

Der WHO-Verhaltenskodex

Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften?

Steffen Angenendt / Michael Clemens / Meiko Merda

In Deutschland fehlt es zusehends an Gesundheitsfachkräften. Daher wächst das Interesse, solche Kräfte auch in Entwicklungsländern zu rekrutieren. Um damit verbundene Probleme für die Herkunftsländer zu vermeiden, orientiert sich die Bundesregierung – wie andere Industrieländer auch – an einem Verhaltenskodex, den die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2010 verabschiedet hat. Dieser Kodex ist allerdings widersprüchlich: Er empfiehlt, auf die Rekrutierung aus bestimmten Ländern zu verzichten, will aber gleichzeitig das Recht der Fachkräfte auf internationale Mobilität nicht beschränken.

Viele Industrieländer suchen diesen Widerspruch aufzulösen, indem sie sich an eine ebenfalls von der WHO 2006 erstellte Liste von 57 Staaten halten, die einen »kritischen Mangel« an Gesundheitsfachkräften aufweisen – obwohl sie auf unzureichenden Daten und zweifelhaften Kriterien beruht und die WHO klargestellt hat, dass die Liste eine genauere Länderanalyse nicht ersetzen kann. Wie können Deutschland und andere Industriestaaten ihren steigenden Bedarf decken, ohne den Herkunftsländern zu schaden?

Wie die meisten OECD-Staaten leidet auch Deutschland unter einem Mangel an Gesundheitsfachkräften, der künftig weiter wachsen wird. Im Zuge steigender Lebenserwartung und sinkender Geburtenraten wird sich der Altenquotient (das Verhältnis der über 65-Jährigen zur Arbeitsbevölkerung) in Deutschland bis zum Jahr 2060 annähernd verdoppeln. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts wird in diesem Zeitraum die Zahl der Hochbetagten von 4,1 auf 9 Millionen Menschen steigen und bis 2025 einen zusätzlichen Bedarf von 150 000 bis 180 000 Altenpflegern zur Folge haben.

Um dem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung entgegenzuwirken, will die Bundes-

regierung die einheimischen Arbeitskräftepotentiale besser nutzen, die Erwerbsbeteiligung von Frauen und Älteren erhöhen und Ausbildungsaktivitäten intensivieren. Im Gesundheitswesen wurde etwa die »Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege« gestartet, um Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege zu fördern und die Attraktivität des Berufs zu erhöhen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt auch die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im Ausland an Bedeutung. Sie ist allerdings mit besonderen Herausforderungen verbunden. So ist für Ärzte und Pflegekräfte Sprache eine Schlüsselqualifikation, gute umgangs- und fachsprachliche Deutsch-

Dr. Steffen Angenendt ist Wissenschaftler in der Forschungsgruppe Globale Fragen der SWP, Dr. Michael Clemens ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Center for Global Development in Washington, D.C., Meiko Merda ist wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IEGUS) in Berlin. Dieses SWP-Aktuell wird auf Englisch auch als Policy Brief des Center for Global Development erscheinen.

kenntnisse sind unverzichtbar. Zudem müssen häufig die im Ausland erworbenen Qualifizierungen angepasst werden. Im Einzelfall – in jedem Bundesland mit unterschiedlichen Zuständigkeiten und Anforderungen – wird entschieden, ob die vorhandenen Kenntnisse ausreichen bzw. welche Nachqualifizierung nötig ist.

Gleichwohl ist der demografisch bedingte Handlungsdruck so groß, dass die Bundesregierung einen Teil des Fachkräftebedarfs auch durch Zuwanderung decken will. Sie hat in den vergangenen Jahren grundlegende Reformen des Zuwanderungsrechts beschlossen, die auch für Gesundheitsfachkräfte gelten. So erleichtert die »Blaue Karte EU« seit 2012 die Zuwanderung ausländischer Ärzte und anderer Hochqualifizierter. Zudem wirbt die Bundesregierung seit 2013 in bestimmten Ausbildungsberufen vermehrt um Fachkräfte aus dem Ausland – zu diesen »Engpassberufen« gehören auch Pflegeberufe. Inzwischen gehört Deutschland nach Einschätzung der OECD zu jenen Mitgliedstaaten, in denen die rechtlichen Hürden für die Zuwanderung hochqualifizierter Arbeitskräfte am niedrigsten sind – dabei fällt die Arbeitsmigration im internationalen Vergleich immer noch gering aus.

Überdies unterstützt die Bundesregierung Pilotprojekte, die Erkenntnisse über die geeignete Anwerbung von Gesundheitsfachkräften liefern können. Diese Programme zielen primär auf eine Reduzierung des Fachkräftemangels in Deutschland. Sie haben aber auch eine entwicklungspolitische Zielrichtung, denn gut geregelte Migration kann auch im Gesundheitswesen positive Wirkungen für alle Beteiligten haben. Gleichwohl können solche Programme zumindest kurzfristig das Arbeitskräfteangebot im Herkunftsland verringern und dort einen Verlust an qualifiziertem Personal (Braindrain) verursachen.

Um negative Wirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Herkunftsländer zu vermeiden, orientiert sich die Bundesregierung an den im Mai 2010 von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedeten »Globalen Verhaltenskodex für die internationale

Anwerbung von Gesundheitsfachkräften«. Die Unterzeichnerstaaten haben sich freiwillig verpflichtet, die darin vereinbarten Rekrutierungsgrundsätze einzuhalten.

Wandel der Fachkräftemigration und Steuerungsversuche

Die Migration von Gesundheitsfachkräften ist weder ein neues Phänomen noch ein neues Thema der internationalen Zusammenarbeit. Seit den 1950er Jahren haben sich Umfang und Struktur dieser Fachkräftewanderung indes grundlegend gewandelt.

Ursprünglich handelte es sich vor allem um Wanderungen aus europäischen Ländern nach Nordamerika, Australien und Neuseeland. Seit den 1970er Jahren hat dann die Auswanderung von Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern in Industriestaaten stark zugenommen. So gingen weltweit Mitte der 1970er Jahre rund 6 Prozent aller Ärzte und 5 Prozent aller Pflegekräfte einer Beschäftigung in anderen Ländern nach; im Jahr 2000 hatten die im Ausland geborenen Ärzte in den OECD-Ländern bereits einen Anteil von 18 Prozent, Pflegekräfte von 11 Prozent. Deutschland befindet sich verstärkt in einem Wettbewerb um Gesundheitsfachkräfte – mit Ländern wie den USA oder Großbritannien, in denen das Lohnniveau hoch ist, Sprachbarrieren gering sind und attraktive Möglichkeiten beruflicher und persönlicher Weiterentwicklung bestehen.

Zweifellos kann sich die Migration von Ärzten und Pflegekräften negativ auf die Gesundheitsversorgung in den Herkunftsländern auswirken. Im Jahr 2010 betrug der Anteil der Ärzte aus Entwicklungsländern in Großbritannien 37 Prozent, wovon mehr als die Hälfte in Indien oder Afrika ausgebildet wurden. 2007 schätzte die OECD, dass über die Hälfte der in Mosambik, Angola, Sierra Leone, Tansania, Liberia und den karibischen Ländern (Ausnahme: Fidschi) ausgebildeten Ärzte in OECD-Ländern arbeiteten – obwohl es in ihren Heimatländern gleichzeitig einen gravierenden Ärztemangel gab.

Viele Herkunftsländer haben versucht, die Auswanderung medizinischen Personals zu begrenzen, indem sie Reisedokumente oder Zertifikate verweigerten oder andere Zwangsmaßnahmen ergriffen. Solche Strategien hatten aber immer nur mäßigen Erfolg, ebenso wie die Versuche der Zielländer, irreguläre Zuwanderung und Beschäftigung im Gesundheitswesen zu verhindern. Schätzungen zufolge sollen allein in Deutschland 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. Dies ist ein wesentlicher Grund, warum sich viele Herkunftsländer inzwischen um bilaterale und multilaterale Ansätze der Migrationssteuerung bemühen und Prozesse wie den Global Dialogue on Migration and Development unterstützen.

Prinzipien des WHO-Kodex

Der »Globale Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften« gibt vor, dass die Migration solcher Fachkräfte den Gesundheitssystemen sowohl der Herkunfts- als auch der Aufnahmeländer nutzen soll. Im Anschluss an die Feststellung, dass diese Migration »einen sinnvollen Beitrag zum Ausbau und zur Stärkung von Gesundheitssystemen leisten [kann], sofern die Anwerbung korrekt erfolgt« (Art. 3.2), definiert der Kodex Grundsätze für die bilaterale und internationale Zusammenarbeit.

Der Kodex hält die Mitgliedstaaten an, dem Mangel an Gesundheitsfachkräften abzuhelfen und aus eigener Kraft eine nachhaltige Versorgung mit Fachkräften sicherzustellen. Er empfiehlt eine effiziente Personalplanung im Gesundheitswesen, Aus- und Weiterbildung sowie die Entwicklung von Strategien, mit denen sich die Rekrutierung von Gesundheitspersonal im Ausland eindämmen lässt.

Die internationale Rekrutierung wiederum soll auf faire, transparente und nachhaltige Weise erfolgen und so gestaltet

werden, dass negative Wirkungen auf die Gesundheitssysteme von Entwicklungsländern vermieden und die Rechte der Migrantinnen und Migranten gewahrt werden. Generell sollen die Unterzeichnerstaaten allen Gesundheitsfachkräften gute Arbeitsbedingungen bieten und die zirkuläre Migration von Gesundheitspersonal fördern. Auf diese Weise ließen sich die Kenntnisse und Fähigkeiten der Fachkräfte zum Vorteil sowohl von Herkunfts- wie von Aufnahmeländern nutzen.

Der Kodex ruft die Mitgliedstaaten insbesondere dazu auf,

- ▶ Partnerschaften mit Herkunftsländern zu schließen,
- ▶ Vereinbarungen mit wichtigen Akteuren zu treffen, zum Beispiel mit Vermittlern oder Gesundheitseinrichtungen,
- ▶ technische und finanzielle Unterstützung beim Ausbau der Gesundheitssysteme zu leisten,
- ▶ die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften zu fördern,
- ▶ den WHO-Kodex in nationales Recht umzusetzen,
- ▶ Erkenntnisse über die Migration von Gesundheitsfachkräften zu sammeln und auszutauschen.

Widersprüche und Schwächen

Der Kodex weist allerdings einige grundlegende Widersprüche und Schwächen auf.

Ein zentraler Widerspruch besteht zwischen den Bestimmungen der Artikel 3 und 5, die als Kern des Kodex angesehen werden: Artikel 3.4 bekräftigt, dass das Prinzip der Freizügigkeit auch für Gesundheitsfachkräfte gelten soll: »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.« Artikel 5.1 hingegen stellt fest: »Die Mitgliedstaaten sollten die aktive Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern mit einem entsprechenden Personalnotstand unterbinden.«

In der Praxis ist es nicht leicht, beide Prinzipien miteinander zu vereinbaren. Entweder führen Begrenzungen bei der Rekrutierung nicht zu einer Einschränkung der Mobilität der Gesundheitsfachkräfte und haben dann auch keine Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern – oder sie dämmen die Auswanderung ein und verstoßen damit gegen die Vorgabe, Mobilität nicht zu beschränken. Befürworter des Kodex argumentieren, hier mache die »aktive Rekrutierung« den entscheidenden Unterschied aus. Letztlich entscheide das Ausmaß der Einmischung des Aufnahmelandes darüber, ob die Regierung den Kodex verletzt oder nicht. Kritiker wenden ein, dass es extrem schwierig sei, den Grad zu beurteilen, in dem staatliche Akteure aktiv rekrutieren. Schwierig zu bestimmen sei vor allem, wo (zugelassene) Werbung um Fachkräfte aufhöre und (unter-sagte) aktive Rekrutierung beginne. Abgesehen davon werde die Rolle privater Vermittler und von Public Private Partnerships (PPP) außer Acht gelassen. Diese würden aber in der Praxis immer wichtiger. Der Kodex sei insofern unrealistisch und der Gefahr willkürlicher Interpretation ausgesetzt.

Der »kritische Mangel«

Eine noch gravierendere Schwäche des Kodex besteht in der Definition des sogenannten »kritischen Mangels«.

Laut WHO liegt ein solcher Mangel vor, wenn zwei Bedingungen erfüllt sind: (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 medizinischem Personal betreut. Der Weltgesundheitsbericht von 2006 stellte fest, dass 57 Länder in diesem Sinne einen »kritischen Mangel« aufwiesen.

Der angesetzte Grenzwert an medizinischem Personal ergab sich aus einer einfachen Rechnung: Zunächst wurde – im Durchschnitt aller Länder – der Zusammenhang zwischen dem Anteil von Gesundheitsfachkräften und dem Anteil der medi-

zinisch betreuten Geburten betrachtet. Dann wurde bestimmt, welches Minimum an betreuten Geburten als akzeptabel gelten soll (80 Prozent). Berechnungen zeigten, dass das durchschnittliche Verhältnis zwischen der Dichte medizinischer Fachkräfte und der Zahl betreuter Geburten den 80-Prozent-Grenzwert übersteigt, wenn (mit 95prozentiger statistischer Wahrscheinlichkeit) der Anteil von Gesundheitsfachkräften an der Bevölkerung zwischen 2,02 und 2,54 Promille liegt. Der Mittelwert dieses Intervalls betrug 2,28.

Diese Bestimmung des »kritischen Mangels« wirft erhebliche methodische und datenbezogene Probleme auf, die den praktischen Nutzen des Kodex für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften im Ausland verringern.

► **Der tatsächliche Grenzwert der Fachkräftedichte ist unbekannt.** In der Annahme, dass ein solcher Grenzwert existiert, setzt ihn die WHO irgendwo zwischen 2,02 und 2,54 Gesundheitsfachkräften pro 1000 Menschen an. Nach den Daten, die die WHO verwendet, liegen 14 Länder innerhalb dieses Intervalls. Das ist ein Viertel der als »kritisch« eingestuften Länder.

► **Es gibt keine medizinische Begründung für einen generellen Grenzwert von 80 Prozent betreuter Geburten.** Der WHO-Grenzwert beruht auf einem »erwünschten Minimum« von 80 Prozent betreuter Geburten. Dieser Wert stammt aus einem 2004 in der medizinischen Fachzeitschrift *Lancet* veröffentlichten Beitrag, in dem ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass es sich lediglich um einen Mittelwert handelt. Tatsächlich ergeben sich in dieser Studie bei Abweichungen von dem 80-Prozent-Wert keine Veränderungen, welche die Wahl dieses Wertes rechtfertigen würden. Der 80-Prozent-Wert beruht demnach nicht auf medizinischen Erkenntnissen. Es wurde auch nicht gefragt, ob sich die medizinischen Ressourcen im betreffenden Land nicht besser verwenden ließen, etwa für die Versorgung von Säuglingen, Kleinkindern oder Kindern. Ein Land, in dem eine Grundversorgung bei der Geburtsbetreuung ge-

währleistet ist, kann durchaus einen Versorgungsmangel in anderen Bereichen aufweisen – und umgekehrt. Der 80-Prozent-Grenzwert ist letztlich nur eine willkürliche Festlegung, die aber Folgen für die Diagnose eines »kritischen Mangels« hat. Würde man beispielsweise das »erwünschte Minimum« mit 70 bis 90 Prozent ansetzen – eine ebenso plausible Marge –, verblieben auf der WHO-Liste nur noch 31 gefährdete Länder.

► **Die tatsächliche Zahl der Gesundheitsfachkräfte ist unbekannt.** Die Methoden zur Erfassung der Fachkräfte variieren von Land zu Land. Die WHO verwendet vier unterschiedliche Datenquellen, um die Zahl der Gesundheitsfachkräfte in einem Land zu schätzen. Diesen Quellen liegen keine einheitlichen Definitionen zugrunde und sie weisen divergierende Fehlermargen auf. Zudem berücksichtigen sie nur solche Personen, die als Gesundheitsfachkräfte registriert sind. Eine größere Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten bleibt dadurch möglicherweise außen vor. 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. In die Berechnungen zur Dichte der Versorgung mit Gesundheitspersonal waren sie nicht einbezogen. Überdies sind die meisten WHO-Schätzungen veraltet. In 106 Ländern hat die WHO zuletzt im Jahr 2002 oder früher medizinisches Personal gezählt – acht Jahre, bevor der Kodex verabschiedet wurde.

► **Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen medizinischer Fachkräftedichte und Geburtenbetreuung.** Nach den WHO-Daten unterschreitet die Fachkräftedichte in zehn Ländern den WHO-Grenzwert; gleichzeitig liegt die Geburtenbetreuung dort über dem Grenzwert. Außerdem verzeichnen etwa Laos und Chile eine annähernd gleiche Dichte an medizinischem Personal (1,61 und 1,72), der Grad der Geburtenbetreuung ist aber sehr unterschiedlich (Laos 19 Prozent, Chile 100 Prozent). Offensichtlich ergibt sich eine bessere

Geburtenbetreuung nicht einfach aus einer Aufstockung des Gesundheitspersonals: Die WHO-Daten zeigen, dass eine Anhebung der Zahl der Fachkräfte nicht unbedingt zur Folge hat, dass ein Land von der Liste der »gefährdeten« Staaten verschwindet.

► **Bislang gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, dass Beschränkungen der Rekrutierung die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland verbessern.** Vor 15 Jahren hat die britische Regierung dem National Health Service untersagt, Gesundheitsfachkräfte in Ländern mit einem »kritischen Mangel« zu rekrutieren. Doch weder diese noch ähnliche Maßnahmen in anderen Ländern haben bislang dazu geführt, dass die Zahl der Gesundheitsfachkräfte messbar zugenommen oder dass sich die Gesundheitsversorgung oder der Gesundheitszustand der Menschen im Herkunftsland verbessert hat.

Die Wissenschaftler, die an der Festlegung der WHO-Grenzwerte beteiligt waren, sind sich der methodischen Schwächen ihrer Arbeit bewusst gewesen. Auch die WHO stellte fest: »Diese Schätzungen [...] sind kein Ersatz für eine genaue länderbezogene Bewertung der Menge und Qualität von Gesundheitsleistungen, noch dürfen sie von der Tatsache ablenken, dass die Wirkung einer Anhebung der Zahl von Gesundheitsfachkräften in einem Land entscheidend von anderen Faktoren abhängt, wie zum Beispiel der Einkommenshöhe und dem Ausbildungsstand. Außerdem müssen wirtschaftliche Faktoren bedacht werden: Ein Mangel an Gesundheitsfachkräften kann mit einer gleichzeitigen Arbeitslosigkeit solcher Fachkräfte einhergehen.«

Offensichtlich gibt es von Herkunftsland zu Herkunftsland erhebliche Unterschiede, wie die Rekrutierung die Anzahl der Fachkräfte verändert, wie deren Zahl wiederum die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinflusst und wie die Gesundheitsversorgung sich auf den Gesundheitszustand der Menschen auswirkt. Diese Kontextfaktoren werden von der Liste nicht erfasst.

Interpretation und Umsetzung des Kodex

In Deutschland wurden in jüngerer Zeit verschiedene Pilotprojekte zur Anwerbung von Gesundheitsfachkräften realisiert, jeweils unter Orientierung an den WHO-Vorgaben.

Vietnam: Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie finanziert eine auf zwei Jahre verkürzte Altenpflegeausbildung für 100 Krankenpflegekräfte, die bereits in Vietnam ausgebildet wurden (die Ausbildung begann im Herbst 2013).

China: Der Arbeitgeberverband Pflege bereitet mit Unterstützung der Bundesagentur für Arbeit ein Projekt vor, in dessen Rahmen chinesische Krankenpfleger in Pflegeheimen beschäftigt werden sollen. Das Projekt startet 2014.

Tunesien, Ägypten, Marokko: Der Hamburger Krankenhausträger Asklepios bildet mit Unterstützung des Auswärtigen Amtes und des Bundesministeriums für Gesundheit 25 tunesische Fachkräfte in der Krankenpflege aus. Weitere Projekte mit Tunesien, Ägypten und Marokko sind im Rahmen der Transformationspartnerschaften geplant, welche die Zusammenarbeit Deutschlands mit den Ländern Afrikas bzw. des Nahen Ostens verbessern soll.

Philippinen, Serbien, Bosnien-Herzegowina und Tunesien: Im März 2013 wurde eine sogenannte Vermittlungsabsprache zwischen der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) und der philippinischen Arbeitsverwaltung geschlossen. Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) will diese Absprache und Regierungsabkommen mit Serbien, Bosnien-Herzegowina, den Philippinen und Tunesien nutzen, um insgesamt 2000 Krankenpfleger zu rekrutieren.

EU-Länder: In den vergangenen 18 Monaten hat die Bundesregierung mehrere Vereinbarungen mit südeuropäischen Ländern getroffen, um Deutschlands duales Ausbildungssystem zu verbreiten, die Zuwanderung nach Deutschland zu erhöhen und um einen Beitrag zur Verringerung der Jugendarbeitslosigkeit in jenen Ländern zu leisten, insbesondere in Spanien. Diese

Programme zielen auch auf die Anwerbung medizinischen Personals.

Die aufgezählten Pilotprojekte zeigen Möglichkeiten auf, wie künftig eine Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften im Einklang mit WHO-Prinzipien erfolgen könnte. Die Herkunftsländer könnten von einer gut geplanten und organisierten Migration von Gesundheitsfachkräften sehr profitieren. Zu den Vorteilen einer solchen Migration würden beispielsweise gehören:

► **Positive Auswirkungen auf die Arbeitsmärkte.** Bevölkerungsstarke Länder wie die Philippinen oder Vietnam beteiligen sich an den Pilotprojekten, damit ihrer schnell wachsenden Arbeitsbevölkerung in anderen Ländern Beschäftigungsmöglichkeiten eröffnet werden.

► **Wissenstransfer durch Migration.** Einige Herkunftsländer erwarten, dass später einmal zurückkehrende Fachkräfte Wissen und Arbeitserfahrungen mitbringen, von denen ihre Gesundheitssysteme profitieren. Das gilt insbesondere für die Betreuung von Menschen mit Demenz und anderen psychogeriatrischen Krankheiten. Und selbst wenn Migranten dauerhaft im Ausland bleiben, können sie die geschäftlichen Beziehungen mit ihren Heimatländern fördern.

► **Rücküberweisungen.** Viele im Ausland tätige medizinische Fachkräfte überweisen erhebliche Geldbeträge in ihre Heimatländer. Diese Rückflüsse fördern Konsum, Investitionen und unternehmerische Aktivitäten und stärken die Wirtschaft der Herkunftsländer.

Wenn die Migration gut organisiert ist, werden solche positiven Entwicklungseffekte insbesondere in Herkunftsländern mit einer großen und sich noch vergrößernden Arbeitsbevölkerung eintreten. In diesen Ländern könnten attraktive Migrationsmöglichkeiten letztlich sogar die Zahl der einheimischen Fachkräfte erhöhen. In Indien haben beispielsweise viele eine Ausbildung als Krankenpfleger begonnen, weil ihnen dieser Abschluss bessere Möglichkeiten zur Migration in Industriestaaten bietet als andere Branchen. Gleichwohl sind sie aber in Indien geblieben. So erklärten

in einer (allerdings nicht-repräsentativen) Studie 62 Prozent der befragten indischen Krankenpfleger, dass die Aussicht auf Migration ihre Entscheidung für eine medizinische Ausbildung beeinflusst habe.

Insgesamt wird das Entwicklungspotential immer noch systematisch unterschätzt, das die Mobilität im Gesundheitssektor bietet. Die Bundesregierung orientiert sich nach wie vor an der offenkundig mit Defiziten behafteten WHO-Liste jener Länder, die im Gesundheitswesen einen kritischen Mangel aufweisen. Generell bewertet die Bundesagentur für Arbeit die Zuwanderung von Pflegekräften als »arbeitsmarkt- und integrationspolitisch verantwortbar«. Fachkräfte aus dem außereuropäischen Ausland können nun nach Deutschland zuwandern, um ihren Beruf auszuüben, wenn ihr Abschluss einem deutschen Pflegeabschluss entspricht und als gleichwertig anerkannt worden ist. Allerdings darf die Anwerbung oder Vermittlung von Fachkräften aus Staaten, die auf der WHO-Liste vermerkt sind, nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden. Damit wird der oben diskutierte Grenzwert zu einem absoluten Ausschlusskriterium. Spezifische Länderanalysen, wie sie die WHO vorsieht und empfiehlt, sind insofern nicht möglich – obwohl sie zu abweichenden und besser begründeten Einschätzungen der Lage in den betreffenden Ländern führen könnten.

Kürzlich lehnte beispielsweise die Bundesregierung die öffentliche Förderung einer deutsch-indischen Entwicklungs- und Ausbildungspartnerschaft mit dem Hinweis ab, dass Indien in der WHO-Liste geführt werde. Dabei sollte auf diesem Wege die Kooperation deutscher und indischer Gesundheitseinrichtungen gefördert werden, außerdem hätte man indischen Altenpflegekräften wichtige Zusatzqualifikationen vermitteln können.

Empfehlungen

Der WHO-Kodex von 2010 ist zweifellos ein wichtiges Instrument zu einer fairen Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften. Wider-

sprüche und Unzulänglichkeiten erschweren jedoch seine Umsetzung.

Um den Kodex sinnvoll nutzen zu können, müsste insbesondere das Konzept des »kritischen Mangels« überarbeitet werden. Sachgerechter wäre eine umfassende Analyse der Gesundheitssituation und der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen in den jeweiligen Herkunftsländern. Ebenfalls revisionsbedürftig ist der Grundsatz, die Entscheidung über die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften auf feste Grenzwerte zu stützen, die für die Gesundheitskräfteversorgung gelten. Denn solche Grenzwerte können die Gesundheitssituation im Herkunftsland nicht zureichend abbilden. Die WHO selbst ist der Auffassung, dass die Grenzwerte nicht geeignet sind, eine an ethischen Grundsätzen orientierte Rekrutierung zu garantieren. Darum sollte sie auch die Mitgliedstaaten davon abhalten, den Kodex falsch zu interpretieren und anzuwenden.

Die Widersprüche des Kodex ließen sich überwinden, wenn dessen Prinzipien pragmatisch interpretiert würden. So wäre es hilfreich, wenn die Herkunfts- und Aufnahmeländer dem oft übersehenen Artikel 5.1 mehr Gewicht gäben. Darin wird verlangt, dass »sowohl den Gesundheitssystemen der Herkunftsländer als auch denen der Zielländer aus der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften Vorteile entstehen«. Diese Maxime wäre ein gutes Leitkriterium, um Regeln für eine Gesundheitskräftemigration zu entwickeln, die beiden Seiten Nutzen bringt. Sie könnte als Richtschnur für die Konzipierung von Projekten und Programmen dienen, die eine faire und entwicklungsorientierte Gesundheitskräftemigration gewährleisten.

Insbesondere zwei Möglichkeiten könnten und sollten künftig stärker genutzt werden: Programme für temporäre und zirkuläre Migration und transnationale Ausbildungspartnerschaften.

Programme für temporäre und zirkuläre Migration

Programme zur Förderung temporärer und zirkulärer (wiederholter temporärer) Migration sind für viele politische Entscheider und auch für die Öffentlichkeit attraktiv. Denn sie versprechen, dass sich mit ihnen unterschiedliche politische Ziele erreichen lassen: eine Reduzierung des Fachkräftebedarfs, mehr Flexibilität für die Arbeitgeber und gleichzeitig die Minimierung negativer Auswirkungen auf die Herkunftsländer. Außerdem wird erwartet, dass gerade temporäre Migranten erhebliche Geldbeträge nach Hause schicken und so die öffentliche Entwicklungshilfe ergänzen.

Gleichwohl sind zahlreiche praktische Fragen ungeklärt. Wie soll beispielsweise das Aufnahmeland reagieren, wenn die Migranten nicht zurückkehren wollen? Tatsächlich wandert zwar eine erhebliche Zahl von temporären und zirkulären Migranten in ihr Heimatland zurück. Viele Migrantinnen und Migranten finden aber auch Mittel und Wege, dauerhaft im Aufnahmeland zu bleiben. Wenn Regierungen Programme für temporäre und zirkuläre Migration entwickeln wollen, sollte ihnen bewusst sein, dass diese Programme eine große Flexibilität gerade im Hinblick auf die Frage der befristeten oder dauerhaften Rückkehr verlangen. Zudem sind sie mit erheblichem Steuerungsaufwand verbunden und auf ein nachhaltiges Engagement staatlicher und öffentlicher Stellen angewiesen. Schließlich müssen solche Programme sehr genau auf die Qualifikation der Migranten zugeschnitten werden, wenn sie erfolgreich sein sollen.

Ausbildungspartnerschaften

Eine bisher kaum genutzte Maßnahme sind internationale Ausbildungspartnerschaften. Wenn öffentliche oder private Akteure aus Industriestaaten die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften in den Herkunftsländern fördern, kann dies viele Vorteile bieten. Solche Vereinbarungen können das Humankapital in den Herkunftsländern

stärken und so etwaige Wanderungsverluste einhegen; eine Ausbildung vor Ort kann die finanziellen Verluste reduzieren, die durch die Migration von Fachkräften entstehen, welche im Herkunftsland mit ausschließlich heimischen Finanzmitteln ausgebildet wurden; und die Vereinbarungen können – entwicklungspolitisch besonders wichtig – in den Herkunftsländern zum Aufbau von Ausbildungseinrichtungen beitragen, die international konkurrenzfähig sind. Wenn solche Partnerschaften gut konzipiert sind, könnten auch die Empfängerländer von ihnen profitieren: Sie hätten die Möglichkeit, die von ihnen geförderte Ausbildung in den Herkunftsländern auch an den eigenen Bedürfnissen auszurichten. Sie würden außerdem Kosten sparen, weil die Ausbildung in den Herkunftsländern in der Regel sehr viel preisgünstiger ist als in den Industriestaaten. Und solche Partnerschaften kämen letztlich auch den Migrantinnen und Migranten zugute, weil sie ihnen eine gute Vorbereitung auf spätere Jobs im Heimatland bieten würden.

Ausbildungspartnerschaften würden in erheblichem Maße dazu beitragen, die zentrale Forderung des WHO-Kodex einzulösen, dass aus der Migration sowohl den Herkunfts- als auch den Zielländern Vorteile erwachsen sollen.

Eine solche Innovation hat aber keine Chance auf Verwirklichung, wenn der Kodex – wie bisher – fehlinterpretiert und daran festgehalten wird, die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften bedingungslos zu unterbinden. Denn auch Programme zur Förderung temporärer und zirkulärer Migration sowie internationale Ausbildungspartnerschaften beruhen darauf, dass zumindest einem Teil der Fachkräfte konkrete Migrationsmöglichkeiten geboten werden.

© Stiftung Wissenschaft und Politik, 2012
Alle Rechte vorbehalten

Das Aktuell gibt ausschließlich die persönliche Auffassung der Autoren wieder

SWP
Stiftung Wissenschaft und Politik
Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit

Ludwigkirchplatz 3–4
10719 Berlin
Telefon +49 30 880 07-0
Fax +49 30 880 07-100
www.swp-berlin.org
swp@swp-berlin.org

ISSN 1611-6364