliches Bild zeichnet sich mit Blick auf Pflegepersonal ab. Auch in diesem Bereich stieg die absolute Zahl der auszubildenden Fachkräfte. Waren im Jahr 1999 noch gut 660.300 Menschen in Pflegeberufen in Deutschland tätig, war die Zahl bis 2015 auf gut 885.300 gestiegen.¹³⁵ Allerdings können auch hier die steigenden Zahlen nicht den steigenden Bedarf decken. Bereits im Jahr 2003

131 Vgl. Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung: Ethische Aspekte der Ärztemigration. In: Leal Filho, W. (Hrsg.): Aktuelle Ansätze zur Umsetzung der UN-Nachhaltigkeitsziele, Berlin 2019, S. 65.

132 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv7ff.

133 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv10.

134 Vgl. Osterloh, F.: Ärztestatistik, S. 703

135 Vgl. Isfort, M./Rottländer, R./Weidner, F./Gehlen, D./Hylla, J./Tucman, D.: Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (Hrsg.), Köln 2018, S. 31.

wurde ein Defizit von etwa 12.600 Vollzeitkräften in der Pflege ausgemacht und dieses Bild hat sich seitdem weiter bestätigt.¹³⁶ Im Jahr 2017 wurden in der Altenpflege in Deutschland insgesamt gut 15.400 Stellen als unbesetzt gemeldet. Demgegenüber steht nur eine Anzahl von knapp 3.000 verfügbaren, weil arbeitslos gemeldeten Pflegefachkräften. Regional kommt es zu größeren Unterschieden, sodass in manchen Regionen auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft bis zu 12,3 unbesetzte Stellen kommen.¹³⁷ Ähnliches ist auch im Bereich der Krankenpflege und Geburtshilfe festzustellen.¹³⁸

Durch diese mangelhafte Besetzung an Pflegepersonal kommt ein verschärfender Faktor hinzu. Die Last wird auf den Schultern der Arbeitnehmenden verteilt, sodass der Beruf des Pflegers oder der Pflegerin mit Überstunden (insgesamt 9 Millionen im Jahr 2017), Arbeitsverdichtung und somit großen Belastungen einhergeht.¹³⁹ Diese für inländische Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen unattraktiven Bedingungen werden verstärkt durch mittelmäßige Bezahlung.

„Überlastung am Arbeitsplatz, niedrige Löhne aber auch Mangel an Weiterbildungsmöglichkeiten sowie unzureichende materielle Ausstattung von Spitälern sind Faktoren, die Gesundheitspersonal zur Emigration bewegen. So definiert auch der UN-Ausschuss für Wirtschaftliche, Soziale und Kulturelle Rechte ein «im Inland wettbewerbsfähiges Gehalt» als zentralen Aspekt für die Verfügbarkeit von Gesundheitsversorgung.“¹⁴⁰

Neben den schwierigen Arbeitsbedingungen macht in vielen Ländern auch der Lohn einen Beruf im Pflegebereich unattraktiv. Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fachbereichen. Zeigt sich bei der Ärzteschaft in ganz Europa eine Vergütung (weit) über dem Durchschnitt der Bevölkerung – in Deutschland beispielsweise ist es teils das Vier- oder Fünffache¹⁴¹ – so liegt die durch-

136 Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S. 32.

137 Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S. 34f.

138 Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S. 36.

139 Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S. 32.

140 Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften. Menschenrechtliche Aspekte des WHO-Verhaltenskodex zur Internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal. In: Jusletter 24. August 2015, Bern 2015, S. 8.

141 Vgl. OECD (Hrsg.): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, Paris 2017, S. 157.

schnittliche Bezahlung von Pflegekräften in Deutschland im Jahr 2015 nur etwa 13 Prozent über dem Durchschnittsgehalt der Bevölkerung. In vielen weiteren Ländern der EU liegt sie unter diesem Durchschnitt.¹⁴² So hält die WHO fest: „Health personnel migrate for the same reasons other workers migrate: they leave to seek better employment opportunities and living conditions.“¹⁴³

Die Lücke zwischen dem Ist-Stand und den benötigten Fachkräften, die eine Migration nach Deutschland und in andere Länder des Globalen Nordens attraktiv macht, wird durch weitere Phänomene verstärkt, insbesondere den demographischen Wandel. Anfang der 1990er Jahre lag das Durchschnittsalter in beispielsweise Deutschland bei 39,5 Jahren, im Jahr 2012 bei 43,6¹⁴⁴ und 2019 bei 44,5¹⁴⁵. Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren stieg von 1991 bis 2012 von 15 auf 20 Prozent.¹⁴⁶ Dieser Trend wird sich auch in den kommenden Jahrzehnten fortsetzen. So schätzt das statistische Bundesamt, dass im Jahre 2040 etwa 21 Millionen Menschen über 67 Jahre einer arbeitenden Bevölkerung (zwischen 20 und 67 Jahre) von 40 Millionen Menschen gegenüberstehen könnten.¹⁴⁷ Dies kann unter anderem auf dauerhaft niedrige Geburtenzahlen, steigende Lebenserwartung oder Besonderheiten in der Altersstruktur durch besonders geburtenstarke Jahrgänge zurückzuführen sein. Mit zunehmendem Alter steigt meist auch das Risiko (chronisch) zu

142 Vgl. OECD (Hrsg.): Health at a Glance 2017, S. 163.

143 WHO (Hrsg.): User's Guide, S. 4.

144 Vgl. Nowossadeck, E.: Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): GBE KOMPAKT – Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Jg. 3, Heft 2, Berlin 2012, S. 1.

145 Vgl. statista (Hrsg): Durchschnittsalter der Bevölkerung in Deutschland nach Staatsangehörigkeit am 31. Dezember 2019, online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/723069/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-staatsangehoerigkeit/> (Stand: 30.06.2021).

146 Vgl. Nowossadeck, E.: Demografische Alterung, S. 1.

147 Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung – Entwicklung der Bevölkerungszahl bis 2060 nach ausgewählten Varianten der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Berlin 2019, online unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html> (Stand: 30.06.2021).

erkranken. Das vermehrte Auftreten von Multimorbidität, aber auch „umfangreichere Möglichkeiten der Diagnostik, die Anerkennung psychosozialer Erkrankungen, Bewegungsmangel sowie veränderte Belastungen am Arbeitsplatz“¹⁴⁸ erhöhen somit auch den Bedarf an medizinischer Versorgung, Pflege und an Pflegekräften. Dieser demografische Wandel, der kurz am Beispiel Deutschlands dargestellt wurde, betrifft einen Großteil der Nationen des Globalen Nordens und sorgt dafür, dass auf der einen Seite die Zahl der Pflegebedürftigen steigt, auf der anderen Seite die Zahl derjenigen sinkt, die Pflege leisten könnten. Diese Lücke schafft Platz für Menschen, die Migration in Erwägung ziehen.

Neben der demographischen Umstrukturierung kommt hinzu, dass auch in Bezug auf Geschlechterfragen und die Frage nach der Feminisierung der Häuslichkeit ein Wandel stattfindet. Der Anteil an Frauen, die vormals meist die häusliche Pflege übernommen haben – und dies auch heute noch in sehr vielen Fällen tun –, die nun aber zunehmend am Erwerbsleben teilhaben, steigt global deutlich an. Dies führt dazu, dass die Pflege der Angehörigen oftmals von externen Personen übernommen wird.¹⁴⁹ Durch die Umstrukturierung der Bevölkerung, stehen diese jedoch zunehmend weniger zu Verfügung, sodass die Lücke zwischen notwendiger und tatsächlicher Anzahl an Pflegekräften größer wird. Dies macht es für Menschen, die zu migrieren überlegen, attraktiv, Deutschland oder andere Länder des Globalen Nordens mit ausgeprägtem demografischem Wandel als Zielland auszuwählen.

Neben dem demographischen Wandel und sich wandelnden Geschlechterrollen und Arbeitsverständnisse spielen weitere gesellschaftliche Veränderungen in diesem Kontext eine Rolle: Viele Menschen, die im Zuge der Gastarbeiterbewegung in den 1960er Jahren nach Deutschland kamen, erreichen nun ein pflegebedürftiges Alter und benötigen mehr medizinische Versorgung. So stieg beispielswei-

148 Schröder, M.: Nachwuchskräfte im Gesundheitssektor – Entwicklung der Zahlen der Auszubildenden und Studierenden. In: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Statistische Monatshefte Rheinland-Pfalz, Jg. 71, Heft 8, Bad Ems 2018, S. 548.

149 Vgl. Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV, S. 11.

se in Berlin der „Anteil aller über 55-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung von 13,3 % im Jahr 2007 auf 17,9 % im Jahr 2018“¹⁵⁰. Doch nicht nur die Anzahl nimmt zu. Umstände der Migration spielen dabei eine große Rolle. Mit Blick auf türkischstämmige ältere Menschen lässt sich beispielsweise festhalten:

„Belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen, z.B. aufgrund körperlicher Beanspruchungen am Arbeitsplatz [...], ungünstiger Wohnverhältnisse oder unzureichender gesellschaftlicher Integration etwa in das Gesundheitssystem, führen zu höheren Krankheitsrisiken und einer nach eigener Einschätzung größeren Gesundheitsbelastung als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund“¹⁵¹.

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund dürfte also zunehmen, insbesondere, da zur Zeit das Pflegesystem von dieser Gruppe noch wenig in Anspruch genommen wird.¹⁵² Bei dem, was eine gute Pflege aus Perspektive von Menschen mit beispielsweise türkischem Migrationshintergrund ausmacht, ergeben sich einige spezifische Anforderungen: So würden sich knapp 80 Prozent der Befragten im Alter Pflegekräfte wünschen, die Türkisch sprechen, knapp 90 Prozent jemanden, der nicht mit Straßenschuhen die Wohnung betritt und somit kulturelle Besonderheiten berücksichtigt.¹⁵³ Diese kurzen Beispiele sollen verdeutlichen, dass sich die Ansprüche und der Bedarf wandeln, die an Pflege und Gesundheitskräfte in Ländern des Globalen Nordens herangetragen werden. Die Bedeutung dieses Bereichs wird stetig zunehmen und insofern scheint eine Sensibilisierung auch für kulturelle Prägungen und Vielfalt notwendig, die sich auch im Personal spiegeln sollte. Eine zunehmende

150 Kim, M.-S.: Unsichtbare Migrantinnen und Migranten – erste Einwanderergeneration aus asiatischen Ländern: Altersbilder, Pflegevorstellungen und Inanspruchnahme-Barrieren. In: Schenk, L./Habermann, M. (Hrsg.): Migration und Alter, Berlin/Boston 2020, S. 47.

151 Krobisch, V./Sonntag, P.-T./Schenk, L.: Was braucht eine gute Pflege? Spezifika der Versorgung am Beispiel älterer Migrantinnen und Migranten aus der Türkei. In: Schenk, L./Habermann, M. (Hrsg.): Migration und Alter, Berlin/Boston 2020, S. 57.

152 Vgl. Krobisch, V., et al.: Gute Pflege, S. 58.

153 Vgl. Krobisch, V., et al.: Gute Pflege, S. 63.

kulturelle Sensibilität im Gesundheitssektor kann für migrierende Fachkräfte attraktiv erscheinen.

Ein weiterer Aspekt kann zu den Pull-Faktoren gezählt werden und das ist eine möglichst niedrige Hürde bei der Einwanderung. So erleichtert etwa die europäische *Green Card* seit 2005 Hochqualifizierten die Einwanderung. Da beispielsweise in Deutschland Pflegekräfte nicht dazu gezählt werden, blieben die Zugangswege von außerhalb der EU weiterhin lange erschwert. In Deutschland wurde erst 2013 im Zuge einer Reform der Beschäftigungsverordnung auch ihnen leichter Zugang zum Arbeitsmarkt in Deutschland gewährt, das zum 01.03.2020 erneut überarbeitet wurde.¹⁵⁴ Diese rechtlichen Regulierungen sind je nach Land sehr unterschiedlich, spielen jedoch als Pull-Faktoren eine Rolle, ebenso wie die Anerkennung der im Ausland erworbenen Berufsabschlüsse. Unter anderem wirtschaftsräumliche Zusammenschlüsse wie die EU erleichtern eine Zuwanderung und Anerkennung, in Europa durch die gesamteuropäische Freizügigkeit, sodass Migrationen innerhalb dieser Zusammenschlüsse erleichtert werden. Dies kann einer der Gründe sein, warum beispielsweise in Deutschland viele Pflegekräfte aus dem EU-Ausland stammen (vgl. Abb. 3).

¹⁵⁴ Vgl. Ostermann, L.: International: Pflegende aus Drittstaaten rekrutieren. Personalvermittlung als Option für Unternehmen. In: PFLEGEZeitschrift, Jg. 73, Heft 4, 2020, S. 14.

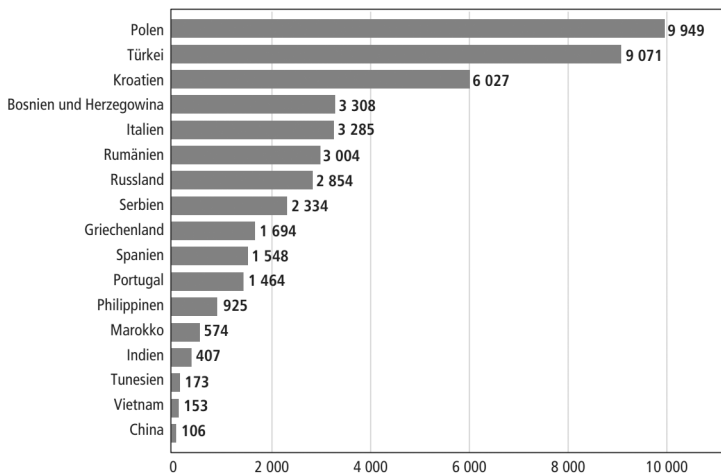


Abb. 3: Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit in Deutschland, 2013¹⁵⁵

Insgesamt aber hält sich die Einwanderung aus EU-Staaten (66.254 im Jahr 2017) und Drittstaaten (61.548 im Jahr 2017) etwa die Waage.¹⁵⁶ Dabei ist anzumerken, dass die Anzahl derer, die aus Drittstaaten kommen und nur geringfügig beschäftigt sind, in den letzten Jahren stets über der Anzahl der geringfügig Beschäftigten aus der EU lag.¹⁵⁷

Eine Mischung aus ermöglichender Einwanderungspolitik in Folge von gesteigerter Nachfrage und professionellen Anreizen scheint also Gesundheitspersonal zu einer Auswanderung in Länder des Globalen Nordens zu motivieren.¹⁵⁸

¹⁵⁵ Jacobs, K./Kuhlmei, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2016 „Die Pflegenden im Fokus“, Stuttgart 2016, S. 251.

¹⁵⁶ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage des Abgeordneten Stephan Brandner und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/2183 – Ausländische Pflegekräfte in Deutschland, Berlin 2018, S. 3.

¹⁵⁷ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 19/2183, S. 3.

¹⁵⁸ Vgl. Brugha, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel – Ethical

2.3.3 Praxis der Anwerbung

Nun soll ein Blick auf die Praxis der Anwerbung geworfen werden, da diese auch bei der ethischen Beurteilung von Relevanz ist. Nach dem Zweiten Weltkrieg und im Zuge des sogenannten Wirtschaftswunders wurden zahlreiche Fachkräfte in den verschiedensten Branchen benötigt. Oftmals bringt man den daraus resultierenden und heute oftmals kritisch beleuchteten Begriff der Gastarbeit mit Menschen im Bereich des Bergbaus und der Kohleförderung in Verbindung. So wurden sowohl von der BRD als auch von der DDR Anwerbeabkommen mit verschiedensten Ländern geschlossen, von Italien über Spanien, Marokko, Tunesien oder Jugoslawien.¹⁵⁹ Doch auch über diese Branche hinaus wurde abgeworben, nicht zuletzt im Gesundheitsbereich. Bis 1973 wurden „mehrere tausend Krankenpfleger:innen angeworben, vorrangig aus Korea, den Philippinen und Indonesien“¹⁶⁰. Bereits in den 1960er Jahren herrschte in Deutschland ein ausgeprägter Mangel an Gesundheitsfachkräften. Vornehmlich in der Pflege fehlten insgesamt 30.000 Fachkräfte. Diese Lücke sollte die durch Anwerbung aus dem Ausland ausgeglichen werden. So wurden von 1950 bis 1976 circa 11.000 Krankenpflegerinnen aus Korea angeworben, weitere mehrere Tausend aus Indien, Indonesien und den Philippinen.¹⁶¹ War die Anwerbung anfangs noch sporadisch und meist von kleinen, privaten Initiativen ausgehend, wurde ab 1966 zunehmend institutioneller und organisierter angeworben. Dabei wurde die Anwerbung zu hohem Maße auch als sogenannte Entwicklungshilfemaßnahme verstanden.¹⁶² Schon damals zeigte sich

and Systems Perspectives. In: International Journal of Health Policy and Management (IJHPM), Jg. 4, Heft 6, S. 333.

159 Vgl. bpb(Hrsg.): „Gastarbeiter-Abkommen“ vor 55 Jahren, 20.12.2010, online unter: <https://www.bpb.de/politik/hintergrund-aktuell/68921/erstes-gastarbeiter-abkommen-20-12-2010> (Stand: 30.06.2021).

160 Kordes, J.: Anwerbeprogramme in der Pflege: Migrationspolitiken als räumliche Bearbeitungsweise der Krise sozialer Reproduktion. in: PROKLA. Zeitschrift für Kritische Sozialwissenschaft, Jg. 49, Heft 197, Berlin 2019, S. 551.

161 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Veranstaltungsdokumentation: Ankommen, Anwerben, Anpassen? Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland – Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft, Berlin 2016, S. 13.

162 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Veranstaltungsdokumentation, S. 13.

jedoch, dass die Abwerbung und die daraus folgende Abwanderung keinesfalls nur positive Aspekte mit sich bringt. Vielmehr führten die Abwanderungsbewegungen auf der einen Seite zur Arbeitslosigkeit der extra für Deutschland ausgebildeten Koreanerinnen, zum anderen zu einem Mangel an medizinischer Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten. Seit den 1980ern entstand eine zunehmende Ost-Orientierung. Gesundheitsfachpersonal wurde insbesondere nach dem Ende des Kalten Krieges zunehmend aus osteuropäischen Ländern abgeworben.¹⁶³ Weiter verstärkt wurde diese Entwicklung nach der sogenannten Osterweiterung der Europäischen Union im Jahre 2004, in deren Zuge auch Polen und Tschechien etwa Zutritt zu den Freizügigkeitsstandards der EU erlangten.

In Deutschland stellte sich die Situation in der Pflege wie folgt dar: Zwischen 2013 und 2016 rekrutierten vor allem Einrichtungen der stationären Altenpflege mit 61 Prozent Pflegekräfte. Es folgten ambulante Pflegedienste mit 30 Prozent, Krankenhäuser waren nur zu 8,5 Prozent die Einrichtungen, die anwarben. In Bezug auf Ärzteschaft zeigt sich ein anderes Bild. Insgesamt waren vor allem Einrichtungen aktiv, die über große, professionalisierte Strukturen und professionelles Personalmanagement verfügten, insbesondere im Sektor der Privatwirtschaft.¹⁶⁴ Zweit Drittel der Anwerbungen erfolgte innerhalb von EU-Ländern, etwa ein Drittel aus Drittstaaten, wie Bosnien-Herzegowina, der Ukraine, Russland und Moldawien und aus asiatischen Entsendeländern wie China, den Philippinen, Vietnam und der Türkei.¹⁶⁵

Krankenhäuser zahlen Vermittlungen, Reisen für Erstgespräche und Ähnliches. Die Angaben für die Kosten variieren in den Berichten stark zwischen 5.000 bis 18.000 Euro¹⁶⁶ oder hoch bis zu knapp 70.000 Euro¹⁶⁷ pro angeworbene Gesundheitsfachkraft. Die Gelder

163 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Veranstaltungsdokumentation, S. 13f.

164 Vgl. Jacobs, K., et al. (Hrsg.): Pflegereport 2016, S. 255.

165 Vgl. Jacobs, K., et al. (Hrsg.): Pflegereport 2016, S. 255.

166 Vgl. Süß, R.: Ökonomische Bewertung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Eine Studie an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen, Wiesbaden 2018, S. 49ff.

167 Vgl. Berger, G./Herrnschmidt, J.: Ehtisch korrektes Rekrutieren von Gesundheitspersonal. Eine Fallbeschreibung. In: Medicus Mundi Schweiz, Bulle-

fließen dabei aber insbesondere in die Privatwirtschaft, meistens in die des Ziellandes. Insgesamt scheint eine hohe Zufriedenheit mit Pflegekräften aus dem Ausland zu herrschen, sodass viele Einrichtungen mit eben dieser Personalakquise planen, auch wenn der Aufwand zumeist als sehr hoch eingeschätzt wird.¹⁶⁸

Anwerbung geschieht zurzeit nicht nur seitens der Institutionen wie Kliniken und Altenheimen, beziehungsweise der dahinterstehenden Wohlfahrtsverbände oder Konzerne, sondern auch auf Regierungsebene. Dort ist das Projekt des *Triple Win* zu nennen.¹⁶⁹ Dies ist eine Kooperation der Bundesagentur für Arbeit und die *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ). Das Programm läuft seit 2013 und versucht seitdem die Positionen der Beteiligten zu stärken. Indem man sich an dem Kodex der WHO und der Liste der Länder mit kritischem Mangel orientiert (vgl. Kap. 3 der vorliegenden Arbeit), soll auf der einen Seite die Pflegesituation im Zielland verbessern, auf der anderen Seite sollen die Herkunftsländer durch eine Entlastung des Arbeitsmarktes gestärkt werden. Als dritte Partei werden in diesem Projekt auch die Pflegekräfte selbst in den Blick genommen. Dabei geht es um ein faires und transparentes Vermittlungsverfahren und gerechte und gleichberechtigte Arbeitsbedingungen im Zielland. Insgesamt sollen so hohe Qualitätsstandards in der internationalen Vermittlung von Pflegefachpersonal etabliert und gesichert werden.¹⁷⁰ Dies erfolgt durch eine Bedarfsplanung der Arbeitgeberinstitutionen in Deutschland, sowie die anschließende Auswahl möglicher Bewerber und Bewerberinnen in den Herkunftsländern. Bei geplanter Einstellung werden über das Programm Sprachkurse bis zu einem B1-Niveau, ein viertägiger Pflegekurs, sowie ein Orientierungstag in den Heimatländern angeboten. „Bis zur staatli-

tin#137, 2016, online unter: <https://www.medicusmundi.ch/de/advocacy/publikationen/mms-bulletin/pflege-migration-und-globalisierung/rekrutierung-von-pflegepersonal/ethisch-korrektes-rekrutieren-von-gesundheitspersonal> (Stand: 30.06.2021).

168 Vgl. Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-report 2016 „Die Pflegenden im Fokus“*, Stuttgart 2016, S. 257f.

169 Vgl. Ostermann, L.: *Personalvermittlung*, S. 15.

170 Vgl. Bundesagentur für Arbeit: *Über Triple Win – Informationen über das Projekt Triple Win – Pflegekräfte*, online unter: <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/content/1533715565324> (Stand: 30.06.2021).

chen Anerkennung arbeiten die Pflegekräfte im Tätigkeitsprofil einer ‚Pflegekraft in Anerkennung‘¹⁷¹. Parallel geschieht eine Begleitung der Arbeitgeberinstitutionen seitens der GIZ¹⁷², sowie eine nachbereitende Begleitung, beispielsweise durch eine Hotline oder Behördenbegleitung.¹⁷³ Auf diese Art und Weise wurden bereits in den ersten vier Jahren des Projekts 1000 Pflegekräfte insbesondere aus den Philippinen nach Deutschland vermittelt¹⁷⁴, insgesamt bis 2020 3.577 qualifizierte Pflegekräfte.¹⁷⁵ Andere Länder, in denen dieses Projekt seit 2013 wirksam wird, sind Bosnien-Herzegowina, Serbien und Tunesien.¹⁷⁶ In acht Ländern (Ägypten, China, Indien, Iran, Italien, Marokko, Polen und Vietnam) wirbt die Bundesregierung seit 2015 mithilfe von Beratungsstellen vor Ort an. Darüber hinaus gibt es weitere verschiedene Modellprojekte.¹⁷⁷ Innerhalb der EU vermittelt die Bundesregierung freie Stellen durch das EURES-Netzwerk, sowie Jobbörsen der Agentur für Arbeit.¹⁷⁸

Diese staatlichen Programme werden ergänzt durch private Unternehmen und Vermittlungsagenturen. Es deutet sich zunehmend eine Verlagerung in die Privatwirtschaft an. Studien zeigen dass beispiels-

171 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Projekt Triple Win – Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland. Informationsbroschüre für Arbeitgeber, Eschborn 2019, online unter: https://www.giz.de/de/downloads/Brosch%c3%bcrcr Triple_Win_Informationen.pdf (Stand: 30.06.2021), S. 5.

172 Vgl. Lübbers, A.: Aufwändig aber erfolgreich. Triple Win – Fachkräfte für Deutschland, in: Heilberufe – Das Pflegemagazin. Jg. 68, Heft 11, 2016, S. 48.

173 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Projekt Triple Win, S. 7.

174 Vgl. DGB Bildungswerk BUND e.V. (Hrsg.): Forum Integration Newsletter 09/2017 – Leiharbeit, Düsseldorf 2017, S. 2.

175 Vgl. Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Andrej Hunko, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 19/16102 – Anwerbung von Pflege- und Gesundheitsfachkräften durch die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Zentrale Auslands- und Fachvermittlung und die Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des Projekts „Triple Win“, Berlin 2020, S. 2.

176 Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 19/2183, S. 4.

177 Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 19/2183, S. 4.

178 Vgl. Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Niema Movassat, Annette Groth, Heike Hänsel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 17/14579 – Abwerbung von Fachkräften aus den Ländern des Südens im Pflege- und Gesundheitsbereich, Berlin 2013, S. 4.

weise in den USA zwischen Ende der 1990er und Mitte der 2000er Jahre ein Anstieg von etwa 40 auf 270 Anwerbe-Unternehmen zu verzeichnen ist.¹⁷⁹ In Deutschland wurde die Erlaubnispflicht für Personalanwerbe-Firmen im Jahr 2002 aufgehoben, was eine Marktteilnahme erleichtert.¹⁸⁰ Dementsprechend treten auch unseriöse Vermittlungen ein, die beispielsweise Menschen mehrmals vermitteln, sodass die Pflegekräfte nur sehr kurz in den verschiedenen Einsatzstellen verbleiben, obwohl hohe Summen zur Anwerbung gezahlt werden.¹⁸¹ Insgesamt lassen sich zu ausbeuterischen Praktiken in der Anwerbung kaum valide Daten finden, allerdings kann festgehalten werden, dass „allein in Deutschland Schätzungen zufolge 100.000 mittel- und osteuropäische Staatsangehörige irregulär in der häuslichen Pflege arbeiten, zu einem Bruchteil der regulären Kosten und in der Regel ohne arbeitsrechtlichen Schutz“.¹⁸² Diese Arbeitsverhältnisse müssen auch in irgendeiner Weise vermittelt werden, sodass zu vermuten ist, dass mit der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im Ausland profitorientierte Interessen für prekäre Zustände sorgen.

Ein weiterer Aspekt von Fachkräftemigration im Gesundheitswesen ist herauszustellen: Studien aus den USA und Kanada zeigen, dass eingewanderte Ärzte und Ärztinnen zu großen Teilen in benachteiligten Gegenden und verstärkt unter erschwerenden Umständen arbeiten. So praktizieren sie oftmals in ökonomisch schwächer gestellten Vierteln oder ländlich gelegenen Gebieten, sowie in weniger beliebten Fachbereichen.¹⁸³ In Deutschland ist eine Gleichbehandlung rechtlich zwar vorgeschrieben, allerdings zeigten sich in der Praxis große Mängel. Unbezahlte Überstunden, Kritik von Gepflegten und Angehörigen und Ausgrenzungen innerhalb des Teams sind an dieser Stelle große Kritikpunkte, die der Gleichbehandlung im

179 Vgl. Brugha, R./Crowe, S.: *Relevance and Effectiveness*, S. 334.

180 Vgl. Ostermann, L.: *Personalvermittlung*, S. 15.

181 Vgl. Ostermann, L.: *Personalvermittlung*, S. 17.

182 Angenendt, S./Clemens, M./Merda, M.: *Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften?* In: SWP-Aktuell, Heft 25/2014, Stiftung Wissenschaft und Politik -SWP-Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit. Berlin 2014, S. 3.

183 Vgl. Brugha, R./Crowe, S.: *Relevance and Effectiveness*, S. 334.

Wege stehen.¹⁸⁴ Hinzu kommt ein Grad von Informalität, der dafür sorgt, dass Sozialstandards oftmals nicht eingehalten werden. Trotz arbeitsrechtlich guten Voraussetzungen, ist also die Forderung nach Gleichbehandlung nicht befriedigend umgesetzt.¹⁸⁵ So scheinen auch oftmals große Unterschiede zwischen den Beschäftigten zu bestehen – zwischen einheimischem und eingewandertem Fachpersonal.

2.4 Bündelung

Global gibt es zu wenig Gesundheitsfachkräfte. Daraus entwickelt sich eine Kette der Abwerbung und Abwanderung, die an verschiedensten Stellen der Welt immer wieder für Lücken im Personalbestand führt, die die Stabilität der Gesundheitssysteme vor Ort gefährden. Insgesamt herrscht eine Disparität zwischen Ländern mit einem hohen und denjenigen mit einem niedrigen Einkommen, sodass die Notstände in den Gesundheitssystemen drohen, in Länder mit ohnehin schon prekärer Gesundheitsversorgung ausgelagert zu werden. Dies gilt sowohl lokal – auf dem Land herrscht eher ein Mangel, als in der Stadt – als auch global – Menschen aus dem Globalen Süden wandern eher ab in Regionen des Globalen Nordens. Da innerhalb einer vernetzten Welt die Folgen niemals lokal begrenzt bleiben können, rückte die Notwendigkeit einer internationalen Steuerung und Regulierung der Situation immer weiter in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Es lassen sich einige Dilemmata herausarbeiten, die von einem Verhaltenskodex aufgegriffen und beleuchtet werden sollten, sodass sie auch für dies spätere sozialetische Beurteilung von Bedeutung

184 Vgl. Ärzteblatt (Hrsg.): Migranten haben schlechtere Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Berlin 2020, online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96956/Migranten-haben-schlechtere-Arbeitsbedingungen-in-Pflegeberufen> (Stand: 30.06.2021), S. 1.

185 Vgl.: Möller, T.: Deutschlands Umgang mit dem WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal. Eine Analyse der Migration von Pflegekräften zwischen Deutschland und Polen (unveröffentlichte Masterarbeit), Berlin 2019, S. 68.

Ich danke dem Autor Thomas Möller an dieser Stelle herzlich für die Bereitstellung seiner Arbeit und die Erlaubnis, aus dieser zu zitieren.

sein werden. Zunächst sticht bei der Beleuchtung des Themas die Spannung zwischen Herkunftsland und Zielland hervor. Insgesamt herrscht ein Konkurrenzkampf um qualifiziertes Personal. Es wird deutlich, dass die WHO zwar einen kritischen Mangel an Gesundheitspersonal definiert, tatsächlich aber beinahe überall ein Mangel auszumachen ist.

Neben dem internationalen Wettbewerb herrscht eine Spannung zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen Allgemeinwohl, dem Recht auf Gesundheit und dem Recht auf Freizügigkeit. Die Rechte der einzelnen Gesundheitsfachkraft stehen in Bezug zu den Rechten der gesamten Gesellschaft und je nach Situation können diese gegenläufig sein. Dabei geht es nicht darum, diese Rechte gegeneinander auszuspielen, sondern sie miteinander in Einklang zu bringen. Insgesamt zeigt sich, dass Arbeitsmigration im Gesundheitswesen viele Vorteile mit sich bringen kann, aber auch Gefahren birgt. Politisch gilt es, Erstere zu verstärken, insbesondere aber auch, Letztere zu minimieren.