

4. Der WHO-Kodex im Fokus der Prinzipien Christlicher Sozialethik

Nach einer überblicksartigen Beleuchtung der Migration im Gesundheitssektor, sowie der Darstellung des WHO-Verhaltenskodex soll vor diesem Hintergrund eruiert werden, inwieweit der Kodex angemessen und aus sozialetischer Perspektive vertretbar auf die sich ergebenden Probleme eingeht.

Die oben skizzierten Prinzipien Christlicher Sozialethik (vgl. Kap 1.2.2) sollen im Folgenden in Bezug auf Fachkräftemigration im Gesundheitswesen kontextualisiert werden und als Raster über die Inhalte des Kodex der WHO gelegt werden, um zu erarbeiten, inwieweit seine Forderungen diesen Maßstäben entsprechen. So soll eine Bewertung des Kodex aus christlich-sozialetischer Perspektive erfolgen, anhand derer die Stärken des Dokuments, aber auch eventuelle Kritikpunkte und Schwachstellen herausgestellt werden können. Diese Beleuchtung wiederum kann zu möglichen Ergänzungen führen.²⁴¹

4.1 Personalität

Ein Dokument, das die Migration von Gesundheitsfachkräften zu steuern und zu gestalten versucht, sollte die Würde aller Beteiligten hochhalten. Dazu gehören Pflegende und Heilende ebenso wie Ge-

²⁴¹ Im Folgenden beziehen sich, falls keine anderen Erläuterungen angeführt sind, die Bezüge auf die Übersetzung des Kodex: World Health Organisation – WHO (Hrsg.): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Genf 2010. Inoffizielle, von Deutschland, Österreich und der Schweiz genehmigte Übersetzung der englischsprachigen Originalversion, online unter: https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/2012_04_03_WHO-Verhaltenskodex_d____1_.pdf (Stand: 30.06.2021).

pflegte und zu Heilende und dies sowohl in den Herkunfts- als auch in den Zielländern von Migration. Ein Rückblick auf die Schlaglichter zu Migration, Arbeit und Gesundheit aus christlicher Perspektive (vgl. Kap. 1.3 der vorliegenden Arbeit) ist sinnvoll, weil sich aus ihnen Handlungsnotwendigkeiten bezüglich der Wahrung und Achtung der Menschenwürde ergeben. Nimmt man diese Aspekte mit Blick auf die Personalität und die Wahrung der Würde Einzelner wahr und ernst, und legt diese über den Kodex der WHO zur Anwerbung von internationalem Gesundheitspersonal, ergibt sich folgendes Bild:

Die Achtung des Persönlichkeitsprinzips wird insbesondere bei der Betonung des Kodex deutlich:

„Nichts in diesem Kodex ist jedoch so auszulegen, als schränke es die Rechte von Gesundheitsfachkräften ein, im Einklang mit dem geltenden Gesetz in Länder einzuwandern, die sie aufzunehmen und ihnen Arbeit zu geben wünschen“ (Art. 3.5).

Bezogen auf das Prinzip der Personalität ist dies der zentrale Satz des Kodex. Er impliziert, dass man hinter die fundamentalen Rechte der einzelnen Person nicht zurück kann. Alle weiteren Forderungen des Kodex werden vor dem Hintergrund dieser Prämisse formuliert.

Wie bereits angesprochen, erscheinen migrierenden Personen als eine Einheit, die gelenkt und gesteuert wird, sei es politisch oder wirtschaftlich. Menschen werden zu einer Masse, der es zu begegnen gilt, ohne Einzelmotive und -situationen wahrnehmen, oder in Gänze wahrnehmen zu können. Auch Modelle wie das der Push- und Pullfaktoren implizieren dies – bei aller Sinnhaftigkeit und Unterstützung zum Verständnis der Phänomene. Dabei geraten in den Diskursen die dahinterstehenden Personen oftmals in den Hintergrund. Das Prinzip der Personalität kann dabei stets als hilfreiche Kontrollinstanz und als Korrektiv dienen, das immer wieder dazu auffordert, den Menschen in seiner Würde, Freiheit und Verantwortung, unabhängig von ökonomischem Nutzen oder gesellschaftlicher Verwertbarkeit anzuerkennen und ernst zu nehmen. Aus der Einsicht in den unentäußerbaren Besitz von Würde, ergeben sich konkrete Rechte für eine Person. Zentral, für die an die Würde gekoppelten

Rechte, sind die Menschenrechte. Diese erkennen im Artikel 13 ein Recht auf Auswanderung an, wenn es heißt:

„(1) Jeder hat das Recht, sich innerhalb eines Staates frei zu bewegen und seinen Aufenthaltsort frei zu wählen. (2) Jeder hat das Recht, jedes Land, einschließlich seines eigenen, zu verlassen und in sein Land zurückzukehren.“ (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Art. 13).

Ein Recht auf Auswanderung wird also einem jeden Menschen zugesprochen. Ein Recht auf Einwanderung wird dabei allerdings nicht beschrieben. Da im Bereich der Fachkräfte im Gesundheitswesen die Tendenzen einen Mangel darstellen, und Gesellschaften daher Menschen mit Qualifikationen in diesen Bereichen bereitwillig(er) aufnehmen, geht es an dieser Stelle – trotz ethischer Relevanz und vielschichtigen Diskussionen darüber – weniger um das Recht auf Einwanderung. Das Recht auf Auswanderung spielt hingegen eine große Rolle, da es jedem und jeder Einzelnen die Möglichkeit einräumt, sich mit einer hohen beruflichen Qualifikation und damit einhergehenden Kosten seitens des Herkunftslands für eine Auswanderung zu entscheiden. Der Kodex nimmt diese in den Menschenrechten verankerten Regularien ernst. Er fordert sie ein, indem er das Recht, das Herkunftsland zu verlassen, proklamiert (vgl. Art. 3.4). Insbesondere mit Blick auf die Freizügigkeit wird das Personalitätsprinzip in den Werten der Weltgemeinschaft anerkannt und bekräftigt.

Neben dem Recht auf Auswanderung gehen mit dem Personalitätsprinzip weitere Punkte einher, die unerlässlich sind für die Achtung der Menschenwürde einer jeden Person: Im Konkreten zählen hierzu gute und gleichberechtigte Arbeitsbedingungen. Eine Ausbeutung muss in jedem Fall verhindert werden, was mit der Notwendigkeit von fairen, angemessenen und gleichberechtigten Arbeitsbedingungen einhergeht. Diese Aspekte sind insbesondere mit Blick auf marginalisierte Arbeitskräfte in der (häuslichen) Pflege, sowie auf ausbeuterische Verhältnisse in hohem Maße relevant. Die Notwendigkeit eines Schutzes der Person wird im Kodex an verschiedenen Stellen angesprochen. Er mahnt faire und gleichberechtigte Behandlung von migrierenden Gesundheitskräften an und verbietet eine rechtswidrige Unterscheidung zwischen eingewandertem und vor Ort ausgebildetem Gesundheitspersonal (vgl. Art. 3.5), sowie zwi-

schen befristet und unbefristet Angestellten (vgl. Art. 4.7). Die Forderung nach fairer Behandlung gelte für Arbeitsbedingungen, sowie Entgelte. Dabei müssten objektive Kriterien, wie etwa das „Qualifikationsniveau, [die] Berufserfahrung und [der] Grad der beruflichen Verantwortung“ (Art. 4.4) bei der Vertragsaushandlung herangezogen werden. Insgesamt sollen zugewanderten Gesundheitsfachkräften dieselben Rechte und Verpflichtungen zukommen (vgl. Art. 4.5). Eine möglichst transparente Informationsvermittlung soll erfolgen, die notwendig ist, damit Einzelne eine reale Abwägung der Vor- und Nachteile einer Migration vornehmen können (vgl. Art. 4.4).

Damit wird ein weiterer Aspekt angesprochen, der aus sozialetischer Perspektive von Relevanz ist. Nicht nur die Wahrung der Rechte der Person ist entscheidend – sowohl in Bezug auf Freizügigkeit als auch auf Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerrechte – sondern auch die Befähigung zu einer Abwägung und zu überlegten Entscheidungsprozessen. Daher ist ein Recht auf transparente Informationsvermittlung, die es dem und der Einzelnen erlaubt, seine und ihre Entscheidungen wohl informiert treffen zu können, unerlässlich. Erst, wenn die Person über die Umstände der bevorstehenden Auswanderung, der Migration und den Arbeitsbedingungen informiert ist, wird sie in ihrer Personalität geachtet. Anderenfalls drohen Instrumentalisierungen, Lenkungen und Missbräuche, die nicht der Achtung der Personenwürde entsprechen. Auch diesen Aspekt greift der Kodex auf, indem er konstatiert, dass faire Praktiken notwendig seien, um „die Vorzüge und Risiken in Zusammenhang mit angebotenen Arbeitsstellen abzuwägen und [...] Entscheidungen rechtzeitig und mit ausreichendem Kenntnisstand zu treffen“ (Art. 4.3). Bezüglich Gleichberechtigung und Verhinderung von Ausbeutung sind sowohl der Rechtsstaat in der Pflicht, die Gefahren durch eindeutige Gesetze und deren Überwachung zu verringern, als auch die nichtstaatlichen Ebenen, wie die Arbeitgeber:innen, sowie die Vermittlungsagenturen.

Mit einer Migration sind verschiedenste Hindernisse, Risiken und Chancen verbunden. Die Informationsvermittlung diesbezüglich sollte auch im Zielland fortgeführt werden, um die Menschen mit Migrationserfahrung vor Ort zu begleiten, vor ausbeuterischen Verhältnissen zu schützen und Gleichberechtigung zwischen heimischen

und eingewanderten Fachkräften zu garantieren. Auch der aus sozia-
lethischer Perspektive zu fordernde Aspekt der Teilhabe an und
Integration in die Zielgesellschaft bleibt im Kodex nicht unerwähnt.
Einführungs- und Orientierungsprogramme sollen angeboten wer-
den, allerdings insbesondere zum Zweck verbesserter, effektiverer
Arbeit (vgl. Art. 4.6). Aus sozialetischer Perspektive und mit Ach-
tung des Persönlichkeitsprinzips ergibt sich die Notwendigkeit, neben
der beruflichen Integration auch eine gesamtgesellschaftliche Teilha-
be zu ermöglichen und damit eine Reduktion der Person auf ihre
Arbeitskraft zu verhindern. Der Bereich der gesamtgesellschaftlichen
Teilhabe wird im Kodex nicht angesprochen, obwohl er relevant ist
für eine allumfassende Achtung einwandernder Personen. Insofern
darf Teilhabe, beziehungsweise Integration nicht auf den Arbeitsplatz
beschränkt bleiben und es wäre im Kodex eine umfassendere Per-
spektive wünschenswert.

Jede Form von Migration berührt bestehende Familienstrukturen,
sodass über diesen Personenkreis weitere von Arbeitsmigration be-
troffene Personen auszumachen sind. Daher sollte der Kodex auch
diese soziale Vernetztheit ernst nehmen und beispielsweise Familien-
nachzug thematisieren. Dies trägt insofern zu Persönlichkeit migrieren-
der Personen bei, als dass einer Ökonomisierung der Person entge-
gengewirkt wird.

Insgesamt lässt sich mit Blick auf die wandernden Personen, sowie
deren Rechte festhalten, dass diese in den Artikeln des Kodex deut-
lich wahrgenommen und in ihrer Persönlichkeit geschützt werden. Die-
se Haltung wird in den vorderen Artikeln deutlich herausgearbeitet
und zieht sich inhaltlich weiter durch den Kodex. Nachzuschärfen
wäre etwa die Perspektive auf die gesamtgesellschaftliche Integration,
sowie eine Einforderung von Evaluations- und Überwachungsme-
chanismen zur Einhaltung von Gleichstellung.

Die Beleuchtung des Bereiches Arbeit hat einen weiteren Aspekt
hervorgehoben und lässt auch den Blick auf die arbeitenden Gesund-
heitskräfte im Kontext der Persönlichkeit richten. Dabei sind verschie-
dene Seiten zu betrachten, zum einen die Fachkräfte im Herkunftszu-
land anderen die im Zielland. Auch hier droht immer wieder die
Gefahr, Gesundheitsfachkräfte als Mittel zum Zweck wirtschaftlicher

Notwendigkeiten zu betrachten und diese auf ihre Arbeit und Leistungsfähigkeit zu reduzieren. Arbeit als existenzsichernde und sinnstiftende Tätigkeit ist dann gegeben, wenn sie adäquat entlohnt wird, „in Freiheit, Würde und Sicherheit“²⁴², sowie ohne Diskriminierung, Gesundheitsgefährdung oder Zwang ausgeübt werden kann.²⁴³ Die Arbeitsbedingungen spielen eine große Rolle dabei, inwieweit Arbeit im Sinne der Personalität und Achtung der Würde der Gesundheitskräfte ausgeführt werden kann. Eine dünne Personaldecke ist oftmals ein Grund für Überlastung und schlechter bezahlte Überstunden. Daraus folgt, dass der Bereich unattraktiver wird, was das Problem weiter verschärft. Als Gründe dafür hält die Krankenpflegerin Verena Mix fest: „Zu viele Überstunden, zu wenig Anerkennung, die Gefahr, selbst zu erkranken, eine schlechte Ausbildungsqualität und vor allem die Verantwortung für Leben und Tod sind hier nur exemplarisch zu nennen“²⁴⁴. Zeitlicher Druck kann dem Wunsch entgegenstehen, sich dem Patienten oder der Patientin in dem Maße zu widmen, das man für angebracht hält. Dies lässt sich auch an dem hohen Anteil psychischer oder psychosomatischer Krankheiten bei Pflegekräften festmachen.²⁴⁵ Insbesondere im Gesundheitswesen spielen Wertentscheidungen und der Wunsch zu unterstützen, eine herausgehobene Rolle bei der Berufsentscheidung. Gesundheitsfachkräfte können jedoch im Arbeitsleben oftmals ihrem Ethos fürsorglicher Praxis²⁴⁶ nicht mehr gerecht werden. Durch Fachkräftemangel droht die Gefahr von Entpersonalisierung im Gesundheitswesen.

242 Deutsche Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen. Entwicklungschancen und Menschenwürde. Sozialethische Überlegungen – Eine Studie der Sachverständigengruppe „Weltwirtschaft und Sozialethik“, Bonn 2008, S. 46.

243 Vgl. DBK (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen, S. 47.

244 Mix, V.: Unterbesetzt und überarbeitet. Wie es ist, heute Pflegekraft zu sein. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Pflege: Praxis – Geschichte – Politik, Bonn 2020, S. 23.

245 Vgl. Kumbruck, C.: Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke, G./Bleses, P./Ritter, W./Schmidt, S. (Hrsg.): ‚Decent Work‘ Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Festschrift zur Emeritierung von Eva Senghaas-Knobloch, Wiesbaden 2010, S. 188.

246 Vgl. Kumbruck, C.: Menschenwürdige Gestaltung, S. 191.

Aus ethischer Perspektive ist ein gesteigerter Personalbestand unerlässlich. Mit dem Fokus Personalität sind also Aspekte verbunden, die auch in Ländern des Globalen Nordens, eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsbereichen, insbesondere in der Alten- und Krankenpflege, einfordern. Diese Verbesserungen wiederum würden die Berufe attraktiver gestalten, was zu einer höheren Ausbildungsquote und eine dichterem Personaldecke führen würde. Sowohl im Herkunfts- als auch im Zielland sollten diese Aspekte Beachtung finden und in die Maßnahmen von Politik und Wirtschaft einfließen. Insofern ist auch die Personalität der bereits oder weiterhin in einem Land arbeitenden Fachkräfte nicht außer Acht zu lassen. An dieser Stelle sei betont, dass die globale Perspektive in keinem Fall dazu führen darf, die Probleme, die auch in Ländern des Globalen Nordens vorherrschen, zu marginalisieren oder zu diskreditieren. Eine ausführlichere Behandlung dieser Probleme muss jedoch an anderer Stelle vorgenommen werden. Im Kontext der hier angesprochenen Themenfelder ist eine Verhinderung von minderwertigen Standards für eingewanderte Pflegefachkräfte relevant. Der Kodex selbst geht kaum auf die personale Ebene der nicht-migrierenden Gesundheitskräfte ein. Diese ist in seinem Kontext nicht in Gänze abzubilden und müsste zusätzlich ein eigenständiges Thema darstellen. Dennoch erscheint eine Erwähnung dieser Notwendigkeit und der Rechte der arbeitenden Gesundheitsfachkräfte unabdingbar. Die Gleichbehandlung von eingewandertem und heimischem Gesundheitsfachpersonal jedoch wird angesprochen und dessen Dringlichkeit zur Achtung der Person betont.

Die theologische Perspektivierung von Gesundheit bringt weitere Herausforderungen bezüglich des Prinzips der Personalität mit sich. Dabei sind erneut Herkunfts- und Zielland im Fokus. Mit Blick auf das Personalitätsprinzip ist nämlich auch die Würde der Menschen zu beleuchten, die gepflegt oder geheilt werden wollen und müssen. In Zeiten der Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird die Verletzbarkeit, Ohnmacht und Angewiesenheit der Menschen verstärkt deutlich, sowohl nach innen als auch nach außen. In eben solchen Momenten gilt es, die Würde der Einzelnen zu sehen, das leibliche und seelische Wohl zu achten. Dafür ist konkret Zuwendung, Zeit, Ausstattung und persönliche Beziehung vonnöten. Diesbezüglich sind

auch in Ländern des Globalen Nordens oftmals Defizite vorhanden sind. Dies lässt sich im Kern zu großen Teilen auf die „Anwendung der herrschenden Zeitökonomie auf die Pflegesituation“²⁴⁷ zurückführen und ist eng an die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und damit auch an die verfügbare Anzahl von Gesundheits- und vor allem Pflegekräften geknüpft.

Aus den Betrachtungen christlicher Grundlegung der Begriffe Krankheit und Gesundheit zeigt sich auch, dass es sich dabei immer auch um anthropologische Grundkategorien handelt. Mit Krankheit ist also oftmals auch eine radikale Einschränkung von Eigenständigkeit, Selbstverantwortung, sozialem Rückhalt und Lebensqualität insgesamt verbunden. Wenn eine gesunde Existenz notwendige Bedingung dafür ist, sein Leben autonom und in Freiheit und Würde leben zu können, so kann aus den theologischen Reflexionen über Krankheit in Kombination mit dem Personalitätsprinzip ein Recht auf Gesundheit gefolgert werden. Dieses Recht auf Gesundheit ist ebenso wie das Recht auf Auswanderung in internationalen Menschenrechtsverträgen (vgl. Kap. 2.1 der vorliegenden Arbeit), aber auch national festgehalten. Ärztliche Betreuung und gerechte Verteilung medizinischer Versorgung sollen immer garantiert werden. Darüber hinausgehende Leistungen hängen von der wirtschaftlichen Kraft eines Landes ab.²⁴⁸ Aus ethischer Sicht spielen Kriterien der Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Annehmbarkeit und der Qualität der angebotenen Gesundheitsversorgung eine große Rolle, womit Diskriminierungsverbot, Bezahlbarkeit oder Anzahl an Angeboten mit eingeschlossen sind.²⁴⁹ Da diese Aspekte eng mit der Wahrung der Persönlichkeit eines Menschen verknüpft sind, dürfen die Rechte derer, die medizinischer und pflegerischer Versorgung bedürfen, nicht ausgeklammert werden.

Das Recht eines jeden Menschen auf gesundheitliche Versorgung wird im Kodex eingebunden, jedoch vorrangig aus einer gesellschaftlichen Perspektive, sodass dies an anderer Stelle ausführlicher beleuchtet wird (vgl. Kap. 4.2 der vorliegenden Arbeit). Darüber hinaus

247 Kumbrock, C.: Menschenwürdige Gestaltung, S. 187.

248 Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S. 4.

249 Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S. 5f.

geht es ebenso um die Wahrung der Personalität des einzelnen Menschen. Zwar ist das Thema des Kodex die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, er vermittelt jedoch insgesamt eine weite Sicht auf das gesamte Feld. In dem Moment, in dem es nicht mehr ausschließlich um Anwerbepraktiken geht, wird deutlich, dass die Perspektive derjenigen, die medizinischer Versorgung bedürfen, zu wenig aufgegriffen wird.

Der Kodex formuliert Anforderungen an und Rechte von Herkunft- und Zielländer, sowie von einzelnen Gesundheitsfachkräfte. So „sollten sowohl den Gesundheitssystemen der Herkunftsländer als auch denen der Zielländer aus der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften Vorteile entstehen.“ (Art. 5.1). In Kombination damit, dass die „Rechte der Gesundheitsfachkräfte zu schützen“ (Art. 3.2) sind, ergibt sich aus dem Kodex eine Perspektive des dreifachen Wertes einer Migration von Gesundheitsfachkräften. Diese Perspektive zeigte durchaus Wirkkraft. Sie wurde beispielsweise von der deutschen Bundesregierung aufgegriffen im Projekt Triple-Win. Was in dem Kodex jedoch zu großen Teilen vernachlässigt wird, ist eine vierte Perspektive, nämlich die der Patient:innen, sowie der gepflegten Personen, die ebenso von der Migration von Gesundheitsfachkräften tangiert sind. Sie sind insofern nicht aus der Konstellation herauszudenken, als dass sie sowohl von dem Personalschlüssel betroffen sind als auch auf ganz persönlicher Ebene von der, ihnen gegenüberstehenden, Person. Patient:innen und zu Pflegenden sollten letztlich immer Ziel medizinischen Handelns sein. So scheint im Zuge einer Internationalisierung der Bevölkerung eines Landes auch die Internationalisierung des Gesundheitspersonals sinnvoll. Es gilt beispielsweise Sprachbarrieren abzubauen und kulturelle Prägun-gen anzuerkennen und aufzugreifen. Zieht man also das Kriterium der Annehmbarkeit, aber auch der Zugänglichkeit, beispielsweise durch Informationsvermittlung zu medizinischer Versorgung heran, so spielen auch kulturelle Aspekte eine Rolle. „Der Personalbestand sollte an den spezifischen Kontext des jeweiligen Landes angepasst sein. Die Abwanderung des Personals mit dem entsprechenden kulturellen Hintergrund erschwert die Erfüllung dieser Bedingung.“²⁵⁰

250 Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S. 5.

Gleichzeitig erleichtert eine Zuwanderung eben dies in dem Zielland der Migration.

Der Kodex und das aus ihm heraus entstandene Projekt Triple-Win zielt auf „nationales Gemeinwohl, Weltgemeinwohl und Einzelwohl“²⁵¹. Es scheint insofern ein hilfreiches und sinnhaftes Konzept zu sein, dass sich in vielen Sparten der Wirtschaft etabliert hat. Anwerbung von Menschen im IT-Bereich beispielsweise, lässt sich gut auf diese drei Pole hin orientieren. Dies wird jedoch nicht der besonderen Stellung des Gesundheitswesens gerecht, das sich nicht auf eine reine Ökonomisierung oder Produktion von Leistung und Wertschöpfung reduzieren lässt. Im Zentrum steht hierbei nicht eine materielle oder ideelle Produktion, sondern ein Mensch, der Pflege, Heilung und Zuwendung bedarf. In der konkreten Umsetzung scheint das Einzelwohl der Patient:innen jedoch kaum bedacht. In der Zuordnung zu einer Gesellschaft wird die Persönlichkeit der einzelnen Person zu sehr subsumiert und insgesamt wenig beleuchtet. Anstatt einer Perspektivierung zwischen Herkunftsland, Zielland und wandernder Gesundheitsfachkraft, sollte zudem auch die Perspektive der Patient:innen ins Blickfeld rücken, da eben diese vulnerablen Personen Grenzerfahrungen machen, sich meist in einer ungewollten Extremsituation in ihrem Leben befinden und somit besonders im Fokus ethischer Überlegungen stehen. Statt eines dreifachen Gewinns sollte der Blick erweitert werden hin zu einem vierfachen Gewinn.

Es ist also festzuhalten, dass im globalen Gesundheitswesen viele Situationen und Kontexte das Potential und die Gefahr mit sich bringen, die Würde der zu Pflegenden, aber auch der Pflegenden und Gesundheitsfachkräfte zu verletzen, auch weil die Situation von Krankheit und Pflegebedürftigkeit stark mit dem Verlust von Autonomie verknüpft ist.²⁵² Will man verhindern, dass die Würde einer Person, beispielsweise einer Pflegekraft, gegen die einer anderen Per-

251 Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S. 81.

252 Vgl. Krampen, R.: Pflegeprozesse partizipativ gestalten – Ideen zum pflegerischen Umgang mit Diversität. In: Bonacker, M./Geiger, G. (Hrsg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern, Berlin/Heidelberg 2021, S. 128f.

son, beispielsweise einer zu pflegenden, aufgewogen wird und somit die Personhaftigkeit und Würde aller Beteiligten ernst genommen wird, gilt es systemische Veränderungen vorzunehmen. Die Wahrung der Würde kann dann erfolgen, wenn auf allen Seiten mehr Personal eingebettet wird, was bessere Arbeitsbedingungen und Entlohnungen unerlässlich macht. Im momentanen System globaler Gesundheitsversorgung können die Umstände der Personallage der Betroffenen oftmals nicht gerecht werden. Wenn nun aber ein Verhaltenskodex ethische Anwerbung proklamiert, so ist es wichtig, dass auch dieser Bereich darin aufgenommen wird.

4.2 Solidarität

Der Aspekt der Solidarität bringt verschiedenste Implikationen im Kontext der Arbeitsmigration im Gesundheitswesen mit sich. Der Gesundheitsstandard eines Staates hat immer Auswirkungen auf die ganze Gesellschaft, insofern er für sozialen Frieden sorgt und Grundbedürfnisse der Menschen abdeckt. Allerdings ist auch der Begriff der Gesellschaft nicht ausschließlich lokal, beziehungsweise national zu denken. Es gilt nochmal zu betonen, dass eine hochwertige Gesundheitsversorgung im Sinne der Weltgemeinschaft ist.²⁵³ Globale gute Gesundheitsversorgung stärkt alle Regionen, verbessert die Lebensbedingungen vor Ort und hat damit die Möglichkeit, zu sozialer Gerechtigkeit, Ausgleich und Stabilität beizutragen. Da der Mangel an Personal ein treibender Faktor in Fragen der Migration ist und oftmals eine Bekämpfung von Fluchtursachen als sinnvollste und nachhaltigste Strategie zur Reaktion auf steigende Zahlen Flüchtender weltweit angesehen wird, kann eine qualitative Gesundheitsversorgung einen großen Teil zur globalen Stabilität beitragen. Von weltweit gut ausgebauten Gesundheitssystemen profitieren alle, indem ein verbesserter Informationsaustausch etabliert werden kann. Bessere Forschung und Kommunikation, sowie validierte Zahlen und Statistiken, beispielsweise hinsichtlich der Corona-Pandemie dienen der Weltgesellschaft.

253 Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S. 7.

Mit der Corona-Pandemie ist gleichzeitig ein weiterer Faktor angesprochen, nämlich die globale Vernetztheit, die auch auf Gesundheitsfragen Auswirkungen hat. In dem Maße, in dem Krankheiten oder Pandemieausbrüche nicht mehr als rein lokale Phänomene angesehen werden können, sondern sich rasch überall in der Welt verbreiten können, sind stabile globale Gesundheitssysteme zwingend notwendig. Dass Pandemien eines solchen Ausmaßes nicht national bekämpft werden können, zeigen Corona-Mutationen. Diese lassen sich nicht – wie vermeintlich andere Probleme – aus den Ländern des Globalen Nordens heraushalten.

Der Begriff von Solidarität innerhalb der Weltgemeinschaft schwingt im Kodex stets mit. Die Bedeutung von Gesundheit und einem ausreichenden Personalbestand, zur Erlangung eben dieser, wird in der Präambel angesprochen. Die WHO ist

„in tiefer Sorge, dass der gravierende Mangel an Gesundheitsfachkräften [...] eine wesentliche Bedrohung für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens darstellt und die Fähigkeit dieser Länder, die Millenniums-Entwicklungsziele sowie sonstige international vereinbarte Entwicklungsziele zu erreichen, untergräbt“ (Präambel).

Gesundheit trägt zur gesamten humanitären Entwicklung und ganzheitlichen Förderung, sowie zur Verringerung von Unrecht, Ungleichverteilung und Armut bei. Zudem sei „die Gesundheit aller Menschen [...] grundlegend für die Verwirklichung von Frieden und Sicherheit“ (Art. 3.1). Mit dieser Aussage konstatiert der Kodex gleichzeitig seine eigene Notwendigkeit und Bedeutung. Die Anerkennung, dass globale Gesundheit auch globaler Solidarität und gemeinsamer Anstrengung bedarf, erfordert es, dass eben diese in eine Form gebracht und gelenkt wird, beispielsweise durch internationale Über-einkünfte.

Die sozialetischen Überlegungen zu Fragen der Solidarität haben gezeigt, dass Solidarität als das definiert werden kann, was eine Gemeinschaft zusammenhält. Wie zuvor beschrieben, gründet die Notwendigkeit von Solidarität auch in der Differenzierung der Gesellschaft und damit in der gegenseitigen Abhängigkeit und dem Aufeinander-Angewiesen sein. Zugrunde liegt die Erkenntnis, dass Menschen zwar autonom, aber niemals vollkommen autark in dem Sinne leben können, als dass sie nicht auf ihre Mitmenschen und

ihre Mitwelt angewiesen wären. Die daraus resultierende Sorge umeinander ist zunächst bilateral veranlagt. Doch sie ist auch gerichtet, insofern einzelne Personen oder Gruppen in bestimmten Bereichen mehr Ressourcen haben, als andere. Aus christlich-ethischem Verständnis heraus muss daher eine Solidarisierung mit Personen und Gruppen erfolgen, denen beispielsweise nicht dieselben und weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Dabei ist es wichtig, dass es sich in diesem Falle um eine Con-Solidarität handeln sollte, die das Gegenüber ernst nimmt und die auf Augenhöhe begegnet, keine – wie es lange Zeit üblich war – Pro-Solidarität, die paternalistisch und bevormundend-mildtätig gedeutet werden könnte.²⁵⁴

Dieser Aspekt der Solidarität mit denjenigen, die innerhalb eines Systems marginalisiert sind, spielt auch eine Rolle bei der Frage nach Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften. Aus den zuvor erfolgten Betrachtungen ergibt sich eine recht eindeutige Marginalisierung der Länder des Globalen Südens. So zeigt sich global eine erhebliche Ungleichverteilung von Gesundheitspersonal, aber auch von medizinischer Ausstattung und Versorgung insgesamt. Die Gefährdung liegt insbesondere bei denjenigen Ländern, denen es schwerfällt, Gesundheitspersonal auszubilden, zu halten oder anzuwerben.²⁵⁵ Hinzu kommt die Ungleichverteilung von Gesundheitspotential und Krankheitslast innerhalb der Bevölkerung, die angesprochen wurde (vgl. Kap. 2.3.1 der vorliegenden Arbeit). Aus eben dieser ungleich verteilten Gefahrenlage, die sich aus schlecht zu rekrutierendem Gesundheitspersonal und ungünstigen gesellschaftlichen Bedingungen bezüglich Gesundheitsfaktoren und somit erhöhter Krankheitslast ergibt, ist aus ethischer Sicht die Position der Länder des Globalen Südens in jedem Fall zu stärken. Theologisch ist dies eng geknüpft an die Option für die Armen. Diese Aspekte verstärken die Forderung nach einer Solidarisierung mit Ländern des Globalen Südens, die schwer durch den Mangel an Gesundheitskräften belastet sind. Notwendig ist also, im Sinne der Geschwisterlichkeit und der Option für die Armen, eine gegenseitige Solidarität unter den einzelnen Mitgliedsstaaten, die die Unterschiede zwischen ihnen und die daraus

254 Vgl. Vogt, M.: Grammatik der Solidarität, S. 103.

255 Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S. 6.

resultierenden Herausforderungen ernst nimmt. Das Prinzip der Solidarität verbietet es, ausschließlich im Sinne nationaler Interessen zu handeln und die Situationen in den weiteren Mitgliedsstaaten zu missachten.

Diese Hinwendung zu den am schwersten betroffenen und am wenigsten zur Selbsthilfe fähigen Ländern wird ausdrücklich angesprochen. So betont der WHO-Kodex etwa, dass „ein besonderer Schwerpunkt der Lage in Entwicklungsländern gilt“ (Art. 1.4). Diese Feststellung wird dem Kodex vorangestellt, sodass sie – ähnlich auch der Garantie von Freizügigkeit – eine Grundlage für die weiteren Forderungen des Kodex bildet. In Artikel 3.3 wird die Lage der Länder des Globalen Südens erneut angesprochen und entwickelte Länder aufgefordert, im „grösstmöglichen Umfang technische und finanzielle Hilfe für Entwicklungs- und Schwellenländer“ (Art. 3.3) zu leisten. Dies scheint insofern weiter ausbaufähig, als dass – bei aller berechtigten Kritik an klassischer Entwicklungshilfe – auch im Jahr 2016 weniger als sieben Prozent der Gelder der Official Development Assistance (ODA) in den Bereich des Gesundheitswesens flossen,²⁵⁶ wodurch die geringe Beachtung des Bereichs im Fokus der Weltgemeinschaft deutlich wird. Insgesamt werden die weltweiten Gesundheitssysteme also kaum von Staaten des Globalen Nordens gestützt. Im Kodex werden weiterreichende Maßnahmen genannt, die über rein finanzielle Hilfen hinausgehen und dem entgegenwirken sollen. Dazu gehören

„beispielsweise die Bereitstellung von effektiver und geeigneter technischer Hilfe, Unterstützung bei der Bindung der Gesundheitsfachkräfte ans Heimatland, die soziale und berufliche Anerkennung dieser Fachkräfte, Unterstützung für eine Ausbildung in Herkunftsländern, die dem Krankheitsprofil solcher Länder entspricht, Partnerschaften zwischen Gesundheitseinrichtungen, Unterstützung bei der Kapazitätsbildung für die Entwicklung geeigneter Regulierungsrahmen, Weiterbildungsmöglichkeiten, Transfer von Technologie und Fachwissen sowie Unterstützung bei der vorübergehenden oder dauerhaften Rückkehr ins Heimatland“ (Art. 5.2).

Dieses Maßnahmenpaket umfasst verschiedenste Bereiche und geht über finanzielle Unterstützung hinaus. Allerdings wird damit der

²⁵⁶ Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 13.

Konflikt von Eigeninteressen eines akquirierenden Staates – nämlich Anwerbung von Gesundheitspersonal – mit den Interessen des anderen Staates – nämlich Bindung und Bewahrung des eigenen Personalstammes – nicht aufgelöst und in Einklang gebracht, wie es zu wünschen wäre. Vielmehr werden hier die Interessen einander gegenüber gestellt. Staaten werden aufgefordert, andere Staaten bei der Bindung des Personals zu unterstützen, während sie an gleicher Stelle Personal abwerben oder abwerben wollen. So bleibt mit Blick auf die Solidarität zwischen den Nationen festzuhalten, dass die Grundorientierung in jedem Fall klargestellt und ethisch dem Prinzip der Solidarität angemessen ist. Dennoch bleiben die Forderungen insgesamt uneindeutig. Wenn sich die Qualität von Gesundheitssystemen aus Personalbestand, technischer Ausstattung und finanzieller Ressourcen zusammensetzt und Länder des Globalen Südens Geld und Technik liefern, gleichzeitig aber Personal abziehen, wirkt die Unterstützung nur partiell.

Auch ökonomische Aspekte spielen bei der Solidarisierung mit anderen Staaten eine Rolle: Ausbildungskosten, die sich nicht rentieren, oder eine damit einhergehende schlechtere Versorgung von Kranken und Pflegebedürftigen. Es entstehen hohe Kosten – materiell und immateriell – mit einem Ausscheiden von Gesundheitsfachpersonal aus einem nationalen Gesundheitssystem. So schätzt eine Studie beispielsweise die Verluste für Südafrika auf etwa 1,41 Milliarden US-Dollar und attestiert Großbritannien auf der anderen Seite 2,7 Milliarden US-Dollar an Kosteneinsparungen.²⁵⁷ Einwanderungsgewinne für Südafrika und Auswanderungskosten für Großbritannien müssen allerdings mitgedacht werden. Diese ökonomische Belastung wird nicht von staatlicher Seite ausgeglichen. Es wurde gezeigt, dass Rücküberweisungen ein erhebliches Ausmaß annehmen und damit die Herkunftsstaaten unterstützen. Allerdings lässt sich ökonomisch dadurch keine Solidarität zwischen den Staaten ausmachen. Vielmehr werden dadurch diejenigen Gesundheitskräfte weiter belastet, die auch in den Zielländern weiterhin Marginalisierungen ausgesetzt sind. Zudem sind Rücküberweisungen meist zum Nutzen der Familien und dienen so einer akuten Armutslinderung. Strukturelle Pro-

257 Vgl. Brugh, R./Crowe, S.: *Relevance and Effectiveness*, S. 335.

bleme – auch innerhalb der Gesundheitssysteme – werden dadurch jedoch kaum bearbeitet oder gelöst. Insofern können Rücküberweisungen keinen adäquaten Ausgleich zu den Verlusten durch die Abwanderung darstellen. Daher sollten auch ökonomische Modelle der Solidarität implementiert werden, die über die Forderung des Kodex nach „technische[r] und finanzielle[r] Hilfe für Entwicklungs- und Schwellenländer“ (Art. 3.3) hinausgehen, beziehungsweise diese in Bahnen lenken und quantifizieren. Dabei sollten etwa Ausgleichszahlungen erneut in den Blick genommen werden.

Neben der Unterstützung von sogenannten Entwicklungsländern, ist ein weiteres Element beinahe noch entscheidender bei der Frage nach Solidarität in der Weltgemeinschaft. Diese Unterstützung wird nämlich erst dadurch notwendig, dass diese Länder in vielen Bereichen schlechter gestellt sind. Diese Schlechterstellung basiert – ohne die historische Entwicklung an dieser Stelle vollkommen in den Blick nehmen zu können und auch ohne diese überstrapazieren zu wollen – in einigen Bereichen auf dem betriebenen Kolonialismus und postkolonialen Strukturen. Sie ist also unter anderem durch Handeln der Länder des Globalen Nordens hervorgerufen worden. Ausbeutung von Rohstoffen und Arbeitskräften, Fremdbestimmung und -regierung, das Kleinhalten selbstständiger Entwicklungen und kulturellen Lebens, starke Regulierung und die Förderungen von Abhängigkeiten sind hier nur beispielhaft zu nennen. Formen der Ausbeutung weniger reicher Länder müssen heute unterbunden werden. Auch wenn die Formen sich heute massiv verändert haben, so kann die Akquirierung von Gesundheitsfachpersonal in einigen Regionen der Welt auch heute noch zu einem Ausbluten dieser Gesellschaftsbereiche führen, die in Folge die gesamten Lebensverhältnisse vor Ort verschlechtern. Um dies zu verhindern hat der Kodex eine Art Sperre eingebaut, die eine Verfestigung ungleicher Verhältnisse und humanitären Not entgegenwirken soll. In der Wahrnehmung des Kodex ist einer der herausstechenden Punkte der, dass der Kodex eine Anwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel an Fachpersonal untersagt. Dieser wird in Artikel 5.2 formuliert: „Mitgliedsstaaten sollten die aktive Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern mit einem entsprechenden Personalnotstand unterbinden.“ Dieser sehr zentrale Satz des Kodex ist eine der wenigen

klar formulierten Tabus, die sich aus ihm ergeben. Zudem ist er wohl einer der Punkte, die am stärksten in nationales Recht umgewandelt wurden, wohl auch beeinflusst durch seine Konkretion durch die WHO-Liste aus dem Jahr 2006. Gleichzeitig impliziert der Satz des kritischen Mangels, dass auch über diese 57 Länder hinaus Mangel herrscht, auch wenn er weniger kritisch sein mag. Mit Blick auf die Solidarität mit Ländern in Not- oder Mangelsituationen scheint die Forderung des Kodex daher nicht auszureichen und nicht radikal genug zu sein. Vielmehr scheint eine Umkehr dieses Prinzips aus sozialetischer Sicht sinnvoll: Aktive Anwerbung dürfte nur noch in denjenigen Ländern betrieben werden, in denen kein Mangel herrscht.

Weitere Aspekte spielen im Komplex der Solidarität eine Rolle: Da Gesundheitspersonal ein entscheidender Faktor ist, sollte diese Ungleichverteilung bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften bedacht werden. Da eine simple Umkehrung der Migrationsbewegungen weder ökonomisch noch menschenrechtlich denkbar ist, sollten andere Maßnahmen in Erwägung gezogen werden. Wissend um die weit prekärere Situation in vielen Ländern des Globalen Südens scheinen etwa Austauschprogramme oder zeitlich begrenzte Anwerbungen sinnvoll. Personen, die etwa von vornherein für beispielsweise fünf Jahre nach Deutschland kommen, um anschließend wieder in ihrem Heimatland zu praktizieren, erfüllen solidarische Ansprüche ihres Herkunftslandes, indem sie Wissen, Erfahrung und eventuell weitere Qualifikationen mit zurückbringen. Die Potentiale des Konzepts zirkulärer Arbeitsmigration hat auch die EU erkannt, die versucht, diese auf bilateraler Ebene insbesondere mit Staaten aus Afrika oder den Mittelmeerstaaten zu verstetigen, auch wenn diese Konkretisierung einige sozialetische Probleme aufwerfen.²⁵⁸ Diese Aspekte sollten bei der Etablierung eines Systems zirkulärer Migration stets mitgedacht werden.

Mit Achtung des Prinzips der Personalität darf in keinsten Weise die freie Entscheidung einer Person missachtet werden. Rückkehrmotivationen und -hindernisse sind nicht aus dem Blick zu lassen. Erstere finden sich beispielsweise in einer angemessenen Arbeitsstelle,

²⁵⁸ Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S. 88ff.

sozialer Absicherung, Bildungschancen für die eigenen Kinder oder politischer Sicherheit. Letztere ergeben sich beispielsweise in einer neuen Verwurzelung im Zielland.²⁵⁹ So spielen die Entwicklungen und Situationen im Herkunfts- und im Zielland weiterhin eine große Rolle²⁶⁰, ebenso wie die individuelle Entscheidung und Flexibilität. Programme zirkulärer Migration müssen daher stets auf freiwilliger Basis und mit großer Flexibilität gestaltet werden und dürfen nicht durch befristete Beschäftigungsverträge und abschiebungsartige Verhältnisse zu unsicheren Lebensbedingungen führen. Eine wohl informierte Entscheidung der migrierenden Person ist unerlässlich.

Ein weiterer bedenkenswerter Aspekt ist die Dauer eines Integrationsprozesses, die – auch aufgrund der komplexen fachlichen und persönlichen Herausforderung im Gesundheitsbereich – auf mindestens drei Jahre geschätzt wird. Eine zeitweise Migration erfordert also eine gewisse Mindestdauer, die auch die Möglichkeit mit sich bringt,²⁶¹ an der Gesellschaft teilzuhaben. Teilhabe erhöht zugleich die Wahrscheinlichkeit, Netzwerke und Beziehungen aufzubauen. Diese wiederum können eine Rückkehr in das Heimatland unattraktiver erscheinen lassen. So zeigt sich schon bei dieser kurzen Beleuchtung, dass zirkuläre Migration durchaus sinnvoll sein kann, aber auch viele Gefahren mit sich bringt, insbesondere mit Blick auf die Wahrung der Person, ihrer Entscheidungen und Wahlfreiheit.

Der WHO-Kodex nimmt die Potentiale zirkulärer Migration aus solidarischer Perspektive wahr und erkennt positive Aspekte an. Daher wird gefordert: „Die Mitgliedstaaten sollten eine zirkuläre Migration der Gesundheitsfachkräfte ermöglichen, so dass erworbene Kenntnisse und Fertigkeiten sowohl den Herkunfts- als auch den Zielländern zugute kommen“ (Art. 3.8). Sie sollten „den Wert anerkennen, den ein internationaler Austausch von Fachkräften sowie Arbeits- und Ausbildungsmöglichkeiten im Ausland sowohl für ihre

259 Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S. 86.

260 Vgl. Lévy-Tödter, M.: Impact der globalen Ärztemigration, S. 239.

261 Vgl. Lévy-Tödter, M.: Impact der globalen Ärztemigration auf die Agenda 2030 – Herausforderungen bei der Definition von Messinstrumenten und ethischen Kriterien. In: Herlyn, E./Lévy-Tödter, M. (Hrsg.): Die Agenda 2030 als Magisches Vieleck der Nachhaltigkeit. Systematische Perspektiven, Wiesbaden 2020, S. 239.

Gesundheitssysteme als auch für die Gesundheitsfachkräfte selbst mit sich bringt“ (Art. 5.3).

Allerdings werden keine ethischen Standards definiert, ohne die die Forderung nach zirkulärer Migration rasch in das Gegenteil umschlagen kann. Ohne sie droht die Gefahr, dass zirkuläre Migration nicht mehr die Verhältnisse für den und die Einzelne, sowie für gesamte Gesellschaften verbessert, sondern vielmehr verschlimmert. Die Extreme ausbeuterischer zirkulärer Migration lassen sich beispielsweise in der Lebensmittelindustrie oder in bestimmten Bereichen häuslicher Pflege ausmachen. Aus der einseitigen Forderung des Kodex kann ohne weitergehende Regulierung eine Vernachlässigung des Prinzips der Personalität zugunsten der Solidarität unter den Staaten folgen. Diese Entwicklung ist – auch hinsichtlich der Ordnung der Prinzipien – keineswegs hinnehmbar, sodass der Kodex zumindest eine ethisch vertretbare Gestaltung zirkulärer Migration fordern sollte. Zwar ist dies in der Grundhaltung, die im Kodex vermittelt wird, prinzipiell impliziert, allerdings werden potentielle Gefahren nicht bewusst gemacht oder ihnen vorgebeugt.

Nimmt man den Begriff *Solidarität* in seinem ursprünglichen Sinne als „gesamtschuldnerische Haftung“ in der jeder und jede Einzelne für die Gesamtschuld und die Gesellschaft für die Schuld jedes und jeder Einzelnen einzustehen haben,²⁶² folgt daraus nicht nur eine Solidarität innerhalb der Staatengemeinschaft. Vielmehr wird deutlich, dass Einzelne sich ihrer Verantwortung dem Gesundheitssystem und damit der Gesellschaft gegenüber bewusst sein sollten. Insofern ist die Arbeitskraft auch sozialpflichtig. Die Krankenlast einer Gesellschaft liegt neben der systemischen und institutionellen Gestaltung auch auf den Schultern derjenigen, die im Gesundheitssystem arbeiten.

Auch der WHO-Verhaltenskodex spricht diesen Aspekt der Solidarität von Gesundheitsfachkräften mit den Gesellschaften, aus denen sie stammen, an. Wissend um die Verantwortung, die Gesundheitsfachkräfte ihrem Land gegenüber tragen, wird im Kodex der WHO deren besondere Rolle für die nationalen Gesundheitssysteme darge-

262 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 107f.

legt und Solidarität erbeten. So betont der Kodex in Artikel 4.2 die „besondere[...] gesetzliche[...] Verantwortung der Gesundheitsfachkräfte gegenüber dem Gesundheitswesen ihres Heimatlandes“. Insofern lässt der Kodex diese Perspektive nicht aus dem Blick, ist sich gleichzeitig aber auch den vielen damit einhergehenden Einschränkungen (s.o.) bewusst. Diese Ambivalenz wird deutlich, wenn an anderer Stelle festgehalten wird: „Nichts in diesem Kodex ist jedoch so auszulegen, als schränke es die Rechte von Gesundheitsfachkräften ein, [...] in Länder einzuwandern, die sie aufzunehmen und ihnen Arbeit zu geben wünschen“ (Art. 3.4).

Der Solidarität der und des Einzelnen mit der Herkunftsgesellschaft steht gegenüber, dass der Staat und das Gesundheitssystem eventuell nicht in der Lage waren, Personenrechte innerhalb des Systems zu garantieren. Unwürdige Arbeits- und Lebensbedingungen oder Löhne, die nicht oder kaum zum Leben reichen, können es erschweren, den gesellschaftlichen Pflichten, denen sich Gesundheitsfachkräfte gegenübersehen, gerecht zu werden. Hinzu kommt, dass die migrierenden Gesundheitskräfte dies meist tun, um ihre Arbeitskraft in anderen Gesellschaften einzusetzen, in denen vermutlich auch Mangel an Gesundheitspersonal herrscht. Mit ihrer Arbeitskraft wollen und müssen sie oft zusätzlich ihre Familien unterstützen. Angesichts dieser Überlegungen sollte an die Verantwortlichkeit und die Solidarität des und der Einzelnen der Gesellschaft gegenüber appelliert werden. Dieser Forderung steht aber das Recht auf Freizügigkeit, die erschwerten Bedingungen in der Ausübung, sowie die lokale Verschiebung der gesellschaftlichen Verantwortung gegenüber. Diesem Verständnis wird der Kodex gerecht.

Aus dem Prinzip der Solidarität heraus lassen sich also verschiedene Forderungen und Sinnlinien bezüglich der Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften ausmachen. Zunächst muss der Blick in aller erster Linie auf die am schwersten unterversorgten Länder gerichtet werden. Eine absolute Hinwendung zu den betroffenen Gruppen kann unterschiedlich gestaltet werden. Dies sind zum einen Menschen, die von Krankheit und Behinderung betroffen sind, die auf Unterstützung aus der Gesellschaft angewiesen sind. Insofern muss ein Mindestmaß an gesundheitlicher Versorgung überall auf der Welt gesichert werden. Solange dies nicht der Fall ist, sollte ein geographi-

scher Ausgleich von Fachkräften in Betracht gezogen werden. Zum anderen sind neben den einzelnen Erkrankten und Unterstützungsbedürftigen auch ganze Gesellschaften im Blick solidarischer Forderungen, ebenso wie das Gesundheitspersonal. Bestimmte Formen der Anwerbung, Hinwendung zu den am stärksten Betroffenen, bei Achtung der speziellen Situation von Gesellschaften sind somit wichtige Forderungen, die sich aus dem Prinzip der Solidarität ergeben.

4.3 Subsidiarität

Das Prinzip der Subsidiarität sollte insgesamt so gestaltet sein, dass es das Prinzip der Solidarität vertieft und verstärkt und mit ihm gemeinsam auf das Prinzip der Personalität abzielt.²⁶³

Mit Blick auf diesen Komplex ist zunächst die Form des Kodex selbst anzusprechen. Internationale Dokumente dieser Art zielen auf einen Dialog der Staaten auf Augenhöhe. Die Existenz des Kodex selbst ist bereits Ausdruck politischer Subsidiarität. Angesichts der Tatsache, dass die Migration von Gesundheitsfachkräften seit Jahrzehnten verschiedene Probleme aufwirft, Disparitäten aber nicht abgemildert, sondern vielmehr verschärft werden und einseitige Lösungsversuche nicht in der Lage zu sein scheinen, diese Entwicklung aufzuhalten, ist der WHO-Verhaltenskodex Zeugnis dafür, dass die Weltgemeinschaft gewillt ist, Lösungserarbeitung auf eine neue Ebene zu heben. Zum Prinzip der Subsidiarität gehört es, Probleme, die von einem kleineren, untergeordneten Gemeinwesen nicht gelöst werden können, auf höherer Ebene zu betrachten und deren Lösung zu organisieren, um wiederum Unterstützung leisten zu können. Eben dies geschieht im Kodex, der auf Ebene der Staatengemeinschaft entwickelt wurde und den einzelnen Staaten Leitlinien und Richtwerte an die Hand gibt, die insgesamt zu einer Verbesserung der Lage beitragen sollen. Insofern ist der Kodex selber Ausdruck von Subsidiarität und zeugt von einer Bewusstwerdung internationaler Vernetztheit auch in Bezug auf gesundheitliche Aspekte.

²⁶³ Vgl. Vogt, M.: Grammatik der Solidarität, S. 105.

Neben dieser übergeordneten Ebene wird im Kodex versucht, inhaltlich verschiedene Ebenen miteinander in Relation zu setzen. So wird in der Präambel festgehalten, dass der Kodex einen „wesentlichen Bestandteil einer bilateralen, nationalen, regionalen und globalen Reaktion auf die Herausforderung der Migration dieser Arbeitskräfte und für die Stärkung der Gesundheitswesen darstellen soll“ (Präambel). Um dies leisten zu können, soll es als „Bezugsdokument“ und „Richtschnur“ (Art. 1) dienen, um die unteren Ebenen zu unterstützen und gleichzeitig „internationalen Gedankenaustausch“ (Art. 1) zu erleichtern und zu fördern. Damit sind drei von vier Zielen des Kodex, die in Artikel 1 genannt werden, dem sozialetischen Bereich der Subsidiarität zuzuordnen. Diese starke Gewichtung wird mit Blick auf die Artikel sechs bis zehn deutlich. In diesen werden von Datensammlung und Forschung, über Überwachung der Implementierung und Einhaltung des Kodex bis hin zu partnerschaftlicher Zusammenarbeit verschiedenste Aspekte genannt, die subsidiären Charakter aufweisen. Damit nehmen diese Aspekte etwa die Hälfte des gesamten Textbestands ein.

Zwei verschiedene subsidiäre Forderungen werden mit diesen Aspekten abgedeckt. Zum einen verweist der Kodex einige Aufgaben an die Mitgliedsstaaten der WHO oder an untergeordnete Stellen zurück. Beispielsweise sollen Forschungen vorangetrieben und Überwachungssysteme implementiert werden. Zum anderen werden Unterstützungsmaßnahmen der WHO angemahnt, die beispielsweise Datenbanken und Verzeichnisse bereitstellen soll (vgl. Art. 6.4 und Art. 7.4). Dadurch werden Zuständigkeitsbereiche abgesteckt und zugeordnet. Innerhalb eines vielschichtigen Gesellschaftssystems und vielschichtigen Problemkomplexes ist dies erforderlich, damit anpassungsfähige Lösungen entwickelt werden können. Aus christlich-ethischer Sicht, aber auch aus praktischen Gründen ist diese Form der subsidiären Aufgabenverteilung notwendig. Im Zuge der inhaltlichen Annäherung an den Themenkomplex der Arbeitsmigration im Gesundheitswesen hat sich deutlich gezeigt, dass kein eindimensionaler Umgang mit den Herausforderungen möglich ist: Viele Interessensbereiche werden berührt und verschiedenste Dilemmata lassen sich ausmachen, die nicht universal aufzulösen sind. Zudem deuten sich große geographische Unterschiede in Ausstattung und Umgang

an und die Datenlage wandelt sich aufgrund verschiedenster Faktoren kontinuierlich. All dies führt zu der Notwendigkeit, dass Akteure mit jeweiligem schwerpunktmäßigem Sachverstand und Wissen um die jeweiligen geographischen und kulturellen Bedingungen und Prozesse agieren können. Menschen vor Ort und in den jeweiligen Sparten können die Entscheidungen und Regularien mittragen. Möglichst kleine gesellschaftliche Einheiten sollten Zuständigkeiten zugeteilt bekommen, um einen problemnahen Umgang zu ermöglichen. Dies wird national und international durch die subsidiäre Verfasstheit des Kodex ermöglicht, strukturiert und gelenkt, indem der Kodex formuliert, es sollten Maßnahmen getroffen werden, die auf die „Koordinierung zwischen allen Beteiligten abzielen“ (Art. 5.6). Aus sozialetischer Perspektive sind diese Aspekte relevant, da sie ermöglichen, dass verschiedene Verantwortungsebenen in den Blick geraten, die in dem Prozess globaler Migration von Gesundheitsfachkräften beteiligt sind.

Neben dieser vertikalen Gliederung und Zuweisungen, werden in diesen Artikeln Formen der Zusammenarbeit angemahnt und gefördert. Dies entspricht der zuvor angesprochenen horizontalen Dimension von Subsidiarität (vgl. Kap. 1.2.2 der vorliegenden Arbeit). Der Kodex möchte Plattformen des Austausches und der Vernetzung zwischen den einzelnen Mitgliedsstaaten, aber auch zwischen anderen Interessengruppen, wie Anwerbe-Agenturen und arbeitgebenden Institutionen initiieren und institutionalisieren, um Interessen und Informationen zu vermitteln. Insofern wird Subsidiarität nicht nur als hierarchisch strukturgebendes Prinzip verstanden, sondern auch als ein Kooperationsprinzip.²⁶⁴

Um Missstände, Missverständnisse oder Missbrauch zu verhindern, ist eine vertikale Aufgabenzuteilung und inhaltliche Klarheit notwendig. Im Kodex finden sich einige Ungenauigkeiten, die es auszubessern gilt. So wird beispielsweise der Begriff der „Internationalen Anwerbung“ nicht definiert.²⁶⁵ Dies lässt eine Lücke zu verschiedensten Interpretationen und bietet Angriffspunkte für Kritik an dem Kodex. Die Grenzen zwischen aktiver und passiver Anwerbung verschwim-

264 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 114f.

265 Vgl. Tankwanchi, A.B.S.: WHO Global Code, S. e390.

men, wodurch sich große Spielräume eröffnen.²⁶⁶ Diese begriffliche Unschärfe gilt es im Sinne der Transparenz und Handhabbarkeit, die es für sinnvolle Subsidiarität bedarf, abzumildern.

Mit Blick auf die Subsidiarität lässt sich also herausstellen, dass der Kodex als solcher bereits Ausdruck eben dieser ist, sie aber auch inhaltlich aufgreift, indem er Verantwortungszuschreibungen vornimmt und Vernetzung fördert und fordert. Auch wenn diese Aspekte einen verhältnismäßig großen Teil des Kodex einnehmen, dabei augenscheinlich wenig Aussagen über die zu Grunde liegende Thematik treffen und daher trocken und bürokratisch erscheinen, kommt ihnen sozialetisch eine große Relevanz zu. An der Wirksamkeit der Subsidiarität des Kodex sollte weiter gearbeitet werden, da trotz der Verfassung des Kodex, nicht alle Akteursebenen erreicht wurden. Damit ist ein weiterer Aspekt angesprochen, der im Kontext einer ethischen Beurteilung betrachtet werden soll, nämlich die Frage nach der Nachhaltigkeit der Forderungen.

4.4 Nachhaltigkeit

Im Kontext der Nachhaltigkeit des Kodex sollten zwei Aspekte beleuchtet werden. Zunächst ist es relevant, wie nachhaltig die Forderungen im Kodex gestaltet sind, zum anderen soll auch kurz die Wirksamkeit des Kodex bedacht werden. Ebenso wie die drei klassischen Prinzipien Christlicher Soziallehre dient das Konzept der Nachhaltigkeit zur normativen Orientierung, denn im Zuge des Wandels der letzten Jahrzehnte ist Nachhaltigkeit immer dringender zum „Leitbild für gesamtgesellschaftliche und weltweite Entwicklung“²⁶⁷ geworden. Der Rekurs auf die Ziele nachhaltiger Entwicklung zeigt, dass sowohl Arbeit als auch Gesundheit und Migration diesen Bereich der weltweiten Entwicklung erheblich tangieren und beeinflussen (vgl. Kap. 2 der vorliegenden Arbeit).

266 Vgl. Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S. 4

267 Veith, W.: Nachhaltigkeit. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S. 302.

Nachhaltigkeit weitet den Blick darauf, was als „moralisch relevante Entitäten“²⁶⁸ kategorisiert wird. Dazu zählt zum einen die Mitwelt der Menschen, zum anderen auch zukünftige Generationen und Lebewesen. Dies führt dazu, dass durch diesen Punkt die Persönlichkeitsrechte zukünftiger Generationen beachtet und solidarische Forderungen auch diachron gedacht werden müssen. Da Nachhaltigkeit zunächst ein normatives Konzept ist, gilt es im hiesigen Kontext einige Kriterien darzustellen, die mit diesem einhergehen. Adaptionsfähigkeit beispielsweise ermöglicht, einen flexiblen Umgang mit Veränderungen von äußeren Umständen oder gesellschaftsinternen Wertverschiebungen.

Nachfolgende Generationen achtend, ist es relevant und zentral für eine globale Steuerungspolitik von Gesundheitsfachkräften, die Planung eines nachhaltigen Personalbestands zu garantieren.²⁶⁹ Dazu bedarf es sinnvoller Kriterien, die eine regelmäßige Evaluation ermöglichen. Diese Forderung ist auch im Kodex aufgegriffen. Im Kontext der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen (vgl. Art. 5) fordert der Kodex die bereits angesprochene Verhinderung aktiver Anwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel. Neben der Forderung nach einer Umkehr des Prinzips hin zu einer Erlaubnis von Abwerbung aus Ländern ohne Mangel, ergibt sich aus Überlegungen zur Nachhaltigkeit ein weiteres Problem. Die Frage nach der Messbarkeit von Mangel, beziehungsweise kritischem Mangel erscheint kaum ausreichend dargelegt und fundiert. Basierend auf dieser Forderung haben verschiedene Staaten die Liste der 57 Länder mit einem kritischen Mangel aus dem Jahr 2006 in ihr Rechtssystem aufgenommen. Diese Liste erfüllt jedoch keineswegs die Kriterien einer nachhaltigen Entwicklung. Sie basiert zunächst auf fragwürdigen Kriterien. Diese lauten: „(1) Die Zahl der beschäftigten Ärzte, Krankenpfleger und Hebammen macht weniger als 2,28 Promille der Bevölkerung aus; (2) weniger als 80 Prozent der Geburten werden von ausgebildetem

268 Meireis, T.: Nachhaltigkeit. In: Zemanek, E./Kluwick, U.: Nachhaltigkeit interdisziplinär, Konzepte, Diskurse, Praktiken, Köln 2019, S. 285.

269 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. 66.

medizinischem Personal betreut.“²⁷⁰ Diese beiden Kriterien scheinen jedoch nicht haltbar in der wissenschaftlichen Beurteilung, sodass die Grenzwerte bis zu einem gewissen Grad wahllos gesetzt werden und „willkürlicher Interpretation ausgesetzt“²⁷¹ sind. Angenendt, Clemens und Merda begründen dies, indem sie festhalten, dass die erste Bedingung, nämlich die Setzung eines Grenzwerts von 2,28 lediglich aus einem Mittelwert errechnet wurde, der selbst von Schätzungen ausgeht, beispielsweise dass eine medizinische Betreuung von 80% aller Geburten ein angebrachter Wert innerhalb einer Gesellschaft darstelle. Diese Schätzung sei nicht in Gänze begründbar, weder die Setzung der Prozentzahl noch die Auswahl der betreuten Geburten als Maßstab für medizinische Betreuung. So wäre es durchaus möglich, dass die medizinischen Ressourcen eines Landes in anderen Bereichen deutlich sinnvoller eingesetzt seien, „etwa für die Versorgung von Säuglingen, Kleinkindern oder Kindern.“²⁷² Mit dieser Setzung ist noch nichts über Versorgung in anderen medizinischen Bereichen ausgesagt. Somit konstatieren Angenendt, Clemens und Merda, dass ein tatsächlicher Grenzwert unbekannt bleibt. Von dieser bis zu einem gewissen Grad willkürlich gesetzten Grenze hängt wiederum ab, welches Land als eines mit kritischem Mangel eingestuft wird. Würde man die Grenze bei 75 oder 85 Prozent medizinisch betreuter Geburten ansetzen, ergäbe sich eine andere Liste.

Es gilt also, ein deutlich breiteres und vielschichtigeres Bild zu ermitteln, um auszumachen, aus welchen Ländern eine Akquise angebracht scheint und nachhaltig ist und auch, welchen Ländern eine Einwanderung tatsächlich dient. Dies erfordert laut IGES Institut eine Analyse demographischer Faktoren, inklusive dem Erwerbspersonenpotential, fachlichen Kriterien, beispielsweise mit Blick auf Ausbildungssysteme, eine Betrachtung kultureller Aspekte und Integrationsprozesse, sowie politische Kriterien, etwa die historische Bindung zwischen verschiedenen Ländern.²⁷³ Ein monokausaler Blick auf eine

270 Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S. 4.

271 Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S. 4.

272 Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S. 4.

273 Vgl. Braeseke, G./Lingott, N./Rieckhoff, S.; Pörschmann-Schreiber, U.: Kriterien zur Analyse von Drittstaaten zur Gewinnung von Auszubildenden für die Pflege – Kurzbericht, IGES Institut (Hrsg.), Berlin 2020, S. 49ff.

einzigste Zahl innerhalb eines Gesundheitssystems scheint nicht ausreichend.

Hinzu kommt, dass die Datengrundlage, auf der die Liste beruht, nicht einheitlich und daher fehleranfällig ist, da einzelne Länder verschiedene Methoden anwenden, um das Gesundheitspersonal im Land zu erfassen. Durch uneinheitliche Definitionen und Registrierungen, bleiben Zahlen ungenau. „Als die WHO beispielsweise in Kenia einen »kritischen Mangel« an Gesundheitsfachkräften feststellte, herrschte in dem Land ein Überschuss von mindestens 5000 Krankenpflegern, die keine Arbeit finden konnten.“²⁷⁴ Eine wahllose Setzung von Grenzwerten, die einen solchen Einfluss auf nationale Gesetzgebung nehmen kann, ist aus der Perspektive des Prinzips Nachhaltigkeit nicht annehmbar. Sie verhindert, dass das Problem von der Wurzel aus betrachtet, analysiert und bearbeitet wird, insofern es den Blick ablenkt und eine einseitige Fokussierung – in diesem Fall auf Geburtenbetreuung – fördert. Vielmehr gilt es die Berechnung des Grenzwerts für einen „kritischen Mangel“ neu zu erarbeiten. Dazu sollte die Tragfähigkeit eines Gesundheitssystems umfänglicher und ganzheitlicher betrachtet werden. Eine Herauslösung eines einzelnen Aspekts scheint wenig nachhaltig und tragbar. Nicht nur das Gesundheitssystem gilt es dabei ganzheitlicher zu betrachten, sondern auch nationale Interessen variieren. So hängt etwa die benötigte Anzahl an Gesundheitsfachpersonal etwa an dem Durchschnittsalter einer Bevölkerung. Hinzu kommt, dass verschiedene Länder verschiedene Bedarfe haben. Entsprechend der medizinischen Möglichkeiten verändert sich der Personalbedarf. Auch wenn eine grundlegende Verbesserung dieser medizinischen Möglichkeiten zu fordern ist, ist die Vergleichbarkeit zwischen Ländern nicht ausschließlich auf absoluten Zahlen zu gründen. All diese Unklarheiten und Definitionen verhindern eine im besten Sinne ganzheitliche, nachhaltige Entwicklung der Situation der Migration im Gesundheitswesen.

Neben diesen Unklarheiten ergibt sich ein weiteres Problem. Die Liste, die in der Umsetzung so eng an den Kodex geknüpft ist, ist mittlerweile 15 Jahre alt. Viele darin relevanten Daten sind noch deutlich älter. In 106 Ländern stammen die Daten aus dem Jahre

274 Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S. 5.

2002.²⁷⁵ Die Erstellung einer solchen Liste erfordert in jedem Fall eine hohe Aktualität, da sie sonst nicht nur nicht wirksam ist, sondern zudem Schaden anrichten kann. Wenn ein Land beispielsweise in den letzten 20 Jahren unterhalb eines – wie auch immer errechneten – Grenzwerts gerutscht wäre, wäre es weiterhin problemlos legitim und legal, dort aktive Anwerbung zu betreiben. Dies ist aus sozialetischer Perspektive und insbesondere im Sinne der Nachhaltigkeit nicht tragbar.

Die benannten Probleme sind der WHO bewusst. So wird die formuliert, dass die bestehende Liste und die ihr zugrundeliegende Methodik veraltet und zu statisch seien.²⁷⁶ Die WHO konstatiert, die Liste schränke sowohl die Relevanz als auch die Legitimität des Kodex ein.²⁷⁷ Diese Erkenntnis ist hervorzuheben und inhaltlich zu unterstreichen. Somit setzt die WHO selbst nächste Schritte in Gang, um zu einer dringend notwendigen Verbesserung der Nachhaltigkeit des Kodex beizutragen.

Neben diesen sehr formalen Aspekten, die mit den Forderungen nach Nachhaltigkeit im Kodex einhergehen, wird erneut auf das Prinzip des allgemeinen Gewinns rekuriert. Migration im Gesundheitswesen sei dann nachhaltig, wenn sie zu beiderseitigem Gewinn beiträgt (vgl. Art. 5.1). Der Kodex bezieht sich erneut auf eine Priorisierung von Entwicklungs- und Schwellenländern, dazu dienlicher Unterstützung, sowie der Aufforderung zu Austausch, Kooperation und bilateralen Partnerschaften (vgl. Art. 5.2). Darüber hinaus und das ist sozialetisch ein sehr entscheidender Punkt, werden Maßnahmen zum Aufbau eines nachhaltigen Personalbestands angemahnt. Dazu gehören eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, sowie der Löhne.

Damit ist – neben der Definition der am schwersten unterversorgten betroffenen Länder – ein zweiter großer Aspekt der Nachhaltigkeitsstrategie des Kodex angesprochen. Die Beleuchtung des Themas Nachhaltigkeit hat gezeigt, wie relevant die dauerhafte und kriteriengeleitete Evaluation und Gestaltung des Personalbedarfs ist. Diese

275 Vgl. Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S. 5.

276 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 14.

277 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 14.

wird im Kodex angesprochen. So wird dort formuliert: „Die Mitgliedsstaaten sollten sich bemühen, einen nachhaltigen Personalbestand im Gesundheitswesen aufzubauen und dort auf eine wirksame Personalplanung [...] hinzuarbeiten“ (Art. 3.6). Wie sich in der Darstellung der Kodexinhalte gezeigt hat, nehmen verschiedenste Artikel darauf Bezug und konkretisieren diese Forderung etwa nach Ausbau der Ausbildungseinrichtungen (vgl. Art. 5.5). Eine Kernforderung in diesem Bereich ist vor allem die, dass Staaten ihren Bedarf, soweit es geht, mit eigenem Personal decken sollten. Dies ist insofern relevant, als dass gefordert wird, nicht eine Symptombekämpfung durch geographische Umverteilung vorzunehmen. Vielmehr wird gefordert, den Personalbestand so zu erhöhen, dass eine Migrationsbewegung nicht mehr zwingend notwendig wird – Mangelbeseitigung, statt Mangelverschiebung. Diese erfordert eine transparente, stetig aktualisierte und sinnvoll argumentierende Darstellung von Mangelsituationen im jeweiligen Land. Versteht man Nachhaltigkeit auch als Überwindung struktureller Problematiken, folgt daraus für den Komplex der Migration von Gesundheitsfachkräften, dass es notwendig ist, dass Länder des Globalen Nordens sich selbst zu Entwicklungsländern erklären, sofern sie die Strukturen ihrer Gesundheitssysteme, inklusive ihrer Ausbildungsorganisation, Arbeitsbedingungen und Entlohnungen neu überdenken und weiterentwickeln. Eine weitere Notwendigkeit ist, Brain-Waste zu ermitteln und zu vermeiden. Auch dazu bedarf es Maßnahmen seitens der Regierungen.²⁷⁸ Nur so wird Solidarität mit den Ländern und Menschen des Globalen Südens, aber auch mit eigenem Gesundheitsfachpersonal ersichtlich und als nachhaltige Strategie insbesondere für zukünftige Generationen wirksam.

Nachhaltigkeit impliziert unter anderem Wirksamkeit. Mit Rückgriff auf das Kapitel zur Umsetzung des Kodex (vgl. Kap. 3.4), soll nun auch diese jenseits der konkreten Inhalte beleuchtet werden, wobei an dieser Stelle nicht ausführlich auf internationale und globale Gesetzgebung eingegangen oder Wirksamkeit internationaler Dokumente beurteilt werden kann. Intergouvernementale Vorbildfunktionen spielen eine Rolle, die einer politikwissenschaftlichen Analyse

²⁷⁸ Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S. 83.

bedürfen. Die Implementierung solcher Dokumente ist aus ethischer Sicht relevant, da es stets um eine Veränderung und Verbesserung der Wirklichkeit gehen sollte. Politische Willensbekundungen können diese bewirken, sind jedoch keinesfalls ein Automatismus. Bezüglich des Kodex lässt sich festhalten, dass diese positive Veränderung der Wirklichkeit bisher kaum eingetreten scheint. Die Zahlen zeigen, dass schon zuvor festgestellte Prozesse sich weiter verfestigen und verstärken. Wie von Möller herausgestellt wurde, sind selbst von den reichsten Staaten der Erde, die über die größten Ressourcen zur Umsetzung verfügen, kaum Forderungen des Kodex implementiert worden. Aus dieser Erkenntnis heraus folgt im Kontext der Nachhaltigkeit daher insbesondere eine sozialetische Forderung. Nachhaltigkeit impliziert Dauerhaftigkeit und Wirksamkeit und insofern hätte der Kodex neben den bereits bestehenden Forderungen einen Prozess initiieren und fordern können und sollen, der eine stetige Implementierung in internationales und nationales Recht einleitet. Wissend, dass internationale Vereinbarungen stets Kompromisspapiere sind und verschiedenste Interessen zu vereinen suchen, ist es doch nicht ausgeschlossen, eine Art Koalition der Willigen, wie es in anderen Kontexten heißt, zu implementieren, die die Leitlinien des Kodex nicht nur als freiwillige Möglichkeit betrachtet, sondern diese in strukturierter Form und auf gemeinschaftlicher Basis in nationales Recht überführen. Die Anstöße zu bilateralen Abkommen hat der Kodex bereits gegeben, aber doch ist das Problem nur mit größeren Zusammenschlüssen in die Bahnen zu leiten.

Insgesamt fällt auf, dass der Kodex, in dem Artikel, in dem die Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme angemahnt wird, viele zuvor beleuchtete Aspekte synthetisiert. Fragen der Personalität, Solidarität und Subsidiarität klingen immer wieder an. Dies zeigt deutlich, dass – auch aus sozialetischer Perspektive – Nachhaltigkeit dasjenige Feld ist, dass sich durch verschiedene Bereiche und Aufgabenfelder hindurchzieht. Alle zuvor beleuchteten Aspekte müssen im Kontext der Nachhaltigkeit und Dauerhaftigkeit gedacht werden, die ihrerseits zu Flexibilität und Wandelbarkeit anmahnen.

4.5 Bündelung

In der sozialetischen Auseinandersetzung mit dem Verhaltenskodex der WHO hat sich dessen Güte deutlich gezeigt. Darin werden verschiedenste ethische Ansprüche konkretisiert und kontextualisiert. Die Rechte der Person werden betont und gewahrt, Solidarität in der Staatengemeinschaft angemahnt und Formen einer nachhaltigen Planungspolitik eingeführt. Insbesondere subsidiäre Aspekte der Aufgabenzuteilung und Verantwortungsübernahme gewinnen zusätzlich an Bedeutung. Somit ist der Kodex ein hoch achtenswertes und komplexes Dokument, dessen Existenz – auch wissend um die herausfordernden Entstehungsprozesse und die Kompromisshaftigkeit internationaler Abkommen – hochgeschätzt werden sollte. Um die nächsten Schritte hin zu einer ethisch gerechten Migration von Gesundheitsfachkräften zu strukturieren, mahnt der Kodex sinnvolle Aspekte an und wahrt dabei die aus christlich-ethischer Sicht relevanten Aspekte der Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit. Im Verlauf der Analyse haben sich einige Punkte ergeben, an denen nachgeschärft werden sollte, sodass im Folgenden ein kurzer Abriss möglicher Verbesserungen erfolgen soll. Diese beziehen sich, aus der Analyse folgend, allein auf die Inhalte und die Verortung des Kodex.

