YOUNG ACADEMICS

Philosophie
5

Hannah Damm

Steuerung globaler Arbeitsmigration von Gesundheitskräften

Eine christlich-sozialethische Analyse des WHO-Verhaltenskodex

Tectum

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

YOUNG ACADEMICS

Philosophie | 5

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Hannah Damm

Steuerung globaler Arbeitsmigration von Gesundheitskräften

Eine christlich-sozialethische Analyse des WHO-Verhaltenskodex

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Marianne Heimbach-Steins

Tectum Verlag

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Hannah Damm
Steuerung globaler Arbeitsmigration von Gesundheitskräften
Eine christlich-sozialethische Analyse des WHO-Verhaltenskodex

© Tectum Verlag – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2023
ePDF 978-3-8288-5047-7
(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Werk unter der ISBN 978-3-8288-4915-0 im Tectum Verlag erschienen.)

ISSN: 2940-0821

Young Academics: Philosophie; Bd. 5

DOI: https://doi.org/10.5771/9783828850477

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

Alle Rechte vorbehalten

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Vorwort

Der Personalnotstand im Gesundheitssektor hat sich während der Pandemie-Jahre verschärft – und endlich findet er die notwendige Beachtung in der öffentlichen Debatte. Allerdings wird das ganze Ausmaß dieses keineswegs nur nationalen oder europäischen, sondern globalen Problems selten wahrgenommen. Der Ruf nach Anwerbung von Pflegekräften und Ärzt*innen aus dem Ausland, vielfach aus dem sog. *Globalen Süden* geht typischerweise mit der Einschätzung einher, von solchen Strategien könnten doch nur alle Beteiligten profitieren. Doch eine solche Sichtweise greift zu kurz. Mit der An- bzw. Abwerbung von Gesundheitspersonal werden vielfach neue Lücken in den Herkunftsländern gerissen; Investitionen in die Ausbildung des Personals und die dafür erforderliche Infrastruktur bedürfen der Kompensation durch die Länder, in denen die Fachkräfte anschließend tätig werden. Die internationale Arbeitsmigration im Gesundheitswesen wirft Gerechtigkeitsfragen auf, über die hinwegzugehen die global drängende Problematik zusätzlich verschärft.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich dieses Problems mit dem im Jahr 2010 verabschiedeten Kodex zur Steuerung der Arbeitsmigration von Gesundheitskräften angenommen. Dieses Regelwerk ist Gegenstand der vorliegenden Studie, die auf der im Jahr 2021 am ICS erarbeiteten theologischen Magisterarbeit der Autorin basiert. Sie zeichnet eine informative Skizze der regelungsbedürftigen Problematik und unterzieht den Kodex der WHO vor diesem Hintergrund einer sozialethischen Analyse. Sie beleuchtet die Genese des Dokuments und verortet es in dem Politikfeld der Global-Health-Governance, stellt die inhaltlichen Schwerpunkte dar und evaluiert die Regeln in Bezug auf das ihnen inhärente Problemlösungspotenzial. Die sozialethische Analyse anhand der klassischen Sozialprinzipien (Personalität, Solidarität, Subsidiarität, Nachhaltigkeit) fördert

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

sehr differenziert Stärken und Schwächen des Regelwerks zu Tage. Sie berücksichtigt die Notwendigkeit, den globalen Asymmetrien in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, die Personenrechte der Migrierenden, aber auch der Empfänger*innen von Gesundheitsleistungen zu schützen. Dementsprechend postuliert sie, die Triade von Migrierenden, Herkunfts- und Zielländern, um die Perspektive der Empfänger*innen von Pflege- oder medizinischen Leistungen zu erweitern. Zudem empfiehlt sie, die länderspezifische Bedarfsermittlung in Bezug auf die Gesundheitsfachkräfte stärker kontextspezifisch und nicht allein an absoluten Zahlen zu orientieren. Entsprechendes gelte auch für die Leistung von Ausgleichszahlungen für Ausbildungsinvestitionen, die dem Herkunftsland durch Migration verloren gehen. Schließlich argumentiert sie für schärfere Restriktionen in Bezug auf die Anwerbepraxis, die bisher nur für Länder mit einem „kritischen Mangel" an Gesundheitskräften gelten: Die Anwerbung solle auf Länder mit „Brain-Overflow" limitiert werden. Zugleich seien die Anstrengungen, um das Gesundheitskräfte-Potential durch Ausbildung, bessere Arbeitsbedingungen und höhere Löhne zu erhöhen, systematisch zu verstärken.

Hannah K. Damm lenkt mit ihrer Magisterarbeit, die mit dem Gertrud-Luckner-Preis des Deutschen Caritasverbands 2022 ausgezeichnet wurde, die Aufmerksamkeit auf ein brennendes Problem der globalen Gesundheitspolitik. Sie hebt den Wert des WHO-Kodex als Beitrag zur Problembearbeitung hervor und unterbreitet signifikante Vorschläge zur Weiterentwicklung dieses Instruments. Ich wünsche der Studie rege Aufmerksamkeit viele interessierte Leser*innen.

Münster, im Mai 2023

Prof. Dr. Marianne Heimbach-Steins

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Inhaltsverzeichnis

1. Hinführung 1

1.1 Relevanz des Themas und Struktur der Arbeit 1

1.2 Methodische Grundlagen der vorliegenden Arbeit 5

1.2.1 Arbeitsweisen und Quellen der Norm 5

1.2.2 Sozialprinzipien: Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit 8

1.3 Christlich-theologische Perspektivierung 16

1.3.1 Arbeit 17

1.3.2 Migration 20

1.3.3 Gesundheit 22

1.3.4 Bündelung 25

2. Arbeitsmigration von Gesundheitskräften 27

2.1 Vorbemerkungen 27

2.2 Theoretische Grundlagen 32

2.3 Ist- Stand der globalen Migration von Gesundheitsfachkräften 36

2.3.1 Globale Verteilung und generelle Strömungen 36

2.3.2 Push- und Pull-Faktoren 46

2.3.3 Praxis der Anwerbung 54

2.4 Bündelung 59

3. Der WHO-Verhaltenskodex 61

3.1 Globalpolitischer Hintergrund 62

3.2 Entstehung des Dokuments 66

3.3 Inhaltliche Schwerpunkte 68

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

3.4 Wirkkraft des Kodex 74

4. Der WHO-Kodex im Fokus der Prinzipien Christlicher Sozialethik 83

4.1 Personalität 83

4.2 Solidarität 93

4.3 Subsidiarität 103

4.4 Nachhaltigkeit 106

4.5 Bündelung 113

5. Ausblick 115

5.1 Mögliche Handlungsempfehlungen 115

5.2 Fazit 119

6. Literaturverzeichnis 123

7. Abbildungsverzeichnis 137

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

1. Hinführung

In einer Welt voller Ungleichheiten existieren vielschichtige Problematiken, die insbesondere in regionalen und globalen Krisenzeiten deutlicher hervortreten. Die Monate der Corona-Pandemie haben die Weltgesellschaft vor enorme Herausforderungen gestellt: Zunehmende Polarisierung innerhalb der Bevölkerungen, größer werdende Unterschiede zwischen einzelnen Ländern, aber auch global, Bildungsungerechtigkeiten, Existenznöte, Fragen nach Umweltschutz und Digitalisierung sind zunehmend drängender geworden. Viele der nun diskutierten Probleme sind lange bekannt, verschärfen sich aber durch die pandemische Situation.

Ein besonderer Fokus liegt auf den Gesundheitssystemen der Welt. Ausstattung mit technischen und finanziellen Mitteln, sowie mit Personal ist entscheidend dafür, der Pandemie angemessen begegnen zu können. Die Gesundheit Einzelner zu achten, zu schützen und wieder herzustellen ist in großen Teilen der Welt oberstes Ziel der Regierungen. Eine Überlastung nationaler Gesundheitssysteme ist daher mit allen Mitteln zu vermeiden, was eine gute Vernetztheit zwischen einzelnen Gesundheitsbereichen und eine ausreichende Ausstattung mit Ressourcen notwendig macht. Derzeit entscheidet dies maßgeblich über die Belastbarkeit der Systeme und damit über gesundheitliche Sicherung, soziale Sicherheit, sowie soziale und wirtschaftliche Öffnungsperspektiven.

1.1 Relevanz des Themas und Struktur der Arbeit

Diese nationale Gesundheitssysteme sind jedoch unterschiedlich belastbar und internationale Gefälle verstärken sich zunehmend. Die Zahlen der mit Corona Infizierten scheinen in Ländern des Globalen Südens zwar deutlich geringer, doch spielen in diese Statistiken

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

auch Aspekte wie zum Beispiel die Anzahl der durchgeführten Tests, oder die demographische Struktur hinein. Relevanter scheint es, die Möglichkeiten in den Blick zu nehmen, die gegeben sind, sobald sich eine Person mit dem Virus infiziert. Während Deutschland etwa 600 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner aufweist, sind es in Italien weniger als die Hälfte[1] und in Kenia nur etwa 140[2]. Die globalen und lokalen Disparitäten ließen sich an vielen weiteren Beispielen ausmachen.

Diese ungleichen Bedingungen führen in Kombination mit einem weltweiten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu Wanderungsbewegungen zwischen den Gesundheitssystemen. Dabei stehen die einzelnen Staaten, sowie die Staatengemeinschaft vor großen Herausforderungen. Denn durch Abwanderung von Fachpersonal werden nicht nur die, durch Personalmangel entstanden, Lücken geschlossen, sondern sie bringt auch verschiedenste ethische Herausforderungen mit sich, sodass eine globale Agenda zum Umgang mit Migration im Gesundheitswesen immer bedeutsamer wird. Ein Versuch, diesen Problemen zu begegnen, stellt der *Globale Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften* aus dem Jahre 2010 dar. Er ist ein ethisches Grundsatzpapier, das von allen Mitgliedsstaaten der WHO unterzeichnet wurde und somit globale Wirkkraft aufweist. Der Kodex versucht, auf die drängenden ethischen Fragen, die mit der Migration von Gesundheitsfachkräften einhergehen, eine Antwort zu geben, indem er Leitlinien für politisches Handeln aufweist. Damit handelt es sich um ein national und international relevantes Dokument. Er wurde von verschiedenen Seiten bereits beleuchtet, insbesondere empirisch (vgl. Kap. 3.2.3). Diesen Beurteilungen soll im Folgenden auch eine sozialethische Dimension hinzugefügt werden.

Der zu beleuchtende Kodex behandelt die Migration von Gesundheitsfachkräften, da diese als ein Aspekt zur Verwirklichung des Ziels

1 Vgl. Arentz, C./Wild, F.: Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse, Köln 2020, S. 3.

2 Vgl. Schwikowski, M.: Schlechte Datenlage erschwert Kampf gegen Covid-19 in Afrika. In: Deutsche Welle, Bonn 2020, online unter: https://www.dw.com/de/schlechte-datenlage-erschwert-kampf-gegen-covid-19-in-afrika/a-53211366 (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

globaler Gesundheit angesehen wird. Um die Bedeutung der Gesundheitsfachkräfte für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu verdeutlichen, scheint ein Blick auf die statistischen Zusammenhänge der Dichte an Gesundheitsfachpersonal und Mortalität sinnvoll. Es zeigt sich, dass „sich in unterversorgten Ländern durch einen zusätzlichen Arzt pro 1.000 Einwohner die Kindersterblichkeit mittelfristig um 15 und langfristig um 45 Prozent senken lässt."[3] Dabei sind nicht nur die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen entscheidend, das Pflegepersonal hat ebenso einen erheblichen Einfluss. Insbesondere in Ländern des globalen Südens scheinen eben diese einen großen Teil der gesundheitlichen Versorgung zu übernehmen. Einige Studien zeigen, dass die Anzahl der Pflegekräfte für die Reduzierung der Säuglingssterblichkeit noch relevanter sein kann, als die Zahl der Ärztinnen und Ärzte.[4] An diesen Schlagworten zu den Zusammenhängen von Gesundheitspersonal und Sterblichkeit zeigt sich bereits die enorme Bedeutung des Personalschlüssels und lässt erahnen, welche Folgen ein Mangel an ausgebildetem und qualifiziertem Personal mit sich bringen kann.

Die folgenden Überlegungen werden aus christlich-theologischer Perspektive heraus vorgenommen. Insofern ist es notwendig, die Grundlagen dieser Perspektive zuvor anzuführen, um die zugrundeliegende Werthaltungen transparent zu machen. Das Thema ist aus theologischer Sicht hoch brisant, da es – wie noch zu zeigen sein wird (vgl. Kap. 1.3) – verschiedenste ureigene theologische Themenschwerpunkte verbindet. Hinzu kommt, dass das Thema der Gesundheitsfürsorge tief in christlichem Glauben und Handeln verwurzelt ist. Schon in den ersten christlichen Gemeinden spielte die Pflege von und Sorge für kranke und marginalisierte Personen eine große Rolle und die Auseinandersetzungen der Kirchenväter mit dieser Thematik zeigt, dass auch eine philosophisch-theologische

3 Deutsche Plattform für Globale Gesundheit – dpgg (Hrsg.): Brain-Drain durch grenzüberschreitende Abwerbung von Gesundheitsfachkräften. Deutschlands Beitrag zu einem globalen Gesundheitsskandal. Frankfurt am Main 2016, S. 2.

4 Vgl. dpgg (Hrsg.): Brain-Drain, S. 2.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Auseinandersetzung stattfand.[5] Die Verwurzelung zeigt sich etwa bei der eng verknüpften Entwicklung von institutionalisiertem Gesundheitswesen und christlichem Klosterwesen. Auch in der Mitte des 19. Jahrhunderts orientierte sich die Pflege an christlichem Ethos, auch wenn sie nicht mehr konfessionell gebunden war.[6] Auch die Mission funktionierte in großen Teilen der Welt über die Faktoren Bildung und Medizin und Heilung. Christliche Missionare verstanden auch im Sinne der Nächstenliebe Pflege als Berufung und Auftrag.[7] Diese enge Verknüpfung von Gesundheitswesen und christlichem Leben zeigte sich noch weit in die Neuzeit hinein und ist auch heute etwa noch an dem Begriff der *Krankenschwester* auszumachen. In einigen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist die kirchliche Einbettung in institutionalisiertes Gesundheitswesen weiterhin stark präsent, Krankenhäuser werden von kirchlichen Institutionen und Stiftungen getragen, Krankenhausseelsorge ist in kirchlicher Hand.[8] Diese Verortung christlichen Glaubens gründet auch in der sozialen Verfasstheit der Kirche, denn die sozialen Folgen von Krankheit und Behinderung waren zu biblischen Zeiten, aber auch weit danach noch gravierend und sind auch heute nicht zu übersehen. Insofern ist Gesundheit ein theologisches Thema, als dass es eine gesellschaftliche Verantwortung impliziert, Sorge für Leib und Seele umfängt und der Mensch somit auch im diesseitigen Leben als heilungsbedürftig erkannt wird. Christusnachfolge impliziert auch Sorge um die Kranken.[9]

Ziel dieser Arbeit ist es, eine sozialethische Analyse des Kodex vorzunehmen, die geleitet ist durch die sozialethischen Prinzipien der

5 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung. Zum theologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und zur therapeutischen Kompetenz der Theologie. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 47, Münster 2006, S. 52.

6 Vgl. Nolte, K.: Sorge für Leib und Seele. Krankenpflege im 10. und 20. Jahrhundert. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Pflege: Praxis – Geschichte – Politik, Bonn 2020, S. 127.

7 Vgl. Panackal, C.T.: Arbeitsmigration in der Pflege – Indische Perspektiven im Kontext des globalen Pflegemarktes. In: Bonacker, M./Geiger, G. (Hrsg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern, Berlin 2021, S. 192.

8 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 52.

9 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 66.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit. Diese dienen als Maßstab und normative Kriterien. Mithilfe dieser Kriterien soll eruiert werden, ob der Kodex aus sozialethischer Perspektive angebracht erscheint, oder ob sich Verbesserungsvorschläge ausmachen lassen. Dafür soll zunächst die Perspektive verdeutlicht werden, aus der heraus diese Arbeit verfasst wird, sowohl methodisch (vgl. Kap. 1.2) als auch theologisch (vgl. Kap. 1.3), um anschließend Grundlinien auszumachen, die global die Arbeitsmigration im Gesundheitswesen bestimmen (vgl. Kap. 2). Darauffolgend wird der Kodex näher beleuchtet (vgl. Kap. 3), um diesen in einem nächsten Schritt an den sozialethischen Prinzipien zu messen (vgl. Kap. 4). Abschließend soll ein Fazit gezogen und mögliche Verbesserungsvorschläge angeführt werden (vgl. Kap. 5). Dies entspricht dem Dreischritt Christlicher Sozialethik – Sehen, Urteilen und Handeln.[10]

1.2 Methodische Grundlagen der vorliegenden Arbeit

Im Folgenden sollen zunächst die Normbegründung Christlicher Sozialethik und ihre Arbeitsweisen dargestellt werden, um zu verdeutlichen, aus welcher Perspektive und vor welchem Hintergrund die vorliegende Arbeit verfasst wird. Anschließend werden die Kriterien eingeführt, die im Verlauf der Arbeit zur Beurteilung des WHO-Kodex herangezogen werden.

1.2.1 Arbeitsweisen und Quellen der Norm

Die *Diakonia* ist ein Grundvollzug der Kirche. Aus dem Glauben heraus wird die Veränderungsbedürftigkeit der Wirklichkeit relevant, Helfen und Heilen, Einstehen für Arme und Unterdrückte werden somit zum Kern christlicher Identität. Diese karitative Handlung wird hermeneutisch gestützt durch eine Theorie dessen, was soziale

10 Vgl. Heimbach-Steins, M.: Christliche Sozialethik für die Welt von heute. In: KSZ Mönchengladbach (Hrsg.): Kirche und Gesellschaft, Nr. 380, Köln 2011, S. 3, online unter: https://ordosocialis.de/pdf/Heimbach-Steins/380-Heimbach-Steinsx.pdf (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Gerechtigkeit ist und wie die Wirklichkeit verbessert aussehen könnte.[11] Wissend um eine Pluralität verschiedener Moralvorstellungen und Weltanschauungen, ersucht sich die Theologie in der Christlichen Sozialethik darin, gesellschaftliche Situationen aus einer christlichen Fundierung heraus in den Blick zu nehmen, zu analysieren, zu deuten und bei der Lösung gesellschaftlicher Problemstellungen unterstützend zu beraten. Die Gesellschaft ist dabei ein *locus theologicus*. Insofern ist die Christliche Sozialethik interdisziplinär orientiert, bleibt aber in ihrem christlichen Kern verwurzelt, um so die Frage zu beantworten, „was Christen tun (sollten), wenn sie von der Wahrheit dessen überzeugt sind, was sie glauben"[12].

Dabei speist sich die Normbildung und der Deutungshorizont Christlicher Sozialethik aus verschiedenen Quellen: Als Heilige Schrift des Christentums ist die Bibel zentrale Urkunde, Fundament und Grund christlichen Glaubens und somit Quelle theologischer und ethischer Überlegungen. Gleichzeitig bedarf es einer genauen Betrachtungsweise, denn die Bibel stellt einen komplexen Gegenstand dar. Die Bibel weist Leitlinien auf und bietet einen Deutungsrahmen an. Gleichzeitig ist es wichtig zu betonen, dass biblische Aussagen immer auch als Zeugnis historischer Wirklichkeit gelesen werden müssen. Mögliche Stolpersteine der Argumentation mit dieser dürfen nicht aus dem Blick verloren werden. Eine unmittelbare Adaption biblischer Aussagen in die aktuelle Wirklichkeit hinein ist nicht haltbar oder sinnvoll. Daher gilt es, Sinnhorizonte der Bibel zu verstehen und aufzuzeigen. Zudem besteht die Notwendigkeit einer „Mehrsprachigkeit"[13] christlicher Ethik, um Diskursfähigkeit und gesellschaftliche Verständlichkeit und damit Akzeptanz zu gewährleisten. Eine rein biblische Fundierung von Ethik und Norm stellt sich

11 Vgl. Krieg, J.: Soziale und gesellschaftliche Brennpunkte als Herausforderung katholischer Soziallehre – 100 Jahre Sozialenzykliken der Kirche (1891–1991). Zu einer Tagung vom 20.–22. September 1990 in Freiburg. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 32, Münster 1991, S. 341.

12 Höhn, H.-J.: Theorie ohne Praxis? Thesen zu Status und Relevanz sozialethischer Grundlagenforschung. In: Edmunds, B., et al. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Orientierung welcher Praxis? Baden-Baden 2018, S. 116.

13 Heimbach-Steins, M./Becker, J./Panreck, S.: Sechzig Jahre Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften – Entwicklungen, Umbrüche, Aufgaben des Fachs. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 60, Münster 2019, S. 301.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

somit als schwierig heraus und ist spätestens seit dem Zeitalter des Humanismus und der Wende hin zum Subjekt kaum tragfähig. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Bibel in die neue Zeit hinein zu deuten, auch neu aufbrechende Fragen in den Blick zu nehmen und eine Fortentwicklung biblischer Aussagen zu gestalten.

Neben der Auseinandersetzung mit der Bibel sind also auch lehramtliche Aussagen für die Katholische Soziallehre maßgebend. Die Soziallehre der Kirche hat eine verhältnismäßig junge Historie, was nicht bedeutet, dass nicht auch vor den ersten Sozialenzykliken und der wissenschaftlichen Etablierung Fragen nach dem Miteinander der Menschen, sowie den Grundlagen und Mechanismen eben dieses Zusammenlebens christliche Theologen beschäftigten.[14] Vielmehr ist die Gesellschaft der Ort, in dem und aus dem heraus, Theologie betrieben wird. Gesellschaft lässt sich dabei beschreiben als ein Zusammenwirken verschiedener Ebenen: Kulturelle Deutungsmuster, wie Normen und Werte, gesellschaftliche Funktionsbereiche, wie Wissenschaft, Politik und Wirtschaft, formale Organisation und Institutionen wie Schulen und Krankenhäuser und zuletzt der einzelne Mensch, das Individuum greifen eng ineinander, sodass eine Gesellschaft im modernen Sinne entsteht.[15]

Soziale Umbrüche im Zuge der Modernisierung sorgten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dafür, dass die Bedingungen der gesellschaftlichen Ordnung und ihre Auswirkungen auf die Menschen – die sogenannte soziale Frage – expliziter in den Blick kirchlicher Lehren rückte. Die immer drängender werdenden sozialen Fragen konnten nicht mehr durch Symptombekämpfung im Sinne karitativer Maßnahmen bewältigt werden. Stattdessen wurde eine grundlegendere Analyse der Ursachen und Wirkmechanismen sozialer Problematiken als notwendig erkannt.[16] Dies gab Anlass, die „Zeichen

14 Vgl. Majka, J.: Die katholische Soziallehre – Entwicklung ihrer Problematik und ihrer Methoden. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 14, Münster 1973, S. 10f.

15 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, Paderborn 2010, S. 29.

16 Vgl. Uertz, R.: Die katholische Sozialethik im Transformationsprozess der Industrialisierung und Modernisierung. In: Schoenauer, H. (Hrsg.): Sozialethische Dimensionen in Europa. Von einer Wirtschaftsunion zu einer Wertegemeinschaft, Stuttgart 2014, S. 53.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

der Zeit“ (GS 4), wie es zu späteren Zeiten formuliert wird, theologisch zu reflektieren und die Sozial- und Menschengebundenheit christlicher Lehre in der Auslegung des Evangeliums zu verdeutlichen und zu vertiefen. Diese Menschengebundenheit spiegelt sich, neben kirchlichen Verlautbarungen, auch in der Einbindung christlicher Sozial- und Arbeiterverbände und Gewerkschaften bei der wissenschaftlichen Erarbeitung von Lösungsstrategien wider. Diese enge Vernetzung und der Austausch christlicher sozialethischer Wissenschaft mit Verbänden und Gruppen zeugt auch von einer Emanzipation von rein kirchlichen Lehren, Sozialverkündigungen und anderen theologischen Disziplinen wie der Moraltheologie.[17] Somit sind die drei Ebenen der Christlichen Sozialethik ausgemacht. Die praktische Verwurzelung im Leben der Laien durch Gewerkschaften und Verbände, die wissenschaftliche Ebene ausgehend von Universitäten und Hochschulen, sowie die institutionell-kirchliche Ebene in Form von Sozialverkündigungen und Lehrschreiben.[18] Die biblische und lehramtliche Fundierung wird flankiert, fortgeführt und kritisch begleitet von der wissenschaftlichen Reflexion in der Christlichen Sozialethik, die aktuelle Phänomene, Entwicklungen und Strukturen in die Reflexion einbindet. Diese drei Ebenen wirken ineinander, sind aber nicht gleichzusetzen, sondern bilden jeweils eine kritische Kontrollinstanz der anderen.

1.2.2 Sozialprinzipien: Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit

Vor diesem Hintergrund haben sich in der Christlichen Sozialethik verschiedene Kernprinzipien herausgebildet, die an dieser Stelle als Maßstäbe zur kriteriengeleiteten, analytischen Bewertung des Kodex der WHO dienen können. Die verschiedenen Sozialprinzipen werden im Zuge der Analyse des Verhaltenskodex der WHO urteils- und handlungsleitend, sodass sie an dieser Stelle überblicksartig einge-

17 Vgl. Uertz, R.: Katholische Sozialethik, S. 54.
18 Vgl. Uertz, R.: Katholische Sozialethik, S. 54.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

führt werden sollen. Die konkrete inhaltliche Füllung geschieht im Zuge der Analyse.

Die Normen, die abgeleitet werden aus biblischen Topoi, sowie der Soziallehre der Kirche sind keineswegs starr. Sie bilden vielmehr ein Raster, anhand dessen man kontextualisieren und interpretieren kann und muss, sodass sie auf einzelne Sachverhalte hin neu deutungsbedürftig sind. Erst durch diese Kontextualisierung und das In-Bezug-setzen entsteht ein hermeneutisches Zusammenspiel zwischen Wirklichkeit, Erfahrung und Praxis.[19]

Im Zuge verschiedener Umbrüche im Laufe der späten Neuzeit wurden bisher bewährte und nicht hinterfragte Gesellschaftsmuster brüchig, unplausibel oder brachen in Gänze weg. Zur Legitimation der verbleibenden Ordnungen und Entwicklung neuer strukturierender Ordnungen wurden Maßstäbe notwendig. In christlichen Kontexten, aber auch darüber hinaus, sind dafür die drei Prinzipien der Personalität, Solidarität und Subsidiarität zu nennen, denen je nach Deutung auch die Prinzipien des Gemeinwohls und der Gerechtigkeit zugeordnet werden. Dieser Kanon wird vor dem Hintergrund neuer Herausforderungen erweitert. So kristallisiert sich im Zuge ökologischer Krisen und Bewusstwerdung anthropogen geschaffener Umweltzerstörung und ihrer Folgen zunehmend das Prinzip der Nachhaltigkeit heraus.

Insgesamt fußen diese Prinzipien auf der Grundannahme, dass von ihnen ausgehend ein Anspruch formuliert werden kann, der sich an verschiedenste Akteure des gesellschaftlichen und politischen Zusammenlebens richtet – von lokaler bis globaler Ebene. Dieser Geltungsanspruch kann nur proklamiert werden, wenn die Prinzipien sinnvoll begründet und auch außerhalb christlicher Weltverständnisse nachvollziehbar und adaptierbar sind. Eine Bewusstmachung des historischen und gesellschaftlichen Kontextes, innerhalb dessen die Prinzipien entworfen und stark gemacht wurden, ist unerlässlich. Insofern soll nun eine Skizzierung der Sozialprinzipien stattfinden, um anschließend zu begründen, welche für die spätere Analyse aus-

19 Vgl. Mieth, D.: Sozialethik als hermeneutische Ethik. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 43, Münster 2002, S. 223.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

gewählt und somit im Verlauf der Arbeit Reflexionsmaßstab werden sollen.

Das *Personalitätsprinzip* stellt das zentrale Prinzip Christlicher Soziallehre dar und argumentiert eng am christlichen Menschenbild, resultierend aus der Ebenbildlichkeit, sowie der daraus erwachsenen Würde eines jeden Menschen. Es ist erst aufgekommen im Zuge der Betonung des einzelnen Individuums und des Bedeutungs- und Selbstzweckverlusts von Institutionen.[20] Der Begriff der Person vermittelt dabei, dass diese Würde stets unveräußerlich und unwiderruflich einem Menschen innewohnt und nicht zu relativieren ist. Er darf daher niemals als reines Objekt betrachtet werden, sondern besitzt eine Selbstzwecklichkeit. Würde impliziert, dass die Person nicht aufrechenbar und damit auch unersetzbar ist und bleibt, anders als es sich mit etwas verhält, dem man beispielsweise einen Preis zumessen kann.[21] Daraus folgt die Forderung nach Freiheit für jeden Menschen, Verantwortung im möglichen Rahmen, die bestmöglichen Bedingungen zur freien (Persönlichkeits-)Entfaltung, sowie die Ermöglichung aktiver Teilhabe und Mitbestimmung an gesellschaftlichen und sozialen Prozessen.[22] Gleichzeitig bleibt der Mensch eine psycho-biologische und psycho-soziale Einheit und ist somit geprägt von zahlreichen Interdependenzen. Insofern ist das Personalitätsprinzip keinesfalls verbunden mit einem übersteigerten Individualismus, sondern betont die Würde der Person innerhalb ihrer Verflechtungen. Das Personalitätsprinzip wurzelt demnach in einem jüdisch-christlich definierten Menschenbild, das in der Spannung von Geschaffenheit und Verdanktheit, sowie Begabung und Erwählung steht.[23]

Daran erkennt man die Bezogenheit der einzelnen Prinzipien der Sozialethik aufeinander. Neben dem Personalitätsprinzip richtet sich das *Solidaritätsprinzip* auf eben diese, den Menschen umgebende und einfassende Gemeinschaft und entstand ebenso im Zuge der Auflö-

20 Vgl.: Heimbach-Steins, M.(Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S. 263.

21 Vgl. Baumgartner, A.: Personalität. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S. 265.

22 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 104f.

23 Vgl. Baumgartner, A.: Personalität, S. 267.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

sung festgefügter Gesellschaftsstrukturen. Der Begriff der Solidarität meinte ursprünglich eine „gesamtschulderische Haftung“[24], die im juristischen Sinne zu verstehen ist. Schon im Römischen Reich wurde diese Form der gemeinsamen Verantwortungsübernahme juristisch formuliert.[25] Im Verlauf des 18. Jahrhunderts dehnte sich die Bedeutung in den moralischen Bereich aus und wird nun weitestgehend verstanden als wechselseitige moralische Verpflichtungen zwischen Individuum und Gesellschaft.[26] Dies ging auch einher mit einer zunehmenden Differenzierung innerhalb der Gesellschaft, beispielsweise durch zunehmende Arbeitsteilung. Wie Emile Durkheim aufbauend auf Auguste Comte darstellt, geht eine solche funktionelle Differenzierung mit neuen Abhängigkeiten und Interdependenzen einher, denen wiederum mit Solidarität als neuen, beziehungsweise neu konstruiertem Mittel des gesellschaftlichen Miteinanders begegnet werden muss.

Die Gesellschaft existiert nicht ohne die einzelnen Individuen, die sich in sie einbringen, sie gestalten oder auch (zer-)stören können, ebenso wie sich ein Individuum heute in zunehmendem Maße kaum ohne gesellschaftliche Einbindung entwickeln kann.[27] Gleichzeitig bleiben beide nicht auf ihre Abhängigkeiten beschränkt. So ist das Individuum stets mehr als ein Teil des Größeren und die Gesellschaft immer auch mehr als die Summe vieler Individuen. Beide besitzen eigene Wertzuschreibungen. Das Wissen um dieses Aufeinander-Angewiesen-Sein von Gesellschaft und Individuum führt zur Forderung der gegenseitigen Sorge umeinander. Diese gesellschaftliche, aber auch internationale Vernetzung und damit einhergehende Notwendigkeit gegenseitiger Sorge wurde von päpstlicher Seite das erste Mal in diesem Maße in den Enzykliken *Mater et Magistra* (1961), sowie *Pacem in Terris* (1963) hervorgehoben.[28] Auch in aktueller Lehrverkündigung spielt diese Solidarität eine große Rolle, etwa in der For-

24 Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 107.
25 Vgl. Bayertz, K.: Begriff und Problem der Solidarität. In: Bayertz, K. (Hrsg.): Solidarität – Begriff und Problem, Berlin 1998, S. 11.
26 Vgl. Bayertz, K.: Begriff und Problem der Solidarität, S. 11.
27 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 108f.
28 Vgl. Emunds, B.: Politische Wirtschaftsethik globaler Finanzmärkte, Wiesbaden 2014, S. 4.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

mulierung Papst Franziskus der Geschwisterlichkeit (vgl. *Fratelli tutti,* 2020). Damit ergibt sich eine inhaltliche Nähe zum biblischen Gebot der Nächstenliebe. Solidarität ist ein in der christlichen Theologie sehr präsenter Begriff, ein präsentes Phänomen. In der Bibel sind viele Formen des Einstehens für die Entrechteten, Armen, Schwachen und Kranken auszumachen. In der gesamten Kirchengeschichte sind Strömungen zu erkennen, die den christlichen Gott als einen Gott der Schwachen und Marginalisierten erkennen, die Armentheologie betreiben.[29] Auch wenn kirchlicherseits viel Unrecht gegenüber marginalisierten Gruppen begangen wurde, lässt sich durchgängig eine Sorge um die Ausgeschlossenen ausmachen, die immer auch mit einem Wandel der Gesellschaftsverhältnisse einhergehen muss. Christlich gelebte Solidarität kann in diesen Kontexten gedeutet werden als „gemeinsam die Strukturen der Sünde überwinden"[30].

Diese Solidarität als gegenseitige (Für-)Sorge und Überwindung struktureller Ungerechtigkeiten ist dabei teils institutionell geregelt und einforderbar. Solidarität wird also auch zu organisieren versucht.[31] Teilweise zeigt sie sich ausschließlich in einem moralischen Anspruch, an dem sich sowohl jeder und jede Einzelne als auch gesellschaftliche Regularien und Institutionen zu messen haben. Dabei ist Solidarität nicht begrenzbar, sondern richtet sich vielmehr an alle Personen und insbesondere an Menschen in benachteiligten Situationen. Im christlichen Sinne ist hier die Option der Armen ausgedrückt, das Wissen und die Sorge um Marginalisierung, Diskriminierung, Ausgrenzung und Armut.[32] Solidarität ist dabei nicht nur synchron zu denken, sondern ebenso diachron im Wissen um das Geworden-Sein der Gesellschaft und mit Blick auf zukünftige Generationen. Der Mensch bleibt dabei Ziel allen ethischen Handelns.

Als drittes, klassisches sozialethisches Prinzip ist die *Subsidiarität* zu nennen, die gemeinsam mit der Solidarität auf die Wahrung des Prinzips der Personalität hingerichtet ist. Subsidiarität meint dem

29 Vgl. Vogt, M.: Zur moralischen Grammatik der Solidarität und ihrer (begrenzten)Anwendbarkeit auf intergenerationelle Konflikte. In: Jahrbuch für Recht und Ethik, 2014, S. 102f.

30 Vogt, M.: Grammatik der Solidarität, S. 103.

31 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 109.

32 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 110.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Wortsinn nach Unterstützung oder hilfreicher Beistand. Es ist eine Hilfe zur Selbsthilfe gemeint, die Einzelne befähigt und in die Verfassung versetzt, selbstständig zu entscheiden und zu handeln, um so sich selbst als Subjekt erfahren zu können und gleichzeitig ihre Verantwortung in Gesellschaft leben zu können.[33] Insofern spielt auch ein Aspekt der Nachhaltigkeit mit hinein, da damit meist keine reine Symptombekämpfung gemeint ist, sondern eine langfristige Beseitigung behindernder Ursachen mitschwingt, die Menschen in die Lage versetzt selbst tätig zu werden. Subsidiarität wird oft in Verbindung gebracht mit verfassungsrechtlichen Fragen, wie sie im deutschen, aber auch im europäischen Recht zu finden sind und in der Tat ist das Prinzip der Subsidiarität enger gebunden an Steuerungsfragen und gesellschaftliche Ordnungssysteme als die zuvor angesprochenen Prinzipien.[34] Aber auch in der katholischen Tradition ist das Prinzip der Subsidiarität schon früh starkgemacht worden. Anders als etwa die Prinzipien der Personalität oder Solidarität wurde die Subsidiarität in eben diesem Sinne als ein zentraler Kern Christlicher Soziallehre auch in kirchlichen Dokumenten festgeschrieben. In der Sozialenzyklika *Quadragesimo anno* von Papst Pius XI. aus dem Jahre 1931 heißt es dazu:

> „[W]ie dasjenige, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung“ (*Quadragesimo anno*, 79).

Die Bezogenheit der Subsidiarität auf die Personalität wird deutlich, indem die Würde und Fähigkeit einzelner Personen betont werden, denen eigenständiges und selbstverantwortliches Handeln nicht abgesprochen werden soll. Zwar wird damit die Gesellschaft ihren einzelnen Mitgliedern gegenüber in die Pflicht genommen, dies ist aber nicht misszuverstehen als eine überbordende Individualisierung. Gemeint sind keine wirtschaftsliberalen Ansätze, die staatliches Han-

33 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 113.
34 Vgl. Vogt, M.: Grammatik der Solidarität, S. 105.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

deln eher als schädigend, denn als fördernd betrachten und daher die Eindämmung staatlicher Einmischung fordern. Eine solche Position ist in den kirchlichen Texten nicht auszumachen, vielmehr geht es um den Verweis auf den Menschen, der „Ursprung, Träger und Ziel aller sozialen Institutionen" (GS 25) ist und sein muss, sowie auf die wechselseitige Verwiesenheit und gegenseitige Abhängigkeit von Individuum und Gesellschaft.[35]

Weiter heißt es in *Quadragesimo anno*, dass Gesellschaft in ihrem Kern und Ursprung immer subsidiär geprägt sei, sodass eine subsidiäre Gesellschaftsgestaltung natürlich vorgegeben sei. Subsidiarität kann heute nicht mehr nur als vertikale, hierarchische Zuständigkeitsordnung verstanden werden, sondern impliziert zudem eine Form der Vernetzung innerhalb gesellschaftlicher Ordnungen. Somit beinhaltet sie auch eine Kooperation verschiedener Institutionen auf denselben Ordnungsstufen und implementiert eine Grundhaltung der Zusammengehörigkeit und Zusammenarbeit.[36] Beim Verständnis des Subsidiaritätsprinzips ist insgesamt darauf zu achten, nicht in ein Extrem zu verfallen – der überhöhten Individualisierung oder der Instrumentalisierung zu Gunsten der Gemeinschaft. Indem als letztes Ziel der Gesellschaft der einzelne Mensch ausgemacht wird, der zwar als autonom, aber nicht autark lebend und seiend erkannt wird, wird diesen Extremen vorgebeugt und der Versuch einer Balance zwischen diesen Polen im Denken der Subsidiarität etabliert.

Als letztes zu betrachtendes Prinzip ist an dieser Stelle das Prinzip der *Nachhaltigkeit* anzusprechen. Der diachrone Aspekt, der im Prinzip der Solidarität mitschwingt, wird in dem Prinzip der Nachhaltigkeit ausgefaltet. Das Leben kommender Generationen, aber auch anderer Lebensformen als der menschlichen, wird stärker in den Blick genommen. Damit ist im Feld der Nachhaltigkeit die Mensch-Umwelt-Beziehung umso wichtiger. Die stetig steigende Relevanz der Thematik wird auch deutlich durch päpstliche Lehrschreiben: Die Enzyklika *Ladato si* aus dem Jahre 2015 nimmt explizit dieses Mensch-Umwelt-Verhältnis und die *Sorge für das gemeinsame Haus* in den Blick. Der Begriff der Nachhaltigkeit verweist auf eine Viel-

35 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 113.
36 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 114f.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

zahl gesellschaftlicher Bereiche und die zukunftsfähige Nutzung von Ressourcen, nicht allein im physisch-materiellen Sinne. Deutlich wird dies beispielsweise mit Blick auf die *Sustainable Development Goals* (SDG) der UN. Die Ziele der nachhaltigen Entwicklung werden in 17 verschiedenen Bereichen des sozialen, ökonomischen und ökologischen Lebens formuliert. Dazu gehören etwa Armut, Versorgung mit Lebensmitteln und reinem Wasser, Bildung und Arbeit, oder auch der Bereich der Gesundheit. Insofern sind diese *SDG's* auch für den in der Arbeit behandelten Themenbereich relevant. Da diese Bereiche von Ökologie, Ökonomie und sozialer Struktur eng miteinander verknüpft sind, implementiert das Prinzip der Nachhaltigkeit einen systemischen und möglichst ganzheitlichen Blickwinkel in sozialen Debatten und hinterfragt, beziehungsweise relativiert auch vorherrschende (Wirtschafts-)Systeme. Insbesondere das Wachstumsparadigma und die Konsumorientierung kapitalistischer Wirtschaftsweisen werden durch das Prinzip der Nachhaltigkeit angefragt, da dieses folgenden Generationen Lebens- und Handlungsspielraum nimmt.[37]

Neben den Prinzipien der Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit lassen sich noch verschiedene weitere dem Kanon der christlichen Sozialprinzipen zuordnen. Beispielsweise zählen Gerechtigkeit, Verantwortung oder Gemeinwohl dazu. An dieser Stelle sollen diese nicht weiter bedacht werden, da sie teilweise bereits in den anderen Prinzipien mitschwingen. Subsidiarität ist beispielsweise nicht zu denken ohne eine Verantwortungsübernahme seitens der Institutionen und einzelner Individuen, auch hierbei handelt es sich um das Wissen um gegenseitige Abhängigkeit.[38] Ebenso sind viele Momente der Verantwortung im Bereich der Nachhaltigkeit zu finden, da ein verantwortliches Handeln immer auch Handlungsfolgen in den Blick nehmen muss und somit über den und die Einzelne und die momentane Verfasstheit hinausgeht. Auf anderer Ebene ist das Gerechtigkeitsprinzip stark geknüpft an das christliche Verständnis von Personalität. Auch in ihm ist die Balance zwischen Freiheit und Gebundenheit, zwischen Individuum und Gesellschaft zu finden, wie

37 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 124.
38 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 117.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

etwa im Subsidiaritätsprinzip.[39] Mit Blick auf Formulierungen wie etwa Generationengerechtigkeit oder ökologische Gerechtigkeit wird auch die Verwurzelung des Begriffs in Aspekten der Nachhaltigkeit deutlich.[40] Durch die vier ausgewählten Prinzipien werden folglich verschiedene Stoßrichtungen abgedeckt, die bei der Beleuchtung des WHO-Kodex von Bedeutung sind und die auch andere wichtige Kriterien mit einfassen.

Es zeigt sich, dass die Prinzipien als eine Art Grundgerüst dienen, das eine – aus christlicher Sicht – gerechte, stabile und förderliche Gesellschaft stützt und erschafft, in dem Einzelne geachtet und bedacht werden. Somit dienen sie der Problemidentifikation und weisen auf Schwachstellen und Probleme innerhalb gewisser Systeme hin. Auf der anderen Seite geben sie auch Lösungsstrategien vor. Gleichzeitig muss dieses Gerüst weiter gefüllt und je nach Thema konkretisiert werden. In der vorliegenden Fragestellung scheint es sinnvoll, diese Prinzipien anzuwenden, da das Problem der Arbeitsmigration die Ebenen der Gesellschaft und des Individuums beinhaltet, grundsätzliche Strukturmerkmale wie etwa Migration oder Arbeitsmarkt zum Tragen kommen und auch globale Ebenen berührt werden. Durch diesen weiten Blick des Themas und des WHO-Kodex sind die klassischen, zunächst allgemein gehaltenen, Prinzipien Christlicher Sozialethik angebracht und hilfreich in der Bewertung des Kodex.

1.3 Christlich-theologische Perspektivierung

Bei der Beurteilung der Inhalte des Kodex sind drei Kernpunkte der Thematik von globaler Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften relevant. Dies sind insbesondere die Bereiche Arbeit, Migration und Gesundheit, die auch in biblischer und kirchlicher Tradition präsent sind. Diese sollen nun überblicksartig behandelt werden, da sie eine Grundhaltung eröffnen, aus der heraus die vorliegende Arbeit geschrieben wird und die daher vorangestellt werden soll.

39 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 122.
40 Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S. 122f.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Gleichzeitig eröffnen sie Perspektiven, die für die anschließende Beurteilung von Relevanz sind. Die genannten Schlaglichter sind in jedem Fall skizzenartig und stellen keine umfassende Migrations-, Arbeits-, beziehungsweise Gesundheitsethik dar. Vielmehr sollen die Punkte herausgegriffen werden, die für die Analyse der Thematik Kernanliegen mit sich bringen (vgl. Kap. 4).

1.3.1 Arbeit

Auf den ersten Blick erscheint Arbeit kein großer Komplex bei der Frage nach internationaler Steuerung von Gesundheitsfachkräften. Allerdings ist es wichtig, diese Perspektivierung aufzuzeigen, da die Arbeit für die migrierenden Gesundheitskräfte zum zentralen Punkt in ihrem Alltagsleben wird und somit das Problem im tatsächlichen Sinne personalisiert und von der abstrakten globalen Ebene heruntergebrochen wird.

Arbeit, vor allem körperliche Arbeit, ist in unserer Gesellschaft häufig negativ konnotiert. Sie wird als Last und Mühsal verstanden und als Gegenbegriff zu Freizeit, Spaß und Lust. Es gilt, sich durch allerlei technische Hilfsmittel möglichst von Arbeit zu befreien. Diese Entkoppelung von Mensch und Arbeit führt letztlich zu einer Entfremdung der Arbeit, was sich beispielsweise durch einen Entzug des entstehenden Produktes oder eine Entsozialisierung, beziehungsweise Individualisierung der Arbeit zeigt.[41] Dabei werden verschiedenste Dimensionen und Bedeutungen von Arbeit für den Menschen vernachlässigt, seine positiven Implikationen und Notwendigkeit missachtet.

Bereits in der Bibel wird deutlich, dass Arbeit als ein menschliches Existential zu verstehen ist. In der Zeit nach der Vertreibung aus dem Paradies, wird Arbeit relevant und theologisch reflektiert. Schon in den Schöpfungserzählungen gibt es Anklänge, die den Mensch als arbeitendes Wesen darstellen. De Satz „Füllt die Erde und unterwerft sie“ (Gen 1,28) verdeutlicht die Bezogenheit des Menschen auf die

41 Vgl. Sölle, D.: Lieben und Arbeiten. Eine Theologie der Schöpfung. Stuttgart 1985, S. 76f.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Erde und seine Abhängigkeit von ihr und betont die Wirkkraft des Menschen, die sowohl schöpferische, kreativ gestaltende als auch zerstörende Ausmaße annehmen kann. Der Schöpfungsbericht ermahnt auch zur Ruhe. Neben der Notwendigkeit zur Arbeit zeigt sich also auch die Notwendigkeit der zeitweiligen Nicht-Arbeit. Diese Anlagen ziehen sich durch die gesamte Bibel hin zu konkreten arbeitsethischen Aussagen im Neuen Testament, wie etwa „wer arbeitet, ist seines Lohnes wert." (Lk 10,7).[42] Daraus lässt sich bereits ethisch konkretisieren: In der Arbeit wirkt der Mensch als schöpferisches, kreatives und selbstbestimmtes Wesen, es bedarf aber auch Ruhezeiten und Arbeit muss auch dazu dienen, den Lebensunterhalt bestreiten zu können.

Im Zuge der Industrialisierung wurde die Arbeiterfrage und damit die Frage nach der Arbeit an sich in ihrem anthropologischen und theologischen Gehalt Thema für die erste große, neuzeitliche Sozialenzyklika der Kirche *Rerum novarum* aus dem Jahre 1891. Seitdem ist diese Frage immer wieder aufgegriffen und stets neu bewertet worden. Den verschiedensten Anforderungen der Zeit gilt es nachzugehen: Die Auseinandersetzung mit Kommunismus und Kapitalismus, Fragen nach Eigentum, Profitgier, einer Option für die Armen, globale Gerechtigkeit und Bewahrung der Schöpfung weiten das Themenfeld.

Insgesamt lassen sich einige Grundlinien von Positionierungen zur Arbeit erkennen, die auch im Kontext dieser Arbeit von Relevanz sind. Die Sozialenzyklika *Laborem Exerzens* arbeitet vier Dimensionen menschlicher Arbeit heraus, die personale, die soziale, spirituelle und die bereits angesprochene existentielle, beziehungsweise naturale Dimension.[43] Der Wert der Arbeit bemisst sich also immer auch an ihrem Wert für die Person, deren Befähigung und Freiheit zum Maßstab werden. Die erste identifizierte Leitlinie ist also die Aussage: „[D]ie Arbeit [ist] für den Menschen da und nicht der Mensch für

42 Vgl. Lang, B.: Der arbeitende Mensch in der Bibel. Eine kulturgeschichtliche Skizze. In: Postel, V.(Hrsg.): Arbeit im Mittelalter. Vorstellungen und Wirklichkeiten, Berlin 2010, S. 35.

43 Vgl. Zimmer, M.: Arbeit aus der Sicht der Soziallehre. In: Thielen, M./Zimmer, M. (Hrsg.) Die Zukunft der Arbeit. Christlich-soziale Perspektiven, Berlin 2013, S. 26.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

die Arbeit" (LE 6). Insbesondere für den Bereich der Arbeitsmigration wichtig, wird dies ergänzt durch eine Abwehrhaltung gegen die Tendenzen des Kapitalismus, menschliche Arbeit mit „materiellen Produktionsmittel[n] gleich[zu]schalte[n]“ (LE 7). Neben dem Vorrang des Menschen vor der Arbeit und der Würdigung und Würde des Einzelnen, zählen auch Aspekte der Selbstwirksamkeit. Rein ökonomischer Kalkül lässt eine solche Perspektive auf Arbeit kaum zu, sorgt für eine Verobjektivierung und Verdrängung der Menschengebundenheit von Arbeit.[44]

Des Weiteren ist die soziale Dimension der Arbeit zu nennen. Sie ermöglicht Interessenorientierung durch Segmentierung und Aufgabenteilung und für den Menschen notwendige Anerkennung und Resonanz. Aus christlicher, beziehungsweise religiöser Betrachtung heraus, lässt sich ferner eine spirituelle Dimension von Arbeit ausmachen, die auf die Beziehung zu Gott und seiner Schöpfung verweist.[45]

Diese Überlegungen zeigen, welch große Relevanz Arbeit im menschlichen Leben hat, wie sie Einzelne und die Gesellschaft konturiert und bestimmt:

> „Wohl aber hält es die Kirche für ihre Aufgabe, immer wieder auf die Würde und die Rechte der arbeitenden Menschen hinzuweisen und die Situationen anzuprangern, in denen diese Würde und diese Rechte verletzt werden, und auch ihren Teil dazu beizutragen, diesen Änderungen eine solche Richtung zu geben, daß dabei ein echter Fortschritt für den Menschen und die Gesellschaft entsteht.“ (LE 1)

Im Kontext dieser arbeitsethischen Schlaglichter soll im weiteren Verlauf auch mit Blick auf Arbeitsmigration von Gesundheitskräften argumentiert werden (vgl. Kap. 4.1).

44 Vgl. Nell-Breuning, O. v.: In sinnvoller Arbeit das Menschsein entfalten. Über Würde und Verantwortung des Arbeitens. In: Nell-Breuning, O. v.(Hrsg.): Den Kapitalismus umbiegen. Schriften zu Kirche, Wirtschaft und Gesellschaft, Düsseldorf 1990, S. 306.

45 Vgl. Zimmer, M.: Arbeit, S. 26ff.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

1.3.2 Migration

Ein weiterer Blick gebührt dem weiten Feld der Migration. Auch hier scheint es sinnvoll, einige Gesichtspunkte vorab zu verdeutlichen. Migration ist, ebenso wie die Arbeit, ein theologisch relevantes Phänomen, und nimmt vor allem eine systemische Perspektive auf das Handlungsfeld internationaler Migration im Gesundheitswesen ein.

Die Christliche Soziallehre bietet auch in diesem Bereich verschiedene Leitlinien. Biblisch ist an dieser Stelle insbesondere das Fremdlingsmotiv hervorzuheben. Aus der biblischen Erfahrung des Exodus und dem Fremdsein des Volkes Israel in Ägypten folgen für nachexilische Theologie Gebote zur Wertschätzung und Achtung des Fremden:

> „Wenn ein Fremdling bei dir wohnt in eurem Lande, den sollt ihr nicht unterdrücken. Er soll bei euch wohnen wie ein Einheimischer unter euch, und du sollst ihn lieben wie dich selbst; denn ihr seid auch Fremdlinge gewesen in Ägyptenland" (Lev 19, 33f.).

Dieses Gebot durchzieht die Rechtstexte des Alten Testaments, ist sowohl im Bundesbuch (vgl. Ex 22,20f) als auch im oben zitierten Heiligkeitsgesetz zu finden. Im Buch Deuteronomium wird explizit der Fremde als Teil des Bundesschlusses genannt (vgl. Dt 29,9f).[46] Gleichzeitig wird im Alten Testament auch die Ambivalenz deutlich, mit der Fremden begegnet wird. Dem biblischen Gebot der Achtung der und des Fremden steht die Realität der Missachtung und Abwertung des Fremden, meist in Person der Propheten, gegenüber.[47] Neben den Geboten sind auch viele biblische Wanderungsgeschichten präsent. Dabei wird nicht unterschieden zwischen den verschiedenen Gründen von Migration, sei es Flucht aufgrund von Verfolgung und Krieg, ausgelöst durch Dürren und Hunger oder aufgrund wirt-

46 Vgl. Ebach, J.: „Denn Ihr seid auch Fremdlinge…" – Flucht als Herausforderung der Partnerkirchen in Europa. Vortrag beim Treffen der Leitenden Geistlichen der europäischen Partnerkirchen der Evangelischen Kirche im Rheinland, Bad Neuenahr 09./10. Januar 2016, S. 1.

47 Vgl. Wiedemann, C./Charlier, R.: ‚Fremdling im eigenen Land' – Zur Genealogie eines Intellektuellen-Attributs. In: Münkler, H. (Hrsg.): Die Herausforderung durch das Fremde. Berlin 1998, S. 562f.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

schaftlicher Überlegungen.[48] Der Gedanke der Gleichsetzung von Migrationsgründen scheint in heutiger Politik fremd zu sein. Wirtschaftliche Gründe sind in der Migrationsfrage meist gerne gesehen, allerdings nur, wenn sie in dem Aufnahmeland gründen und die Migration somit diesem dienlich ist. Insgesamt zeigt sich also im Alten Testament eine Haltung der Achtung des und der Fremden und ein Wissen um das eigene Fremdsein(-können). Auch im Themenkomplex Migration lässt sich eine weitere relevante Leitlinie aus der Enzyklika *Laborem Exerzens* ziehen. Es wird davor gewarnt, dass

> „der Mensch in irgendeiner Weise dem Gesamt der materiellen Produktionsmittel gleichgeschaltet und so wie ein Instrument behandelt wird und nicht entsprechend der wahren Würde seiner Arbeit, das heißt als ihr Subjekt und Urheber, und ebendadurch [sic!] als wahres Ziel des ganzen Produktionsprozesses" (LE 7)

betrachtet wird. An dieser Stelle zeigt sich die Bedeutung der Person, nicht nur im Kontext Arbeit, auch mit Blick auf Migration ist sie von Relevanz. Es wirkt Tendenzen entgegen, die Personen, konkret Gesundheitskräfte, als verschiebbare Ware auf dem globalen Arbeitsmarkt betrachten. Migration ist nicht in Gänze steuerbar, weist vielmehr eine eigene Autonomie auf. Hinter einer Migration, aus welchen Gründen sie auch erfolgen mag, steht stets eine bewusste Entscheidung gegen die bisherigen Lebensumstände beziehungsweise für die erhofften Verbesserungen eben dieser. Migration ist „eine Antwort auf asymmetrische Machtverhältnisse"[49]. Dieses löst Wanderungsbewegungen aus und somit ist eine vollkommene Steuerung von Migrationsströmen nicht möglich, da politische Interventionen bis zu einem gewissen Grad stets reaktiv bleiben. Die Menschen, die migrieren, sollten in ihrer Würde und individuellen Autonomie wahr- und ernstgenommen werden. Die Betonung in *Laborem Exerzenz* zeigt, dass ein politisches Verteilspiel mit menschlichen Ressourcen auf einem imaginierten Schachbrett ethisch nicht vertretbar ist.

48 Vgl. Ebach, J.: „Denn Ihr seid auch Fremdlinge…", S. 4.

49 Boutang, Y. M.: Europa, Autonomie der Migration, Biopolitik, in: Pieper, M./Atzert, T./Karakayali, S./ Tsianos, V. (Hrsg.): Empirie und die biopolitische Wende – Die internationale Diskussion im Anschluss an Hardt und Negri. Frankfurt/New York 2007, S. 172.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

1.3.3 Gesundheit

Neben diesen beiden Schwerpunktsetzungen, die für die Betrachtung von Arbeitsmigration aufschlussreich sein sollen, folgt nun eine christliche Perspektivierung des Bereichs Gesundheit.

Aufbauend auf jüdischen Weltdeutungen ist auch christliches Denken monistisch in dem Sinne geprägt, als dass Menschsein nicht von Leiblichkeit entkoppelt werden kann. Der Mensch vollzieht sein Leben in Leiblichkeit und entwickelt darüber Identität.[50] Das Befinden eben dieses Leibes ist also auch theologisch relevant, weswegen Begriffe wie Krankheit, Gesundheit und Heilung stark aufgeladen sind und oftmals als gelingende, beziehungsweise gestörte Gottesbeziehung gedeutet wurden. Körperliches Leid wurde überwiegend als Strafe Gottes aufgefasst.[51] Krankheiten und damit im Umkehrschluss Heil und Heilung, wurden lange Zeit als übernatürliche Phänomene betrachtet und hatten damit stets eine spirituelle und theologische Dimension.

Biblisch spielt das Thema von Heil und Krankheit eine große Rolle. Trotz Unterscheidung zwischen spirituellem und leiblichem Heil ist damit keine dualistische Trennung gemeint. In Klagepsalmen geht oftmals das Gefühl der Gottverlassenheit mit Krankheit einher,[52] was die Verbindung dieser Dimensionen und die Ganzheitlichkeit von Krankheit und von Heil betont, die im Alten Testament aufgezeigt wird. Krankheit wird dabei immer auf ein göttliches Wirken zurückgeführt, ebenso wie Genesung und Gesundheit.[53] Auch neutestamentlich lassen sich viele Bezüge ausmachen. Neben dem Ausschluss der Kranken, der an vielen Stellen deutlich wird, steht oftmals der Prozess der Heilung im Vordergrund. Jesus etwa nimmt die Bedürfnisse der Menschen in den Blick, um sie zur Heilung zu führen.[54] So fragt Jesus etwa den Blinden Bartimäus, der ihn um Hilfe bittet:

50 Vgl. Eibach, U.: Leiblichkeit. In: Kühnhardt, L./Mayer, T. (Hrsg.): Bonner Enzyklopädie der Globalität, Wiesbaden 2017, S. 268f.
51 Vgl. Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil. In: Evangelische Theologie, Jg. 66, Heft 4, Gütersloh 2006, S. 298.
52 Vgl. Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil, S. 298.
53 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 56.
54 Vgl. Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil, S. 300.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

„Was willst du, dass ich dir tue?“ (Mk 10,51). Diese Frage impliziert eine Selbstverantwortung und -bemächtigung. Im Neuen Testament wird diese Selbstermächtigung[55] auch dadurch ausgedrückt, dass der Glaube der Menschen zentral ist für die Heilung, es besteht ein notwendiger Zusammenhang von Heilung und Glaube.[56] Eine reine Verfügtheit wird abgewehrt. Kranke Menschen werden von Jesus in den Blick genommen und zum Sprechen befähigt. Auch dabei zeigt sich ein ganzheitliches Verständnis dessen, was Krankheit bedeutet, und es geht um eine Bestärkung, ein Hervorholen aus der Verdrängung, zurück in die Gesellschaft. Im Vergleich zum Alten Testament, in dem Krankheit oft als Krise des gesamten Volkes gedeutet wird[57], zeigt sich hierbei aber eine Hervorhebung der einzelnen Person, eine Bedeutung der Einzelschicksale.[58] Theologisch gipfelt das Motiv des Heils und der Gesundheit im *Christus-medicus*-Motiv durch die unbedingte Zuwendung zu dem kranken Menschen im diakonischen, spirituellen und medizinischen Handeln.[59]

Biblisch wird also das Verständnis von Krankheit als „radikale[…] Lebensminderung“[60] aufgezeigt. Wie eng Ausgrenzung und Krankheit miteinander verbunden waren, zeigt sich etwa an der Bezeichnung Aussatz für eine Lepra-Erkrankung. Zwar wird soziale Ausgrenzung kranker Menschen heute nicht mehr gefordert, geht aber dennoch oftmals mit Erkrankungen einher. Krankheit birgt somit nicht nur körperliches, sondern auch seelisches Leiden, durch Ausgrenzung und einer Verhinderung von Teilhabe. Im Gegenzug ist Heil nicht nur Heilung von Krankheit, sondern im theologischen Kontext als „umfassende Beseitigung von Not“[61] zu verstehen. Diese Erkenntnis wurde auch in den neueren lehramtlichen Schreiben auf-

55 Vgl. Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf – zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns aus der Sicht des Christentums, in: Ethik der Medizin, Jg. 1, Heft 10, S. 123.
56 Schockenhoff, E.: Die religiöse Deutung der Krankheit, in: Büssing, A./Surzykiewicz, J./Zimowski, Z.: Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet, Heidelberg 2015, S. 35.
57 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 56.
58 Vgl. Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf, S. 123.
59 Vgl. Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf, S. 125.
60 Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 59.
61 Karle, I.: Die Sehnsucht nach Heil und Heilung in der kirchlichen Praxis. Probleme und Perspektiven. In: Thomas, G./Karle, I. (Hrsg.): Krankheitsdeutung in der

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

gegriffen. In der Pastoralkonstitution *Gaudium et spes*, die ein Verständnis des Menschen als Leib-Seele-Einheit vermittelt (vgl. GS 4), wird der Blick auf die Folgen von Krankheit und ihre sozialen Ursachen gelegt. Gleichzeitig wird die Endlichkeit menschlicher Leiblichkeit und die Unsterblichkeit der Seele hervorgehoben.[62] Damit ist auch die eschatologische Dimension von Heil angesprochen, die aus theologischer Perspektive nicht unerwähnt bleiben darf.

Biblisch wird die Sorge für die Alten und Kranken und die damit einhergehende gesellschaftliche Verantwortung betont. Die biblische Perspektive auf Krankheit bietet zudem ein Korrektiv für moderne medizinische Krankheitsbegriffe, insofern, als dass Krankheit biblisch als etwas Gesamtkörperliches verstanden wird und nicht auf einzelne Wirkmechanismen und Subsysteme reduziert wird.[63] Insofern ist im christlichen Bewusstsein das Spannungsverhältnis von Verletzlichkeit und Ohnmacht von Kranken, Gepflegten und Gebrechlichen auf der einen Seite und Autonomie, Selbstbestimmtheit und Würde auf der anderen Seite präsent. Christlich ist der Mensch als ein Beziehungswesen geschaffen, eingebettet in Seine Um- und Mitwelt und in Relation zu Gott und von diesem als Ebenbild, als Gegenüber geschaffen, das daher inhärent Würde besitzt.[64] Zusammenfassend ist lässt sich festhalten, das die Thematik von Heil, Gesundheit und Krankheit, tief in christlicher Theologie verankert und Pflege genuin in kirchliche Arbeit und kirchliches Wirken eingeschrieben ist. Jenseits von Instrumentalisierungen, und problematischen Deutungen, wie Leibfeindlichkeit oder Krankheit als göttliche Strafe, kann auch ein ganzheitliches Verständnis herausgearbeitet werden. „Der Mensch ist immer als ganzer Geschöpf Gottes“[65].

postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, S. 543.

62 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 68.

63 Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S. 71.

64 Vgl. Härle, W.: Ethik, S. 247.

65 Eibach, U.: Leiblichkeit, S. 268.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

1.3.4 Bündelung

Phänomene von Arbeit, Krankheit und Heil, sowie Wanderung, Flucht, Migration sind tief im christlichen Glauben und in christlichen Weltdeutungen eingebaut. Arbeit als existenznotwendiges, aber auch existenz- und identitätsbestimmentes Moment ist konstitutiv für das Menschsein und das christliche Menschenbild. Ebendies gilt auch für die Einbettung des Menschen in Kategorien von Gesundheit und Krankheit. Dabei ist anzumerken, dass innerhalb des Christentums verschiedenste Deutungen dazu aufzufinden sind, sich aber in biblischen Quellen meist eine Vermittlung zwischen den Extremen abzeichnet. Unabhängig davon ist die Sorge um das Heil, sei es leiblich oder seelisch, tief in christliche Glaubensexistenz eingeschrieben und eng mit institutionalisierten Formen der Gesundheitsfürsorge verknüpft. Auch mit Blick auf Migration gibt die christliche Tradition eine Deutungsrichtung mit einer Anwaltschaft für Wandernde. Wissend um die damit einhergehenden Verluste von Einbettung, Beziehungen, Kultur und Sprache lenkt die christliche Perspektivierung den Blick auf die Personhaftigkeit derer, die ihre Heimat verlassen oder verlassen müssen. Ausgehend von diesen drei theologischen Deutungen und eingedenk der hohen Relevanz dieser Lebenswirklichkeiten, erklärt sich eine Notwendigkeit der theologischen Auseinandersetzung mit den Schnittstellen.

Diese sozialethischen Überlegungen zeugen insgesamt von der hohen Praxisrelevanz der Sozialethik. Insofern ist in die Sozialethik immer auch eine Institutionenethik eingebettet, die versucht, Verantwortungsbereiche und Zuständigkeitssysteme aufzuzeigen und zu deuten.[66] Der Blick soll nun auf globale Steuerungsmechanismen der Arbeitsmigration von Gesundheitskräften gelenkt werden. Es gibt internationale Bemühungen, Zu- und Abwanderung in dem Bereich ethisch zu gestalten und an bestimmte Normen und Forderungen zu knüpfen. Um diese Bemühungen aus christlich-sozialwissenschaftlicher Perspektive einzuordnen, soll der Verhaltenskodex der WHO aus dem Jahre 2010 beispielhaft herausgegriffen und analysiert werden, um eine Einschätzung globaler Steuerungsversuche vornehmen

66 Vgl. Mieth, D.: Sozialethik, S. 220.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

zu können und eventuell weitergehende Handlungsperspektiven zu eröffnen.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

2. Arbeitsmigration von Gesundheitskräften

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu einer sozialethischen 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/Boston^{2} 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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 keinster 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

> „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 Hebammen[75] 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 (Hebammengesetz – HebG) gilt die Berufsbezeichnung „Hebamme" für alle Berufsangehörigen.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischen 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 Wanderungsmotive 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 präsentere 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, Heidelberg[2] 2011, S. 732.

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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

spielsweise sprachliche und kulturelle Nähe zum Zielland,[81] oder die Lust auf neue Kulturen und Erfahrungen[82] 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Recuitment of Health Personnel: The Evolution of Gobal 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 aufgreift[99] 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 theWHO Global Code of Practice on the InternationalRecruitment 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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:

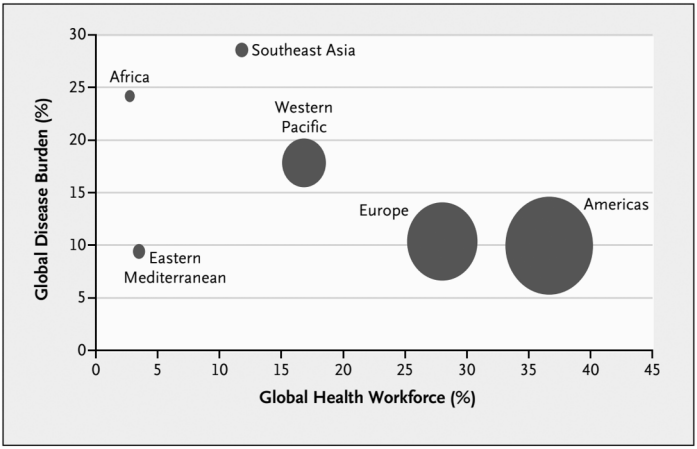

Abb. 1: Globale Verteilung von Gesundheitsfachkräften nach Höhe der Ausgaben und Krankheitslast[102]

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.HWFGRP_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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Medizinier: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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

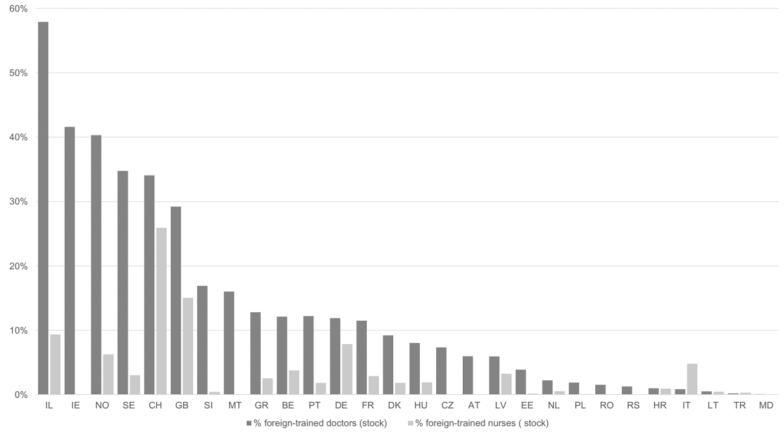

Abb. 2: Im Ausland ausgebildete Fachkräfte prozentual zur gesamten Ärzteschaft und zum Pflegepersonal[114]

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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./Calveley, 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 soll[127] (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 schaffe 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 globalcode of practice on the internationalrecruitment of health personnel's impacton four high-income countries four yearsafter 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Fünffache[141] – 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 43,6[144] und 2019 bei 44,5[145]. 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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

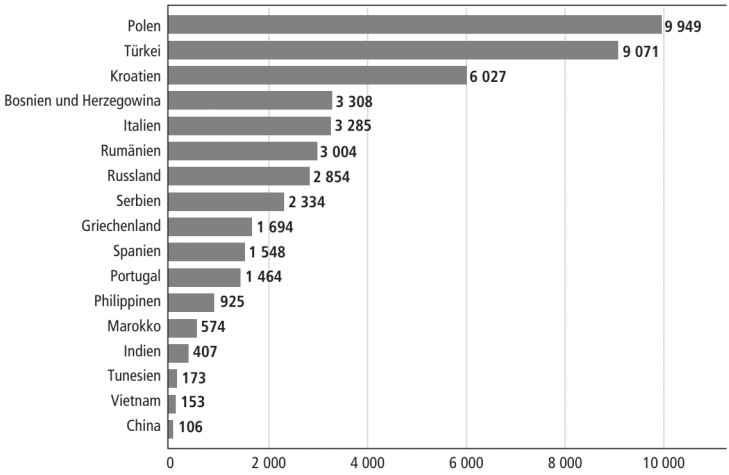

Abb. 3: Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit in Deutschland, 2013[155]

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./Kuhlmey, 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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 vielmals 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.): Erstes „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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Euro[166] oder hoch bis zu knapp 70.000 Euro[167] 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-

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

chen Anerkennung arbeiten die Pflegekräfte im Tätigkeitsprofil einer ‚Pflegekraft in Anerkennung'"[171]. Parallel geschieht eine Begleitung der Arbeitgeberinstitutionen seitens der GIZ[172], 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 vermittelt[174], 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%bcre_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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethische 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

3. Der WHO-Verhaltenskodex

Dies wird versucht in dem Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Jahr 2010. Aus den zuvor beleuchteten Aspekten heraus ergibt sich die Notwendigkeit, Migrationsbewegungen aus ethischer Perspektive heraus sinnvoll, nachhaltig und gerecht zu gestalten. Exemplarisch soll im Folgenden der Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften beleuchtet werden. Neben dem Blick in das Dokument, ist es angebracht, die Bedingungen, Historie und Wirkkraft zu beleuchten, um seine ethische Qualität und Relevanz beurteilen zu können.

Bei der inhaltlichen Betrachtung des Themas wird deutlich, dass die Frage nach der Verteilung von Gesundheitsfachkräften nicht solitär und innerhalb eines Landes beantwortet werden kann. Vielmehr liegt eine internationale und globale Vernetzung vor, die eine solch vernetzte Zusammenarbeit erforderlich macht. Wie in den aller meisten Bereichen internationaler Organisation und Regulierung birgt ein solch internationales Vorgehen stets Schwierigkeiten. Die Komplexität der Fragestellung, internationale Interdependenzen, sowie die Fragmentierung von Institutionen und Entscheidungsträgern verhindern eine monokausale, einseitig-nationale Vorgehensweise. In diesem Zuge und auch durch Wissen um die Transnationalität von Krankheiten, sowie die erheblichen Disparitäten in der Gesundheitsversorgung[186], wurde der Blick zunehmend auf eine internationale Gesundheitspolitik, die Global Health Gouvernance gelenkt. Diese bezieht sich weniger auf die individuelle Ebene des Gesundheitsschutzes, sondern rekurriert vielmehr auf Systeme, Strukturen, Abhängig-

186 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance" – zukunftsfähige Architektur eines globalen Gesundheitssystems?. In: GIGA Focus Global, GIGA German Institute of Global and Area Studies – Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien, Nr. 7, Hamburg 2006, S. 1.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

keiten sowie auf die Entwicklung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien.[187]

3.1 Globalpolitischer Hintergrund

An dieser Stelle soll nicht umfänglich auf die Erträge, Hindernisse und Erfordernisse der Global Gouvernance eingegangen werden, jedoch sollen kurz internationale Akteure, Interessengruppen sowie Steuerungsversuche innerhalb der globalen Gesundheitspolitik benannt werden, um das Feld, innerhalb dessen der Verhaltenskodex der WHO wirksam werden kann, abzustecken.

Bis in die 1990er Jahre hinein, war das Feld der internationalen Gesundheitspolitik zu großen Teilen von übernationalen Institutionen bestimmt und gelenkt, wozu die WHO, die Weltbank oder UNICEF zählten.[188] Die Weltgesundheitsorganisation ist im Bereich der globalen Gesundheitspolitik als einer der einflussreichsten globalen Organisationen zu nennen. Sie wurde im Jahr 1948 als Unterorganisation der UN gegründet und hat ihren Hauptsitz in Genf. Zurzeit setzt sie sich zusammen aus 194 Mitgliedsländern und wird strukturiert durch die Weltgesundheitsversammlung, sowie einen Exekutivrat. Durch die Weltgesundheitsversammlung werden Richtlinien bestimmt, die Generaldirektion, sowie die Mitglieder des Exekutivrats gewählt, Finanzpolitik und Budgets genehmigt und überprüft.[189] Die WHO verfügt über verschiedene bindende und nicht-bindende Instrumente (Konventionen, Bestimmungen und Empfehlungen), wobei sie in den aller meisten Fällen zu Instrumenten des *Soft Law* greift.[190]

187 Vgl. Korzin, M.: Public-Private Partnerships im Bereich von Global Public Health. In: Münchener Beiträge zur Politikwissenschaft, München 2012, S. 11.
188 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance", S. 1.
189 Vgl. World Health Organisation – WHO (Hrsg): World Health Assembly, online unter: https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly (Stand: 30.06.2021).
190 Vgl. Richter, J.: Soft Law in International Health – the Case of the WHO's Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Zürich 2017, S. 139.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Die UN und damit auch die WHO sind abhängig von ihren Mitgliedsstaaten. So kommt es immer wieder auch zu Fällen, in denen nicht genug Ressourcen akquiriert werden können, aufgrund der Blockaden einzelner Länder. Die Verpflichtungen bleiben oftmals freiwillig, sind abhängig von konjunktureller Lage und Etats einzelner Geberinstitutionen. Auch aufgrund dieser Abhängigkeiten, kommt der WHO somit die Funktion einer Schnittstelle zwischen den einzelnen Geberstaaten zu, die die Koordination der Interessen anleiten und steuern kann.[191]

Wie sich bereits gezeigt hat, spielen die einzelnen Mitgliedsstaaten auch in transnationalen und globalen Netzwerken eine entscheidende Rolle und bestimmen deren Positionierung, Organisation und Ausformung maßgeblich mit. Mit Blick auf die Gesundheitspolitik zeigt sich, dass zusätzlich ein Fokus auf den Nationalstaaten liegt, da diese die entscheidende Rolle in der Bereitstellung von Gesundheitsversorgung, -kapital, und -kräften spielen. Wie Wolfgang Hein betont, würden viele Experten in dem Bereich zunächst für eine Stärkung nationaler Gesundheitssysteme plädieren.[192] Innerhalb subsidiärer Strukturen, lässt sich festhalten: Wenn nationalstaatliche Gesundheitssysteme Grundstandards genügen und eine gewisse Qualität aufweisen, lässt sich darüber hinaus auch Engagement in globalen Strukturen fordern. An dieser Stelle wird erneut die erhebliche Disparität zwischen einzelnen Ländern deutlich. Daraus folgt nämlich, dass auch innerhalb solcher Organisationen stets die Gefahr des Ungleichgewichts droht.

Es ist anzumerken, dass die globalen Regelungen zur Gesundheitsvorsorge und zur Organisation und Strukturierung des Gesundheitswesens immer auch in andere übernationale Rechtsprechung einzubetten sind. Es spielen stets internationales Handels-, Umwelt- oder Arbeitsrecht oder die Charta der Menschenrechte mit hinein, sodass

191 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance", S. 4.
192 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance", S. 5.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

auch Organisationen wie die WTO, IWF oder OECD als Akteure betrachtet werden können.[193]

Hinzu kommen nichtstaatliche Akteure, sowohl kommerziell orientierte als auch Non-profit-Organisationen. Seit den 1990er Jahren etablieren sich zunehmend auch *Global Public Private Partnerships* als Akteure in internationaler Gesundheitspolitik. Diese bilden einen Rahmen für die Kooperationen von beispielsweise großen international agierenden Stiftungen, Pharmakonzernen, sowie Hilfsorganisationen mit staatlichen oder überstaatlichen Stellen.[194] Diese Akteure übernehmen teils sehr relevante Sparten innerhalb des Gesundheitssektors, wie die Entwicklung und Bereitstellung von Medikamenten und Vakzinen oder medizinische Grundversorgung vor Ort. Diese Form des internationalen Engagements bietet Chancen und Vorteile, erfordert aber auch staatliche Organisation und Regulation, was sich in der Praxis teilweise als schwierig herausstellt.[195] All diese Akteure sind in einem engen Netz miteinander verwoben, aufeinander angewiesen oder voneinander abhängig.

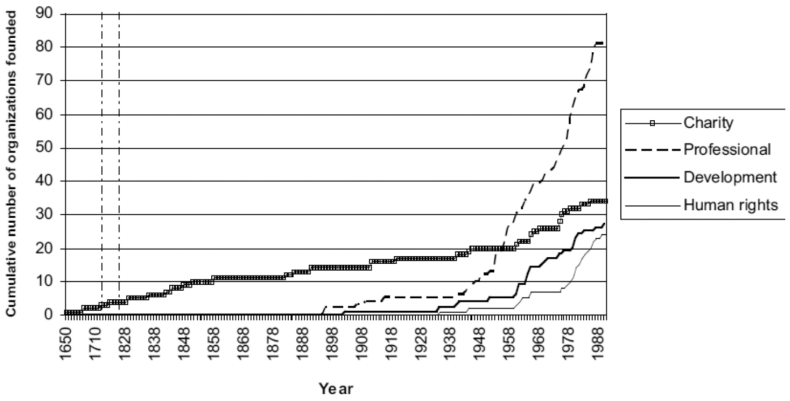

Abb. 4: Entwicklung der globalen Organisationen im Feld Gesundheit[196]

193 Vgl. Radek, M.E.: Weltkultur am Werk? Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine Rezeption im nationalen Reformdiskurs am Beispiel Polens, Bamberg 2011, S. 98.
194 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance", S. 2.
195 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance", S. 3.
196 Radek, M. E.: Weltkultur, S. 97.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access -

Wie in Abb. 4 ersichtlich wird, nahm die Gründung von Organisationen im globalen Gesundheitssektor – seien sie wohltätig, entwicklungstheoretisch oder menschenrechtlich ausgerichtet – enorm zu. Zu Beginn der Globalisierung nahmen im Zuge der Eroberung Amerikas insbesondere religiöse Orden eine übernationale Perspektive auf Fürsorge, Gesundheit und Pflege ein. Das Feld hat sich im 20. und 21. Jahrhundert enorm verbreitert.[197] Wie die Grafik auch zeigt, haben sich insbesondere profitorientierte Organisationen etabliert.

Innerhalb dieses Systems globaler Gesundheitspolitik versucht die WHO Steuerungs- und Regulierungsmechanismen einzubauen. Die angesprochenen Entwicklungen im Bereich der Migration von Gesundheitsfachkräften brechen nicht erst in neuester Zeit auf, sondern sind bereits seit vielen Jahren absehbar. Wie die steigende Anzahl der Organisationen, die sich mit globaler Gesundheitspolitik beschäftigen, zeigt, nahm die politische Aufmerksamkeit und Bedeutung insgesamt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts enorm zu. Es lassen sich einige Versuche der übernationalen Steuerung von Migrationsbewegungen im Gesundheitssektor herausarbeiten. Beispielsweise sind hier Abkommen zu nennen zwischen den Philippinen und Kanada, der Verhaltenskodex des National Health Service (NHS) von 2001, der 2003 verabschiedete *Commonwealth Code of Practice for International Recrutiment of Health Workers*,[198] oder der *Public Service Unions and European Hospital and Healthcare Employers' Association code of conduct* von 2008.[199] Die verschiedenen Ansätze haben durchaus lokal Wirkung gezeigt, gleichzeitig aber wächst das Bewusstsein dafür, das die Migration als ein internationales Phänomen nicht ausschließlich lokal oder sektoral gesteuert werden kann. Vielmehr bedarf es dafür globaler statt bilateraler Steuerungsversuche.

197 Vgl. Radek, M. E.: Weltkultur, S. 98.
198 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 8.
199 Vgl. WHO: User's Guide, S. 15f.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

3.2 Entstehung des Dokuments

In diesem Kontext einigte sich die Staatengemeinschaft darauf, einen gemeinsamen Verhaltenskodex zur Steuerung der Migration von Gesundheitsfachkräften zu entwickeln. Trotz dieses Bedeutungszuwachses lassen sich vor der Verabschiedung des Kodex im Jahr 2010 nicht viele vergleichbare globale Bemühungen der WHO ausmachen. Insgesamt weist der Kodex eine herausgehobene Stellung innerhalb der WHO-Dokumente auf. Nur der *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*, der im Jahre 1981 verabschiedet wurde, um die Vermarktung von Muttermilchersatzstoffen zu regulieren und zu verhindern, dass Mütter vom natürlichen Stillen abgebracht werden, ist von seiner Konstitution her mit dem Kodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitsfachkräften vergleichbar. Letzterer war somit der Zweite in der Geschichte der WHO, der entwickelt wurde, da die Mitgliedsstaaten die verfassungsmäßige Autorität der Organisation nutzten.[200] Daran, dass ein solches Instrument selten Anwendung findet, zeigt sich die Relevanz, die das Thema auch aus der Sicht der Mitgliedsstaaten einnimmt und wie bedeutend eine gemeinsame globale Strategie zur Lösung der damit einhergehenden Herausforderungen angesehen wird. Migration – soweit es sich nicht um Binnenmigration handelt – ist niemals nur von einer staatlichen Seite aus zu perspektivieren und bedarf somit gemeinsamer Handlungen.

Die Erarbeitung des Kodex selber nahm einige Zeit in Anspruch. Bereits im Jahre 2004 wurde die Resolution WHA57.19 auf der 57. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. Darin fordern die Mitgliedsstaaten die WHO dazu auf, eine Handreichung zu entwickeln, die freiwillige Grundsätze und Praktiken für eine ethische internationale Anwerbung und Einstellung von Gesundheitspersonal enthält und daraus folgend zu einer global gerechten Gestaltung der Gesundheitssysteme beitragen kann.[201] Auch im Jahre 2005 wurde diese Aufforderung nochmals mit der Resolution WHA58.17 unter-

200 Vgl. WHO: User's Guide, S. 5.
201 Vgl. WHO: User's Guide, S. 5.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

strichen.[202] Daraufhin wurde eine Kommission aus Vertretern und Vertreterinnen der Länder, sowie von NGO-Vertreter:innen und Mitarbeitenden der WHO gegründet.[203] Beiträge aus verschiedensten internationalen Foren, bi- oder multilateralen Konferenzen wurden in dem Dokument synthetisiert.[204] Inhaltlich kann der Kodex der WHO auf viele Aspekte der verschiedensten bilateralen und multilateralen Abkommen zwischen einzelnen Ländern zurückgreifen.[205]

Zwischenzeitlich war das Vorhaben des gemeinsamen Kodex immer wieder ins Stocken geraten und erst wieder auf die Agenda gerückt, als die WHO das Thema der Migration im Gesundheitssektor im Jahr 2006 „ins Zentrum ihres Weltgesundheitsberichtes [rückte] und […] damit eine intensive globale Debatte aus[löste].“[206] Auch in der Erklärung von Kampala vom März 2008 musste erneut an die WHO appelliert werden, die Arbeit an dem und die Verhandlungen um den Verhaltenskodex weiter voranzutreiben.[207] Im Jahr 2008 wurde der erste Entwurf veröffentlicht, zur Debatte gestellt und erste Änderungsvorschläge und Anmerkungen wurden eingearbeitet. Es folgten weitere Foren, nationale und internationale Treffen, sowie Überarbeitungen. Die Erarbeitung des Kodex war ein aufwändiger, vielschichtiger und komplexer Prozess, da die Zustimmung und Annahme des Kodex und die Beteiligung der einzelnen Mitgliedsstaaten von zentraler Bedeutung war. Dies gelang, indem am 21. Mai 2010 der

202 Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, 1. Nebenveranstaltung: Entwicklung eines Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, Tallinn 25. Juni 2008, S. 2.

203 Vgl. Richter, J.: Soft Law in International Health – the Case of the WHO's Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Zürich 2017, S. 146f.

204 Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S. 187.

205 Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO: Entwicklung eines Verhaltenskodexes, S. 5.

206 Güllemann, H.: Der globale Pflegenotstand. In: Blätter für deutsche und internationale Politik 1/2017, online unter: https://www.blaetter.de/ausgabe/2017/januar/der-globale-pflegenotstand (Stand: 30.06.2021).

207 Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO: Entwicklung eines Verhaltenskodexes, S. 2.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Kodex einstimmig von allen 193 Mitgliedsstaaten auf der 63. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet wurde.[208]

Wie sich mit Blick auf die Entstehung des Kodex zeigt, ist er ein Dokument, dass aus internationalen, vielschichtigen, multiperspektivischen und multiprofessionellen Verhandlungen mit vielen verschiedenen Akteur:innen mit je unterschiedlichen Interessen und Schwerpunkten und aus zahlreichen Konsultationen der Mitgliedsländer als Kompromiss hervorgegangen ist. Dies gilt es im Verlauf zu bedenken, da diese Verfasstheit immer auch auf die Wirksamkeit und Umsetzung von Beschlüssen rückwirkt.

3.3 Inhaltliche Schwerpunkte

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Kodex selbst betrachtet werden, der die negativen Folgen der globalen Arbeitsmarktmigration von Gesundheitskräften möglichst zu minimieren und positive zu verstärken sucht. Dafür wird zunächst das Wesen des Dokuments, sein Geltungsbereich, sowie die ihm zugrundeliegende Haltung dargestellt, um anschließend inhaltliche Festschreibungen zu erläutern.

Die WHO stellt die grundsätzliche Haltung, die dem Kodex zugrunde liegt, voran. Dabei macht sie deutlich, welche Relevanz Gesundheitsfachkräfte für die Qualität und Aufrechterhaltung nationaler Gesundheitssysteme aufweist. Zudem wird Sorge geäußert, über die Folgen eines Mangels, woraus sich eine Perspektive ergibt, die ein Handeln unabdingbar mache.

Daher werden zunächst die wichtigen Ziele des Kodex abgesteckt.[209] Zu Beginn wird der Anspruch proklamiert, Praktiken und Grundsätze festzulegen und zu vereinheitlichen, mit denen internationale

208 Vgl. WHO: User's Guide, S. 6.

209 Vgl. im Folgenden: World Health Organisation – WHO (Hrsg.): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Genf 2010, in der Übersetzung: 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://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Anwerbungen im Gesundheitswesen ethisch gestaltet und gesteuert werden können. Zudem möchte der Kodex als Bezugsdokument für nationale Rechtsprechung, sowie Richtschnur für internationale Verträge dienen und so das Thema und damit einhergehende Problematiken international auf die Agenda bringen (vgl. Art. 1).

Das Dokument beruht auf Freiwilligkeit, richtet sich aber an alle Mitgliedsländer der WHO. Alle 194 Nationalstaaten haben den Kodex unterzeichnet, sodass sein Geltungsbereich formal globalen Charakter hat. Neben den nationalen Adressaten richtet sich der Kodex zusätzlich an alle beteiligten Interessengruppen (vgl. Art. 2). Somit überschreitet der Geltungsbereich rein gouvernementale Grenzen und appelliert auch an Wirtschaft und nichtstaatliche Akteure, die – wie bereits gezeigt – einen großen Einfluss im Bereich der globalen Arbeitsmarktmigration haben und in der An- beziehungsweise Abwerbung von Gesundheitskräften eine große Rolle spielen. In den beiden ersten Artikeln wird jeweils der Hauptfokus des Kodex betont, nämlich die Lage in den sogenannten „developing countries" (Art. 1), sowie Schwellenländern und kleineren Inselstaaten (vgl. Art. 2). Die Grundorientierung an den schwächer ausgebildeten und ausgestatteten Gesundheitssystemen ist ein Kern- und Schwerpunkt des Kodex.

Der Begriff der Entwicklungsländer ist mit vielfachen Schwierigkeiten verbunden. Er ist eine Zuschreibung, die ein westlich-kapitalistisch orientiertes Ideal ausdrückt, das es dabei zu erreichen und zu erfüllen gilt. So entsteht eine schematische, kolonialistisch orientierte Einteilung der Welt, die stark eurozentrisch perspektiviert ist und oftmals auch ein Moment der Problemkonstruktion enthält. Hinzu kommt die Fragwürdigkeit des Postulats der notwendigen, unumgänglichen Entwicklung im Sinne eines wirtschaftlichen Wachstums. Die Wirtschaftsorientierung wird im Gegenbegriff der Industrienationen deutlich. Daher soll in dieser Arbeit möglichst auf diese Begriffe verzichtet werden. Da der WHO-Kodex diese jedoch nutzt, werden sie innerhalb seines Kontextes ebenfalls verwendet, um inhaltlich nahe am Dokument zu bleiben und die Anliegen der Auto-

---

https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/2012_04_03_WHO-Verhaltenskodex_d____1_.pdf (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

ren möglichst entsprechend wiederzugeben. Die Zwiespältigkeit der Begrifflichkeiten soll jedoch bewusst sein.

Nach der Präambel und den ersten beiden Artikeln zu Natur, Zielsetzung, Grundhaltung und Geltungsbereich werden im dritten Artikel die Leitsätze des Dokuments festgehalten. Die WHO betont dabei die Verantwortung der einzelnen Staaten in Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Akteuren die Gesundheit ihrer Staatsbürger und -bürgerinnen herzustellen und zu bewahren. Bei der Entwicklung der Gesundheitspolitik solle der Kodex stets bedacht werden, da weltweit ein bereits bestehender und verstärkt zu erwartender Mangel an Gesundheitsfachkräften der Verwirklichung einer globalen Gesundheit entgegensteht. Migration sei dabei ein Instrument, um diesen Mangel zu kompensieren. Sie müsse aber sinnvoll gestaltet werden, wozu internationale und nationale Bemühungen notwendig seien. An dieser Stelle zeigt sich, dass das Dokument keineswegs einen reinen Verbotscharakter aufweist, wie es oftmals aufgefasst wird, sondern an konstruktiven und integrativen Lösungen arbeitet.

Auch in den Leitsätzen wird das Prinzip des Vorrangs der sogenannten Entwicklungs- und Schwellenländer betont, sowie die entwickelten Länder dazu aufgefordert, möglichst umfangreiche Hilfe zu leisten. Anschließend wird darauf verwiesen, dass sowohl die Rechte des und der Einzelnen auf Freizügigkeit und Migration als auch das Recht der Bevölkerung auf gesundheitliche Versorgung gewahrt bleiben sollen. Es wird betont, dass „nichts in diesem Kodex […] so auszulegen [sei], als schränke es die Rechte von Gesundheitsfachkräften ein[…]“ (Art. 3.4).

Bereits in der ersten Zielformulierung, die die Rechte, Verpflichtungen und Erwartungen der Herkunfts- und Zielländer auf der einen Seite und die der abwandernden Gesundheitskräfte auf der anderen Seite anspricht (vgl. Art. 1), wird eines der großen Dilemma deutlich, nämlich die Abwägung zwischen Gemeinwohl in Form von Gesundheitsversorgung und damit einhergehendem Wohlstand und gesellschaftlicher Verantwortung und dem individuellen Recht auf Freiheit und Freizügigkeit. Individualrecht und gesellschaftliche Verantwortung sind an dieser Stelle untrennbar aufeinander bezogen. Als weiteres Individualrecht schwingt auch das Recht auf einen höchstmög-

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

lichen Gesundheitsstandard mit, wie es auch im UNO-Menschenrechtsabkommen verankert ist.[210]

Inhaltsfeld	Empfohlene Maßnahmen
Ethische internationale Praxis der Anwerbung	Verbot einer aktiven Anwerbung aus Entwicklungsländern mit Personalnotstand (Art. 5.1) Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Stellen, wie Berufskammern oder Anwerbenden (Art. 4.1) Berücksichtigung des Gesundheitswesens der Herkunftsländer seitens Anwerbenden und Arbeitgebern (Art. 4.2) Faire und angemessene Anwerbe- und Vertragspraxen (Art. 4.3)
Gleichbehandlung der Gesundheitsfachkräfte	Objektive Kriterien (Qualifikationsniveau, Berufserfahrung, berufliche Verantwortung) als Maßstab für Bezahlung und Beförderung (Art. 4.4) Gleichbehandlung des heimischen und des zugewanderten Personals in Bezug auf Rechte und Pflichten, sowie auf Anstellungs- und Arbeitsbedingungen (Art. 4.6) Einführungs- und Orientierungsprogramme für einwandernde Fachkräfte, sowie transparenter Informationsaustausch (Art. 4.6) Keine Differenzierung zwischen befristeten und unbefristeten Arbeitsverträgen (Art. 4.7)
Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in puncto Personalbestand	Bindung an das Herkunftsland stärken (Art. 5.2) Weitestgehende Deckung des Personalbedarfs mit einheimischen Arbeitskräften (Art. 5.4) Ausbau der Ausbildungseinrichtungen, Ausbildungs- und Qualifizierungsprogramme (Art. 3.6, 5.5) Evidenzbasierte Planung des Personalbestands und sektorübergreifende Koordination aller am Prozess beteiligter Institutionen und Personen (Art. 3.6, 5.4, 5.6)

210 Vgl. UN-Generalversammlung: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, New York 19.12.1966, online unter: https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx, (Stand: 30.06.2021), Art. 12.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Internationale Kooperation	Bereitstellung effektiver und geeigneter technischer und/oder finanzieller Hilfe (Art. 5.2, 10.2, 10.3) Unterstützung bei der Bindung der Gesundheitskräfte an das Herkunftsland und bei der Stärkung des Personalbestands (Art. 5.2) Förderung zirkulärer Migration und Maßnahmen zur Bewältigung geographischer Fehlverteilung (bspw. durch Anreizsysteme) (Art. 3.8, 5.3) Fokus: beidseitiger Gewinn (Art. 5.1)
Datensammlung und Forschung	Verlässliche und vergleichbare Informationssysteme für Gesundheitsfachkräfte (Art. 6.2, 6.4) Förderung von Forschungsprogrammen und -partnerschaften zur Analyse der Migration von Gesundheitspersonal, zur Erfassung des Bedarfs sowie zur Planung der Bedarfsdeckung (Art. 6.3)
Informationsaustausch	Internationaler Informationsaustausch durch aktualisierte Datenbanken, transparente Darstellung von Gesetzen und Regulierungen (Art. 7.2) Regelmäßige Übermittlung und Berichte an die WHO (Art. 7.2) Benennung einer nationalen, verantwortlichen Behörde zum Informationsaustausch und zur Kommunikation mit der WHO (Art. 7.3, 7.4)
Implementierung des Kodex und Überwachung der Einhaltung	Zusammenarbeit mit allen relevanten Interessengruppen und Akteuren (Art. 8.1, 8.3, 8.4, 8.5) Überführung in nationales Recht (Art. 8.2) Registrierung behördlich zugelassener Anwerbeagenturen und Überwachung dieser bezüglich der Einhaltung des Kodex (Art. 8.5) Analyse und Beurteilung der Gesundheitssysteme, aus denen rekrutiert wird (Art. 6.4, 8.7) Regelmäßige Berichterstattung (Art. 9.1) Benennung der Aufgabenfelder der WHO (u.a. Unterstützung, Erstellung von Leitlinien, Vernetzung) (Art. 9.3)

Als Leitprinzipien für eine Anwerbung von Gesundheitsfachkräften werden anschließend Transparenz und Gerechtigkeit sowie Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen ausgemacht und die Gleichberechtigung und faire Behandlung von eingewandertem Personal gefordert. Einwanderndem Personal sollte aber auch die Rückkehr niemals verweigert werden, sodass zirkuläre Migration möglich ist und Her-

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

kunftsländer von zusätzlich erworbenen Kompetenzen und Fähigkeiten profitieren können. Gleichzeitig sollten sich Mitgliedsstaaten dazu verpflichten Aus- und Fortbildungsprogramme zu fördern, um Personalbedarf möglichst mit inländischen Arbeitskräften decken zu können und sich bemühen, an Datensammlung, Informationsaustausch und Kooperation weltweit mitzuwirken. An dieser Stelle ist zu bemerken, dass im Kodex, im Gegensatz zu den allermeisten internationalen nichtbindenden Rechtsinstrumenten, eine regelmäßige Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit vorsieht und insofern verhältnismäßig wirkmächtig die Implementierung einfordern kann.[211] So wurden in den ersten einleitenden Artikeln bereits die Kernpunkte der Problematik angesprochen und an verschiedenen Stellen betont: ein starkes Gefälle zwischen Ländern des Globalen Nordens und denen des Globalen Südens, eine Spannung zwischen gesellschaftlicher Verantwortung und Individualrechten und die Notwendigkeit eines vielseitigen Gewinns der beteiligten Länder und Personen.

Um diesen Kernpunkten zu begegnen, werden im Verlauf des Kodex mehrere Maßnahmen aufgezeigt, die eine Konkretisierung und Füllung dieser Grundsätze beinhalten. Diese sollen nun überblicksartig dargestellt werden. Dabei werden Inhaltsfelder ausgemacht und die jeweils empfohlenen Maßnahmen dargestellt. Sollten explizitere Betrachtungen bei der ethischen Beurteilung vonnöten sein, werden diese, um Redundanzen zu vermeiden, im Analyseteil dargestellt.

Bei der Betrachtung der inhaltlichen Schwerpunkte zeigt sich, dass die Namensgebung des Kodex nicht ausreichend ist, um sein Ausmaß abzubilden. Es geht im Kodex nicht ausschließlich um eine Steuerung der Abwerbung, sondern vielmehr darum, ein ganzheitliches Bild der Versorgung mit Gesundheitspersonal zu liefern und nachhaltige Lösungen für damit einhergehende Probleme aufzuzeigen. Insofern lässt sich festhalten, dass der Kodex nur auf verschiedenen Ebenen und mit mehreren Stoßrichtungen zu verstehen ist. Er hat keinen Verbots-Charakter, auch wenn er immer wieder als ein solches, restriktives Instrument rezipiert wird. Vielmehr versucht er auf der einen Seite, die negativen Folgen der Abwanderung und die

211 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 7.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Gefahren, die davon ausgehen, abzumildern und auf der anderen Seite positive Aspekte zu verstärken. Auch wenn oftmals die Freiwilligkeit des Kodexes kritisiert und als zu schwach und nicht effektiv genug bezeichnet wird, ist ihm dennoch zugute zu halten, dass dies das erste globale und gemeinschaftliche Dokument ist, dass einen weltweiten Ansatz verfolgt und einfordert, damit zur Lösung globaler Probleme beiträgt und die dafür erforderlichen Mittel einholt.[212]

3.4 Wirkkraft des Kodex

Bei einer ethischen Bewertung sollte auch die Umsetzung und Wirkkraft des Dokuments beleuchtet werden, da es stets auch um eine Veränderung der Weltwirklichkeit und eine Veränderung der erkannten Probleme gehen sollte.

Die Etablierung der Kodex-Inhalte wird von der WHO in regelmäßigen Abständen überprüft. Dabei kam die eingesetzte Kommission im Jahr 2020 zu dem Schluss, dass die Relevanz des Kodex sehr hoch sei und stetig wächst. Dennoch seien kritische Lücken in der Umsetzung festzustellen, die einer Erreichung der Nachhaltigkeitsziele im Wege stehen.[213] Relevante Punkte seien dabei der Ausbau technischer und finanzieller Unterstützung, die verstärkte Beachtung nichtstaatlicher Akteure, sowie Investitionen in (Aus-)Bildung und Personalplanung.[214] Die Evaluationen der Umsetzung des Kodex in den Jahren 2013 und 2016 zeigen, dass Datenerfassungs- und Forschungskapazitäten weiterhin begrenzt sind. Dennoch gibt es Fortschritte – insbesondere in Europa – in diesen Bereichen, wie sich an der gemeinsamen Datenerhebung zur Mobilität von Gesundheitspersonal zeigt.[215] Darüber hinaus unterscheidet die WHO zwischen Relevanz und Wirksamkeit des Kodex. Die Relevanz beurteilt sie als gleichbleibend hoch und unterstreicht die Notwendigkeit, das Potential des Kodex voll auszuschöpfen.[216]

212 Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S. 187.
213 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 5.
214 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 6.
215 Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S. iv5.
216 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 14.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Neben diesen allgemeinen Überlegungen zur Relevanz und Wirksamkeit seitens der WHO, lohnt sich ein Blick auf weiterführende Studien. Dabei zeigt sich, dass die Implementierung des Kodex nicht in allen Ländern auf gleiche Art und Weise vollzogen wurde und wird. Es gibt große nationale Unterschiede in der Gewichtung der Kodex-Forderungen. Studien aus den Jahren 2011 und 2016 zeigen, dass eben diese Empfehlungen kaum Einfluss auf politische Entscheidungen und Rechtsprechung genommen haben. Dort wurde konstatiert, dass die bloße Unterzeichnung des Kodex keine ausreichende Maßnahme sei, um die Lücke zwischen den notwendigen Handlungen und dem Wissen um internationale Problematiken zu schließen.[217] Weitere Studien zeigen, dass verschiedene Entscheidungsträger und beteiligte Personen bezüglich der Implementierung konstatieren, von ihren Ländern seien als direkte Folge des Kodex keine wesentlichen politischen oder regulatorischen Änderungen bei der Einstellung von Gesundheitspersonal vorgenommen worden.[218] Eine Studie, die vier Jahre nach Unterzeichnung des Kodex seine Wirksamkeit überprüft, stellt fest, dass er einem großen Teil der zuständigen Akteur:innen nicht bekannt war und der Kodex tendenziell eher in Ländern des Globalen Südens im Bewusstsein der Akteurinnen und Akteure sei, als in den Ländern des Globalen Nordens.[219] In einzelnen Ländern des Globalen Südens seien durchaus Wirkungen auszumachen. So stellt beispielsweise eine Studie aus dem Jahr 2014 fest, dass der Kodex in Indonesien an verschiedene Interessengruppen verteilt wurde und auf diesem Kodex fußend Abkommen beispielsweise mit Japan geschlossen wurden, die Implementierung jedoch deutlich prägnanter vorangetrieben werden müsste.[220] Andere Studien deuten vielmehr darauf hin, dass auch in Ländern des Globalen Südens kaum Kenntnisse über den Kodex vorhanden sind und auch dort Regierungsinteressen (z.B. der Erhalt von Devisen aus Rücküberweisungen) den Zielen des Kodex entgegenstehen und als bedeutender

217 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 4.
218 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 8.
219 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 6.
220 Vgl. Efendi, F./Chen, C.-M.: Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel: the case of Indonesia. In: BMC Health Services Research, Jg. 14, Nr. 2, 2014, S. 35.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

gewichtet werden.[221] So wird ebenfalls festgehalten, dass innerhalb der EU deutlich mehr Initiativen im Zuge der Implementierung ins Leben gerufen wurden, als in Afrika und dass dort kein „Zündungseffekt"[222] im Zuge des Kodex spürbar gewesen sei.[223] Wie eine Implementierung des Kodex zu beurteilen ist, ist also umstritten. Manche Studien gehen von einer größeren Wirkkraft in Ländern des Globalen Südens aus, andere halten fest, dass der Kodex innerhalb der Länder des Globalen Nordens eine stärkere Wirkung aufweist.

Wie von Williams et al. festgestellt wird, werden zumindest in der Europäischen Union die Grundrechte der Freizügigkeit und die Anerkennung von Berufsabschlüssen innerhalb der EU über die Prinzipen des Kodex gestellt, was dazu führe, dass Migrationsbewegungen von marktbasierten Prinzipien und individuellen Präferenzen beeinflusst werden. Dies wiederum ermögliche eine Beeinflussung des Systems durch äußere Faktoren wie etwa die EU-Finanzkrise.[224] Allerdings setzt die Schlussfolgerung einer Unterordnung auch einen Widerspruch zwischen EU- und Kodex-Prinzipien voraus. Inwiefern diese Einschätzung dem Kodex gerecht wird und wie er aus sozialethischer Perspektive beurteilt werden kann, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

Der Kodex rückt die, mit der Migration einhergehenden Probleme, in den einzelnen Gesundheitssystemen in den Fokus und fördert damit zumindest teilweise das Bewusstsein und die Sensibilität der beteiligten Akteur:innen. Dennoch spricht vieles für eine weiterhin starke Priorisierung nationaler Interessen[225]. Auch die Entwicklungen der Zahlen legt nahe, dass die Umsetzung der Kodexinhalte in vielen Teilen der Welt ausbaufähig und -bedürftig ist.

221 Vgl. Bourgeault, I. L./Labonté, R./Packer, C./Runnels, V./Murphy, G.T.: Knowledge and potential impact of the WHO Global code of practice on theinternational recruitment of healthpersonnel: Does it matter for source anddestination country stakeholders? In: Human Resources for Health, Jg. 14, Heft 1, 2016, S. 122.

222 Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung, S. 68.

223 Vgl. Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung, S. 68f.

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

225 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 6.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

In den ersten Jahren nach der Unterzeichnung des Kodex zeigte sich, dass die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen, die aus Regionen südlich der Sahara stammen und in die USA auswandern, jährlich um etwa 5,4 Prozent steigt und auch der Anteil der in Afrika ausgebildeten Ärzte und Ärztinnen, die beispielsweise in Kanada praktizieren, weiter zunimmt.[226] Es gibt auch Stimmen, die davon sprechen, dass eine Umsetzung oftmals daran scheitert, dass es für Gesundheitsdienstleister keine Anreize zur Umsetzung des Kodex gibt, vielmehr gegenteilige Anreize vom jeweiligen Staat gesetzt werden, die eine Nicht-Einhaltung des Kodex fördern. In den USA beispielsweise seien dies Förderungen zur Diversität im Personal.[227] Daher wird die Wirksamkeit des Kodex – zumindest kurz und mittelfristig – angezweifelt.[228] Das Problem der mangelnden Wirkkraft des Kodex hat auch die WHO erkannt, sodass weitere Maßnahmen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades gefordert werden.[229]

Die Wirkkraft des Kodex ist tatsächlich nicht einfach zu beurteilen, da verschiedenste weitere Wirkmechanismen diese Prozesse beeinflussen und prägen. Insofern ist es sinnvoll, seine Implementierung in einem einzelnen Land in den Blick zu nehmen. Da es sich um ein international entwickeltes Instrument mit globalem Anspruch handelt, ist die tatsächliche Umsetzung in allen Ländern an dieser Stelle nicht darstellbar. Daher soll Deutschland als Beispiel herausgegriffen werden. Dies ist legitim, da Deutschland als Land des Globalen Nordens mit einem gut ausgebauten, qualitativ hochwertigem Gesundheitssystem und gleichzeitigem demographischen Wandel, wie bereits erläutert, ein stark akquirierendes Land ist und damit eine in-

226 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 4.

227 Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S. 6.

228 Vgl. Tankwanchi, A.B.S./Vermond, S. H./Perkins, D. D.: Has the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel been effective? In: The Lancet – Global Health, Jg. 2, Heft 7, 2014, S. e390.

229 Vgl. World Health Organisation (WHO) – Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben – Arbeitsdokument, 65. Tagung, Vilnius 2015, S. 16 und World Health Organisation (WHO) – Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Resolution: Auf dem Weg zu einem nachhaltigen Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen: ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO, 67. Tagung, Budapest 2017, S. 2, S. 5.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

ternational anwerbende Rolle einnimmt. Die folgenden Erkenntnisse geben einen Eindruck, wie ein Land, an das sich die Forderungen des WHO-Verhaltenskodex richten, mit eben diesen umgeht.

Wie auch die anderen 193 Länder, unterzeichnete Deutschland die Selbstverpflichtung am 21. Mai 2010. Dadurch, dass die Umsetzung des WHO-Kodex auf freiwilliger Basis geschieht, ist eine automatische Überführung in deutsches Recht jedoch nicht geschehen. Trotz der Ver- fasstheit als internationales Soft-Law-Instrument, lassen sich einige Punkte erkennen, die auf eine Umsetzung des im Kodex geforderten Umgangs mit Migration im Pflegesektor hinweisen. Insgesamt zeigt sich eine durchwachsene Bilanz für den WHO-Kodex. Die deutsche Bundesregierung unternimmt durchaus Maßnahmen, um eine nachhaltige und stabile Versorgung mit Gesundheitsfachkräften aus dem eigenen Land aufzubauen. So sollen beispielsweise die Ausbildungskapazitäten jährlich um etwa zehn Prozent erhöht werden[230] oder Bezahlung oder Arbeitsbedingungen verbessert werden und auch auf anderen Ebenen wird der Gesetzgeber tätig. Ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz, sowie Änderungen in der Approbationsordnung sollen die Bedingungen für Ärztinnen und Ärzte vor allem im ländlichen Raum verbessern, Bürokratie abbauen und Flexibilität schaffen, um den Beruf attraktiver zu gestalten.[231] Dennoch hat sich der Personalnotstand – besonders in der Pflege – in den letzten Jahren kaum gebessert. Dies führt dazu, dass die Bundesregierung noch im Jahr 2013 plante, weitere „2000 qualifizierte Pflegekräfte aus Vietnam, Indonesien, Indien, Tunesien, Serbien und Albanien abzuwerben“[232], obwohl Länder wie Indonesien oder Indien laut den Kriterien der WHO selber einen kritischen Fachkräftemangel aufweisen.[233]

Diese sind festgehalten in einer Liste der WHO, die 57 Länder umfasst, aus denen keine Rekrutierung erfolgen soll. Die Liste umfasst vornehmlich Länder des Globalen Südens, insbesondere Länder in Süd-Ost-Asien und in den Regionen südlich der Sahara. So wurde in

230 Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S. 3.
231 Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S. 2f.
232 Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S. 1.
233 Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S. 1f.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

36 von 46 Ländern der WHO-Region Afrika ein kritischer Mangel an Gesundheitsfachpersonal ausgemacht, während in Europa laut der WHO-Definition kein Land einen Mangel in solchem Maße aufweist.[234] Die Liste ist eingebettet in den Weltgesundheitsbericht von 2006, der die Situation der Migration von Gesundheitsfachkräften eingehend beleuchtet. Sie wird in Verbindung gesetzt mit der Forderung des Kodex, keine Anwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel vorzunehmen. In dem Dokument wird eine Definition des kritischen Mangels präsentiert. Zum einen besteht laut WHO ein kritischer Mangel, wenn weniger als 2,28 ausgebildete Gesundheitskräfte pro 1000 Einwohner im Gesundheitssystem arbeiten. Zum anderen liegt dieser vor, wenn weniger als 80 Prozent der Geburten von Gesundheitsfachkräften betreut werden.[235] Anhand dieser Kriterien wurde die Liste der 57 Länder erstellt, die einen kritischen Mangel an Fachpersonal im Gesundheitswesen aufweisen.

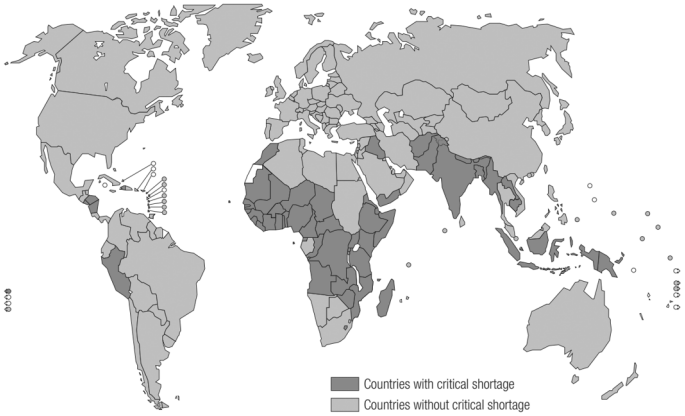

Abb. 5: Länder mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften (Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen)[236]

234 Vgl. World Health Organisation – WHO (Hrsg.): Working together for health – The World Health Report 2006, Genf 2006, S. 13.
235 Vgl. WHO (Hrsg.): World Health Report 2006, S. 11f.
236 WHO (Hrsg.): World Health Report 2006, S. 12.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Diese Liste aus dem Jahr 2006 wurde 2013 in deutsches Recht umgesetzt. In der Anlage zur Beschäftigungsordnung wurden diese Länder namentlich aufgeführt und der § 38 eben dieser Beschäftigungsordnung konstatiert:

> „Die Anwerbung in Staaten und die Arbeitsvermittlung aus Staaten, die in der Anlage zu dieser Verordnung aufgeführt sind, darf für eine Beschäftigung in Gesundheits- und Pflegeberufen nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden" (BeschV, § 38).

Nicht nur Deutschland hat diese Liste im Zuge der Implementierung des Kodex genutzt. Sie wurde von verschiedenen Ländern aufgegriffen und teils erweitert.[237]

> In Deutschland gilt diese Liste aus dem Jahr 2006 weiterhin als maßgebend. Auch wenn in dieser starren Festsetzung ein großer Kritikpunkt an der Liste und dem daran geknüpften Gesetz festgemacht wird, betont die Bundesregierung diesbezüglich auch Jahre nach der Erstellung der Liste: „Die WHO geht davon aus, dass die Liste nach wie vor Geltung hat und die ausgewiesenen Länder trotz einiger Fortschritte noch immer einen kritischen Personalmangel im Gesundheitswesen im Sinne des WHO-Kodexes aufweisen."[238]

Es lässt sich erkennen, dass die Grundhaltung des WHO-Kodex in Deutschland durchaus adaptiert wird und dass ein Bewusstsein für die Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsmigration geschaffen wird. So zeigt sich etwa bei dem bereits angesprochenen Projekt Triple-Win der Bundesregierung, dass ein beidseitiger Gewinn angestrebt werden soll.

Dennoch bleibt die Bilanz durchwachsen. Wie Thomas Möller feststellt, werden die unterschiedlichen Empfehlungsbereiche – zumindest in Bezug auf die Rekrutierung von Arbeitskräften aus Polen – meist kaum umgesetzt. Möller hält in Bezug auf die Anwerbung polnischer Gesundheitsfachkräfte fest,

> „dass sich die deutsche Bundesregierung nicht vollständig an [die] Empfehlungen und Prinzipien [des Kodex] hält. Nur einer von sechs Empfehlungsbereichen kann als weitgehend umgesetzt gelten (Informationsaustausch). Ein weiterer (Datensammlung und Forschung) wurde bislang nahezu gänzlich vernachlässigt, während die vier übrigen Be-

237 Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 14.
238 Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S. 6

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

> reiche mehr oder weniger große Defizite bezüglich ihres Implementierungsstands aufweisen."[239]

Das Grundproblem bleibt bestehen. Das deutsche Gesundheitssystem bliebe zunächst auf ausländische Arbeitskräfte angewiesen, auch wenn eine Stärkung der einheimischen Ressourcen eine zentrale Rolle spiele.[240]

Insgesamt ist bei der Beurteilung der Etablierung des Kodex eine geographische und inhaltliche Differenzierung vonnöten. Bei der Betrachtung der Umsetzung des Kodex zeigt sich, dass viele Fragen und Problemlagen offen und zu bearbeiten bleiben.

239 Möller, T.: Deutschlands Umgang, S. 80.
240 Vgl. Möller, T.: Deutschlands Umgang, S. 67.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischer 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-sozialethischer 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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Personalitätsprinzips 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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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-

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischer 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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

und eingewanderten Fachkräften zu garantieren. Auch der aus sozialethischer Perspektive zu fordernde Aspekt der Teilhabe an und Integration in die Zielgesellschaft bleibt im Kodex nicht unerwähnt. Einführungs- und Orientierungsprogramme sollen angeboten werden, allerdings insbesondere zum Zweck verbesserter, effektiverer Arbeit (vgl. Art. 4.6). Aus sozialethischer Perspektive und mit Achtung des Personalitätsprinzips ergibt sich die Notwendigkeit, neben der beruflichen Integration auch eine gesamtgesellschaftliche Teilhabe 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 Perspektive wünschenswert.

Jede Form von Migration berührt bestehende Familienstrukturen, sodass über diesen Personenkreis weitere von Arbeitsmigration betroffene Personen auszumachen sind. Daher sollte der Kodex auch diese soziale Vernetztheit ernst nehmen und beispielsweise Familiennachzug thematisieren. Dies trägt insofern zu Personalität migrierender Personen bei, als dass einer Ökonomisierung der Person entgegengewirkt wird.

Insgesamt lässt sich mit Blick auf die wandernden Personen, sowie deren Rechte festhalten, dass diese in den Artikeln des Kodex deutlich wahrgenommen und in ihrer Personalität geschützt werden. Diese 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 Überwachungsmechanismen zur Einhaltung von Gleichstellung.

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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Praxis[246] 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 Interaktionasarbeit. 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 dichteren 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 nichtmigrierenden 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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Personalität 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 Kumbruck, 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Herkunfts- 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 Pflegende 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 Prägungen 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Personalität 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Personalität 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 validiere Zahlen und Statistiken, beispielsweise hinsichtlich der Corona-Pandemie dienten der Weltgesellschaft.

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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Übereinkünfte.

Die sozialethischen 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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 erfolgen 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Offical 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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. Brugha, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness, S. 335.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischer 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 sozialethische Probleme aufwerfen.[258] Diese Aspekte sollten bei der Etablierung eines Systems zirkulärer Migration stets mitgedacht werden.

Mit Achtung des Prinzips der Personalität darf in keinster 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Rolle[260], 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 mindesten 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 verschiedenste 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 betroffensten 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-

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischen 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

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischer 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethisch 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 Personalitätsrechte 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

einzige 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 erarbeiteten. 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethischer 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 rekurriert. 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 sozialethisch 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 ermittelt und zu vermieden. 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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 sozialethische 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 strukturierterer 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 sozialethischer 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

4.5 Bündelung

In der sozialethischen 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.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

5. Ausblick

Der Kodex ist als ein Kompromisspapier verfasst und dies muss bei der sozialethischen Würdigung stets bedacht werden. Aus ethischer Perspektive sind dennoch Aspekte anzumerken, die zu einer Verbesserung des insgesamt sehr positiv zu bewertenden Kodex beitragen könnten. So soll zunächst ein Ausblick darauf gegeben werden, welche möglichen Änderungen eingebaut werden könnten, um anschließend ein Gesamtfazit zu ziehen.

5.1 Mögliche Handlungsempfehlungen

Im Kontext der Personalität wäre es insbesondere wünschenswert, die Perspektive von Erkrankten und Pflegebedürftigen mit einzubeziehen, da der Kontext von Gesundheit und Pflege nicht rein ökonomisiert betrachtet werden kann und die Personhaftigkeit und Würde derer angesprochen werden sollte, um die es im Kern geht. Wie bereits mehrfach angesprochen, gälte es, im Unterschied zu Wirtschaftszweigen innerhalb des Gesundheitswesens von einer dreifachen Positivorientierung der Migration zu einer vierfachen zu kommen. Dies kommt im Kodex zu kurz, obwohl dies Ziel und Zweck allen medizinischen und pflegerischen Handelns sein sollte. Ein Bewusstsein für ein diversitätssensibles Gesundheitssystem[279], Verfügbarkeit und Annehmbarkeit dessen sollte stärker herausgearbeitet werden. Dies erfordert eine Nachschärfung innerhalb des Kodex.

Darüber hinaus wird der Themenkomplex der zirkulären Migration angesprochen. Diese wird als Instrument zu einer ethischen Gestal-

279 Vgl. Tezcan-Güntekin, H.: Kulturelle Diversität in der Pflege – Bedeutung einer diversitätssensiblen Pflege für die Vermeidung, freiheitsentziehender Maßnahmen. In: Bonacker, M./Geiger, G. (Hrsg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern, Berlin 2021, S. 51ff.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

tung von Migrationsbewegungen zu Gunsten der Gesellschaften des Herkunfts- und des Ziellands eingeführt. Sie birgt jedoch stets die Gefahr, Personalitätsrechte Einzelner zu missachten. Im Sinne der Personalität ist zirkuläre Migration nie ohne die Partizipation der Beteiligten denkbar. Die Saisonarbeit in der Landwirtschaft oder Fleischindustrie beispielsweise, reduziert Menschen in vielen Fällen ausschließlich auf ihre Arbeitskraft. Einbettung in die Gesellschaft wird oftmals nicht gefördert, oder sogar verhindert. Diese Ausbeutung und Instrumentalisierung durch zirkuläre Migration ist nicht mit Christlicher Sozialethik vereinbar. Es besteht die Möglichkeit, Fachkräftemigration auch zum Vorteil der Herkunftsländer zu gestalten, unter Berücksichtigung der personalen Würde und der Achtung der Person, auch jenseits ihrer Arbeitskraft. Zudem sind Teilhabe- und Partizipationsbestrebungen notwendig, sowie Flexibilität und Freiwilligkeit. Diese Prämissen müssten auch innerhalb des Kodex eingeführt werden, sodass ethische Kriterien eine Ausbeutung von Menschen im System zirkulärer Migration verhindern. Eine Aufforderung, zirkuläre Migration zu fördern, ohne Hinweise, wie diese zu gestalten ist, ist ethisch nicht hinnehmbar.

Statt ausschließlich zirkuläre Migration zu betonen, wäre es sinnvoll, wenn der Kodex dazu ermutigt, Potentiale innerhalb der eigenen Gesellschaft zu nutzen, etwa durch Zugewanderte ohne medizinische Ausbildung. Dies hätte langfristig auch Auswirkungen auf die Abschottungspolitik einiger Länder und Regionen des Globalen Nordens. Die Nutzung des Brain-Waste wird im Kodex nicht angesprochen.

Insgesamt kommen Aspekte der gesamtgesellschaftlichen Integration von wanderndem Gesundheitsfachpersonal zu kurz. Dazu gehört etwa auch eine Einbettung familiärer Strukturen. Ebenso sollten die Rechte der Gesundheitsfachkräfte vor Ort eingehender beleuchtet werden.

Um diejenigen Länder zu identifizieren, die notwendigerweise Unterstützung bezüglich ihres Personalbestands im Gesundheitswesen benötigen, bedarf es eines sinnvollen und angemessenen Maßstabs. Eben dieser ist einer der umstrittensten und meist kritisierten Punkte des WHO-Papiers. Daher gilt es, wie die WHO bereits eingeräumt

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

hat, diesen Maßstab zu überarbeiten und neue Kriterien zu etablieren, die einen weiteren Blick auf die Gesundheitsversorgung in einem Land und die Ausstattung der Personaldecke werfen. Neben einem global gesetzten Maßstab scheint es – auch aus subsidiärer Perspektive – sinnvoll, wenn die Maßstäbe zum Teil länderspezifisch gesetzt würden. So könnte etwa ein System etabliert werden, in dem jeder Staat eigene Zielformulierungen definiert. Damit wäre gewährleistet, dass die jeweiligen Bedingungen der Gesundheitssysteme mitgedacht werden und realistische Umsetzungsmöglichkeiten angestrebt werden können. Gleichzeitig könnte ein mögliches Hilfesystem darauf besser und zielgenauer reagieren.

Aus einer solidarischen Perspektive heraus, sollte auch die Prämisse der Nicht-Abwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel überarbeitet werden. Aus ihr folgt, dass es vertretbar sei, Gesundheitspersonal aus Ländern abzuwerben, in dem ein Mangel an Gesundheitspersonal herrscht, auch wenn dieser nicht als kritisch definiert wird. Der Fokus sollte verschoben werden hin zu einer Orientierung am Brain-Overflow. Die Regionen, in denen ausreichend Gesundheitspersonal in bestimmten Sparten vorhanden ist, sollten identifiziert werden, um sie als Gebiete zu definieren, aus denen ethisch vertretbar angeworben werden kann. Dies scheint insofern legitim, als dass auch jenseits aktiver Anwerbung viele Menschen aus dem Gesundheitsbereich migrieren. Das Recht auf Auswanderung des Gesundheitsfachpersonals würde nicht eingeschränkt, wenn keine aktive Anwerbung mehr unternommen wird und dennoch eine umfängliche Informationsgenerierung möglich ist. Es scheint jedoch verwunderlich, dass eine aktive Anwerbung auch aus Ländern möglich ist, die einen eindeutigen Mangel an Gesundheitspersonal aufweisen, insbesondere, wenn es sich dabei um Länder des Globalen Südens handelt. Daher sollte dieses Prinzip verschärft werden.

Dies setzt voraus, dass eine ständige Überprüfung der Kategorisierung stattfindet, damit diese Länder nicht ebenfalls zu Mangel-Regionen werden. Da der Kodex der WHO Zusammenarbeit und einen detaillierten und engmaschigen Informationsaustausch fordert, läge es nahe, diese Informationen zu nutzen, um ein Kategoriensystem zu erstellen, in dem der jeweilige Status eines Landes abzulesen ist.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Oberhalb einer gewissen Schwelle sollte es erlaubt sein, Gesundheitspersonal aktiv anzuwerben.

Im Sinne internationaler Zusammenarbeit und Vergleichbarkeit sollten zudem einige begriffliche Nachschärfungen vorgenommen werden, so etwa die Frage nach aktiver und passiver Anwerbung.

Nimmt man das Prinzip der Solidarität auch im globalen Kontext ernst, sollte eine Entschädigung der Herkunftsländer erneut zur Debatte gestellt werden. Auch wenn im Entstehungsprozess des Kodex diese Möglichkeit verworfen wurde, ist sie aus ethischer Sicht erneut zu fordern und auch der Kodex der WHO fordert, dass den Gesundheitssystemen in den Herkunfts- und Zielländern Vorteile entstehen sollten (Art. 5.1). Da die Migration meist in Länder mit höherem Einkommensniveau und damit auch höherem BIP, größeren finanziellen Kapazitäten, sprich Industrienationen, geschieht, ist eine Entschädigung durchaus vertretbar. Die Zielländer profitieren trotz der Kosten bei Einstellung ausländischer Fachkräfte zumeist doppelt, einmal durch zusätzliche Arbeitskräfte, zum anderen, indem sie Ausbildungskosten sparen. Angesichts der Tatsache, dass das Herkunftsland meist hohe Ausgaben für die Qualifizierung des Personals hatte und diese anschließend nicht mehr aufgewogen werden, da die Arbeitskraft verloren geht und unter Berücksichtigung dessen, dass ohnehin hohe Summen bei der Anwerbung anfallen, die meist in die Privatwirtschaft des Ziellands fließen, scheint eine finanzielle Verschiebung hin zu einer Entschädigung seitens des Ziellandes geboten.

Im Sinne einer nachhaltigen Strategie wäre es sinnvoll und wichtig, ein festes System der Verschärfung ethischer Forderungen einzuführen. Wissend um die Freiwilligkeit des Kodex könnten verschiedene Formen der Verbindlichkeiten angeboten werden. So können Netzwerke von Staaten entstehen, die sich auf eine höhere Verbindlichkeit einigen wollen, ohne dass eine Unterzeichnung durch diejenigen Staaten verhindert wird, die sich nicht im Stande sehen, klarere juristische Forderungen anzunehmen. Eine Koalition der Willigen, die verschiedene Geschwindigkeiten zulässt, ermöglicht eine höhere Wirksamkeit, ohne dem globalen Konsens im Wege zu stehen. Solche Formen hätten im Kodex implementiert werden können.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Zudem sollte der Kodex verdeutlichen, dass die Lücke nicht über Einwanderung geschlossen werden kann. Studien legen offen, dass eine Deckung des Bedarfs an Gesundheitsfachpersonal, beispielsweise in Deutschland, nicht mit den eingewanderten, beziehungsweise einwandernden Personal abzudecken ist und eine Deckung mit inländischen Erwerbspersonen sowohl nachhaltiger als auch finanziell sinnvoller ist. Dies setzt allerdings eine massive Verbesserung der Arbeitsbedingungen voraus.[280] Es sollte eine Temporalität solcher Maßnahmen betont werden, die zur Überbrückung dienen kann. Dabei wird keinesfalls das Recht Einzelner ausgeschlossen, dauerhaft zu bleiben. Die Fokussierung auf organisierte Anwerbung als politisches Instrument kann und darf nicht nachhaltig sein.

Mögliche Verbesserungsvorschläge bewegen sich somit auf zwei Ebenen. Einerseits gilt es, die Haltung des Kodex an bestimmen Stellen zu intensivieren, zu schärfen oder sogar zu radikalisieren. Andererseits ergeben sich einige Aspekte, die grundlegendere Veränderungen bedürfen, die es an anderer Stelle weiter auszudifferenzieren gilt, etwa die Frage nach Ausgleichszahlungen oder nach einer Koalition der Willigen.

5.2 Fazit

Aus der Synthese der beleuchteten Aspekte zeichnet sich folgendes Bild ab: Der Mangel an Gesundheitsfachpersonal betrifft beinahe jedes Land der Erde, in unterschiedlichem Maße und mit unterschiedlichen Grundvoraussetzungen, aber doch ist er überall spürbar. Trotz dessen ist ein erhebliches Ungleichgewicht auszumachen zwischen Ländern des Globalen Nordens und des Globalen Südens. Insofern ist die Problematik einzubetten in übergeordnete Fragen nach Arm und Reich, nach Wohlstand und Wachstum, Gerechtigkeit und Gleichheit.

Unter Beachtung der Personalität aller Beteiligten, Solidarität innerhalb der Weltgemeinschaft und mit besonderer Beachtung jener Menschen und Nationen in prekären und marginalisierten Situatio-

280 Vgl. Afentakis, A.; Maier, T.: Pflegekräfte aus dem Ausland, S. 1079.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

nen, Subsidiarität zur Wahrung der Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit Einzelner oder kleinerer Institutionen und zur Stärkung einer partizipativen, adaptiven Gesellschaft, sowie Nachhaltigkeit zum Wohle kommender Generationen und der Mitwelt, erscheint es wichtig und notwendig, den Fokus nicht auf Migration von Gesundheitsfachkräften zu legen, sondern in erheblichem Maße die Quantität von Gesundheitsfachpersonal zu erhöhen. Durch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, sowie die Möglichkeit zum Quereinstieg, durch erheblich verbesserte Arbeitsbedingungen und höhere Löhne etwa, ließe sich die Attraktivität der Berufsbilder erhöhen. Dies müsste verstärkt in allen Mitgliedsstaaten der WHO unterstützt und gefördert werden, da eine qualitative Gesundheitsversorgung zur Achtung der Würde einer jeden Person unabdingbar ist. Diese wiederum hängt zu einem erheblichen Grad von der Anzahl an Gesundheitsfachpersonal ab. Die Entscheidung, sein Land zu verlassen ist meist sehr vielschichtig und sicherlich in den wenigsten Fällen ausschließlich auf den Beruf zurückzuführen. Vielmehr spielen allgemeine Lebensbedingungen im Herkunftsland eine Rolle, sodass langfristig eine Angleichung beziehungsweise Annäherung der Lebensverhältnisse – im wirtschaftlichen, nicht im kulturellen Sinne – vonnöten wäre. Doch auch dazu trägt eine qualitative Gesundheitsversorgung in einem nicht unerheblichen Maße bei. Ausgehend von dieser Einsicht, betont der Kodex diese Erhöhung der Personalkapazitäten eines jeden Landes. Wissend, dass eine solche Erhöhung nicht in Kürze zu tätigen ist und es grundlegender systemischer Veränderungen weltweit bedarf, versucht der Kodex Regularien anzubieten, damit Migration möglichst gewinnbringend für alle Beteiligten zu strukturieren und zu leiten.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass der Kodex versucht, die Zeit eines Übergangs zu gestalten. Migration im Gesundheitswesen kann nicht als Lösung des grundlegenden Problems des Personalmangels angesehen werden, sondern höchstens eine kurz- bis mittelfristige Symptombekämpfung darstellen. Insofern lässt sich festhalten, dass Pflegenotstand nicht in marginalisierte Länder exportiert wer-

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

den darf.[281] Vielmehr muss es darum gehen, Abhängigkeiten zu reduzieren und ein Gesundheitssystem zu etablieren, das dauerhaft stabil ausgestattet ist und das ein Handeln zum Wohle der Kranken und Unterstützungsbedürftigen ermöglicht. Der Kodex kein Dokument, das das Grundproblem lösen kann, aber ein Dokument, das das im kleinen Kontext zu einer gerechteren Welt beitragen kann, ohne das Grundproblem lösen zu können. Das Dokument verweist auf eben diese möglichen, größeren Lösungen und versucht, den Umgang mit den Herausforderungen bis dahin zu strukturieren.

281 Vgl. Terre des hommes Deutschland e.V. (Hrsg.): Europaweiter Aufruf: Fachkräfte für die Gesundheit von Kindern / terre des hommes: Pflegenotstand nicht in arme Länder exportieren! 24.06.2014, Berlin/Osnabrück, online unter: https://www.presseportal.de/pm/9646/2767827 (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

6. Literaturverzeichnis

6.1 Literatur

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. 1072–1080. Zitiert als: Afentakis, A./Maier, T.: Pflegekräfte aus dem Ausland.

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, online unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-387332 (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex.

Arentz, C./Wild, F.: Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse, Köln 2020, online unter: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP_Analyse_3_2020_Vergleich__Gesundheitssysteme__Covid19.pdf (Stand: 30.06.2021).

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).

Baumgartner, A.: Personalität. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S. 265–269, zitiert als: Baumgartner, A.: Personalität.

Bayertz, K.: Begriff und Problem der Solidarität. In: Bayertz, K. (Hrsg.): Solidarität – Begriff und Problem, Berlin 1998, S. 11–53, zitiert als: Bayertz, K: Begriff und Problem der Solidarität.

Berger, G./Herrnschmidt, J.: Ehtisch korrektes Rekrutieren von Gesundheitspersonal. Eine Fallbeschreibung. In: Medicus Mundi Schweiz, Bulletin#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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Berger, K.: Die Krankheitslast auf unseren Schultern. In: Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.), Jg. 111, Heft 38, Berlin 2014, S. 627–628, online unter: https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=161705 (Stand: 30.06.2021).

Bourgeault, I.L./Labonté, R./Packer, C./Runnels, V./Murphy, G.T.: Knowledge and potential impact of the WHO Global code of practice on theinternational recruitment of healthpersonnel: Does it matter for source anddestination country stakeholders? In: Human Resources for Health, Jg. 14, Heft 1, 2016, S. 121–123, online unter: https://human-resources-health.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12960-016-0128-5.pdf (Stand: 30.06.2021).

Boutang, Y.M.: Europa, Autonomie der Migration, Biopolitik. In: Pieper, M./Atzert, T./ Karakayali, S./Tsianos, V. (Hrsg.): Empirie und die biopolitische Wende – Die internationale Diskussion im Anschluss an Hardt und Negri. Frankfurt/New York 2007, S. 169–178.

bpb(Hrsg.): Erstes „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).

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, online unter: https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/kriterien-zur-analyse-von-drittstaaten-zur-gewinnung-von-auszubildenden-fuer-die-pflege.pdf?__blob=publicationFile&v=10 (Stand: 30.06.2021).

Brugha, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel – Ethical and Systems Perspectives, in: International Journal of Health Policy and Management (IJHPM), Jg. 4, Heft 6, S. 333–336, zitiert als: Brugha, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness.

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

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): 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).

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

Deutsche Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen. Entwicklungschancen und Menschenwürde. Sozialethische Überlegungen – Eine Studie der Sachverständigengruppe „Weltwirtschaft und Sozialethik", Bonn 2008, zitiert als: DBK (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Deutscher Bundestag (Hrsg.): 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, online unter: https://dserver.bundestag.de/btd/19/161/1916102.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 19/16102.

Deutscher Bundestag (Hrsg.): 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, online unter: https://dserver.bundestag.de/btd/17/145/1714579.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 17/14579.

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, online unter: https://dserver.bundestag.de/btd/19/024/1902455.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 19/2183.

Deutsche Plattform für Globale Gesundheit – dpgg (Hrsg.): Brain-Drain durch grenzüberschreitende Abwerbung von Gesundheitsfachkräften. Deutschlands Beitrag zu einem globalen Gesundheitsskandal. Frankfurt am Main 2016, online unter: https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2016/10/dpgg_brain-drain.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: dpgg (Hrsg.): Brain-Drain.

DGB Bildungswerk BUND e.V. (Hrsg.): Forum Integration Newsletter 09/2017 – Leiharbeit, Düsseldorf 2017, online unter: https://d-nb.info/1151529737/34 (Stand: 30.06.2021).

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. 1–12, zitiert als: Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften.

Ebach, J.: „Denn Ihr seid auch Fremdlinge..." – Flucht als Herausforderung der Partnerkirchen in Europa. Vortrag beim Treffen der Leitenden Geistlichen der europäischen Partnerkirchen der Evangelischen Kirche im Rheinland, Bad Neuenahr 09./10. Januar 2016, online unter: https://silo.tips/download/flucht-und-migration-in-der-bibel (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Ebach, J.: „Denn Ihr seid auch Fremdlinge…".

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Efendi, F./Chen, C.-M.: Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel: the case of Indonesia. In: BMC Health Services Research, Jg. 14, Heft 2, 2014, online unter: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-S2-P35.pdf (Stand: 30.06.2021).

Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil. In: Evangelische Theologie, Jg. 66, Heft 4, Gütersloh 2006, S. 297–316, zitiert als: Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil.

Eibach, U.: Leiblichkeit. In: Kühnhardt, L.; Mayer, T. (Hrsg.): Bonner Enzyklopädie der Globalität, Wiesbaden 2017, S. 267–276, zitiert als: Eibach, U.: Leiblichkeit.

Emunds, B.: Politische Wirtschaftsethik globaler Finanzmärkte, Wiesbaden 2014.

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

Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: 1. Nebenveranstaltung: Entwicklung eines Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, Tallinn 25. Juni 2008, online unter: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0015/102354/hsc08_gsatellite1.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Europäische Ministerkonferenz der WHO: Entwicklung eines Verhaltenskodexes.

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. 79–97, zitiert als: Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration.

Fischer, S.: „Wir sind nicht hier, weil wir arm sind". Die neuen Pflegekräfte aus den Philippinen. In: südostasien-Zeitschrift für Politik – Kultur – Dialog, Jh. 30, Heft 4, Bonn 2014, S. 55–56, zitiert als: Fischer, S.: Pflegekräfte aus den Philippinen.

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Veranstaltungsdokumentation: Ankommen, Anwerben, Anpassen? Koreanische Krankenpflegerinnen in Deutschland – Erfahrungen aus fünf Jahrzehnten und neue Wege für die Zukunft, Berlin 2016, online unter: https://www.koreaverband.de/downloads/files/FES_Krankenpflegerinnen.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg,): Veranstaltungsdokumentation.

Gebhardt, H./Glaser, R./Radtke, U./Reuber, P. (Hrsg.): Geographie. Physische Geographie und Humangeographie, Heidelberg[2] 2011, zitiert als: Gebhardt, H., et al. (Hrsg.): Geographie.

Glinos, I.A.: Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. In: Health Policy, Jg. 119, Heft 119, 2015, S. 1529–1536.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Güllemann, H.: Der globale Pflegenotstand. In: Blätter für deutsche und internationale Politik 1/2017, S. 29–32, online unter: https://www.blaetter.de/ausgabe/2017/januar/der-globale-pflegenotstand (Stand: 30.06.2021).

Hardy, J./Shelley, S./Calveley, 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. 798–815.

Haug, S.: Klassische und neuere Theorien der Migration. In: Arbeitspapiere – Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Nr. 30, Mannheim 2000, online abrufbar unter: http://edoc.vifapol.de/opus/volltexte/2014/5124/pdf/wp_30.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Haug, S.: Theorien der Migration.

Härle, W.: Ethik, Berlin/Boston^{2} 2018, zitiert als: Härle, W.: Ethik.

Heimbach-Steins, M.: Christliche Sozialethik für die Welt von heute. In: KSZ Mönchengladbach (Hrsg.): Kirche und Gesellschaft, Nr. 380, Köln 2011, S. 3, online unter: https://ordosocialis.de/pdf/Heimbach-Steins/380-Heimbach-Steinsx.pdf (Stand: 30.06.2021).

Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004.

Heimbach-Steins, M.; Becker, J.; Panreck, S.: Sechzig Jahre Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften – Entwicklungen, Umbrüche, Aufgaben des Fachs. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 60, Münster 2019, S. 275–316.

Hein, W.: „Global Health Governance" – zukunftsfähige Architektur eines globalen Gesundheitssystems? In: GIGA Focus Global, GIGA German Institute of Global and Area Studies – Leibniz-Institut für Globale und Regionale Studien, Nr. 7, Hamburg 2006, online abrufbar unter: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-268356 (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Hein, W.: „Global Health Gouvernance".

Höhn, H.-J.: Theorie ohne Praxis? Thesen zu Status und Relevanz sozialethischer Grundlagenforschung. In: Edmunds, B., et al. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Orientierung welcher Praxis? Baden-Baden 2018, S. 115–130.

Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV – Arbeitsmigration im Wandel: Die damit verbundenen ordnungspolitischen Herausforderungen angehen. Internationale Arbeitskonferenz, 106. Tagung, Genf 2017, online unter: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_550537.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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, online unter: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018.

Karle, I.: Krankheitsdeutung in gegenwärtigen Bewährungsfeldern – praktisch-theologische Perspektiven. In: Thomas, G./Karle, I. (Hrsg.): Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, S. 543–556.

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 und Boston 2020, S. 47–56.

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. 551–567, online unter: https://www.prokla.de/index.php/PROKLA/article/view/1845/1784 (Stand: 30.06.2021).

Korzin, M.: Public-Private Partnerships im Bereich von Global Public Health. In: Münchener Beiträge zur Politikwissenschaft, München 2012, S. 11.

Kostka, U.: Krankheit und Heilung. Zum theologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und zur therapeutischen Kompetenz der Theologie. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 47, Münster 2006, S. 51–76, zitiert als: Kostka, U.: Krankheit und Heilung.

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. 121–135.

Krieg, J.: Soziale und gesellschaftliche Brennpunkte als Herausforderung katholischer Soziallehre – 100 Jahre Sozialenzykliken der Kirche (1891–1991). Zu einer Tagung vom 20.–22. September 1990 in Freiburg. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 32, Münster 1991, S. 341–344.

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, zitiert als: Krobisch, V., et al.: Gute Pflege.

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. 187–207, zitiert als: Kumbruck, C.: Menschenwürdige Gestaltung.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Lang, B.: Der arbeitende Mensch in der Bibel. Eine kulturgeschichtliche Skizze. In: Postel, V. (Hrsg.): Arbeit im Mittelalter. Vorstellungen und Wirklichkeiten, Berlin 2010, S. 35–56.

Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung: Ethische Aspekte der Ärztemigration. In: Leal Filho, W. (Hrsg.): Aktuelle Ansätze zur Umsetzung der UN-Nachhaltigkeitsziele, Berlin 2019, S. 63–77, zitiert als: Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung.

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. 231–252, zitiert als: Lévy-Tödter, M.: Impact der globalen Ärztemigration.

Lübbers, A.: Aufwändig aber erfolgreich. Triple Win – Fachkräfte für Deutschland. In: Heilberufe – Das Pflegemagazin. Jg. 68, Heft 11, Berlin 2016, S. 48–50.

Majka, J.: Die katholische Soziallehre – Entwicklung ihrer Problematik und ihrer Methoden. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 14, Münster 1973, S. 5–25.

Meireis, T.: Nachhaltigkeit. In: Zemanek, E./Kluwick, U.: Nachhaltigkeit interdisziplinär, Konzepte, Diskurse, Praktiken, Köln 2019, S. 279–294.

Mieth, D.: Sozialethik als hermeneutische Ethik. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 43, Münster 2002, S. 217–240, zitiert als: Mieth, D.: Sozialethik.

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. 20–24.

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, zitiert als: Möller, T.: Deutschlands Umgang.

Nell-Breuning, O. v.: In sinnvoller Arbeit das Menschsein entfalten. Über Würde und Verantwortung des Arbeitens. In: Nell-Breuning, O. v.: Den Kapitalismus umbiegen. Schriften zu Kirche, Wirtschaft und Gesellschaft, Düsselsdorf 1990, S. 305–310.

Nolte, K.: Sorge für Leib und Seele. Krankenpflege im 10. und 20. Jahrhundert. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Pflege: Praxis – Geschichte – Politik, Bonn 2020, S. 120–132.

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, zitiert als: Nowossadeck, E.: Demografische Alterung.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

OECD (Hrsg.): Gesundheit auf einen Blick 2009 – OECD-Indikatoren, online unter: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264081086-de.pdf?expires=1623144387&id=id&accname=geust&checksum=9737BFB0AB2C5700D6A72E19F55FFA72 (Stand: 30.06.2021), zitiert als: OECD (Hrsg.): Gesundheit auf einen Blick 2009.

OECD (Hrsg.): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, Paris 2017, online unter: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (Stand: 30.06.2021), zitiert nach: OECD (Hrsg.): Health at a Glace 2017.

OECD (Hrsg.): Focus on Health Spending, OECD Health Statistics, Juli 2015, online unter: https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf (Stand: 30.06.2021).

OECD.stat: Health Workforce Migration: Migration of doctors. Online unter: https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9 (Stand: 30.06.2021), zitiert als: OECD.stat: Health Workforce Migration.

Osterloh, F.: Ärztestatistik: Ärztemangel bleibt bestehen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 16, Köln 2015, S. 703–704, online unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/169269/Aerztestatistik-Aerztemangel-bleibt-bestehen (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Osterloh, F.: Ärztestatistik.

Ostermann, L.: International: Pflegende aus Drittstaaten rekrutieren. Personalvermittlung als Option für Unternehmen. In: PFLEGEZeitschrift, Jg. 73, Heft 4, 2020, S. 14–17, zitiert als: Ostermann, L.: Personalvermittlung.

Panackal, C.T.: Arbeitsmigration in der Pflege – Indische Perspektiven im Kontext des globalen Pflegemarktes. In: Bonacker, M./Geiger, G. (Hrsg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern, Berlin 2021, S. 191–205.

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

Pries, L.: Transnationalismus, Migration und Inkorporation. Herausforderungen an Raum-und Sozialwissenschaften. In: Geographische Revue, Jg. 5, Heft 2, Flensburg 2003, S. 23–40.

Radek, M. E.: Weltkultur am Werk? Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine Rezeption im nationalen Reformdiskurs am Beispiel Polens, Bamberg 2011, zitiert nach: Radek, M. E.: Weltkultur.

Richter, J.: Soft Law in International Health – the Case of the WHO's Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Zürich 2017.

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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Schockenhoff, E.: Die religiöse Deutung der Krankheit. In: Büssing, A./Surzykiewicz, J./ Zimowski, Z.: Dem Gutes tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet, Heidelberg 2015, S. 29–44.

Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf – zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns aus der Sicht des Christentums. In: Ethik der Medizin, Jg. 1, Heft 10, S. 122–133, zitiert als: Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf.

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. 548–560, online unter: http://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/monatshefte/2018/August/08-2018-548.pdf (Stand: 30.06.2021).

Schwikowski, M.: Schlechte Datenlage erschwert Kampf gegen Covid-19 in Afrika. In: Deutsche Welle, Bonn 2020, online unter: https://www.dw.com/de/schlechte-datenlage-erschwert-kampf-gegen-covid-19-in-afrika/a-53211366 (Stand: 30.06.2021).

Sölle, D.: Lieben und Arbeiten. Eine Theologie der Schöpfung. Stuttgart 1985.

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).

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).

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).

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).

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).

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).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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).

Süss, R.: Ökonomische Bewertung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Eine Studie an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen, Wiesbaden 2018.

Tam, V./Edge, J.S./Hoffman, S.J.: Empirically evaluating the WHO globalcode of practice on the internationalrecruitment of health personnel's impacton four high-income countries four yearsafter adoption. In: Globalization and Health Jg. 12, Heft 62, S. 1–12, online unter: https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12992-016-0198-0.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Tam, V., et al.: Empirically evaluating.

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. 43–46.

Tankwanchi, A.B.S./Vermond, S.H./Perkins, D.D.: Has the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel been effective? In: The Lancet – Global Health, Jg. 2, Heft 7, 2014, S. e390–e391, zitiert als: Tankwanchi, A.B.S., et al.: WHO Global Code.

Taylor, A.L.; Dhillon, I.S.: The WHO Global Code of Practice on the international Recuitment of Health Personnel: The Evolution of Gobal 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. 183–210, zitiert als: Taylor, A.L./Dhillon, I.S.: WHO Global Code.

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. 2348–2351.

Terre des hommes Deutschland e.V. (Hrsg.): Europaweiter Aufruf: Fachkräfte für die Gesundheit von Kindern / terre des hommes:Pflegenotstand nicht in arme Länder exportieren! 24.06.2014, Berlin/Osnabrück, online unter: https://www.presseportal.de/pm/9646/2767827 (Stand: 30.06.2021).

Tezcan-Güntekin, H.: Kulturelle Diversität in der Pflege – Bedeutung einer diversitätssensiblen Pflege für die Vermeidung, freiheitsentziehender Maßnahmen. In: Bonacker, M./Geiger, G. (Hrsg.): Migration in der Pflege. Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern, Berlin 2021, S. 51.78.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Uertz, R.: Die katholische Sozialethik im Transformationsprozess der Industrialisierung und Modernisierung. In: Schoenauer, H. (Hrsg.): Sozialethische Dimensionen in Europa. Von einer Wirtschaftsunion zu einer Wertegemeinschaft, Stuttgart 2014, S. 53–72, zitiert als: Uertz, R.: Katholische Sozialethik.

UN-Generalversammlung: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, New York 19.12.1966, online unter: https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx, (Stand: 30.06.2021).

Veith, W.: Nachhaltigkeit. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S. 302–314.

Vereinte Nationen – UN: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (217 [III] A), Paris 1948.

Vogt, M.: Zur moralischen Grammatik der Solidarität und ihrer (begrenzten)Anwendbarkeit auf intergenerationelle Konflikte. In: Jahrbuch für Recht und Ethik, Berlin 2014, S. 95–116, zitiert als: Vogt, M.: Grammatik der Solidarität.

Wiedemann, C./Charlier, R.: ‚Fremdling im eigenen Land' – Zur Genealogie eines Intellektuellen-Attributs. In: Münkler, H. (Hrsg.): Die Herausforderung durch das Fremde. Berlin 1998, S. 545–610.

Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, Paderborn 2010, zitiert als: Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik.

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. iv5–iv11, zitiert als: Williams, G.A. et al.: Health professional mobility.

World Health Organisation – WHO: Global Health Observatory data repository: Nursing and midwifery personnel, online unter: https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0040?lang=en (Stand: 30.06.2021).

World Health Organisation – WHO (Hrsg.): World Health Assembly, online unter: https://www.who.int/about/governance/world-health-assembly (Stand: 30.06.2021).

World Health Organisation – WHO (Hrsg.): User's Guide to the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Genf 2010, online unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70525/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf;jsessionid=C6FF2AE78CB9D0C608701D4DA67470E0?sequence=1 (Stand: 30.06.2021), zitiert als: WHO (Hrsg.): User's Guide.

World Health Organisation – WHO (Hrsg.): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Genf 2010, online unter: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1 (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

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).

World Health Organisation – WHO (Hrsg.): Working together for health – The World Health Report 2006, Genf 2006, online unter: https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1 (Stand: 30.06.2021), zitiert als: WHO (Hrsg.): World Health Report 2006.

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, Genf 2020, online unter: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_9-en.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: WHO (Hrsg.): Report by the Director-General.

World Health Organisation – WHO – Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Angelegenheiten, die sich aus Resolutionen und Beschlüssen der Weltgesundheitsversammlung und des Exekutivrates ergeben – Arbeitsdokument, 65. Tagung, Vilnius 2015.

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).

World Health Organisation (WHO) – Regionalbüro für Europa (Hrsg.): Resolution: Auf dem Weg zu einem nachhaltigen Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen: ein Handlungsrahmen für die Europäische Region der WHO, 67. Tagung, Budapest 2017.

Zimmer, M.: Arbeit aus der Sicht der Soziallehre. In: Thielen, M.; Zimmer, M. (Hrsg.) Die Zukunft der Arbeit. Christlich-soziale Perspektiven, Berlin 2013, S. 23–69, zitiert als: Zimmer, M.: Arbeit.

6.2. Kirchliche Dokumente

DEUTSCHE BISCHOFSKONFERENZ u.a. (Hrsg.): Die Bibel. Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift. Stuttgart 2016.

Franziskus: Enzyklika *Fratelli tutti* – Über die Geschwisterlichkeit und die soziale Freundschaft, Rom 03.10.2020, online unter: https://www.vatican.va/content/francesco/de/encyclicals/documents/papa-francesco_20201003_enciclica-fratelli-tutti.html (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

Franziskus: Enzyklika *Laudato si* – Über die Sorge für das gemeinsame Haus, Rom 24.05.2015, online unter: https://www.vatican.va/content/francesco/de/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html (Stand: 30.06.2021).

Johannes XXIII.: Enzyklika *Mater et Magistra* – Über die jüngsten Entwicklungen des gesellschaftlichen Lebens und seine Gestaltung im Licht christlicher Lehre, Rom 15.05.1961, online unter: https://www.vatican.va/content/john-xxiii/de/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_15051961_mater.html (Stand: 30.06.2021).

Johannes XXIII.: Enzyklika *Pacem in terris* – Über den Frieden unter allen Völkern in Wahrheit, Gerechtigkeit, Liebe und Freiheit, Rom 11.04.1963, online unter: https://www.vatican.va/content/john-xxiii/de/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_11041963_pacem.html (Stand: 30.06.2021).

Johannes Paul II.: Enzyklika *Laborem exercens* – Über die menschliche Arbeit, Rom 14.09.1981, online unter: https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/de/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_14091981_laborem-exercens.html (Stand: 30.06.2021).

Paul VI.: Pastoralkonstitution *Gaudium et spes* – Über die Kirche in der Welt von Heute. Pastorale Konstitution, Rom 07.12.1965, online unter: https://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_ge.html (Stand: 30.06.2021).

Pius XI.: Enzyklika *Quadragesimo anno* – Über die Gesellschaftliche Ordnung, Rom 15.05.1931, englische Version online unter: https://www.vatican.va/content/pius-xi/en/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragesimo-anno.html (Stand: 30.06.2021).

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

7. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: 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.

Abb. 2: 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.iv7.

Abb. 3: Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2016 „Die Pflegenden im Fokus", Stuttgart 2016, S. 251.

Abb. 4: Radek, M. E.: Weltkultur am Werk? Das globale Modell der Gesundheitspolitik und seine Rezeption im nationalen Reformdiskurs am Beispiel Polens, Bamberg 2011, S. 98.

Abb. 5: World Health Organisation – WHO (Hrsg.): Working together for health – The World Health Report 2006, Genf 2006, online unter: https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1 (Stand: 30.06.2021), S. 12.

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND

https://doi.org/10.5771/9783828850477 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY-NC-ND