

Sozialethische Arbeitspapiere

des Instituts für Christliche Sozialwissenschaften

Hannah Kathrin Damm

Der WHO-Kodex zur Steuerung der globalen Arbeitsmigration von Gesundheitskräften (2010).

Eine sozialethische Analyse

Dezember 2022



Institut für Christliche Sozialwissenschaften

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Robert-Koch-Straße 29

48149 Münster

Telefon: 0251/83-32640

Fax: 0251/83-30041

E-Mail: ics@uni-muenster.de

Internet: www.uni-muenster.de/FB2/ics/

© 2022 Institut für Christliche Sozialwissenschaften Münster

ISSN (Print) 2510-1749

ISSN (Online) 2510-1757

DOI: DOI 10.17879/ 52029695447

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 sozialetischen 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 Problemlösungspotential. Die sozialetische Analyse anhand der klassischen Sozialprinzipien (Personalität, Solidarität, Subsidiarität, Nachhaltigkeit) fördert 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 Anwerbepaxis, 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. Als Herausgeberin freue ich mich, dass Hannah Damm die Ergebnisse der Untersuchung in diesem ICS-Arbeitspapier vorstellt, und wünsche der Studie viele interessierte Leser*innen.

Münster, im Dezember 2022

Marianne Heimbach-Steins

Inhaltsverzeichnis

1. Hinführung	1 -
1.1. Relevanz des Themas und Struktur der Arbeit	1 -
1.2. Methodische Grundlagen	3 -
1.2.1. <i>Sozialethische Arbeitsweisen und Quellen der Normierung</i>	3 -
1.2.2. <i>Sozialprinzipien: Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit...</i>	4 -
1.3. Christlich-theologische Perspektivierung	8 -
1.3.1. <i>Arbeit</i>	8 -
1.3.2. <i>Migration</i>	10 -
1.3.3. <i>Gesundheit</i>	11 -
1.3.4. <i>Bündelung</i>	12 -
2. Arbeitsmigration von Gesundheitskräften	13 -
2.1. Vorbemerkung	13 -
2.2. Theoretische Grundlagen	15 -
2.3. Ist-Zustand der globalen Migration von Gesundheitsfachkräften	18 -
2.3.1. <i>Globale Verteilung und generelle Strömungen</i>	18 -
2.3.2. <i>Pusch- und Pull-Faktoren</i>	24 -
2.3.3. <i>Praxis der Anwerbung</i>	28 -
2.4. Bündelug	31 -
3. Der WHO-Verhaltenskodex	32 -
3.1. Globalpolitischer Hintergrund.....	32 -
3.2. Entstehung des Dokuments	34 -
3.3. Inhaltliche Schwerpunkte	35 -
3.4. Wirkkraft des Kodex	40 -
4. Der WHO-Kodex im Fokus der Prinzipien Christlicher Sozialethik	44 -
4.1. Personalität	44 -
4.2. Solidarität.....	50 -
4.3. Subsidiarität.....	56 -

4.4.	Nachhaltigkeit	- 58 -
4.5.	Bündelung	- 62 -
5.	Ausblick.....	- 63 -
5.1.	Mögliche Handlungsempfehlungen	- 63 -
5.2.	Fazit.....	- 65 -
6.	Literaturverzeichnis.....	- 67 -
6.1.	Literatur.....	- 67 -
6.2.	Kirchliche Dokumente	- 76 -
7.	Abbildungsverzeichnis.....	- 77 -
8.	Die Autorin.....	- 78 -
9.	Bisher erschienene Sozialethische Arbeitspapiere des ICS.....	- 79 -

1. Hinführung

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, haben sich aber durch die pandemische Situation verschärft. Ein besonderer Fokus liegt auf den Gesundheitssystemen der Welt. Die Ausstattung mit technischen und finanziellen Mitteln sowie mit Personal ist entscheidend, um der Pandemie angemessen begegnen zu können. Die Gesundheit Einzelner zu achten, zu schützen oder wieder herzustellen, ist in großen Teilen der Welt Ziel der Regierungen. Eine Überlastung nationaler Gesundheitssysteme ist daher mit allen Mitteln zu vermeiden. Dies erfordert eine gute Vernetztheit zwischen einzelnen Gesundheitsbereichen und eine ausreichende Ausstattung mit Ressourcen, die derzeit über die Belastbarkeit der Systeme und damit über gesundheitliche Sicherung, soziale Sicherheit sowie soziale und wirtschaftliche Öffnungsperspektiven entscheidet.

1.1. Relevanz des Themas und Struktur der Arbeit

Allerdings sind die nationalen Gesundheitssysteme unterschiedlich belastbar. Während Deutschland etwa 600 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner aufweist, sind es in Italien weniger als die Hälfte¹ und in Kenia nur etwa 140². Diese ungleichen Bedingungen, die sich an vielen weiteren Beispielen festmachen ließen, 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 die Abwanderung von Fachpersonal trägt nicht nur dazu bei, die durch Personalmangel entstandenen Lücken zu schließen, sondern sie bringt auch verschiedenste ethische Herausforderungen mit sich, sodass eine globale Agenda zum Umgang mit Migration im Gesundheitswesen immer bedeutsamer wird. Ein Versuch, dem zu begegnen, stellt der *Globale Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften* aus dem Jahre 2010 dar. Dieses ethische Grundsatzpapier wurde von allen Mitgliedsstaaten der WHO unterzeichnet; es ist global verbindlich und entfaltet somit globale Wirkkraft. 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 ausweist. Er wurde

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

²Vgl. Schwikowski, M.: Schlechte Datenlage erschwert Kampf gegen Covid-19 in Afrika. In: Deutsche Welle, Bonn 2020, online unter: (Stand: 30.06.2021).

bereits von verschiedenen Seiten, insbesondere empirisch, untersucht (vgl. Kap. 3.2.3). Diesen Zugängen soll im Folgenden eine sozialetische Analyse hinzugefügt werden.

Um die Bedeutung der Gesundheitsfachkräfte für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zu verdeutlichen, scheint ein Blick auf die statistischen Zusammenhänge zwischen der Dichte an Gesundheitsfachpersonal und der Mortalität einer Bevölkerung 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 ist nicht nur die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen entscheidend; einen erheblichen Einfluss hat ebenso das Pflegepersonal, das insbesondere in Ländern des globalen Südens einen großen Teil der gesundheitlichen Versorgung übernimmt. 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 Zusammenhängen von Gesundheitspersonal und Sterblichkeit zeigt sich bereits die enorme Bedeutung des Personalschlüssels. Sie lässt erahnen, welche Folgen ein Mangel an ausgebildetem und qualifiziertem Personal mit sich bringen kann.

Die folgenden Überlegungen werden aus christlich-theologischer Perspektive entwickelt. Das Thema ist aus theologischer Sicht hoch brisant, da es – wie noch zu zeigen sein wird (vgl. Kap. 1.3) – verschiedene ureigene theologische Themenschwerpunkte verbindet. Hinzu kommt, dass das Thema Gesundheitsfürsorge tief in christlichem Glauben und Handeln verwurzelt ist. Christusbefolgung impliziert auch Sorge um die Kranken.⁵ Die enge und lange gewachsene Verknüpfung von Gesundheitswesen und christlichem Leben zeigte sich noch bis weit in die Neuzeit hinein. In einigen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist die kirchliche Einbettung eines institutionalisierten Gesundheitswesens weiterhin stark präsent.⁶

Ziel dieser Arbeit ist eine sozialetische Analyse des WHO-Kodex, die geleitet ist durch die sozialetischen Prinzipien der Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit. Am Maßstab dieser Kriterien soll eruiert werden, ob der Kodex aus sozialetischer Perspektive angebracht und zureichend erscheint, oder ob sich Desiderate zeigen und welche Verbesserungen sich gegebenenfalls vorschlagen 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). Darauf folgend wird der Kodex näher beleuchtet (vgl. Kap. 3) und in einem nächsten Schritt an den sozialetischen Prinzipien gemessen (vgl. Kap. 4). Abschließend soll ein Fazit gezogen und mögliche Verbesserungsvorschläge

³Deutsche 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.

⁴Vgl. dpgg (Hrsg.): Brain-Drain, S.2.

⁵Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S.66.

⁶Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S.52.

skizziert werden (vgl. Kap. 5). Damit entspricht der Aufbau der Untersuchung dem Dreischritt Christlicher Sozialethik – Sehen, Urteilen und Handeln.⁷

1.2. Methodische Grundlagen

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. Sozialethische Arbeitsweisen und Quellen der Normierung

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. Dieses karitative Handeln wird hermeneutisch gestützt durch eine Theorie dessen, was soziale Gerechtigkeit ist und wie die Wirklichkeit verbessert aussehen könnte.⁸ Wissend um eine Pluralität verschiedener Moralvorstellungen und Weltanschauungen, versucht die Christliche Sozialethik, 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“⁹. Dabei speisen sich die Normbildung und der Deutungshorizont Christlicher Sozialethik aus verschiedenen Quellen: Als Heilige Schrift des Christentums ist die Bibel zentrale Urkunde und Fundament christlichen Glaubens und somit Quelle theologischer und ethischer Überlegungen. Sie bietet einen Deutungsrahmen an, in dem Leitlinien für das Handeln erarbeitet werden können, muss aber immer auch als Zeugnis historischer Wirklichkeit gelesen 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“¹⁰ christlicher Ethik, um Diskursfähigkeit und gesellschaftliche

⁷Vgl. 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).

⁸Vgl. Krieg, J.: Soziale und gesellschaftliche Brennpunkte als Herausforderung katholischer Soziallehre – 100 Jahre Sozialzyklen 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.

⁹Höhn, 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.

¹⁰Heimbach-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.

Verständlichkeit und Akzeptanz zu gewährleisten. Daher gilt es, die Bibel in die Zeit hinein zu deuten, neu aufbrechende Fragen in den Blick zu nehmen und eine Fortentwicklung biblischer Aussagen zu gestalten.

Neben der Auseinandersetzung mit der Bibel sind auch lehramtliche Aussagen für die Katholische Soziallehre maßgebend. Für sie 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.¹¹ 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. Eine grundlegendere Analyse der Ursachen und Wirkmechanismen sozialer Problematiken wurde als notwendig erkannt.¹² Dies gab Anlass, die „Zeichen 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. Die enge Vernetzung und der Austausch christlich sozialetischer Wissenschaft mit Verbänden und Gruppen zeugt auch von einer Emanzipation von rein kirchlichen Lehren, insbesondere der Sozialverkündigung, und von anderen theologischen Disziplinen wie der Moraltheologie.¹³ Somit sind die drei Ebenen der Christlichen Sozialethik ausgemacht, die ineinanderwirken und gleichzeitig wechselseitig kritische Kontrollinstanzen bilden: die praktische Verwurzelung im Leben der Laien durch Gewerkschaften und Verbände, die wissenschaftliche Ebene ausgehend von Universitäten und Hochschulen und die institutionell-kirchliche Ebene in Form von Sozialverkündigungen und Lehrschreiben.¹⁴

1.2.2. Sozialprinzipien: Personalität, Solidarität, Subsidiarität und Nachhaltigkeit

Vor diesem Hintergrund haben sich verschiedene Kernprinzipien herausgebildet, die als Maßstäbe zur kriteriengeleiteten, analytischen Bewertung des Kodex der WHO dienen sollen. Dies

¹¹Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, Paderborn 2010, S.29.

¹²Vgl. 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.

¹³Vgl. Uertz, R.: Katholische Sozialethik, S.54.

¹⁴Vgl. Uertz, R.: Katholische Sozialethik, S.54.

sind die drei Prinzipien der Personalität, Solidarität und Subsidiarität, 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. Diese Prinzipien fußen auf der Grundannahme, dass von ihnen ausgehend ein Anspruch formuliert werden kann, der sich an verschiedenste Akteure des gesellschaftlichen und politischen Zusammenlebens richtet – von der lokalen bis zur globalen Ebene. Dieser Geltungsanspruch kann nur proklamiert werden, wenn die Prinzipien sinnvoll begründet und auch außerhalb christlicher Weltverständnisse nachvollziehbar und adaptierbar sind. Die Normen sind keineswegs starr. Sie bilden vielmehr ein Raster, anhand dessen man politische Ansprüche kontextualisieren und interpretieren kann und muss. Erst durch diese Kontextualisierung und das In-Bezug-setzen entsteht ein hermeneutisches Zusammenspiel zwischen Wirklichkeit, Erfahrung und Praxis.¹⁵ Insofern sollen zunächst die Sozialprinzipien skizziert werden, die inhaltliche Füllung geschieht im Zuge der Analyse.

Das Personalitätsprinzip stellt das zentrale Prinzip Christlicher Sozialethik dar. Es argumentiert eng am christlichen Menschenbild, resultierend aus der biblischen Aussage über die Gottebenbildlichkeit (vgl. Gen 1,26-28) sowie der daraus erwachsenen Würde eines jeden Menschen. Das Prinzip ist aufgekommen im Zuge der Betonung des Individuums und seiner Bedeutung als Ursprung, Mitte und Ziel der gesellschaftlichen Institutionen (vgl. GS 25,1) und des Bedeutungs- und Selbstzweckverlusts von Institutionen, der etwa am sinkenden Einfluss der Kirche in der Gesellschaft ablesbar ist.¹⁶ Würde wohnt stets unveräußerlich und unwiderruflich einem Menschen inne und ist nicht zu relativieren. Die Person darf daher niemals als reines Objekt betrachtet werden, sondern besitzt eine Selbstzwecklichkeit, ist nicht aufrechenbar – ihr kann kein Preis zugemessen werden.¹⁷ Daraus folgt die Forderung nach Freiheit für jeden Menschen, Verantwortung im möglichen Rahmen, bestmögliche Bedingungen zur freien (Persönlichkeits-) Entfaltung, sowie Ermöglichung aktiver Teilhabe und Mitbestimmung an gesellschaftlichen und sozialen Prozessen.¹⁸ 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 sozialen Verflechtungen. Das Personalitätsprinzip wurzelt in einem

¹⁵Vgl. Mieth, D.: Sozialethik als hermeneutische Ethik. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften, Bd. 43, Münster 2002, S.223.

¹⁶Vgl.: Heimbach-Steins, M.(Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S.263.

¹⁷Vgl. Baumgartner, A.: Personalität. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S.265.

¹⁸Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.104f.

biblisch-christlich definierten Menschenbild, das in der Spannung von Geschaffenheit und Verdanktheit, sowie Begabung und Erwählung steht.¹⁹

Neben dem Personalitätsprinzip richtet sich das Solidaritätsprinzip auf die den Menschen umgebende und einfassende Gemeinschaft. Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts wird der Begriff weitestgehend verstanden als wechselseitige moralische Verpflichtungen zwischen Individuum und Gesellschaft und wird ab dem 19. Jahrhundert auch im politischen Kontext weiter ausgedehnt.²⁰ Dies ging auch einher mit einer zunehmenden (funktionellen) Differenzierung innerhalb der Gesellschaft. Diese Differenzierung geht mit neuen Abhängigkeiten und Interdependenzen einher. Die Gesellschaft existiert nicht unabhängig von den einzelnen Individuen, die sich in sie einbringen, sie gestalten oder auch (zer-)stören können, ebenso wie sich ein Individuum kaum ohne gesellschaftliche Einbindung entwickeln kann.²¹ 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. Solidarität ist ein in der christlichen Theologie sehr präsender Begriff. In der Bibel sind viele Formen des Einstehens für die Entrechteten, Armen, Schwachen und Kranken auszumachen. Der christliche Gott wurde und wird immer wieder als ein Gott der Schwachen und Marginalisierten gedeutet.²² Im christlichen Sinne ist hier die Option für die Armen ausgedrückt, das Wissen und die Sorge um Marginalisierung, Diskriminierung, Ausgrenzung und Armut und das Engagement für das Empowerment der Armen.²³ Solidarität als gegenseitige (Für-)Sorge und als Überwindung struktureller Ungerechtigkeiten ist dabei teils institutionell geregelt und einforderbar. Solidarität wird also auch zu organisieren versucht.²⁴ Sie ist dabei nicht nur synchron zu denken, sondern ebenso diachron im Wissen um das Geworden-Sein der Gesellschaft und mit Blick auf zukünftige Generationen.

Als drittes, klassisches sozialetisches Prinzip ist die Subsidiarität zu nennen, die gemeinsam mit der Solidarität auf die Wahrung des Prinzips der Personalität ausgerichtet ist.²⁵ Subsidiarität meint dem 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

¹⁹Vgl. Baumgartner, A.: Personalität, S.267.

²⁰Vgl. Bayertz, K.: Begriff und Problem der Solidarität, S.11.

²¹Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.108f.

²²Vgl. Vogt, M.: Zur moralischen Grammatik der Solidarität und ihrer (begrenzten)Anwendbarkeit auf intergenerationale Konflikte. In: Jahrbuch für Recht und Ethik, 2014, S.102f.

²³Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.110.

²⁴Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.109.

²⁵Vgl. Heimbach-Steins, M.: Sozialprinzipien, in; Heimbach-Steins, M.; Becka, M.; Frühbauer, J. J.; Kruip, G.(Hrsg.): Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen. Ein Lehr- und Studienbuch. Regensburg, 2022, S. 178.

Verantwortung in Gesellschaft leben zu können.²⁶ Das Prinzip der Subsidiarität ist enger gebunden an Steuerungsfragen und gesellschaftliche Ordnungssysteme als die zuvor angesprochenen Prinzipien.²⁷ In der Sozialzyklika *Quadragesimo anno* von Papst Pius XI. aus dem Jahr 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. Subsidiarität beinhaltet ein Kompetenzanmaßungsverbot und schützt und stützt somit die Eigenverantwortung und Befähigung kleinerer Einheiten. Auf der anderen Seite umfasst es ein Hilfeleistungsgebot, das Handlungsfähigkeit ermöglicht und sichert.²⁸ Dabei 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 Verwieseneheit und gegenseitige Abhängigkeit von Individuum und Gesellschaft.²⁹ Subsidiarität wird heute nicht mehr nur als vertikale, hierarchische Zuständigkeitsordnung verstanden, sondern impliziert zudem eine horizontale Vernetzung innerhalb gesellschaftlicher Ordnungen. Somit beinhaltet sie Kooperation verschiedener Institutionen auf denselben Ordnungsstufen und implementiert eine Grundhaltung der Zusammengehörigkeit und Zusammenarbeit.³⁰ Indem als letztes Ziel der Gesellschaft der einzelne Mensch ausgemacht wird, der zwar als autonom, aber nicht autark lebend und seiend erkannt wird, wird der Versuch einer Balance von Individualisierung und Instrumentalisierung im Denken der Subsidiarität etabliert.

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. Nachhaltigkeit lässt sich definieren als „zugleich ökologisch tragfähige, sozial gerechte und wirtschaftlich effiziente Entwicklung.“³¹ Die stetig steigende Relevanz der Thematik wird auch deutlich durch päpstliche Lehrschreiben: Die Enzyklika *Laudato si* aus dem Jahre 2015 nimmt explizit dieses Mensch-Umwelt-Verhältnis

²⁶Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.113.

²⁷Vgl. Vogt, M.: Grammatik der Solidarität, S.105.

²⁸Vgl. Heimbach-Steins, M.: Sozialprinzipien, Regensburg, 2022, S. 182.

²⁹Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.113.

³⁰Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.114f.

³¹Vogt, M.: Nachhaltigkeit, in: Heimbach-Steins, M.; Becka, M.; Frühbauer, J. J.; Kruij, G.(Hrsg.): Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen. Ein Lehr- und Studienbuch. Regensburg, 2022, S. 219.

und die *Sorge für das gemeinsame Haus* in den Blick. Der Begriff der Nachhaltigkeit verweist auf eine Vielzahl 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. Da Ökologie, Ökonomie und soziale Struktur eng miteinander verknüpft sind, implementiert das Prinzip der Nachhaltigkeit einen systemischen und möglichst ganzheitlichen Blick in sozialen Debatten und hinterfragt beziehungsweise relativiert auch vorherrschende (Wirtschafts-)Systeme. Durch das Prinzip der Nachhaltigkeit werden das Wachstumsparadigma und die Konsumorientierung kapitalistischer Wirtschaftsweisen angefragt, da diese folgenden Generationen Lebens- und Handlungsspielraum nehmen.³²

Durch die vier ausgewählten Prinzipien werden verschiedene Stoßrichtungen abgedeckt, die bei der Beleuchtung des WHO-Kodex von Bedeutung sind und die auch andere wichtige Kriterien umfassen. Insgesamt 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 innerhalb gewisser Systeme hin. Sie sind „keine unmittelbar anwendbaren Einzelnormen für das politische [...] Handeln, sondern liefern die Grundlage, auf der konkretere Urteilkriterien mit Bezug auf die jeweiligen Kontextbedingungen entwickelt werden können.“³³ In der vorliegenden Fragestellung scheint es sinnvoll, diese Prinzipien anzuwenden, da das Problem der Arbeitsmigration die Ebenen der Gesellschaft und des Individuums betrifft, darin grundsätzliche Strukturmerkmale wie etwa Migration oder Arbeitsmarkt zum Tragen kommen und auch globale Ebenen berührt werden.

1.3. Christlich-theologische Perspektivierung

Bei der Beurteilung der Inhalte des Kodex sind insbesondere die Kernpunkte Arbeit, Migration und Gesundheit relevant, 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. 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 Kernanliegen für die Analyse der Thematik betreffen (vgl. Kap. 4).

1.3.1. Arbeit

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 technische Hilfsmittel

³²Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.124.

³³Heimbach-Steins, M.: Sozialprinzipien, Regensburg, 2022, S. 172.

möglichst von Arbeit zu befreien. Die Entkoppelung von Mensch und Arbeit führt letztlich zu einer Entfremdung der Arbeit.³⁴ Dabei werden verschiedenste Dimensionen und Bedeutungen von Arbeit für den Menschen vernachlässigt, ihre positiven Implikationen und ihre Notwendigkeit missachtet. Bereits in der Bibel wird deutlich, dass Arbeit als ein menschliches Existential zu verstehen ist. Schon die Schöpfungserzählungen stellen den Menschen als arbeitendes Wesen dar und reflektieren Arbeit theologisch. Der Satz „Füllt die Erde und unterwerft sie“ (Gen 1,28) verdeutlicht die Bezogenheit des Menschen auf die Erde und seine Abhängigkeit von ihr und betont die Wirkkraft des Menschen, die sowohl schöpferische, kreativ gestaltende, als auch zerstörende Ausmaße annehmen kann. Die erste Schöpfungserzählung würdigt auch die Ruhe von der Arbeit. Gott selbst ruht am siebten Tag und erst in dieser Ruhe vollendet sich sein Werk. Neben der Notwendigkeit zur Arbeit zeigt sich also auch die Notwendigkeit der zeitweiligen Nicht-Arbeit als Teil des kreativen Prozesses. Dies zieht sich durch die gesamte Bibel hin zu konkreten arbeitsethischen Aussagen im Ersten Testament, wie etwa „wer arbeitet, ist seines Lohnes wert“ (Lk 10,7).³⁵ 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, einer Option für die Armen, globale Gerechtigkeit und Bewahrung der Schöpfung weiten das Themenfeld. Die Sozialenzyklika *Laborem Exercens* arbeitet vier Dimensionen menschlicher Arbeit heraus, die personale, die soziale, spirituelle und die bereits angesprochene existentielle beziehungsweise naturale Dimension.³⁶ Der Wert der Arbeit bemisst sich also immer auch an ihrem Wert für die Person, deren Befähigung und Freiheit zum Maßstab werden. „[D]ie Arbeit [ist] für den Menschen da und nicht der Mensch für die Arbeit“ (LE 6). Dies wird ergänzt durch eine Abwehrhaltung gegen die Tendenzen des Kapitalismus, menschliche Arbeit mit „materiellen Produktionsmittel[n] gleich[zu]schalte[n]“ (LE 7) – dies ist im Bereich der Arbeitsmigration besonders wichtig. Rein ökonomisches Kalkül lässt eine solche Perspektive auf Arbeit kaum zu, sorgt für eine Verobjektivierung und Verdrängung der Menschengenommenheit von Arbeit.³⁷ Deren soziale Dimension

³⁴Vgl. Sölle, D.: Lieben und Arbeiten. Eine Theologie der Schöpfung. Stuttgart 1985, S.76f.

³⁵Vgl. 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.

³⁶Vgl. 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.

³⁷Vgl. 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.

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.³⁸

1.3.2. Migration

Auch Migration ist theologisch relevant. Biblisch ist an dieser Stelle insbesondere das Fremdlingmotiv 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 Texte des Ersten Testaments (vgl. u.a. Ex 22,20f). Im Buch Deuteronomium wird explizit der Fremde als Teil des Bundesschlusses genannt (vgl. Dt 29,9f).³⁹ Gleichzeitig wird auch die Ambivalenz deutlich, mit der Fremden begegnet wird. Dem Gebot der Achtung steht die Realität der Missachtung und Abwertung des Fremden, meist in Person der Propheten, gegenüber.⁴⁰ In den zahlreichen biblischen Wanderungsgeschichten der Bibel wird bereits zwischen unterschiedlichen Kategorien von Fremden unterschieden, sei es Flucht vor Verfolgung und Krieg, ausgelöst durch Dürren und Hunger oder aufgrund wirtschaftlicher Überlegungen.⁴¹ Insgesamt zeigt sich also im Ersten 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 Exercens* 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. Die Betonung der Personalität wirkt Tendenzen entgegen, die Personen als verschiebbare Ware auf dem globalen Arbeitsmarkt zu betrachten. Migration ist nicht in Gänze steuerbar, weist vielmehr eine eigene Autonomie auf. Hinter einer Migration steht stets eine

³⁸Vgl. Zimmer, M.: Arbeit, S.26ff.

³⁹Vgl. 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.

⁴⁰Vgl. 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.

⁴¹Vgl. Ebach, J.: „Denn Ihr seid auch Fremdlinge...“, S.4.

bewusste Entscheidung gegen die bisherigen Lebensumstände beziehungsweise für deren erhoffte Verbesserungen. Migration ist „eine Antwort auf asymmetrische Machtverhältnisse“⁴², politische Interventionen bleiben bis zu einem gewissen Grad stets reaktiv.

1.3.3. Gesundheit

Der Mensch vollzieht sein Leben in Leiblichkeit und entwickelt darüber Identität.⁴³ Das Befinden eben dieses Leibes ist also auch theologisch relevant. Krankheiten und im Umkehrschluss Heil und Heilung, wurden lange Zeit als übernatürliche Phänomene betrachtet und hatten damit stets eine spirituelle und theologische Dimension. Trotz Unterscheidung zwischen spirituellem und leiblichem Heil weist das biblische Verständnis von Heil und Krankheit keine dualistische Trennung von Leib und Seele auf. In Klagepsalmen geht oftmals das Gefühl der Gottverlassenheit mit Krankheit einher,⁴⁴ was die Verbindung dieser Dimensionen und die Ganzheitlichkeit von Krankheit und von Heil betont. Auch neutestamentlich lassen sich viele Bezüge ausmachen. Neben dem sozialen Ausschluss der Kranken, der an vielen Stellen deutlich wird, steht oftmals der Prozess der Heilung im Vordergrund. Jesus nimmt die Bedürfnisse der Menschen in den Blick, um sie zur Heilung zu führen⁴⁵ (vgl. Mk 10,51). Im Zweiten Testament wird diese Selbstermächtigung⁴⁶ auch dadurch ausgedrückt, dass der Glaube der Menschen zentral ist für die Heilung und ein Zusammenhang von Heilung und Glaube besteht.⁴⁷ Auch dabei zeigt sich ein ganzheitliches Verständnis dessen, was Krankheit bedeutet: es geht um eine Bestärkung, ein Hervorholen aus der Verdrängung, zurück in die Gesellschaft. Im Vergleich zum Ersten Testament, in dem Krankheit oft als Krise des gesamten Volkes gedeutet wird⁴⁸, zeigt sich hierbei aber eine Hervorhebung der einzelnen Person, eine Bedeutung der Einzelschicksale.⁴⁹

Biblisch wird also das Verständnis von Krankheit als „radikale[...] Lebensminderung“⁵⁰ aufgezeigt. Krankheit birgt nicht nur körperliches, sondern auch seelisches Leiden durch Ausgrenzung und Verhinderung von Teilhabe. Im Gegenzug ist Heil nicht nur Heilung von Krankheit, sondern

⁴²Boutang, 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.

⁴³Vgl. Eibach, U.: Leiblichkeit. In: Kühnhardt, L./Mayer, T. (Hrsg.): Bonner Enzyklopädie der Globalität, Wiesbaden 2017, S.268f.

⁴⁴Vgl. Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil, S.298.

⁴⁵Vgl. Eibach, U.: Glaube, Krankenheilung und Heil, S.300.

⁴⁶Vgl. Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf – zum Selbstverständnis ärztlichen Handelns aus der Sicht des Christentums, in: Ethik der Medizin, Jg.1, Heft 10, S.123.

⁴⁷Schockenhoff, 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.

⁴⁸Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S.56.

⁴⁹Vgl. Schockenhoff, E.: Heilen als Beruf, S.123.

⁵⁰Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S.59.

im theologischen Kontext als „umfassende Beseitigung von Not“⁵¹ zu verstehen. In der Pastoral-
konstitution *Gaudium et spes*, die ein Verständnis des Menschen als Leib-Seele-Einheit vermit-
telt (vgl. GS 4), wird der Blick auf die Folgen von Krankheit und auf ihre sozialen Ursachen gelegt.
Gleichzeitig werden die Endlichkeit menschlicher Leiblichkeit und die Unsterblichkeit der Seele
hervorgehoben,⁵² womit eine eschatologische Dimension von Heil angesprochen ist. Biblisch
wird die Sorge für die Alten und Kranken und die damit einhergehende gesellschaftliche Verant-
wortung betont. Die biblische Perspektive auf Krankheit bietet zudem ein Korrektiv für moderne
medizinische Krankheitsbegriffe, insofern Krankheit biblisch als etwas Gesamtkörperliches ver-
standen und nicht auf einzelne Wirkmechanismen und Subsysteme reduziert wird.⁵³ 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. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die The-
matik von Heil, Gesundheit und Krankheit tief in christlicher Theologie verankert und Pflege ge-
nau in kirchliches Wirken eingeschrieben ist. Jenseits von Instrumentalisierungen und proble-
matischen Deutungen wie Leibfeindlichkeit oder Krankheit als göttliche Strafe kann auch ein
ganzheitliches Verständnis herausgearbeitet werden. „Der Mensch ist immer als ganzer Ges-
chöpf Gottes.“⁵⁴

1.3.4. Bündelung

Arbeit, Krankheit und Heil sowie Migration sind tief im christlichen Glauben und in christlichen
Weltdeutungen verankert. Arbeit als existenznotwendiges und identitätsbestimmendes Moment
ist konstitutiv für das Menschsein in einem christlichen Menschenbild. Dies gilt auch für die Ein-
bettung des Menschen in Kategorien von Gesundheit und Krankheit. Die Sorge um das Heil, sei
es leiblich oder seelisch, ist tief in christliche Glaubensexistenz eingeschrieben und eng mit in-
stitutionalisierten Formen der Gesundheitsfürsorge verknüpft. Mit Blick auf Migration mahnt die
christliche Tradition eine Anwaltschaft für Wandernde an. Wissend um die damit einhergehen-
den Verluste von Einbettung, Beziehungen, Kultur und Sprache lenkt die christliche Perspekti-
vierung den Blick auf die Personhaftigkeit derer, die ihre Heimat verlassen oder verlassen müs-
sen. Ausgehend von diesen theologischen Deutungen und eingedenk der hohen Relevanz dieser
Lebenswirklichkeiten, erklärt sich eine Notwendigkeit der theologischen Auseinandersetzung
mit den Schnittstellen.

⁵¹Karle, I.: Die Sehnsucht nach Heil und Heilung in der kirchlichen Praxis. Probleme und Perspektiven. In: Thomas, G./Karle, I. (Hrsg.): Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch, Stuttgart 2009, S.543.

⁵²Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S.68.

⁵³Vgl. Kostka, U.: Krankheit und Heilung, S.71.

⁵⁴Eibach, U.: Leiblichkeit, S.268.

2. Arbeitsmigration von Gesundheitskräften

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

2.1. Vorbemerkung

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.⁵⁵ 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“⁵⁶. Zwar birgt diese weite Definition viele Hindernisse und wurde daher auch von der WHO im Jahre 1986 revidiert.⁵⁷ Allerdings wird dabei ein sehr ganzheitliches Gesundheitsverständnis aufgezeigt, das die Notwendigkeit einer umfassenden Betrachtung in Bereichen der Sozialstruktur, Aktivität und Zufriedenheit, Umweltbedingungen und Lebensstil, politische Einbindung und vieles mehr verdeutlicht. Daher kann eine ausreichende Zahl an Gesundheitsfachkräften keinesfalls alleiniger Maßstab für eine qualitative Gesundheitsversorgung sein. Auch außerhalb staatlich bereitgestellter Strukturen spielen Lebenswandel, Ernährung, Schadstoffbelastung, klimatologische Bedingungen und Umwelteinflüsse eine Rolle. Das schmälert jedoch nicht die Relevanz der Thematik, wie im Folgenden gezeigt werden soll.

Jedem Menschen wird im *Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* ein Recht auf Gesundheit zugesprochen.⁵⁸ Darauf baut die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation auf, die auch in die *Sustainable Development Goals* der Vereinten Nationen einfließt. Das dritte Ziel Nachhaltiger Entwicklung ist das Ziel *Gesundheit und Wohlergehen*, zu dessen Erreichung eine Strategie zur Erhöhung von Anwerbung, Entwicklung, Ausbildung und

⁵⁵Vgl. Härle, W.: Ethik, Berlin/Boston² 2018, S.251f.

⁵⁶Röhrle, 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).

⁵⁷Vgl. Härle, W.: Ethik, S.251.

⁵⁸Vgl. UN-Generalversammlung: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 19.12.1966, Art. 12.1.

Bindung von Gesundheitspersonal notwendig sei.⁵⁹ Somit wird die Notwendigkeit von Gesundheitspersonal für die Erlangung des Gesamtziels Gesundheit auch in internationalen Überlegungen schnell deutlich.

Aufgrund multikausaler Bedingungen unterliegt die Situation der Arbeitsmigration im Gesundheitswesen einem ständigen Wandel und auch die sich aus ihr ergebenden Folgen sind vielschichtig. Exakte statistische Erfassungen weltweiter Migration gestalten sich schwierig, da Migrationsmuster komplex sind und eine Vielzahl von Akteuren direkt oder indirekt an den Prozessen der Migration der Gesundheitspersonals beteiligt ist.⁶⁰ Die Wanderungsbewegungen sind eingebettet in ein Netz aus verschiedenen sozialen, politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen, sodass systemische Veränderungen rückwirken. Hinzu kommt, dass die Kategorie der Gesundheitsfachkräfte nicht definiert ist. International gibt es eine Vielzahl von Qualifikationen und Bezeichnungen. So besitzen etwa Pflegekräfte in den Philippinen deutlich mehr Berechtigungen als in Deutschland und übernehmen oftmals Tätigkeiten, die anderswo von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt würden, sodass sie oftmals auch als „Little Doctors“ bezeichnet werden.⁶¹ Einige Berufszweige werden immer weiter differenziert und hybrider, sodass eine einheitliche Definition kaum möglich ist. Das Bundesministerium für Gesundheit hält dementsprechend fest:

„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.“⁶²

Zum Bereich der Gesundheitsberufe zählen in jedem Fall Krankenpfleger*innen, Gesundheits- und Pflegeassistent*innen, sowie Hebammen⁶³ und Mediziner*innen. Die statistische Analyse wird zusätzlich durch den Einsatz in verschiedensten Strukturen 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 diese Berufsgruppen einen Großteil des

⁵⁹Vgl. 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.

⁶⁰Vgl. 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.

⁶¹Vgl. 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.

⁶²Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsberufe – Allgemeine Informationen, Berlin 2021, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe.html> (Stand: 30.06.2021).

⁶³Laut §3 des Gesetzes über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz – HebG) gilt die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Berufsangehörigen.

wandernden Personals ausmachen und valide, vergleichbare Daten verfügbar sind. Darüber hinaus ist es nicht leistbar, alle Formen von Arbeitsmigration im Gesundheitswesen im Detail 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.

An dieser Stelle kann kein Bild davon geboten werden, was unter einer guten Versorgung zu verstehen ist. Weder die Kapazitäten der Gesundheitssysteme noch die an diese geknüpften Erwartungen sind international vergleichbar. Länder des Globalen Nordens weisen oftmals eine vielfach höhere Dichte an ausgebildetem Gesundheitspersonal auf als Länder des Globalen Südens. Die Probleme in den Gesundheitssystemen des Globalen Nordens 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. Die Gesundheitssysteme befinden sich oftmals auf sehr unterschiedlichen Niveaus. Dementsprechend sind auch unterschiedliche Zielsetzungen bezüglich der Ausstattung mit Personal zu erwarten.

Die Vorüberlegungen zeigen, dass im Folgenden kein allumfassendes Bild gezeichnet werden kann. Vielmehr ist es das Ziel, verschiedene Entwicklungslinien und -tendenzen aufzuzeigen. Daraus resultierend sollen einige der dominierenden Auswirkungen – im Guten wie im Schlechten – festgestellt und erläutert werden, die anschließend in einer sozioethischen Beurteilung relevant werden. Vor diesem Hintergrund 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).

2.2. Theoretische Grundlagen

Migration ist zunächst nur eine räumliche Bevölkerungsbewegung zwischen einem Herkunfts- und einem Zielgebiet. Sie kann sowohl temporär als auch dauerhaft sein. In der Bevölkerungsgeographie wird zudem unterschieden zwischen Binnenmigration und internationaler Migration, abhängig von der Überschreitung nationaler Grenzen.⁶⁴ Die meisten Migrationsbewegungen überbrücken nur kurze räumliche Distanzen. Ein Großteil der migrierenden Menschen bleibt in ihren Herkunftsregionen. So lassen sich etwa inländisch verschiedenste Wanderungsbewegungen auch 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. Dennoch soll in dieser Arbeit ausschließlich internationale Migration

⁶⁴Vgl. Gebhardt, H./Glaser, R./Radtko, U./Reuber, P. (Hrsg.): Geographie. Physische Geographie und Humangeographie, Heidelberg² 2011, S.732.

betrachtet werden, da der WHO-Verhaltenskodex vornehmlich internationale Migration in den Blick nimmt.

Internationale Migration bringt komplexe Herausforderungen mit sich. Rechtliche Fragen von Staatsterritorium und -angehörigkeit, rechtmäßigem Aufenthalt, Arbeitserlaubnis oder Legalität der Herkunftswege, aber auch soziologische Aspekte von Sprache, Kultur, Integrationsprozessen oder Identitätsbildung spielen eine große Rolle.⁶⁵ Daran zeigt sich, dass Migration stets sowohl eine physisch-materielle als auch eine physisch-identifikative Dimension besitzt.⁶⁶

Migrationsmotive sind vielschichtig. Migrationstheoretisch lässt sich sowohl geographisch als auch ökonomisch die Entstehung von Migrationsbewegungen erklären. Mikroökonomische Ansätze stellen das Individuum sowie dessen rationale Entscheidungen in den Fokus. Makroökonomische Ansätze fokussieren wirtschaftliche Größen wie Wirtschaftswachstum, Löhne oder staatliche Arbeitsmarktregulierungen. Migration ergibt sich dann aus räumlichen Ungleichheiten zwischen Standorten.⁶⁷ Diese Ebenen zeigen, dass Migrationsmotive selten monokausal sind und sowohl die gesellschaftliche als auch die individuelle Perspektive zu betrachten ist. Push- und Pull-Modelle können Aufschluss geben über Migrationsmotivationen: Push-Faktoren üben Druck auf 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 sind diejenigen Argumente, die dafür sorgen, ein Land oder eine Region auszuwählen. Arbeitskräftenachfrage, bessere Arbeitsbedingungen oder höhere Löhne können dabei als ökonomische Gründe wirken, während auch Freundes- und Familienstrukturen oder beispielsweise sprachliche und kulturelle Nähe zum Zielland⁶⁸ oder die Lust auf neue Kulturen und Erfahrungen⁶⁹ hinzukommen können. Solche Theorien sind stets vereinfachend und abstrahierend und fokussieren den Blick nur auf Teilaspekte der (Arbeits-)Migration. Selten sind sie in der Lage, ein so komplexes Phänomen vollumfänglich zu beleuchten.⁷⁰ Dennoch strukturieren sie den Sachverhalt und liefern erste Erklärungs- und daraus folgend Lösungsansätze. Allgemein zeichnet sich aus ökonomischer Betrachtung die 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.“⁷¹

⁶⁵Vgl. Gebhardt, H., et al (Hrsg.): Geographie, S.732.

⁶⁶Vgl. Pries, L.: Transnationalismus, Migration und Inkorporation. Herausforderungen an Raum- und Sozialwissenschaften. In: Geographische Revue, Jg.5, Heft 2, Flensburg 2003, S.23.

⁶⁷Vgl. Haug, S.: Theorien der Migration, S.2f.

⁶⁸Vgl. Gebhardt, H., et al.(Hrsg.): Geographie, S.734.

⁶⁹Vgl. Fischer, S.: Pflegekräfte aus den Philippinen, S.56.

⁷⁰Vgl. Gebhardt, H., et al.(Hrsg.): Geographie, S.735.

⁷¹Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung aus Deutschland. Daten und Analysen zur internationalen Migration deutscher Staatsbürger. Wiesbaden 2010, S.29.

Migration hat aber immer auch gesellschaftliche Auswirkungen. Die Gesellschaft des Herkunftslandes verliert Arbeitskraft, Wissen und Erwerbspersonenpotential. Seit den 1960er Jahren ist der Begriff des Brain-Drain insbesondere im Kontext der Abwanderung Hochqualifizierter virulent.⁷² 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.⁷³ Im Jahr 2009 wurden beispielsweise mehr als 17,34 Milliarden US-Dollar von im Ausland arbeitenden Staatsbürgern der Philippinen in ihr Heimatland zurücküberwiesen.⁷⁴ Im Jahr 2007 flossen aus Deutschland insgesamt 12,3 Milliarden US-\$ in Form von Rücküberweisungen ins Ausland.⁷⁵ Im gleichen Jahr zahlte Deutschland 8,98 Milliarden US-\$ als sogenannte Entwicklungshilfe.⁷⁶

„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.“⁷⁷

Migration von hochqualifiziertem Personal bringt also nicht, wie lange behauptet, ausschließlich negative Folgen mit sich. 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 verwendet wird. Insgesamt gleichen Rücküberweisungen die Verluste durch Brain-Drain nicht aus.⁷⁸ Empirische Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die Nachteile in den Herkunftsregionen in der Regel überwiegen.⁷⁹

⁷²Vgl. Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung, S.24f.

⁷³Vgl. Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung, S.25f.

⁷⁴Vgl. Philippine Overseas Employment Administration (POEA): 2009 Overseas Employment Statistics, online unter: <https://poea.gov.ph/ofwstat/compendium/2009.pdf> (Stand: 30.06.2021).

⁷⁵Vgl. 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.

⁷⁶Vgl. 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).

⁷⁷Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S.84.

⁷⁸Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S.85.

⁷⁹Vgl. Glinos, I. A.: Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement. In: Health Policy 2015, Heft 119, S.1533.

2.3. Ist-Zustand der globalen Migration von Gesundheitsfachkräften

Um diese theoretischen Grundlagen auf den Bereich der Gesundheitsfachkräfte hin zu konkretisieren, soll zunächst die globale Situation der Wanderung dargestellt werden. Anschließend werden Push- und Pull-Faktoren in den Blick genommen, um eine Idee davon zu entwickeln, wodurch Wanderungsbewegungen zwischen den Gesundheitssystemen ausgelöst werden. Zu beachten ist dabei die erwähnte oftmals uneindeutige, wenig vergleichbare Datenlage. Die Faktoren sind oft standortabhängig und müssten daher stark differenziert werden. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, soll vielmehr der Blick auf übergreifende Phänomene gerichtet und einzelne Länder beispielhaft herausgegriffen werden.

2.3.1. Globale Verteilung und generelle Strömungen

Migration von Arbeitskräften, aber auch im Speziellen die im Gesundheitssektor, stellt sich hoch komplex dar und tritt in sämtlichen Regionen der Welt auf.⁸⁰ Insgesamt zeigt sich, dass weltweit ein Mangel an Gesundheitsfachkräften besteht. Schätzungen zufolge werden weltweit etwa 4,5 Millionen Gesundheitsfachkräfte benötigt.⁸¹ Es zeichnet sich ab, dass dieser Mangel sich in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. So ist zu vermuten, dass bis 2025 weitere 1,8 Millionen Gesundheitskräfte gebraucht werden, allein in Deutschland bis 2030 bis zu einer halben Million mehr.⁸² Diese Lücke ist unabhängig von Status und Einkommen der Länder. 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, Apotheker*innen, sowie jede achte Pflegekraft aus dem Ausland stammen.⁸³

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.⁸⁴ Der Ansatz der Krankheitslast versucht eine statistische Erfassung über den Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsstand

⁸⁰Vgl. Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV – Arbeitsmigration im Wandel: Die damit verbundenen ordnungspolitischen Herausforderungen angehen. Internationale Arbeitskonferenz, 106. Tagung, Genf 2017, S.5.

⁸¹Vgl. Taylor, A.L./Dhillon, I.S.: The WHO Global Code of Practice on the international Recruitment of Health Personnel: The Evolution of Global Health Diplomacy. In: Cooper, A.F./Kirton, J.J./Lisk, F./Besada, H. (Hrsg.) Africa's health challenges: sovereignty, mobility of people and healthcare governance, New York 2016, S.183.

⁸²Vgl. World Health Organisation – WHO (Hrsg.): 73. Health Assembly: WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Report of the WHO Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel- Report by the Director-General, Mai 2020, S.11.

⁸³Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S. 10.

⁸⁴Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S.184.

einer Bevölkerung zu ermitteln, indem er Mortalität, Morbidität und Behinderungen misst,⁸⁵ in Kombination mit Häufigkeit, Durchschnittsalter bei Ausbruch einer Krankheit, Schweregrad und Letalität. Somit entsteht ein umfänglicher, möglichst ganzheitlicher Blick, der individuelle, gesellschaftliche sowie soziale Aspekte aufgreift.⁸⁶ 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 Gesundheitsfachkräfte.⁸⁷ 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 4,7.⁸⁸ 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:

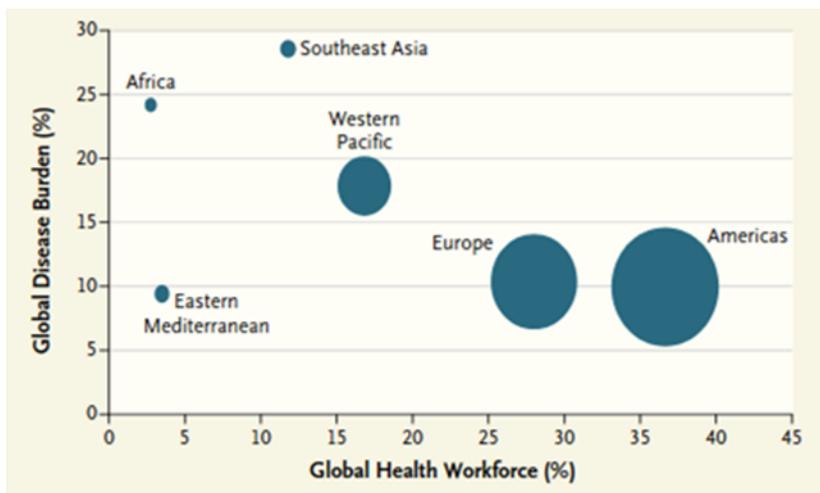


Abb. 1: Globale Verteilung von Gesundheitsfachkräften nach Höhe der Ausgaben und Krankheitslast⁸⁹

Die Abbildung weist auf eine paradoxe Relation hin: Je weniger Krankheitslast, desto mehr Gesundheitsfachpersonal oder umgekehrt – je mehr Gesundheitspersonal, desto weniger

⁸⁵Vgl. 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).

⁸⁶Vgl. 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.

⁸⁷Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S.184.

⁸⁸Vgl. 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).

⁸⁹Taylor, 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.

Krankheitslast. Während in Afrika und Südostasien 25 bis 30 Prozent der globalen Krankheitslasten liegen, gibt es 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. Mit geringeren Investitionen in die Gesundheitssysteme 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.

Die Grafik stellt nur generelle, globale Tendenzen dar. Innerhalb einzelner Regionen ist das Bild weiter zu differenzieren. Die USA beispielsweise gaben im Jahr 2015 etwa 16,4 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit aus. Während sich die Gesundheitsausgaben in Ländern wie Deutschland und Schweden im Jahr 2015 auf etwa elf Prozent des Bruttoinlandsprodukts beliefen, waren es in Polen nur etwa 6,4 Prozent.⁹⁰ 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 im Gesundheits- und Sozialwesen, in Griechenland waren es nur etwa 5,3, in Polen 5,7 Prozent.⁹¹ Diese Zahlen zeigen deutlich, dass auch innerhalb von Industrieregionen und zwischen sogenannten entwickelten Ländern erhebliche Unterschiede in der Versorgung mit Gesundheitspersonal bestehen. Es zeichnet sich ab, 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-\$⁹²; Schweden: 54.295 US-\$⁹³ (2018)), verzeichnen Länder wie Griechenland (19.769 US-\$ (2018))⁹⁴ und Polen (15.468 US\$ (2018))⁹⁵ 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 der gesamten Ärzteschaft. In

⁹⁰Vgl. OECD (Hrsg.): Focus on Health Spending, OECD Health Statistics, Juli 2015, S.2.

⁹¹Vgl. OECD (Hrsg.): Gesundheit auf einen Blick 2009 – OECD Indikatoren, S.63.

⁹²Vgl. 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).

⁹³Vgl. 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).

⁹⁴Vgl. 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).

⁹⁵Vgl. 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).

Norwegen lag die Zahl im selben Jahr bei gut 10.200 im Ausland ausgebildeten Ärzten und Ärztinnen, einem Anteil von 40,28 Prozent. In Israel lag diese Quote bei knapp 58 Prozent.⁹⁶ Dazu muss angemerkt werden, dass insbesondere in Israel, aber auch Schweden viele Menschen mit israelischer oder schwedischer Staatsbürgerschaft im Ausland ausgebildet werden und anschließend in ihr Heimatland zurückkehren, sodass dies weniger zu einem Brain-Drain in anderen Ländern führt.⁹⁷ In Polen hingegen wurden 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.⁹⁸ 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.⁹⁹ Insgesamt sind die Quoten der im Ausland ausgebildeten Pflegekräfte geringer als in der Ärzteschaft. Die absoluten Zahlen hingegen sind höher: Dass mehr Pflegekräfte als Mediziner*innen wandern, zeigt sich in der folgenden Grafik, die die Verteilung von Personal mit und ohne Migrationshintergrund innerhalb europäischer Staaten abbildet. Insofern ist das Phänomen der Migration im Gesundheitswesen auch eines von hochqualifiziertem Personal.

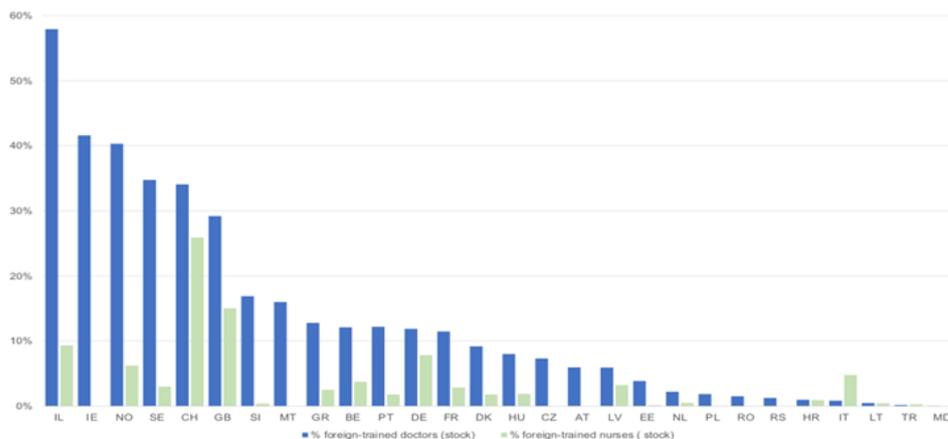


Abb. 2: Im Ausland ausgebildete Fachkräfte prozentual zur gesamten Ärzteschaft und zum Pflegepersonal¹⁰⁰

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 und mehr Prozent der im Ausland ausgebildeten

⁹⁶Vgl. OECD.stat: Health Workforce Migration: Migration of doctors, online unter: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9> (Stand: 30.06.2021).

⁹⁷Vgl. 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.

⁹⁸Vgl. OECD.stat: Health Workforce Migration.

⁹⁹Vgl. OECD.stat: Health Workforce Migration.

¹⁰⁰Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv7.

Ärztenschaft aus LMIC kamen, waren es in Deutschland und Frankreich etwa 15 Prozent und in der Schweiz noch weit weniger, da die dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzte vornehmlich aus EU-Staaten stammen.¹⁰¹ 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 doppelt so hoch, wie noch in den Jahren von 2010 bis 2014.¹⁰² Mit Blick auf Pflegekräfte bestätigt sich dieses Bild teilweise. Auch wenn ein Großteil der aus dem Ausland stammenden Pflegekräfte innerhalb der EU migrierte, migriert seit 2016 immer mehr Personal aus LMIC.¹⁰³ 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 kaum zu treffen sind, da das Phänomen vielschichtig und multikausal beeinflusst ist.¹⁰⁴

Abwanderung geschieht nicht nur von Menschen aus dem Globalen Süden in den Globalen Norden. 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, nach Österreich oder in die USA.¹⁰⁵ Insbesondere im Zuge der Freizügigkeit der EU und basierend auf der Multinationalität von Beziehungen, Bildungswesen und Arbeitswelt haben sich Migrationsmuster in den letzten Jahren verändert.¹⁰⁶ In der EU zeigt sich eine Abwanderung aus den neuen Mitgliedsstaaten – etwa Lettland, Bulgarien, Slowakei – in die einkommensstärkeren Volkswirtschaften. Deutschland und Großbritannien sind dabei die am häufigsten genannten Ziele der auswandernden Gesundheitsfachkräfte.¹⁰⁷

Diese Daten zeigen 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 festhalten: Wer hat, dem wird gegeben. Gut ausgestattete Gesundheitssysteme und damit

¹⁰¹Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv8.

¹⁰²Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv7

¹⁰³Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv9f.

¹⁰⁴Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv10.

¹⁰⁵Vgl. Osterloh, F.: Ärztestatistik: Ärztemangel bleibt bestehen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg.112, Heft 16, Köln 2015, S.703.

¹⁰⁶Vgl. Ette, A./Sauer, L.: Auswanderung, S.18.

¹⁰⁷Vgl. 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.

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.¹⁰⁸ 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.¹⁰⁹

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, aber auch Länder wie Ägypten, Ungarn, Syrien oder Griechenland gewinnen zunehmend an Bedeutung.¹¹⁰ Indien, Deutschland und Rumänien sind auch für Pflegekräfte Hauptausbildungsländer, ebenso wie die Philippinen und Belgien.¹¹¹

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 soll¹¹² (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.

Migrationsbewegungen im Gesundheitswesen sind nicht ausschließlich ein Süd-Nord-Phänomen. 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

¹⁰⁸Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv7.

¹⁰⁹Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv9.

¹¹⁰Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv7.

¹¹¹Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv10.

¹¹²Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv5.

sich verschärfen.¹¹³ Es zeigt sich, dass global eine große Ungleichverteilung bei den Möglichkeiten zur Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsvorsorge herrscht.

2.3.2. Pusch- und Pull-Faktoren

Push- und Pull-Faktoren wirken auf die Migration im Gesundheitswesen, ohne dass sie als alleiniges Erklärungsmodell wirksam wären. Push-Faktoren in diesem Bereich 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 zählen eine bessere Vergütung, eine sicherere Umgebung, Möglichkeiten zu beruflicher Weiterentwicklung und beruflichem Aufstieg, verbesserte Arbeitsbedingungen und -einrichtungen und ein höherer allgemeiner Lebensstandard.¹¹⁴ Migration geschieht 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.¹¹⁵

Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind insbesondere im Bereich der hochqualifizierten Migration relevant. So zeigten bereits frühe 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, oftmals individuellen Faktoren ab, wie etwa Kontakten im Zielland.¹¹⁶ Dass andere Faktoren als 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.¹¹⁷ Aspekte wie Sprache oder historische Vernetztheit und damit einhergehende größere Communities der eigenen Kultur erleichtern Migrationsbestrebungen.

Die 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 nehmen auch die Beliebtheit von Teilzeitmodellen und die Intensität der Versorgung zu. Zudem werden

¹¹³Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.11.

¹¹⁴Vgl. 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.

¹¹⁵Vgl. 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.

¹¹⁶Vgl. 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.

¹¹⁷Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv7ff.

in den kommenden Jahren zahlreiche Mediziner*innen und Pflegekräfte in den Ruhestand gehen.¹¹⁸ So kann der bereits bestehende Mangel durch die in Deutschland zur Verfügung stehenden Studienplätze kaum gedeckt werden. Im Bereich des Pflegepersonals 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.¹¹⁹ Allerdings können auch hier die steigenden Zahlen nicht den steigenden Bedarf decken. Bereits im Jahr 2003 wurde ein Defizit von etwa 12.600 Vollzeitkräften in der Pflege ausgemacht und dieses Bild hat sich seitdem weiter bestätigt, beziehungsweise verschärft.¹²⁰ 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 bestehen erhebliche Unterschiede, sodass in manchen Regionen auf eine arbeitslos gemeldete Fachkraft bis zu 12,3 unbesetzte Stellen kommen.¹²¹ Ähnliches ist auch im Bereich der Krankenpflege und Geburtshilfe festzustellen.¹²²

Die mangelhafte Ausstattung mit Pflegepersonal verschärft die Last auf den Schultern der Arbeitnehmenden, sodass der Beruf des Pflegers oder der Pflegerin mit Überstunden (insgesamt 9 Millionen im Jahr 2017), Arbeitsverdichtung und somit großen Belastungen einhergeht.¹²³ Diese für inländische Arbeitnehmer*innen 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.“¹²⁴

Neben den Arbeitsbedingungen macht oftmals auch der Lohn einen Beruf im Pflegebereich unattraktiv. Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen den Fachbereichen. Zeigt sich bei der Ärzteschaft in ganz Europa eine Vergütung (weit) über dem Durchschnitt der Bevölkerung – in Deutschland ist es teils das Vier- oder Fünffache¹²⁵ –, so liegt die durchschnittliche Bezahlung

¹¹⁸Vgl. Osterloh, F.: Ärztestatistik, S.703

¹¹⁹Vgl. 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.

¹²⁰Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S.32.

¹²¹Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S.34f.

¹²²Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S.36.

¹²³Vgl. Isfort, M., et al.: Pflege-Thermometer 2018, S.32.

¹²⁴Dragon, 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.

¹²⁵Vgl. OECD (Hrsg.): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, Paris 2017, S.157.

von Pflegekräften in Deutschland im Jahr 2015 nur etwa 13 Prozent über dem Durchschnittsgehalt der Bevölkerung¹²⁶. In vielen weiteren Ländern der EU liegt sie unter diesem Durchschnitt.¹²⁷ 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.“¹²⁸

Die Lücke zwischen dem Ist-Stand und den benötigten Fachkräften wird durch den demographischen Wandel in Folge dauerhaft niedriger Geburtenzahlen, steigender Lebenserwartung oder Besonderheiten in der Altersstruktur durch besonders geburtenstarke Jahrgänge verstärkt. Mit zunehmendem Alter steigt meist auch das Risiko (chronisch) zu erkranken. Das vermehrte Auftreten von Multimorbidität, aber auch „umfangreichere Möglichkeiten der Diagnostik, die Anerkennung psychosozialer Erkrankungen, Bewegungsmangel sowie veränderte Belastungen am Arbeitsplatz“¹²⁹ erhöhen den Bedarf an medizinischer Versorgung, Pflege und Pflegekräften. Der demografische Wandel 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. Hinzu kommt, dass auch in Bezug auf Geschlechterfragen und die 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.¹³⁰ Durch die Umstrukturierung der Bevölkerung stehen diese jedoch zunehmend weniger zu Verfügung, sodass die Lücke zwischen notwendiger und tatsächlicher Anzahl an Pflegekräften größer wird. Diese Lücke schafft Platz für Menschen, die Migration in Erwägung ziehen.

Neben dem demographischen Wandel und sich verändernden Geschlechterrollen und Arbeitsverständnissen ist ein weiterer Wandel relevant: 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 beispielsweise in Berlin der „Anteil aller über 55-jährigen Menschen mit Migrationshintergrund an der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung

¹²⁶ Zu beachten sind die erheblichen Lohndifferenzen zwischen Fach- und Hilfskräften (vgl.: Bundesministerium für Gesundheit: Entlohnung in der Pflege, 17.05.2021, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/entlohnung.html> (Stand: 30.06.2021))

¹²⁷Vgl. OECD (Hrsg.): Health at a Glance 2017, S.163.

¹²⁸ WHO (Hrsg.): User's Guide, S.4.

¹²⁹Schröder, 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.

¹³⁰Vgl. Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV, S.11.

von 13,3 % im Jahr 2007 auf 17,9 % im Jahr 2018“¹³¹. 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 etwain das Gesundheitssystem, führen zu höheren Krankheitsrisiken und einer nach eigener Einschätzung größeren Gesundheitsbelastung als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund“¹³².

Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund dürfte also zunehmen, insbesondere, da zur Zeit das Pflegesystem von dieser Gruppe noch wenig in Anspruch genommen wird.¹³³ Dadurch ergeben sich neue Anforderungen: Knapp 80 Prozent der Befragten wünschen sich im Alter Pflegekräfte, die Türkisch sprechen, knapp 90 Prozent jemanden, der nicht mit Straßenschuhen die Wohnung betritt und somit kulturelle Besonderheiten berücksichtigt.¹³⁴ Diese Beispiele verdeutlichen, dass sich die Ansprüche und der Bedarf wandeln, die an Pflege und Gesundheitskräfte in Ländern des Globalen Nordens herangetragen werden. Eine Sensibilisierung für kulturelle Prägungen und Vielfalt ist notwendig, die sich auch im Personal spiegeln sollte. Eine zunehmende kulturelle Sensibilität im Gesundheitssektor kann für migrierende Fachkräfte attraktiv erscheinen.

Ein weiterer Pull-Faktor 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 und weiter 2020 im Zuge einer Reform der Beschäftigungsverordnung auch ihnen leichter Zugang zum Arbeitsmarkt gewährt.¹³⁵ Diese rechtlichen Regulierungen sind je nach Land sehr unterschiedlich, spielen jedoch als Pull-Faktoren eine Rolle, ebenso wie die Anerkennung der erworbenen Berufsabschlüsse. Wirtschaftsräumliche Zusammenschlüsse wie die EU erleichtern Zuwanderung und Anerkennung. Dies kann einer der Gründe sein, warum beispielsweise in Deutschland viele Pflegekräfte aus dem EU-Ausland stammen (vgl. Abb. 3).

¹³¹Kim, 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.

¹³²Krobisch, 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.

¹³³Vgl. Krobisch, V., et al.: Gute Pflege, S.58.

¹³⁴Vgl. Krobisch, V., et al.: Gute Pflege, S.63.

¹³⁵Vgl. Ostermann, L.: International: Pflegende aus Drittstaaten rekrutieren. Personalvermittlung als Option für Unternehmen. In: PFLEGEZeitschrift, Jg. 73, Heft 4, 2020, S.14.

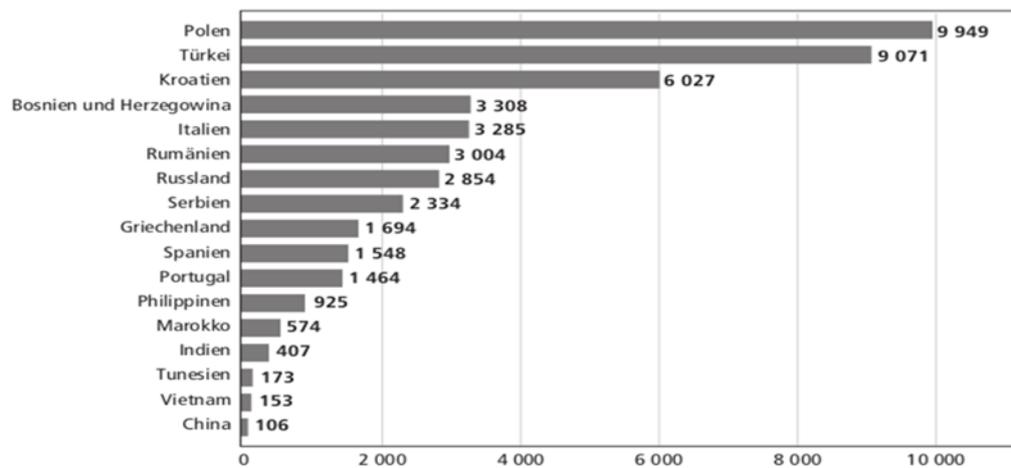


Abb. 3: Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte mit ausländischer Staatsbürgerschaft nach Staatsangehörigkeit in Deutschland, 2013¹³⁶

Insgesamt aber hält sich die Einwanderung aus EU-Staaten (66.254 im Jahr 2017) und Drittstaaten (61.548 im Jahr 2017) etwa die Waage.¹³⁷ 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.¹³⁸

2.3.3. Praxis der Anwerbung

Nach dem Zweiten Weltkrieg und im Zuge des sogenannten Wirtschaftswunders wurden auch über die Branchen Bergbau und Kohleförderung hinaus Menschen angeworben, nicht zuletzt im Gesundheitsbereich. 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 durch Anwerbung aus dem Ausland ausgeglichen werden. Bis 1973 wurden „mehrere tausend Krankenpfleger*innen angeworben, vorrangig aus Korea, den Philippinen und Indonesien“¹³⁹, aber auch aus Indien.¹⁴⁰ War die Anwerbung anfangs sporadisch und ging meist von kleinen, privaten Initiativen aus, wurde ab 1966 zunehmend institutioneller und organisierter angeworben. Dabei wurde die Anwerbung auch als sogenannte

¹³⁶Jacobs, K./Kuhlmeier, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A.(Hrsg.): Pflegereport 2016 „Die Pflegenden im Fokus“, Stuttgart 2016, S.251.

¹³⁷Vgl. 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.

¹³⁸Vgl. Brugh, 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.

¹³⁹Kordes, 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.

¹⁴⁰Vgl. 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.

Entwicklungshilfemaßnahme verstanden.¹⁴¹ Schon damals zeigte sich, 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 in Korea – einem Land, das zu dem Zeitpunkt diesen Beruf gar nicht kannte –, zum anderen zu einem Mangel an medizinischer Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten Koreas. Nach dem Ende des Kalten Krieges wurde Gesundheitsfachpersonal zunehmend aus osteuropäischen Ländern abgeworben.¹⁴² Nach der sogenannten Osterweiterung der Europäischen Union im Jahre 2004, in deren Zuge auch Polen und Tschechien Zutritt zu den Freizügigkeitsstandards der EU erlangten, verlagerten sich große Teile der Anwerbungspraktiken in den Osten Europas.

Zwischen 2013 und 2016 rekrutierten vor allem Einrichtungen der stationären Altenpflege (61 Prozent). Es folgten ambulante Pflegedienste (30 Prozent). Nur zu 8,5 Prozent der anwerbenden Einrichtungen waren Krankenhäuser. Insgesamt waren vor allem Einrichtungen mit großen, professionalisierten Strukturen und professionellem Personalmanagement aktiv, insbesondere aus der Privatwirtschaft.¹⁴³ Zwei Drittel der Anwerbungen erfolgte innerhalb von EU-Ländern, ein Drittel aus Drittstaaten, wie Bosnien-Herzegowina, der Ukraine und Russland und aus asiatischen Ländern wie China, den Philippinen, Vietnam und der Türkei.¹⁴⁴

Die Einrichtungen zahlen Vermittlungen, Reisen für Erstgespräche und Ähnliches. Die Angaben für die Kosten variieren stark zwischen 5.000 bis 18.000 Euro¹⁴⁵ oder hoch bis zu knapp 70.000 Euro¹⁴⁶ pro angeworbene Gesundheitsfachkraft. Die Gelder fließen 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.¹⁴⁷

Anwerbung geschieht auch auf Regierungsebene. Das Programm *Triple Win*¹⁴⁸ läuft seit 2013 und versucht die Positionen der Beteiligten zu stärken. Indem man sich an dem Kodex der WHO und

¹⁴¹Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Veranstaltungsdokumentation, S.13.

¹⁴²Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Veranstaltungsdokumentation, S.13f.

¹⁴³Vgl. Jacobs, K., et al. (Hrsg.): Pflegereport 2016, S.255.

¹⁴⁴Vgl. Jacobs, K., et al. (Hrsg.): Pflegereport 2016, S.255.

¹⁴⁵Vgl. Süss, R.: Ökonomische Bewertung der Anwerbung ausländischer Pflegekräfte. Eine Studie an deutschen Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen, Wiesbaden 2018, S.49ff.

¹⁴⁶Vgl. Berger, G./Herrnschmidt, J.: Ethisch 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).

¹⁴⁷Vgl. Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Klauber, J.; Schwinger, A. (Hrsg.): Pflegereport 2016 „Die Pflegenden im Fokus“, Stuttgart 2016, S.257f.

¹⁴⁸Vgl. Ostermann, L.: Personalvermittlung, S.15.

der Liste der Länder mit kritischem Mangel orientiert¹⁴⁹, soll auf der einen Seite die Pflegesituation im Zielland verbessert, auf der anderen Seite sollen die Herkunftsländer durch eine Entlastung des Arbeitsmarktes gestärkt werden. Auch die Pflegekräfte selbst werden in den Blick genommen, indem faire und transparente Vermittlungsverfahren sowie gerechte und gleichberechtigte Arbeitsbedingungen gefordert werden. So sollen Qualitätsstandards in der internationalen Vermittlung von Pflegefachpersonal etabliert werden,¹⁵⁰ durch eine Bedarfsplanung der Arbeitgeberinstitutionen in Deutschland sowie die anschließende Auswahl möglicher Bewerber*innen in den Herkunftsländern. Bei Einstellung werden Sprach- und Pflegekurs, sowie ein Orientierungstag in den Heimatländern angeboten. „Bis zur staatlichen Anerkennung arbeiten die Pflegekräfte im Tätigkeitsprofil einer ‚Pflegekraft in Anerkennung‘“¹⁵¹. Auf diese Weise wurden bereits in den ersten vier Jahren des Projekts 1000 Pflegekräfte insbesondere aus den Philippinen nach Deutschland vermittelt¹⁵², bis 2020 3.577 Pflegekräfte.¹⁵³ Andere Länder, in denen dieses Projekt seit 2013 wirksam wird, sind Bosnien-Herzegowina, Serbien und Tunesien.¹⁵⁴ In weiteren acht Ländern wirbt die Bundesregierung seit 2015 mithilfe von Beratungsstellen vor Ort an. Innerhalb der EU vermittelt die Bundesregierung freie Stellen durch das EURES-Netzwerk sowie über Jobbörsen der Agentur für Arbeit.¹⁵⁵

Es deutet sich zunehmend eine Verlagerung in die Privatwirtschaft an. In den USA etwa ist zwischen Ende der 1990er und Mitte der 2000er Jahre ein Anstieg von etwa 40 auf 270 Anwerbe-Unternehmen zu verzeichnen.¹⁵⁶ In Deutschland wurde die Erlaubnispflicht für Personalanwerbefirmen im Jahr 2002 aufgehoben, was eine Marktteilnahme erleichtert.¹⁵⁷ Dementsprechend treten auch unseriöse Vermittlungen ein, die beispielsweise Menschen mehrmals vermitteln, so dass die Pflegekräfte nur sehr kurz in den verschiedenen Einsatzstellen verbleiben, obwohl hohe

¹⁴⁹Vgl. Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

¹⁵⁰Vgl. 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).

¹⁵¹Bundesagentur 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%bcrc_Triple_Win_Informationen.pdf (Stand: 30.06.2021), S.5.

¹⁵²Vgl. DGB Bildungswerk BUND e.V. (Hrsg.): Forum Integration Newsletter 09/2017 – Leiharbeit, Düsseldorf 2017, S.2.

¹⁵³Vgl. 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.

¹⁵⁴Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Drucksache 19/2183, S.4.

¹⁵⁵Vgl. 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.

¹⁵⁶Vgl. Brugh, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness, S.334.

¹⁵⁷Vgl. Ostermann, L.: Personalvermittlung, S.15.

Summen zur Anwerbung gezahlt werden.¹⁵⁸ Zu ausbeuterischen Praktiken in der Anwerbung lassen sich kaum valide Daten finden, allerdings arbeiten „allein in Deutschland Schätzungen zufolge 100.000 mittel- und osteuropäische Staatsangehörige irregulär in der häuslichen Pflege [...], zu einem Bruchteil der regulären Kosten und in der Regel ohne arbeitsrechtlichen Schutz“.¹⁵⁹ Es ist zu vermuten, dass mit der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im Ausland profitorientierte Interessen für prekäre Zustände sorgen.

Zudem ist herauszustellen, 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.¹⁶⁰ In Deutschland ist eine Gleichbehandlung zwar vorgeschrieben, allerdings zeigen sich in der Praxis Mängel. Unbezahlte Überstunden, Kritik von Gepflegten und Angehörigen und Ausgrenzungen innerhalb des Teams stehen der Gleichbehandlung im Wege.¹⁶¹ Hinzu kommt ein Grad von Informalität, der dafür sorgt, dass Sozialstandards oftmals nicht eingehalten werden. Trotz arbeitsrechtlich guter Voraussetzungen ist die Forderung nach Gleichbehandlung oftmals nicht befriedigend umgesetzt.¹⁶²

2.4. Bündelug

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 und die wiederum Stabilität der Gesundheitssysteme vor Ort gefährden. Insgesamt herrscht eine Disparität zwischen Ländern mit einem hohen und denjenigen mit einem niedrigen Einkommen, sodass die Notstände drohen, in Länder mit ohnehin schon prekärer Gesundheitsversorgung ausgelagert zu werden. Da innerhalb einer vernetzten Welt die Folgen niemals lokal begrenzt bleiben können, rückt die Notwendigkeit einer internationalen Steuerung und Regulierung der Situation immer weiter in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Es herrscht eine Konkurrenz zwischen Herkunftsland und Zielland um Personal. Gleichzeitig besteht eine Spannung zwischen Individuum und Gesellschaft, zwischen Allgemeinwohl, dem

¹⁵⁸Vgl. Ostermann, L.: Personalvermittlung, S.17.

¹⁵⁹Angenendt, 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.

¹⁶⁰Vgl. Brugha, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness, S.334.

¹⁶¹Vgl. 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.

¹⁶²Vgl.: 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.

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.

3. Der WHO-Verhaltenskodex

Dies wird in dem Verhaltenskodex der WHO für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Jahr 2010 versucht. 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

3.1. Globalpolitischer Hintergrund

Es wird deutlich, dass die Frage nach der Verteilung von Gesundheitsfachkräften nicht solitär und innerhalb eines Landes beantwortet werden kann. Die Komplexität der Fragestellung, internationale Interdependenzen sowie die Fragmentierung von Institutionen und Entscheidungsträgern verhindern eine monokausale, einseitig-nationale Vorgehensweise. In diesem Zuge und auch im Wissen um die Transnationalität von Krankheiten sowie um die erheblichen Disparitäten in der Gesundheitsversorgung¹⁶³ wurde der Blick zunehmend auf eine internationale Gesundheitspolitik, die Global Health Governance, gelenkt und damit auf Systeme, Strukturen, Abhängigkeiten sowie auf die Entwicklung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien.¹⁶⁴ An dieser Stelle wird nicht umfänglich auf die Erträge, Hindernisse und Erfordernisse der Global Governance eingegangen, jedoch werden kurz internationale Akteure, Interessengruppen sowie Steuerungsversuche innerhalb der globalen Gesundheitspolitik benannt, 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, wie etwa der WHO, der Weltbank oder UNICEF. Die WHO wurde im Jahr 1948 als Unterorganisation der UN gegründet und setzt sich zurzeit aus 194 Mitgliedsländern zusammen. Sie verfügt über verschiedene bindende und nicht-bindende Instrumente (Konventionen, Bestimmungen und Empfehlungen), wobei sie in den meisten Fällen

¹⁶³Vgl. 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.

¹⁶⁴Vgl. Korzin, M.: Public-Private Partnerships im Bereich von Global Public Health. In: Münchener Beiträge zur Politikwissenschaft, München 2012, S.11.

zu Instrumenten des *Soft Law* greift.¹⁶⁵ Die UN und damit auch die WHO sind abhängig von ihren Mitgliedsstaaten, sodass der WHO die Funktion einer Schnittstelle zwischen den Geberstaaten zukommt, die die Koordination der Interessen anleiten und steuern kann.¹⁶⁶ Somit spielen die Mitgliedsstaaten auch in transnationalen Netzwerken eine entscheidende Rolle und bestimmen deren Positionierung, Organisation und Ausformung mit und stellen Gesundheitsversorgung, -kapital, und -kräfte bereit.

In dem Feld kommen zunehmend nichtstaatliche Akteure ins Spiel, 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 großen international agierenden Stiftungen, Pharmakonzernen sowie Hilfsorganisationen mit staatlichen oder überstaatlichen Stellen¹⁶⁷ und übernehmen teils sehr relevante Sparten innerhalb des Gesundheitssektors, wie etwa die Entwicklung und Bereitstellung von Medikamenten und Vakzinen. Diese Form des internationalen Engagements bietet Chancen und Vorteile, erfordert aber auch staatliche Organisation und Regulation.¹⁶⁸

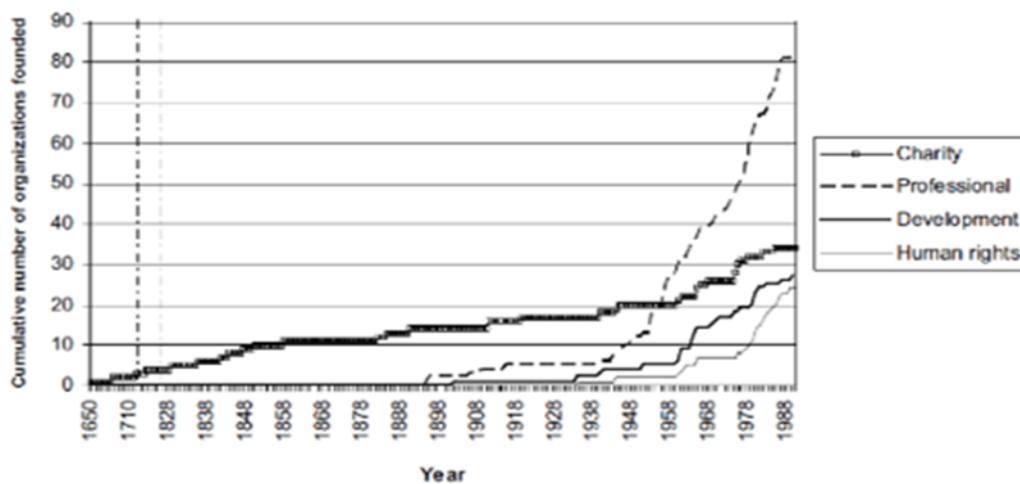


Abb. 4: Entwicklung der globalen Organisationen im Feld Gesundheit¹⁶⁹

Wie in Abb. 4 ersichtlich wird, nahm die Gründung von Organisationen im globalen Gesundheitssektor – wohltätig, entwicklungstheoretisch oder menschenrechtlich orientiert – zu. Das

¹⁶⁵Vgl. 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.

¹⁶⁶Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance“, S.4.

¹⁶⁷Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance“, S.2.

¹⁶⁸Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance“, S.3.

¹⁶⁹Radek, M. E.: *Weltkultur*, S.97.

Feld hat sich im 20. und 21. Jahrhundert enorm verbreitert¹⁷⁰, insbesondere im Bereich der profitorientierten Organisationen.

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 britischen National Health Service (NHS) von 2001, der 2003 verabschiedete *Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers*,¹⁷¹ oder der *Public Service Unions and European Hospital and Healthcare Employers' Association code of conduct* von 2008.¹⁷² Die verschiedenen Ansätze haben lokal durchaus Wirkung gezeigt, gleichzeitig aber wächst das Bewusstsein dafür, dass die Migration als ein internationales Phänomen nicht ausschließlich lokal oder sektoral gesteuert werden kann. Vielmehr bedarf es dafür globaler statt bilateraler Steuerungsversuche.

3.2. Entstehung des Dokuments

Die Staatengemeinschaft einigte sich auf die Entwicklung eines gemeinsamen Verhaltenskodex zur Steuerung der Migration von Gesundheitsfachkräften. Vor der Verabschiedung des Kodex im Jahr 2010 lassen sich nicht viele vergleichbare globale Bemühungen der WHO ausmachen, so dass der Kodex eine herausgehobene Stellung innerhalb der WHO-Dokumente aufweist. Er war das zweite Dokument in der Geschichte der WHO, das mittels der verfassungsmäßigen Autorität der Organisation entwickelt wurde.¹⁷³ Daran zeigt sich, welche Relevanz dem Thema auch aus der Sicht der Mitgliedsstaaten zukommt und als wie bedeutend eine gemeinsame globale Strategie zur Lösung der damit einhergehenden Herausforderungen angesehen wird. Die Erarbeitung des Kodex selber nahm einige Zeit in Anspruch. Bereits 2004 wurde die Resolution WHA57.19 auf der 57. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet, die die WHO aufforderte, eine Handreichung zu entwickeln, die freiwillige Grundsätze und Praktiken für eine ethische internationale Anwerbung und Einstellung von Gesundheitspersonal enthält und so zu einer global gerechten Gestaltung der Gesundheitssysteme beitragen kann.¹⁷⁴ 2005 wurde diese Aufforderung nochmals unterstrichen.¹⁷⁵ Eine Kommission aus Vertreter*innen der Länder sowie von NGO-Vertreter*innen und Mitarbeitenden der WHO¹⁷⁶ synthetisierte Beiträge aus verschiedensten

¹⁷⁰Vgl. Radek, M. E.: Weltkultur, S.98.

¹⁷¹Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S.8.

¹⁷²Vgl. WHO: User's Guide, S.15f.

¹⁷³Vgl. WHO: User's Guide, S.5.

¹⁷⁴Vgl. WHO: User's Guide, S.5.

¹⁷⁵Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, 1. Nebenveranstaltung: Entwicklung eines Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, Tallinn 25. Juni 2008, S.2.

¹⁷⁶Vgl. 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.

internationalen Foren, bi- oder multilateralen Konferenzen in dem Dokument.¹⁷⁷ Inhaltlich kann der Kodex der WHO auf viele Aspekte der verschiedensten bilateralen und multilateralen Abkommen zwischen einzelnen Ländern zurückgreifen.¹⁷⁸ 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].“¹⁷⁹ 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 Beteiligung der einzelnen Mitgliedsstaaten von zentraler Bedeutung für die Zustimmung und Annahme des Kodex war. Am 21. Mai 2010 wurde der Kodex einstimmig von allen 194 Mitgliedsstaaten auf der 63. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet.¹⁸⁰ Das Dokument ist 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. Dies gilt es zu bedenken, da diese Verfasstheit immer auch auf die Wirksamkeit und Umsetzung von Beschlüssen zurückwirkt.

3.3. Inhaltliche Schwerpunkte

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Kodex selbst betrachtet werden. Dafür werden zunächst das Wesen des Dokuments, sein Geltungsbereich sowie die ihm zugrundeliegende Haltung dargestellt, um anschließend inhaltliche Festschreibungen zu erläutern.

Die WHO stellt die Grundhaltung des Kodex voran und macht deutlich, welche Relevanz Gesundheitsfachkräften für die Qualität und Aufrechterhaltung nationaler Gesundheitssysteme zukommt. Zudem wird angesichts des Mangels Sorge über die Folgen geäußert, die ein Handeln unabdingbar machen.¹⁸¹ Zu Beginn wird der Anspruch proklamiert, Grundsätze festzulegen und zu vereinheitlichen, mit denen internationale Anwerbungen im Gesundheitswesen ethisch gestaltet und gesteuert werden können. Zudem möchte der Kodex als Bezugsdokument für nationale Rechtsprechung sowie als Richtschnur für internationale Verträge dienen und so das Thema

¹⁷⁷Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S.187.

¹⁷⁸Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO: Entwicklung eines Verhaltenskodexes, S.5.

¹⁷⁹Güllemann, 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).

¹⁸⁰Vgl. WHO: User's Guide, S.6.

¹⁸¹Vgl. 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://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/2012_04_03_WHO-Verhaltenskodex_d____1_.pdf (Stand: 30.06.2021).

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 und in der An beziehungsweise Abwerbung von Gesundheitskräften haben. 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. 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 Autoren möglichst entsprechend widerzugeben. 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*innen 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 globaler 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.

Auch in den Leitsätzen wird das Prinzip des Vorrangs der sogenannten Entwicklungs- und Schwellenländer betont. Die entwickelten Länder werden 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 Herkunftsländer

und Zielländer auf der einen Seite und die der abwandernden Gesundheitskräfte auf der anderen Seite anspricht (vgl. Art. 1), wird eines der Dilemmata deutlich, nämlich die Abwägung zwischen Gemeinwohl in Form von Gesundheitsversorgung und damit einhergehendem Wohlstand einerseits, gesellschaftlicher Verantwortung und dem individuellen Recht auf Freiheit und Freizügigkeit andererseits. Individualrecht und gesellschaftliche Verantwortung sind an dieser Stelle untrennbar aufeinander bezogen.

Als Leitprinzipien für eine Anwerbung werden Transparenz und Gerechtigkeit sowie Nachhaltigkeit ausgemacht und die Gleichberechtigung und faire Behandlung von eingewandertem Personal gefordert. Auch die Rückkehr ins Heimatland solle niemals verweigert werden, sodass dieses von zusätzlich erworbenen Kompetenzen profitieren kann. 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. Der Kodex sieht, im Gegensatz zu den meisten internationalen nichtbindenden Rechtsinstrumenten, eine regelmäßige Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit vor und kann so die Implementierung verhältnismäßig wirkmächtig einfordern.¹⁸² In den ersten einleitenden Artikeln werden also bereits die Kernpunkte der Problematik angesprochen: 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. Maßnahmen, die dem begegnen, werden nun überblicksartig dargestellt. 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.

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 der Anwerbenden und Arbeitgeber (Art. 4.2)

¹⁸²Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.7.

	Faire und angemessene Anwerbe- und Vertragspraxen (Art. 4.3)
Gleichbehandlung der Gesundheitsfachkräfte	<p>Objektive Kriterien (Qualifikationsniveau, Berufserfahrung, berufliche Verantwortung) als Maßstab für Bezahlung und Beförderung (Art. 4.4)</p> <p>Gleichbehandlung des heimischen und des zugewanderten Personals in Bezug auf Rechte und Pflichten, sowie auf Anstellungs- und Arbeitsbedingungen (Art. 4.6)</p> <p>Einführungs- und Orientierungsprogramme für einwandernde Fachkräfte, sowie transparenter Informationsaustausch (Art. 4.6)</p> <p>Keine Differenzierung zwischen befristeten und unbefristeten Arbeitsverträgen (Art. 4.7)</p>
Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme in puncto Personalbestand	<p>Bindung an das Herkunftsland stärken (Art. 5.2)</p> <p>Weitestgehende Deckung des Personalbedarfs mit einheimischen Arbeitskräften (Art. 5.4)</p> <p>Ausbau der Ausbildungseinrichtungen, Ausbildungs- und Qualifizierungsprogramme (Art. 3.6, 5.5)</p> <p>Evidenzbasierte Planung des Personalbestands und sektorübergreifende Koordination aller am Prozess beteiligter Institutionen und Personen (Art. 3.6, 5.4, 5.6)</p>
Internationale Kooperation	<p>Bereitstellung effektiver und geeigneter technischer und/oder finanzieller Hilfe (Art. 5.2, 10.2, 10.3)</p> <p>Unterstützung bei der Bindung der Gesundheitskräfte an das Herkunftsland und bei der Stärkung des Personalbestands (Art. 5.2)</p> <p>Förderung zirkulärer Migration und Maßnahmen zur Bewältigung geographischer Fehlverteilung (bspw. durch Anreizsysteme) (Art. 3.8, 5.3)</p>

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)

Bei der Betrachtung der inhaltlichen Schwerpunkte zeigt sich, dass die Namensgebung des Kodex nicht ausreichend ist, um seine Reichweite abzubilden. Es geht nicht ausschließlich um eine Steuerung der Abwerbung, sondern vielmehr darum, ein ganzheitliches Bild der Versorgung mit

Gesundheitspersonal zu liefern und nachhaltige Lösungen aufzuzeigen. Der Kodex hat keinen Verbots-Charakter, auch wenn er immer wieder als ein restriktives Instrument rezipiert wird. Vielmehr versucht er auf der einen Seite, die negativen Folgen der Abwanderung und die 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 zugute zu halten, dass dies das erste global gemeinschaftliche Dokument ist, das einen weltweiten Ansatz einfordert, damit zur Lösung globaler Probleme beiträgt und die dafür erforderlichen Mittel einholt.¹⁸³

3.4. Wirkkraft des Kodex

Die Etablierung des Kodex 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, sich dennoch kritische Lücken in der Umsetzung feststellen lassen, die einer Erreichung der Nachhaltigkeitsziele im Wege stehen,¹⁸⁴ etwa in Bezug auf den Ausbau technischer und finanzieller Unterstützung, die verstärkte Beachtung nichtstaatlicher Akteure, sowie Investitionen in (Aus-)Bildung und Personalplanung.¹⁸⁵ Evaluationen aus den Jahren 2013 und 2016 zeigen, dass Datenerfassungs- und Forschungskapazitäten weiterhin begrenzt sind. Dennoch gibt es insbesondere in Europa Fortschritte in diesen Bereichen, wie sich an der gemeinsamen Datenerhebung zur Mobilität von Gesundheitspersonal zeigt.¹⁸⁶ Die WHO unterstreicht die Notwendigkeit, das Potential des Kodex voll auszuschöpfen.¹⁸⁷

Bei der Implementierung des Kodex zeigen sich große nationale Unterschiede, ebenso wie bei der Gewichtung der Kodex-Forderungen. Studien aus den Jahren 2011 und 2016 zeigen, dass eben die Empfehlungen kaum Einfluss auf politische Entscheidungen und Rechtsprechung genommen haben.¹⁸⁸ In weiteren Studien konstatieren Entscheidungsträger*innen, von ihren Ländern seien als direkte Folge des Kodex keine politischen oder regulatorischen Änderungen bei der Einstellung von Gesundheitspersonal vorgenommen worden.¹⁸⁹ 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 Akteur*innen sei als in den Ländern des Globalen Nordens.¹⁹⁰ In Indonesien sei er an verschiedene Interessengruppen verteilt und auf dieser Basis

¹⁸³Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: WHO Global Code, S.187.

¹⁸⁴Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.5.

¹⁸⁵Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.6.

¹⁸⁶Vgl. Williams, G.A., et al.: Health professional mobility, S.iv5.

¹⁸⁷Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.14.

¹⁸⁸Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S.4.

¹⁸⁹Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S.8.

¹⁹⁰Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S.6.

seien Abkommen beispielsweise mit Japan geschlossen worden.¹⁹¹ 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.¹⁹² Innerhalb der EU wurden deutlich mehr Initiativen im Zuge der Implementierung ins Leben gerufen als in Afrika, wo kein „Zündungseffekt“¹⁹³ im Zuge des Kodex spürbar gewesen sei.¹⁹⁴ 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 entfaltet.

In den ersten Jahren nach der Unterzeichnung des Kodex stieg die Anzahl an Ärzten und Ärztinnen, die aus Regionen südlich der Sahara stammen und in die USA auswandern, jährlich um etwa 5,4 Prozent, ebenso wie der Anteil der in Afrika ausgebildeten Ärzte und Ärztinnen, die in Kanada praktizieren.¹⁹⁵ Für Gesundheitsdienstleister gäbe es keine Anreize zur Umsetzung des Kodex, vielmehr würden von Staaten gegenteilige Anreize gesetzt. In den USA etwa seien dies Förderungen zur Diversität im Personal.¹⁹⁶ Daher wird die Wirksamkeit des Kodex – zumindest kurz und mittelfristig – angezweifelt.¹⁹⁷ Das Problem der mangelnden Wirkkraft des Kodex hat auch die WHO erkannt, sodass weitere Maßnahmen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades gefordert werden.¹⁹⁸ Die Wirkkraft des Kodex ist nicht einfach zu beurteilen, da verschiedenste Wirkmechanismen die Prozesse beeinflussen und prägen und es sich um ein international entwickeltes Instrument mit globalem Anspruch handelt. Insofern ist es sinnvoll, seine Implementierung in einem einzelnen Land in den Blick zu nehmen. Deutschland soll als Beispiel herausgegriffen werden. Dies kann damit begründet werden, dass Deutschland als Land des Globalen Nordens mit einem gut ausgebauten, qualitativ hochwertigem Gesundheitssystem und gleichzeitigem demographischen Wandel, ein stark akquirierendes Land ist und damit eine anwerbende Rolle

¹⁹¹Vgl. 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.

¹⁹²Vgl. Bourgeault, I. L./Labonté, R./Packer, C./Runnels, V./Murphy, G.T.: Knowledge and potential impact of the WHO Global code of practice on the international recruitment of health personnel: Does it matter for source and destination country stakeholders? In: Human Resources for Health, Jg. 14, Heft 1, 2016, S.122.

¹⁹³Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung, S.68.

¹⁹⁴Vgl. Lévy-Tödter, M.: Globale Gesundheitsversorgung, S.68f.

¹⁹⁵Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S.4.

¹⁹⁶Vgl. Tam, V., et al.: Empirically evaluating, S.6.

¹⁹⁷Vgl. 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.

¹⁹⁸Vgl. 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.

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

Die deutsche Bundesregierung ergreift durchaus Maßnahmen, um eine nachhaltig stabile Versorgung mit Gesundheitsfachkräften aus dem eigenen Land aufzubauen. So sollen beispielsweise die Ausbildungskapazitäten jährlich um etwa zehn Prozent erhöht werden¹⁹⁹ und Bezahlung und Arbeitsbedingungen verbessert werden. 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.²⁰⁰ 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“²⁰¹, obwohl Länder wie Indonesien oder Indien laut den Kriterien der WHO selber einen kritischen Fachkräftemangel aufweisen.²⁰² Dies geht aus einer Liste der WHO hervor, die 57 Länder umfasst, aus denen aufgrund eines kritischen Mangels an Fachkräften 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 36 Ländern Afrikas ein kritischer Mangel an Gesundheitsfachpersonal ausgemacht, während in Europa laut der WHO-Definition kein Land einen kritischen Mangel aufweist.²⁰³ 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.²⁰⁴ Der Kodex nimmt diese Liste als Maßstab, anhand dessen angeworben oder nicht angeworben werden darf.

¹⁹⁹Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S.3.

²⁰⁰Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S.2f.

²⁰¹Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S.1.

²⁰²Vgl. Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S.1f.

²⁰³Vgl. World Health Organisation – WHO (Hrsg.): Working together for health - The World Health Report 2006, Genf 2006, S.13.

²⁰⁴Vgl. WHO (Hrsg.): World Health Report 2006, S.11f.

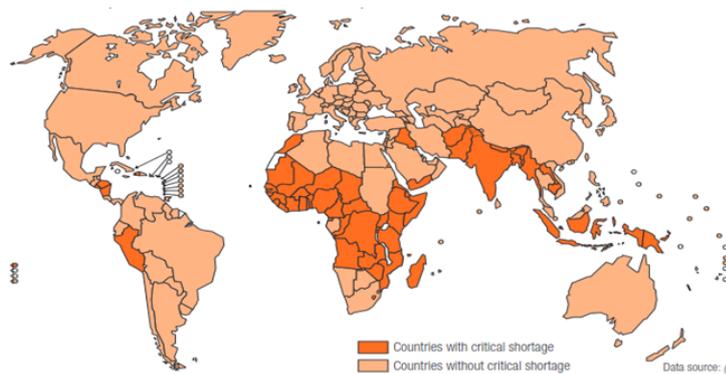


Abb. 5: Länder mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften (Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen)²⁰⁵

Diese Liste aus dem Jahr 2006 wurde 2013 in deutsches Recht umgesetzt. In der Anlage zur Beschäftigungsordnung wurden die 57 Länder namentlich aufgeführt. 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).

In Deutschland gilt diese Liste 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-Kodex aufweisen.“²⁰⁶ Diese Liste wurde von verschiedenen Ländern aufgegriffen und teils erweitert.²⁰⁷

In Deutschland wird die Grundhaltung des WHO-Kodex durchaus adaptiert und ein Bewusstsein für die Herausforderungen geschaffen. Das bereits angesprochene Projekt Triple-Win zeigt, 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

²⁰⁵WHO (Hrsg.): World Health Report 2006, S.12.

²⁰⁶Deutscher Bundestag: Drucksache 17/14579, S.6

²⁰⁷Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.14.

und Forschung) wurde bislang nahezu gänzlich vernachlässigt, während die vier übrigen Bereiche mehr oder weniger große Defizite bezüglich ihres Implementierungsstands aufweisen.“²⁰⁸

Das Grundproblem bleibt bestehen. Das deutsche Gesundheitssystem bleibt zunächst auf ausländische Arbeitskräfte angewiesen, auch wenn eine Stärkung der einheimischen Ressourcen eine zentrale Rolle spielt.²⁰⁹ Insgesamt ist bei der Beurteilung der Etablierung des Kodex eine geographische und inhaltliche Differenzierung nötig. Viele Fragen und Problemlagen bleiben offen und zu bearbeiten.

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 eruiert werden, inwieweit der Kodex angemessen und aus sozialetischer Perspektive vertretbar auf die sich ergebenden Probleme eingeht. Die oben skizzierten Prinzipien Christlicher Sozialethik (vgl. Kap 1.2.2) sollen im Folgenden in Bezug auf die Fachkräftemigration im Gesundheitswesen kontextualisiert und als Raster über die Inhalte des Kodex der WHO gelegt werden, um zu erarbeiten, inwieweit dessen Forderungen diesen Maßstäben entsprechen. So soll eine Bewertung des Kodex aus christlich-sozialetischer Perspektive erfolgen, anhand derer die Stärken des Dokuments, aber auch eventuelle Kritikpunkte und Schwachstellen herausgestellt werden können. Daran anschließend können mögliche Ergänzungen skizziert werden.²¹⁰

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 Gepflegte und zu Heilende, sowohl in Herkunfts- als auch Zielländern von Migration. Ein Rückblick auf die Schlaglichter zu Migration, Arbeit und Gesundheit (vgl. Kap. 1.3 der vorliegenden Arbeit) ist sinnvoll, weil sich daraus Handlungsnotwendigkeiten bezüglich der Wahrung und Achtung der Menschenwürde ergeben. Die Achtung des Personalitätsprinzips wird insbesondere deutlich, wenn der Kodex betont:

²⁰⁸Möller, T.: Deutschlands Umgang, S.80.

²⁰⁹Vgl. Möller, T.: Deutschlands Umgang, S.67.

²¹⁰ 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).

„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 zurückkann. Alle weiteren Forderungen des Kodex werden vor dem Hintergrund dieser Prämisse formuliert. Oft werden migrierende Personen als Einheit gesehen, die gelenkt und gesteuert wird, der es zu begegnen gilt, ohne Einzelmotive und -situationen wahrnehmen, oder in Gänze wahrnehmen zu können. Dabei geraten in den Diskursen die betroffenen Personen oftmals in den Hintergrund. Das Prinzip der Personalität dient demgegenüber als hilfreiche Kontrollinstanz und Korrektiv, 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 unveräußerlichen Besitz von Würde, ergeben sich konkrete Rechte für eine Person. Zentral dafür sind die Menschenrechte, hier ganz konkret das Recht auf Auswanderung:

„(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 jedem Menschen zugesprochen, ein Recht auf Einwanderung wird allerdings nicht beschrieben. Der Kodex proklamiert das Recht, das Herkunftsland zu verlassen (vgl. Art. 3.4). 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, gleichberechtigte Arbeitsbedingungen. Eine Ausbeutung muss in jedem Fall verhindert werden, was faire, angemessene und gleichberechtigte Arbeitsbedingungen erfordert. Diese Aspekte sind insbesondere mit Blick auf marginalisierte Arbeitskräfte in der (häuslichen) Pflege, sowie auf ausbeuterische Beschäftigungsverhältnisse relevant. Der Kodex mahnt faire und gleichberechtigte Behandlung von migrierenden Gesundheitskräften an und verbietet eine Unterscheidung und Ungleichbehandlung zwischen eingewandertem und vor Ort ausgebildetem Gesundheitspersonal (vgl. Art. 3.5), sowie zwischen 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 wie einheimischen (vgl. Art. 4.5). Es bedarf einer möglichst transparenten Informationsvermittlung, damit eine realistische Abwägung der Vor- und Nachteile einer Migration erfolgen kann (vgl. Art. 4.4). Nicht nur die Wahrung der Rechte der Person ist entscheidend – sowohl in Bezug auf Freizügigkeit als auch auf Rechte der

Arbeitnehmer*innen –, sondern auch die Befähigung zu einer Abwägung und zu überlegten Entscheidungsprozessen. Ein Recht auf transparente Informationsvermittlung, die wohl informierte Entscheidungen erlaubt, ist unerlässlich, um Instrumentalisierungen und Missbräuche, die nicht der Achtung der Personenwürde entsprechen, zu verhindern. 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, etwa die Arbeitgeber und -geberinnen sowie die Vermittlungsagenturen.

Mit einer Migration sind Hindernisse, Risiken und Chancen verbunden. Die entsprechende Informationsvermittlung sollte auch im Zielland fortgeführt werden, um die Menschen mit Migrationserfahrung vor Ort zu begleiten, vor ausbeuterischen Verhältnissen zu schützen und Gleichberechtigung zwischen heimischen und eingewanderten Fachkräften zu garantieren. Auch der aus sozialetischer 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). 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. Dieser Bereich wird im Kodex nicht angesprochen, obwohl er relevant für eine umfassende Achtung einwandernder Personen ist. Insofern darf Teilhabe und Integration nicht auf den Arbeitsplatz beschränkt bleiben und es wäre im Kodex eine umfassendere Perspektive wünschenswert. Migration berührt Familienstrukturen, sodass weitere von Arbeitsmigration betroffene Personen auszumachen sind. Daher sollte der Kodex auch diese soziale Vernetztheit ernst nehmen und beispielsweise Familiennachzug thematisieren. Dies trüge insofern zur Achtung der Personalität migrierender Personen bei, als einer Ökonomisierung der Person entgegengewirkt würde.

Insgesamt lässt sich mit Blick auf die wandernden Personen sowie deren Rechte festhalten, dass diese in den Artikeln des Kodex 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 wären etwa die Perspektive auf die gesamtgesellschaftliche Integration sowie eine Einforderung von Evaluations- und Überwachungsmechanismen zur Einhaltung von Gleichstellung.

Mit Blick auf die arbeitenden Gesundheitskräfte sind im Kontext der Personalität 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 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“²¹¹ sowie ohne Diskriminierung, Gesundheitsgefährdung oder Zwang ausgeübt werden kann.²¹² Es hat sich bereits gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen eine große Rolle dabei spielen, 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. Der Bereich wird unattraktiver, 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“²¹³. 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.²¹⁴ 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 Praxis²¹⁵ nicht mehr gerecht werden. Durch Fachkräftemangel droht die Gefahr von Entpersonalisierung im Gesundheitswesen. Daher ist aus ethischer Perspektive 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 kann. Insofern ist auch die Personalität der bereits in einem Land arbeitenden Fachkräfte nicht außer Acht zu lassen. Die globale Perspektive darf in keinem Fall dazu führen, die Probleme, die auch in Ländern des Globalen Nordens bestehen, zu marginalisieren. Eine ausführlichere Behandlung dieser Probleme muss jedoch an anderer Stelle vorgenommen werden. Im Kontext der hier angesprochenen Themenfelder ist eine Verhinderung von minderwertigen Standards für eingewanderte Pflegefachkräfte relevant. Der Kodex selbst geht kaum auf die personale Ebene der nicht-migrierenden Gesundheitskräfte ein. Allerdings erscheint eine Erwähnung dieser Notwendigkeit und der Rechte der arbeitenden Gesundheitsfachkräfte unabdingbar.

²¹¹Deutsche Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen. Entwicklungschancen und Menschenwürde. Sozialethische Überlegungen – Eine Studie der Sachverständigenengruppe „Weltwirtschaft und Sozialethik“, Bonn 2008, S.46.

²¹²Vgl. DBK (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen, S.47.

²¹³Mix, 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.

²¹⁴Vgl. Kumbruck, C.: Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In: Becke, G./Bleses, P./Ritter, W./Schmidt, S. (Hrsg.): „Decent Work“ Arbeitspolitische Gestaltungsperspektive für eine globalisierte und flexibilisierte Arbeitswelt. Festschrift zur Emeritierung von Eva Senghaas-Knobloch, Wiesbaden 2010, S.188.

²¹⁵Vgl. Kumbruck, C.: Menschenwürdige Gestaltung, S.191.

Die Gleichbehandlung von eingewandertem und heimischem Gesundheitsfachpersonal jedoch wird angesprochen und deren Dringlichkeit im Sinne der Achtung der Person betont.

Mit Blick auf das Personalitätsprinzip ist auch die Würde der Menschen zu beleuchten, die gepflegt oder geheilt werden wollen und müssen. In Zeiten der Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird die Verletzbarkeit und Angewiesenheit verstärkt deutlich, sowohl nach innen als auch nach außen. Dann gilt es, die Würde der Einzelnen zu sehen, das leibliche und seelische Wohl zu achten. Dafür ist Zuwendung, Zeit und persönliche Beziehung vonnöten. Diesbezüglich sind auch in Ländern des Globalen Nordens Defizite vorhanden. Dies lässt sich im Kern zu großen Teilen auf die „Anwendung der herrschenden Zeitökonomie auf die Pflegesituation“²¹⁶ 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 zu einer christlichen Grundlegung der Begriffe Krankheit und Gesundheit zeigt sich, dass mit Krankheit oftmals auch eine radikale Einschränkung von Eigenständigkeit, Selbstverantwortung, sozialem Rückhalt und Lebensqualität insgesamt verbunden ist. 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) festgehalten. Ärztliche Betreuung und gerechte Verteilung medizinischer Versorgung sollen immer garantiert werden. Darüber hinausgehende Leistungen hängen von der wirtschaftlichen Kraft eines Landes ab.²¹⁷ 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.²¹⁸ 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). In dem Moment, in dem der Kodex eine weite Sicht auf das Feld öffnet und es nicht mehr ausschließlich um Anwerbepraktiken geht, wird deutlich, dass die Perspektive derjenigen, die medizinischer Versorgung bedürfen, zu wenig aufgegriffen wird.

²¹⁶Kumbruck, C.: Menschenwürdige Gestaltung, S.187.

²¹⁷Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S.4.

²¹⁸Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S.5f.

Der Kodex formuliert Anforderungen an und Ansprüche von Herkunfts- und Zielländern, sowie von einzelnen Gesundheitsfachkräften. So „sollten sowohl den Gesundheitssystemen der Herkunftsländer als auch denen der Zielländer aus der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften Vorteile entstehen.“ (Art. 5.1). So ergibt sich aus dem Kodex eine Perspektive des dreifachen Wertes einer Migration von Gesundheitsfachkräften. Diese Perspektive zeigte Wirkkraft, etwa in dem deutschen 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 sie sowohl von dem Personalschlüssel betroffen sind als auch auf ganz persönlicher Ebene von der ihnen gegenüberstehenden Person. Patient*innen und zu Pflegenden sollten letztlich immer Ziel medizinischen Handelns sein. Im Zuge einer Internationalisierung der Bevölkerung eines Landes ist 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.“²¹⁹ 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“²²⁰. Es scheint insofern ein hilfreiches und sinnhaftes Konzept zu sein, das 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 Produktion, sondern ein Mensch, der Pflege, Heilung und Zuwendung bedarf. In der konkreten Umsetzung scheint das Einzelwohl der Patient*innen kaum bedacht. In der Zuordnung zu einer Gesellschaft wird die Persönlichkeit der einzelnen Person zu sehr subsumiert und insgesamt wenig beleuchtet. Anstatt einer Perspektivierung zwischen Herkunftsland, Zielland und wandernder Gesundheitsfachkraft sollte 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.

²¹⁹Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S.5.

²²⁰Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S.81.

Im globalen Gesundheitswesen bringen viele Situationen und Kontexte das Potential und die Gefahr mit sich, 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.²²¹ Will man verhindern, dass die Würde einer Person, beispielsweise einer Pflegekraft, gegen die einer anderen Person, beispielsweise einer zu pflegenden, aufgewogen wird und somit die Personhaftigkeit und Würde aller Beteiligten ernst genommen werden, gilt es systemische Veränderungen vorzunehmen. Die Würde kann dann gewahrt werden, wenn auf allen Seiten mehr Personal eingebettet wird, was bessere Arbeitsbedingungen und Entlohnungen unerlässlich macht. Im gegenwärtig existierenden 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.²²² 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. Bessere Forschung und Kommunikation sowie validere Zahlen und Statistiken, beispielsweise hinsichtlich der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Gesundheitssektor, dienen der Weltgesellschaft. Mit der Pandemie ist gleichzeitig ein weiterer Faktor angesprochen, nämlich die globale Vernetztheit auch in Gesundheitsfragen. 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.

²²¹Vgl. 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.

²²²Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S.7.

Der Kodex spricht die Bedeutung von Gesundheit zur Erlangung globaler Solidarität in der Präambel an. 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 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). Damit konstatiert der Kodex seine eigene Notwendigkeit und Bedeutung. Die Anerkennung, dass globale Gesundheit auch globaler Solidarität und gemeinsamer Anstrengung bedarf, erfordert Konkretisierung und Lenkung durch internationale Übereinkünfte.

Die sozialetischen Überlegungen haben gezeigt, dass die Notwendigkeit von Solidarität auch in der Differenzierung der Gesellschaft und damit in der gegenseitigen Abhängigkeit und dem Aufeinander-Angewiesen sein gründet. Zugrunde liegt die Erkenntnis, dass Menschen zwar autonom, aber niemals vollkommen autark in dem Sinne leben können, dass sie nicht auf ihre Mitmenschen und ihre Mitwelt angewiesen wären. Die daraus resultierende Sorge umeinander ist zunächst bilateral. Doch sie richtet sich auch an einzelne Personen oder Gruppen, die in bestimmten Bereichen weniger Ressourcen haben als andere. Aus christlich-ethischem Verständnis heraus muss eine Solidarisierung mit Personen und Gruppen erfolgen, denen nicht dieselben und weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Dabei ist es wichtig, dass es sich 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.²²³

Solidarität mit denjenigen, die innerhalb eines Systems marginalisiert sind, spielt auch eine Rolle bei der Frage der Arbeitsmigration von Gesundheitsfachkräften. Aus den zuvor erfolgten Betrachtungen ergibt sich eine recht eindeutige Marginalisierung der Länder des Globalen Südens. Global zeigt sich eine erhebliche Ungleichverteilung von Gesundheitspersonal, aber auch von medizinischer Ausstattung und Versorgung. Die Gefährdung liegt insbesondere bei denjenigen Ländern, denen es schwerfällt, Gesundheitspersonal auszubilden, zu halten oder anzuwerben.²²⁴ Hinzu kommt die Ungleichverteilung von Gesundheitspotential und Krankheitslast innerhalb der Bevölkerung (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

²²³Vgl. Heimbach-Steins, M.: Sozialprinzipien, Regensburg, 2022, S. 180f.

²²⁴Vgl. Dragon, S./Richter, J.: Migration von Gesundheitsfachkräften, S.6.

Krankheitslast ergibt, ist die Position der Länder des Globalen Südens in jedem Fall zu stärken. Theologisch ist dies eng geknüpft an die Option für die Armen. Dies verstärkt die Forderung nach einer Solidarisierung mit Ländern des Globalen Südens, die durch den Mangel an Gesundheitskräften schwer belastet sind. Notwendig ist im Sinne der Geschwisterlichkeit und der Option für die Armen eine gegenseitige Solidarität unter den Mitgliedsstaaten, die die Unterschiede zwischen ihnen und die daraus 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.

Ausdrücklich betont der WHO-Kodex, dass „ein besonderer Schwerpunkt der Lage in Entwicklungsländern gilt“ (Art. 1.4). Diese Feststellung wird dem Kodex vorangestellt, sodass sie – ähnlich 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 sogenannte entwickelte Länder werden aufgefordert, im „größtmöglichen Umfang technische und finanzielle Hilfe für Entwicklungs- und Schwellenländer“ (Art. 3.3) zu leisten. Dies scheint insofern weiter ausbaufähig, als – bei aller berechtigten Kritik an klassischer Entwicklungshilfe – auch im Jahr 2016 weniger als sieben Prozent der Gelder der Official Development Assistance (ODA) in den Bereich des Gesundheitswesens flossen,²²⁵ was die geringe Beachtung des Bereichs im Fokus der Weltgemeinschaft zeigt. Insgesamt werden die weltweiten Gesundheitssysteme kaum von Staaten des Globalen Nordens gestützt. Der Kodex nennt weiterreichende Maßnahmen, die 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 rein finanzielle Unterstützung hinaus. Allerdings wird damit der 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. Vielmehr werden die Interessen einander gegenübergestellt. 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 klargestellt und ethisch dem Prinzip der Solidarität

²²⁵Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.13.

angemessen ist. Dennoch bleiben die Forderungen insgesamt uneindeutig. Wenn sich die Qualität von Gesundheitssystemen aus Personalbestand, technischer Ausstattung und finanziellen Ressourcen zusammensetzt und Länder des Globalen Nordens 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.²²⁶ Diese ökonomische Belastung wird nicht von staatlicher Seite ausgeglichen. Es wurde gezeigt, dass Rücküberweisungen ein erhebliches Ausmaß annehmen. Allerdings lässt sich dadurch keine Solidarität zwischen den Staaten ausmachen. Vielmehr werden dadurch diejenigen Gesundheitskräfte belastet, die auch in den Zielländern weiterhin Marginalisierungen ausgesetzt sind. Zudem dienen Rücküberweisungen meist einer akuten Armutslinderung. Strukturelle Probleme – auch innerhalb der Gesundheitssysteme – werden dadurch 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 den Nachwirkungen des Kolonialismus und neokolonialen 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 Förderung von Abhängigkeiten sind nur beispielhaft zu nennen. Formen der Ausbeutung weniger reicher Länder müssen heute unterbunden werden. Auch wenn diese 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 Lebensverhältnisse vor Ort verschlechtern. Um dies zu verhindern, hat der Kodex eine Art

²²⁶Vgl. Brugha, R./Crowe, S.: Relevance and Effectiveness, S.335.

Sperre eingebaut, die einer Verfestigung ungleicher Verhältnisse und humanitärer Not entgegenwirken soll. Einer der herausstechenden Punkte des Kodex ist, dass er eine Anwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel an Fachpersonal untersagt. „Mitgliedsstaaten sollten die aktive Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Entwicklungsländern mit einem entsprechenden Personalnotstand unterbinden.“ Dieser sehr zentrale Satz des Kodex ist eines der wenigen klar formulierten Tabus. Zudem gehört er zu den Punkten, die am stärksten in nationales Recht umgewandelt wurden, wohl auch beeinflusst dank der Konkretisierung in der WHO-Liste aus dem Jahr 2006. Gleichzeitig impliziert der Satz, dass auch über die darin genannten 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 sozialem ethischer Sicht sinnvoll: Aktive Anwerbung dürfte nur in denjenigen Ländern betrieben werden, in denen kein Mangel herrscht.

Da Personal ein entscheidender Faktor für die Qualität des Gesundheitssystems ist, sollte die Ungleichverteilung bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften bedacht werden. Eine simple Umkehrung der Migrationsbewegungen ist weder ökonomisch noch menschenrechtlich denkbar, sodass andere Maßnahmen in Erwägung gezogen werden sollten. 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 fünf Jahre migrieren, 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. Allerdings werfen diese Konkretisierungen einige sozial-ethische Probleme auf.²²⁷ Mit Achtung des Prinzips der Personalität darf die freie Entscheidung einer Person keinesfalls missachtet werden. Rückkehrmotivationen und -hindernisse sind nicht aus dem Blick zu lassen. Erstere finden sich beispielsweise in einer angemessenen Arbeitsstelle, sozialer Absicherung, Bildungschancen für die eigenen Kinder oder politischer Sicherheit. Letztere ergeben sich beispielsweise in einer neuen Verwurzelung im Zielland.²²⁸ Entwicklungen und Situationen im Herkunfts- und im Zielland spielen weiterhin eine große Rolle²²⁹, 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. Ein weiterer Aspekt ist die Dauer eines Integrationsprozesses, die – auch

²²⁷Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S.88ff.

²²⁸Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S.86.

²²⁹Vgl. Lévy-Tödter, M.: Impact der globalen Ärztemigration, S.239.

aufgrund der fachlichen und persönlichen Herausforderung im Gesundheitsbereich – auf mindestens drei Jahre geschätzt wird. Eine zeitweise Migration erfordert also eine Mindestdauer, die auch gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht.²³⁰ Teilhabe erhöht die Wahrscheinlichkeit, Netzwerke und Beziehungen aufzubauen. Diese wiederum können eine Rückkehr in das Heimatland unattraktiver erscheinen lassen. So zeigt sich schon, dass zirkuläre Migration durchaus sinnvoll sein kann, aber auch Gefahren mit Blick auf die Wahrung der Person, ihrer Entscheidungen und Wahlfreiheit birgt.

Der WHO-Kodex nimmt die Potentiale zirkulärer Migration wahr und erkennt positive Aspekte an. „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 Gesundheitssysteme als auch für die Gesundheitsfachkräfte selbst mit sich bringt“ (Art. 5.3). Allerdings werden keine ethischen Standards definiert. Ohne sie droht die Gefahr, dass zirkuläre Migration nicht mehr die Verhältnisse für Einzelne, sowie für gesamte Gesellschaften verbessert, sondern verschlimmert. Die Extreme ausbeuterischer zirkulärer Migration lassen sich in der Lebensmittelindustrie oder in 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. Nimmt man den Begriff *Solidarität* in seinem ursprünglichen Sinne als „gesamtschuldnerische Haftung“, in der Einzelne für die Gesamtschuld und die Gesellschaft für die Schuld Einzelner einzustehen haben,²³¹ 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 Kodex spricht diese Solidarität von Gesundheitsfachkräften mit den Gesellschaften, aus denen sie stammen, an. Wissend um die Verantwortung, die Gesundheitsfachkräfte ihrem Land gegenüber tragen, wird im Kodex deren besondere Rolle für die nationalen Gesundheitssysteme dargelegt und Solidarität erbeten. So betont Artikel 4.2 die „besondere[...] gesetzliche[...] Verantwortung der Gesundheitsfachkräfte gegenüber dem Gesundheitswesen

²³⁰Vgl. 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.

²³¹Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.107f.

ihres Heimatlandes“. Diese Perspektive lässt der Kodex nicht aus dem Blick, ist sich gleichzeitig aber auch der damit einhergehenden Einschränkungen (s.o.) bewusst. Diese Ambivalenz wird deutlich, wenn 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, erschweren es, 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 ein 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 gegenüber der Gesellschaft appelliert werden. Dieser Forderung stehen 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 Hinwendung zu den am meisten betroffenen Gruppen kann unterschiedlich gestaltet werden. Dies sind zum einen Menschen, die durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt und 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 geographischer Ausgleich von Fachkräften in Betracht gezogen werden. Zum anderen sind neben den Erkrankten 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 so gestaltet sein, dass es das Prinzip der Solidarität vertieft und verstärkt und beide gemeinsam den Erfordernissen des Personprinzips zur Verwirklichung verhelfen.²³² Dabei 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

²³²Vgl. Vogt, M.: Grammatik der Solidarität, S.105.

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, die Erarbeitung von Lösungen 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 durch den Kodex, der auf Ebene der Staatengemeinschaft entwickelt wurde und den einzelnen Staaten Leitlinien und Richtwerte an die Hand gibt, die 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.

Der 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 er 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 Bereich der Subsidiarität zuzuordnen. Diese starke Gewichtung wird mit Blick auf die Artikel sechs bis zehn deutlich, in denen von Datensammlung und Forschung, über Überwachung der Implementierung und Einhaltung des Kodex bis hin zu partnerschaftlicher Zusammenarbeit verschiedenste subsidiäre Aspekte genannt werden. Diese nehmen damit etwa die Hälfte des gesamten Textbestands ein.

Zwei 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 etwa Datenbanken und Verzeichnisse bereitstellen soll (vgl. Art. 6.4 und Art. 7.4). Dadurch werden Zuständigkeitsbereiche abgesteckt und zugeordnet. Innerhalb eines vielschichtigen Gesellschaftssystems und Problemkomplexes ist dies erforderlich, um situationsgerechte Lösungen entwickeln zu können. Aus christlich-ethischer Sicht, aber auch aus praktischen Gründen ist diese Form der subsidiären Aufgabenverteilung notwendig. Im Verlauf der Arbeit hat sich deutlich gezeigt, dass kein eindimensionaler Umgang mit den Herausforderungen möglich ist: Viele Interessensbereiche werden berührt und verschiedenste Dilemmata lassen sich ausmachen, die nicht universal aufzulösen sind. Zudem deuten sich große geographische Unterschiede in Ausstattung und Umgang an und die Datenlage wandelt sich aufgrund diverser Faktoren kontinuierlich. All dies führt zu der Notwendigkeit, dass Akteur*innen mit Sachverstand und Wissen um die jeweiligen geographischen und kulturellen Bedingungen und Prozesse agieren und Menschen vor Ort und in

den jeweiligen Sparten die Entscheidungen und Regularien mittragen können. 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 er formuliert, es sollten Maßnahmen getroffen werden, die auf die „Koordinierung zwischen allen Beteiligten abzielen“ (Art. 5.6). Sozialethisch sind diese Aspekte relevant, da sie verschiedene Verantwortungsebenen in den Blick bringen, die in dem Prozess globaler Migration von Gesundheitsfachkräften beteiligt sind.

Neben dieser vertikalen Gliederung und Zuweisung werden Formen der Zusammenarbeit ange-mahnt und gefördert. Dies entspricht der angesprochenen horizontalen Dimension von Subsidiarität (vgl. Kap. 1.2.2 der vorliegenden Arbeit). Der Kodex möchte Plattformen des Austausches und der Vernetzung zwischen den Mitgliedsstaaten und zwischen Interessengruppen, wie Anwerbe-Agenturen und arbeitgebenden Institutionen, initiieren und institutionalisieren, um Interessen und Informationen zu vermitteln. So wird Subsidiarität nicht nur als hierarchisch strukturgebendes Prinzip verstanden, sondern auch als ein Kooperationsprinzip.²³³

Um Missstände, Missverständnisse oder Missbrauch zu verhindern, ist eine vertikale Aufgabenteilung und inhaltliche Klarheit notwendig. Im Kodex finden sich einige Ungenauigkeiten, die es auszubessern gilt. So wird der Begriff der „Internationalen Anwerbung“ nicht definiert.²³⁴ Dies lässt eine Lücke zu verschiedensten Interpretationen und bietet Angriffspunkte für Kritik. Die Grenzen zwischen aktiver und passiver Anwerbung verschwimmen, wodurch sich große Spielräume eröffnen.²³⁵ Diese begriffliche Unschärfe gilt es im Sinne der Transparenz und Handhabbarkeit, deren es für sinnvolle Subsidiarität bedarf, abzumildern.

Es lässt sich also herausstellen, dass der Kodex als solcher bereits Ausdruck von Subsidiarität ist, sie aber auch inhaltlich aufgreift, indem er Verantwortungszuschreibungen vornimmt und Vernetzung fördert und fordert. Auch wenn diese Aspekte, die einen verhältnismäßig großen Teil des Kodex einnehmen, augenscheinlich wenig über die zu Grunde liegende Thematik aussagen, kommt ihnen sozialethisch eine große Relevanz zu. An der Wirksamkeit der Subsidiarität des Kodex sollte weitergearbeitet werden, um alle Akteursebenen zu erreichen. 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 gestaltet sind, zum anderen soll auch die

²³³Vgl. Wilhelms, G.: Christliche Sozialethik, S.114f.

²³⁴Vgl. Tankwanchi, A.B.S.: WHO Global Code, S.e390.

²³⁵Vgl. Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S.4

Wirksamkeit des Kodex bedacht werden. Im Zuge des Wandels der letzten Jahrzehnte ist Nachhaltigkeit immer dringender zum „Leitbild für gesamtgesellschaftliche und weltweite Entwicklung“²³⁶ 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). Nachhaltigkeit weitet den Blick darauf, was als „moralisch relevante Entitäten“²³⁷ kategorisiert wird. Dazu zählen zum einen die Mitwelt der Menschen, zum anderen auch zukünftige Generationen und Lebewesen. Daher müssen die Persönlichkeitsrechte zukünftiger Generationen beachtet und solidarische Forderungen auch diachron gedacht werden.

Nachfolgende Generationen achtend, ist die Planung eines nachhaltigen Personalbestands zentral für eine globale Steuerungspolitik von Gesundheitsfachkräften.²³⁸ Dazu bedarf es sinnvoller Kriterien, die eine regelmäßige Evaluation ermöglichen. Im Kontext der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen (vgl. Art. 5) fordert der Kodex die bereits angesprochene Verhinderung aktiver Anwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel. 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 kritischem Mangel aus dem Jahr 2006 in ihr Rechtssystem aufgenommen. Diese Liste erfüllt jedoch keineswegs die Kriterien einer nachhaltigen Entwicklung. Sie basiert 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 medizinischem Personal betreut.“²³⁹ Diese beiden Kriterien scheinen nicht haltbar in der wissenschaftlichen Beurteilung, die Grenzwerte sind zu einem gewissen Grad wahllos gesetzt und „willkürlicher Interpretation ausgesetzt“²⁴⁰. Angenenendt, Clemens und Merda halten fest, dass die erste Bedingung – die Setzung eines Grenzwerts von 2,28 – lediglich aus einem Mittelwert errechnet wurde, der selbst von Schätzungen ausgeht. Die Schätzung, dass eine medizinische Betreuung von 80% aller Geburten ein angebrachter Wert innerhalb einer Gesellschaft darstelle, sei nicht in Gänze begründbar, weder die Prozentzahl, noch die Auswahl betreuter Geburten als Maßstab für medizinische Betreuung. Es ist durchaus möglich, dass die medizinischen Ressourcen eines Landes in anderen Bereichen sinnvoller eingesetzt seien, „etwa für die Versorgung von Säuglingen, Kleinkindern oder Kindern.“²⁴¹ Mit dieser Setzung ist noch nichts

²³⁶Veith, W.: Nachhaltigkeit. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.): Christliche Sozialethik – Ein Lehrbuch, Bd. 1, Regensburg 2004, S.302.

²³⁷Meireis, T.: Nachhaltigkeit. In: Zemanek, E./Kluwick, U.: Nachhaltigkeit interdisziplinär, Konzepte, Diskurse, Praktiken, Köln 2019, S.285.

²³⁸Vgl. 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.

²³⁹Angenenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S.4.

²⁴⁰Angenenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S.4.

²⁴¹Angenenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S.4.

über Versorgung in anderen medizinischen Bereichen ausgesagt. Somit konstatieren die Autoren, dass ein tatsächlicher Grenzwert unbekannt bleibt. Von dieser 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 differenzierteres 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 des Erwerbspotentials, fachliche Kriterien, beispielsweise mit Blick auf Ausbildungssysteme, eine Betrachtung kultureller Aspekte und Integrationsprozesse, sowie politische Kriterien, etwa die historische Bindung zwischen verschiedenen Ländern.²⁴² Ein monokausaler Blick auf eine einzige Zahl innerhalb eines Gesundheitssystems ist 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 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.“²⁴³ Eine wahllose Setzung von Grenzwerten, die einen solchen Einfluss auf nationale Gesetzgebung nehmen kann, ist aus der Perspektive des Prinzips Nachhaltigkeit nicht annehmbar. Sie verhindert, dass das Problem von der Wurzel aus betrachtet, analysiert und bearbeitet wird, insofern es den Blick ablenkt und eine einseitige Fokussierung – in diesem Fall auf Geburtenbetreuung – fördert. Vielmehr gilt es, die Berechnung des Grenzwerts für einen „kritischen Mangel“ neu zu erarbeiten. Dazu sollte die Tragfähigkeit eines Gesundheitssystems umfänglicher und ganzheitlicher betrachtet werden. Auch nationale Interessen variieren. So hängt die benötigte Anzahl an Gesundheitsfachpersonal an dem Durchschnittsalter einer Bevölkerung. Hinzu kommt, dass verschiedene Länder verschiedene Bedarfe haben. Entsprechend der medizinischen Möglichkeiten verändert sich der Personalbedarf. 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 mehr als 15 Jahre alt. Viele enthaltene Daten sind deutlich älter. In 106 Ländern stammen die Daten aus dem Jahre 2002.²⁴⁴ Die Erstellung einer solchen Liste erfordert in jedem Fall eine hohe Aktualität, da sie sonst nicht nur nicht wirksam

²⁴²Vgl. 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.

²⁴³Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S.5.

²⁴⁴Vgl. Angenendt, S., et al.: Der WHO-Verhaltenskodex, S.5.

ist, sondern zudem Schaden anrichten kann. Wenn ein Land etwa in den letzten 20 Jahren unterhalb eines – wie auch immer errechneten – Grenzwerts gerutscht wäre, wäre es weiterhin problemlos legitim und legal, dort aktive Anwerbung zu betreiben. Dies ist aus sozialetischer Perspektive und insbesondere im Sinne der Nachhaltigkeit nicht tragbar.

Die benannten Probleme sind der WHO bewusst. Sie konstatiert, dass die bestehende Liste und die ihr zugrundeliegende Methodik veraltet und zu statisch seien²⁴⁵ und die Liste sowohl die Relevanz, als auch die Legitimität des Kodex einschränke.²⁴⁶ Dieses Erkenntnis ist 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 (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 werden Maßnahmen zum Aufbau eines nachhaltigen Personalbestands angemahnt. Dazu gehört eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie der Löhne.

Damit ist – neben der Definition der am schwersten unterversorgten 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. Der Kodex 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, um 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. Versteht man Nachhaltigkeit auch als Überwindung struktureller Probleme, folgt daraus die Notwendigkeit, 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. Brain-Waste ist zu ermitteln und zu vermeiden. Dazu bedarf

²⁴⁵Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.14.

²⁴⁶Vgl. WHO (Hrsg.): Report by the Director-General, S.14.

es Maßnahmen seitens der Regierungen.²⁴⁷ Nur so wird Solidarität mit den Ländern und Menschen des Globalen Südens, aber auch mit eigenem Gesundheitsfachpersonal konkret 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 knapp beleuchtet werden. Intergouvernementale Vorbildfunktionen spielen eine Rolle, die einer politikwissenschaftlichen Analyse bedarf. 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, jedoch ist dies keinesfalls ein Automatismus. Bezüglich des Kodex scheint diese positive Veränderung der Wirklichkeit bisher kaum eingetreten zu sein. Die Zahlen zeigen, dass schon zuvor festgestellte Prozesse sich weiter verfestigen und verstärken. Wie von Möller herausgestellt, sind selbst von den reichsten Staaten der Erde kaum Forderungen des Kodex implementiert worden. Nachhaltigkeit impliziert Dauerhaftigkeit und Wirksamkeit und insofern hätte der Kodex neben den bereits bestehenden Forderungen einen Prozess initiieren sowie fordern können und sollen, der eine stetige Implementierung in (inter-)nationales Recht einleitet. Wissend, dass internationale Vereinbarungen stets Kompromisspapiere sind und Interessen zu vereinen suchen, ist es nicht ausgeschlossen, eine Art Koalition der Willigen zu implementieren, die die Leitlinien des Kodex nicht nur als freiwillige Möglichkeit betrachtet, sondern diese in strukturierter Form und auf gemeinschaftlicher Basis in nationales Recht überführt. Die Anstöße zu bilateralen Abkommen hat der Kodex gegeben, dennoch ist das Problem nur mit größeren Zusammenschlüssen in die Bahnen zu leiten.

Insgesamt fällt auf, dass der Artikel des Kodex, 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, das sich durch verschiedene Bereiche und Aufgabenfelder hindurchzieht. Alle zuvor beleuchteten Aspekte müssen im Kontext der Nachhaltigkeit und Dauerhaftigkeit gedacht werden, die ihrerseits zu Flexibilität und Wandelbarkeit anmahnen.

4.5. Bündelung

In der sozialethischen Auseinandersetzung mit dem Verhaltenskodex der WHO hat sich dessen Güte deutlich gezeigt. Er konkretisiert und kontextualisiert verschiedenste ethische Ansprüche. 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 –

²⁴⁷Vgl. Fisch, A.: Zirkuläre Arbeitsmigration, S.83.

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.

5. Ausblick

Der Kodex ist als Kompromisspapier verfasst; dies muss bei der sozialetischen 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. Anschließend wird ein Gesamtfazit gezogen.

5.1. Mögliche Handlungsempfehlungen

Im Kontext der Personalität wäre es wünschenswert, die Perspektive von Erkrankten und Pflegebedürftigen mit einzubeziehen, da Gesundheit und Pflege nicht rein ökonomisiert betrachtet werden können und die Personhaftigkeit und Würde derer bedacht werden sollte, um die es im Kern geht. Wie bereits angesprochen, gälte es, innerhalb des Gesundheitswesens von einer dreifachen Positivorientierung der Migration zu einer vierfachen zu kommen. Dies kommt im Kodex zu kurz. Ein Bewusstsein für ein diversitätssensibles Gesundheitssystem²⁴⁸, für dessen Verfügbarkeit und Annehmbarkeit sollte stärker herausgearbeitet werden.

Darüber hinaus wird der Themenkomplex der zirkulären Migration angesprochen. Diese wird als Instrument zu einer ethischen Gestaltung von Migrationsbewegungen zu Gunsten der Gesellschaften des Herkunfts- und des Ziellands eingeführt. Sie birgt jedoch stets die Gefahr, Persönlichkeitsrechte Einzelner zu missachten. Im Sinne der Personalität ist zirkuläre Migration nie ohne die Partizipation der Beteiligten denkbar. Die potentielle Ausbeutung und Instrumentalisierung durch zirkuläre Migration sind 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. Zudem sind Teilhabe- und Partizipationsbestrebungen sowie Flexibilität und Freiwilligkeit notwendig. Diese Prämissen müssten innerhalb des Kodex eingeführt werden, sodass ethische Kriterien Ausbeutung im System zirkulärer Migration verhindern. Zudem kommen Aspekte der gesamtgesellschaftlichen Integration von wanderndem Gesundheitsfachpersonal zu kurz. Ebenso sollten die Rechte der Gesundheitsfachkräfte vor Ort eingehender beleuchtet werden. Statt ausschließlich zirkuläre Migration zu

²⁴⁸Vgl. 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.

betonen, sollte der Kodex dazu ermutigen, Potentiale innerhalb der eigenen Gesellschaft zu nutzen. 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.

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 am meisten kritisierten Punkte des WHO-Papiers. Daher gilt es, 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, die Maßstäbe zum Teil länderspezifisch zu setzen. So könnte ein System etabliert werden, in dem jeder Staat eigene Zielformulierungen definiert. Damit wäre gewährleistet, dass die jeweiligen Bedingungen der Gesundheitssysteme mitgedacht und realistische Umsetzungsmöglichkeiten angestrebt werden können. Gleichzeitig könnte ein mögliches Hilfesystem darauf besser und zielgenauer reagieren.

Aus einer solidarischen Perspektive sollte auch die Prämisse der Nicht-Abwerbung aus Ländern mit kritischem Mangel überarbeitet werden. Denn nach dieser Prämisse erscheint es vertretbar, 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 vorhanden ist, sollten identifiziert werden, um aus ihnen ethisch vertretbar anwerben zu können. Dies setzt eine ständige Überprüfung der Kategorisierung voraus, 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. Im Sinne internationaler Zusammenarbeit und Vergleichbarkeit sollten zudem einige begriffliche Nachschärfungen vorgenommen werden, etwa in Bezug auf aktive und passive Anwerbung.

Entschädigungen der Herkunftsländer sollten erneut zur Debatte gestellt werden, auch wenn dies im Entstehungsprozess des Kodex verworfen wurde. Der Kodex 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 bzw. größeren finanziellen Kapazitäten, sprich in 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 aufgrund von Migration nicht mehr aufgewogen werden und unter Berücksichtigung dessen, dass ohnehin hohe

Summen bei der Anwerbung anfallen, die meist in die Privatwirtschaft des Ziellands fließen, scheint eine finanzielle Entschädigung des Herkunftslandes geboten.

Im Sinne einer nachhaltigen Strategie wäre 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 solcher Vereinbarungen 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.

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 einwanderndem 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.²⁴⁹ Die Temporalität solcher Maßnahmen sollte betont werden. 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 bestimmten Stellen zu intensivieren, zu schärfen oder sogar zu radikalieren. Andererseits sind einige Aspekte, die grundlegenderer Veränderungen bedürfen, an anderer Stelle weiter auszudifferenzieren, 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, wenn auch in unterschiedlichem Maße und mit unterschiedlichen Grundvoraussetzungen. Trotzdem ist ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen Ländern des Globalen Nordens und des Globalen Südens auszumachen. Insofern ist die Problematik einzubetten in übergeordnete Fragen nach Arm und Reich, 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 Situationen, Subsidiarität zur Wahrung der Selbstständigkeit und -wirksamkeit Einzelner und 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 zu legen, sondern in erheblichem Maße die Quantität von Gesundheitsfach-

²⁴⁹Vgl. Afentakis, A.; Maier, T.: Pflegekräfte aus dem Ausland, S.1079.

personal zu erhöhen. Durch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, Möglichkeiten zum Quereinstieg, erheblich verbesserte Arbeitsbedingungen und höhere Löhne ließe sich die Attraktivität der Berufsbilder erhöhen. Dies müsste verstärkt in allen WHO-Mitgliedsstaaten 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 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. Auch dazu trägt eine qualitative Gesundheitsversorgung nicht unerheblich bei. Ausgehend von dieser Einsicht, betont der Kodex die Erhöhung der Personalkapazitäten eines jeden Landes. Wissend, dass dieses Ziel nicht in Kürze zu erreichen ist und es grundlegender systemischer Veränderungen weltweit bedarf, versucht der Kodex Regularien anzubieten, um Migration möglichst gewinnbringend für alle Beteiligten zu strukturieren und zu leiten.

Der Kodex versucht, die Zeit eines Übergangs zu gestalten. Migration im Gesundheitswesen kann nicht als Lösung für das grundlegende Problem des Personalmangels angesehen werden, sondern höchstens eine kurz- bis mittelfristige Symptombekämpfung darstellen. Allerdings darf der Pflegenotstand nicht in marginalisierte Länder exportiert werden.²⁵⁰ Vielmehr müssen Abhängigkeiten reduziert und ein Gesundheitssystem etabliert werden, das dauerhaft stabil ausgestattet ist und das ein Handeln zum Wohle der Kranken und Unterstützungsbedürftigen ermöglicht. Der Kodex kann das Grundproblem nicht lösen, aber im kleinen Kontext zu einer gerechteren Welt beitragen. Das Dokument verweist auf eben diese möglichen, größeren Lösungen und versucht, den Umgang mit den Herausforderungen bis dahin zu strukturieren

²⁵⁰Vgl. 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).

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.: Ethisch korrektes Rekrutieren von Gesundheitspersonal. Eine Fallbeschreibung. In: Medicus Mundi Schweiz, Bulletin#137, 2016, online unter: <https://www.medicumundi.ch/de/advocacy/publikationen/mms-bulletin/pflege,-migration-und-globalisierung/rekrutierung-von-pflegepersonal/ethisch-korrektes-rekrutieren-von-gesundheitspersonal> (Stand: 30.06.2021).
- 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 the international recruitment of health personnel: Does it matter for source and destination 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.

- 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%bcrcr_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/cotent/1533715565324> (Stand: 30.06.2021).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (HRSG.): Entlohnung in der Pflege, 17.05.2021, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/entlohnung.html> (Stand: 29.10.2022).
- 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 Sachverständigenengruppe „Weltwirtschaft und Sozialethik“, Bonn 2008, zitiert als: DBK (Hrsg.): Verlagerung von Arbeitsplätzen.
- 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.plattformglobalesundheit.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...“.
- 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.
- 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, Heidelberg² 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.
- 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://e-doc.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/Boston² 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.: Sozialprinzipien, in; Heimbach-Steins, M.; Becka, M.; Frühbauer, J. J.; Kruij, G.(Hrsg.): Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen. Ein Lehr- und Studienbuch. Regensburg, 2022, S. 170-186.
- 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 Governance“.

- HÖHN, H.-J.: Theorie ohne Praxis? Thesen zu Status und Relevanz sozialetischer 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/---re-lconf/documents/meetingdocument/wcms_550537.pdf (Stand: 30.06.2021), zitiert als: Internationales Arbeitsamt (Hrsg.): Bericht IV.
- ISFORT, M./ROTLÄNDER, R./WEIDNER, F./GEHLEN, D./HYLLA, J./TUCMAN, D.: Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften 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 Sozialzyklen 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./Blesses, 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.
- 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.
- 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, Düsseldorf 1990, S.305-310.
- 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 Glance 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.
- 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).
- 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).
- 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.
- 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.: Nachhaltigkeit, in: Heimbach-Steins, M.; Becka, M.; Frühbauer, J. J.; Kruij, G.(Hrsg.): Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen. Ein Lehr- und Studienbuch. Regensburg, 2022, S. 219-231.
- 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 Sozial-ethik.
- 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).

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).

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.: Pastoralconstitution 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).

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.

8. Die Autorin

Damm, Hannah Kathrin, Mag. Theol.,

Alumna der Uni Münster, Preisträgerin des Gertrud-Luckner-Preises des deutschen Caritasverbands

Autorin des Vorworts:

Heimbach-Steins, Marianne, Dr. theol.,

Professorin für Christliche Sozialwissenschaften und sozialetische Genderforschung, [Direktorin des Instituts für Christliche Sozialwissenschaften](#) an der Universität Münster und Co-Leiterin der Arbeitsstelle für Theologische Genderforschung

Kontakt: m.heimbach-steins@uni-muenster.de

9. Bisher erschienene Sozialethische Arbeitspapiere des ICS

Arbeitspapier Nr. 1:

Heimbach-Steins, Marianne / Enxing, Julia / Görtz-Meiners, Vanessa / Krause, Felix / Riedl, Anna Maria (2015): Voraussetzungen, Ansätze und Schwierigkeiten der Vermittlung von kirchlicher Lehre und christlicher Praxis: eine theologische Stellungnahme zur Außerordentlichen Bischofssynode zur Familie 2014.

Arbeitspapier Nr. 2:

Heimbach-Steins, Marianne (2015): Flüchtlinge und Flüchtlingspolitik: ethische Prüfsteine.

Arbeitspapier Nr. 3:

Heimbach-Steins, Marianne / Stockmann, Nils (2015): „Pope for Planet“?: Laudato Si‘ als „dringliche Einladung zum Dialog“ (LS 14) und das weltweite Echo auf die Enzyklika.

Arbeitspapier Nr. 4:

Urselmann, Judith / Heimbach-Steins, Marianne (2016): Migration und Stadt: eine sozialethische Skizze.

Arbeitspapier Nr. 5:

Heimbach-Steins, Marianne / Motzigkeit, Denise / Redemann, Janine / Frerich, Karolin / Štica, Petr (2016): Familiäre Diversität und pastorale Unterscheidung. Eine theologisch-ethische Analyse zum nachsynodalen Schreiben Amoris laetitia.

Arbeitspapier Nr. 6:

Bausch, Christiane / Eggers, Nina E. (2017): Zur Frage der Grenzen von Solidarität und Verantwortung in der europäischen Flüchtlingspolitik.

Arbeitspapier Nr. 7:

Riedl, Anna Maria (2017): Kindeswohl zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Sozialethische Sondierungen zu Fragen der Anerkennung und einer Ethik der Verletzlichkeit.

Arbeitspapier Nr. 8:

Heimbach-Steins, Marianne (verantwortl.) / Filipovic, Alexander (verantwortl.) / Becker, Josef / Behrens, Maren / Wasserer, Theresa (2017): Grundpositionen der Partei „Alternative für Deutschland“ und der katholischen Soziallehre im Vergleich. Eine sozialethische Perspektive.

Arbeitspapier Nr. 9:

Heimbach-Steins, Marianne (2017): Religion als Ressource politischen Handelns – Chancen und Herausforderungen für die innerchristliche Ökumene.

Arbeitspapier Nr. 10:

Soggeberg, Philipp (2018): Katholische Jugendverbände als Träger der kirchlichen Soziallehre - Das theologische Selbstverständnis des Bundes der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ) im Spiegel des Sozialworts der Jugend

Arbeitspapier Nr. 11:

Heimbach-Steins, Marianne (2019): Solidarisch, nachhaltig, beteiligungsgerecht: Weltkirchliche Caritas-Arbeit – Notizen einer Peru-Reise mit Caritas International

Arbeitspapier Nr. 12:

Hänselmann, Eva / Heimbach-Steins, Marianne / Quaing, Lea (2019): Angehörigenpflege – unsichere Existenz und politische Vereinnahmung

Arbeitspapier Nr. 13:

Behrens, Maren (2020): Eine philosophische Auseinandersetzung mit der katholischen Genderkritik.

Arbeitspapier Nr. 14:

Heimbach-Steins, Marianne / Bachmann, Claudius / Hänselmann, Eva / Ladenburger, Barbara / Ostertag, Lina-Marie / Quaing, Lea / Rehbach, Lukas / Slater, Gary / Urselmann, Judith (2021): Die Enzyklika Fratelli tutti von Papst Franziskus (3. Oktober 2020). Sozialethische Beobachtungen und Analysen.

Arbeitspapier Nr. 15:

Bachmann, Claudius (2021): Lohn(un)gerechtigkeit – wirtschafts- und sozialethische Überlegungen.

Arbeitspapier Nr. 16:

Hänselmann, Eva (2022): Digitale Technik in der Altenpflege. Eine sozialethische Reflexion.

Arbeitspapier Nr. 17:

Jonas Hagedorn / Eva Hänselmann / Bernhard Emunds / Marianne Heimbach-Steins (2022): Doppelte Personenzentrierung. Leitidee für den Leistungsmix in der häuslichen Versorgung.

Arbeitspapier Nr. 18:

Claudius Bachmann/ Marianne Heimbach-Steins (2022): Alterssicherung – Lebensqualität – Teilhabe. Eine sozialethische Arbeitsskizze in programmatischer Absicht

Arbeitspapier Nr. 19:

Eva Hänselmann/ Gary Slater (2022): Interrogating cultural assumptions: a productive challenge for social ethics



Die Arbeitspapiere sind online verfügbar unter:

<https://www.uni-muenster.de/FB2/ics/publikationen/Arbeitspapiere.html>