

Brot für die Welt
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.
Abteilung Politik
Julia Stoffner
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
+49 30 65211 1486
Julia.stoffner@brot-fuer-die-welt.de
www.brot-fuer-die-welt.de

Schriftliche Stellungnahme

zur Anwerbung von Gesundheitspersonal
im Rahmen der Sitzung des Unterausschusses
Globale Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 22. Mai 2023

Vorbemerkung

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Um dieses für jedes Individuum weltweit zu gewährleisten, braucht es funktionierende Gesundheitssysteme mit ausreichenden, gut ausgebildeten, gut ausgestatteten und motivierten Mitarbeitenden im Gesundheitswesen¹.

Die COVID-19-Pandemie hat die herausragende Bedeutung von Gesundheitspersonal nochmals unterstrichen. Vollerorts, auch in Deutschland, stellte sich besonders der Mangel an Personal als Hürde für eine umfassende medizinische Reaktion auf die Pandemie dar. Partnerorganisationen² von Brot für die Welt berichten, dass bereits vor der Pandemie Gesundheitsfachkräfte knapp und weltweit ungleich verteilt waren, aber sich das Problem durch die Gesundheitskrise vielfach verschärft hat. Dazu beigetragen haben auch Maßnahmen zur Anwerbung von Gesundheitspersonal von Regierungen aus Industrieländern – bereits vor der Pandemie und als Reaktion darauf.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen zur Erreichung einer universellen Gesundheitsversorgung bis zum Jahr 2030 zusätzlich bis zu 18 Millionen Gesundheitsfachkräfte, vor allem in Südostasien, Afrika sowie im Westpazifik.³ Dies belegt auch die „Health workforce support and safeguards“ Liste der WHO von 2023. Diese stuft 55 Länder als gefährdet ein, wenn es um die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal geht, das für die Erreichung des nachhaltigen Entwicklungsziels SDG 3 – eine flächendeckende Gesundheitsversorgung bis 2030 – erforderlich ist.⁴ 2020 standen hingegen 47 Länder auf der Liste der WHO. Demzufolge hat die COVID-19-Pandemie die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal beschleunigt.

Obwohl Deutschland eine im internationalen Vergleich hohe Anzahl von Gesundheitsfachkräften aufweist, hat eine wachsende Personallücke im Gesundheitssystem gravierende Folgen für die Versorgung. Aus diesem Grund setzt auch die Bundesregierung bereits seit längerem auf die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal und dies nun auch verstärkt in Ländern des Globalen Südens. Die Konsequenz in diesen Ländern ist ein durch Deutschland zusätzlich beschleunigter Rückgang des Personals, was bei einer bereits geringen Anzahl von Gesundheitsfachkräften zur Unterversorgung in (öffentlichen) Gesundheitssystemen führen kann. Im schlimmsten Fall ist dadurch eine grundlegende Gesundheitsversorgung nicht mehr möglich und Menschenleben gefährdet. Die Versorgungssituation stellt sich ungleich schwieriger dar als in Deutschland selbst.

Jüngstes Beispiel für die negativen Auswirkungen durch die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften ist Simbabwe. Seit Februar 2021 haben schätzungsweise 4.000 Beschäftigte des Gesundheitswesens das Land verlassen haben, obwohl Simbabwe bereits eine kritisch niedrige Anzahl an Gesundheitsfachkräften hatte. Deswegen kündigte die Regierung an, ein Gesetz gegen die Abwanderung von Fachkräften im Gesundheitsbereich zu erlassen – zu Lasten der eigenen Bevölkerung, die nun beschränkt wird, das

¹ Hebammen, Pflegekräfte, Ärzt:innen und vergleichbare Berufsgruppen

² Brot für die Welt unterstützt weltweit kirchliche und säkulare, lokale zivilgesellschaftliche Organisationen in der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten. In vielen Ländern des Globalen Südens sind es kirchliche Träger, die besonders in entlegenen Gebieten und für marginalisierte Gruppen die Gesundheitsversorgung sicherstellen.

³ WHO (2016), Global strategy for human resources for health: workforce 2030, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;jsessionid=ECF7A91C3EC5810CoAFC1355C8B709E4?sequence=1> S. 12 (26.04.23)

⁴ WHO (2023): Health workforce support and safeguards list 2023, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1493584/retrieve> (26.04.23)

Land zu verlassen. Ein anderes aktuelles Beispiel ist Nigeria. Dort diskutiert der Gesetzgeber einen Gesetzesentwurf, der Ärzt:innen daran hindern könnte, direkt nach ihrem Universitätsabschluss auszuwandern. Somit soll der chronische Mangel an medizinischem Personal behoben werden, denn in den letzten acht Jahren haben alleine 5.600 Ärzt:innen das Land verlassen. Beide Beispiele zeugen von der Verzweiflung im Land.

Brot für die Welt ist davon überzeugt, dass Migration einen positiven Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung weltweit leisten kann. Es geht deshalb keinesfalls darum, das Recht von Menschen einzuschränken, in andere Länder auszuwandern. Die Mobilität von Gesundheitspersonal ist Realität. Vielmehr gilt es, diese menschenrechtsbasiert zu gestalten und vor allem die negativen Auswirkungen einer aktiven Abwerbung durch Dritte, also durch Regierungen sowie private Akteure, für jedes Individuum, die lokale Gesellschaft und die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer sowie Herkunftsregion so weit wie möglich zu reduzieren.

Bei einem globalen Wettbewerb um Gesundheitspersonal drohen Länder des Globalen Südens, die über insgesamt weniger stabile Gesundheitssysteme und weniger Ressourcen zur Finanzierung dieser verfügen, die Verlierer zu sein. In der Debatte um die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland müssen deshalb nach Ansicht von Brot für die Welt folgende drei Aspekte besonders berücksichtigt werden. Nur dann kann das Ziel der Vereinten Nationen unterstützt werden, bis 2030 ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten.

1. Alle Länder sollten vorrangig im nationalen Kontext einen nachhaltigen Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufbauen und erhalten. Deutschland sollte dies im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit auch in Herkunftsländern unterstützen.

Derzeit können sich 40 Prozent der in Deutschland arbeitenden Pflegekräfte vorstellen, ihren Arbeitsplatz zu wechseln und knapp die Hälfte davon denkt sogar über die Aufgabe ihres Berufes nach.⁵ In der Ärzt:innenschaft kommt eine weitere Herausforderung hinzu. Deutschland gehört nach Indien, Pakistan und Rumänien zu den Ländern, die besonders viele im Inland ausgebildete Ärzt:innen an andere OECD-Länder verlieren.⁶ Um die bereits in Deutschland arbeitenden Gesundheitsfachkräfte zu halten, sollte Deutschland deshalb die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen insgesamt verbessern. Dies bedeutet insbesondere eine Verbesserung der Gehaltsstruktur sowie weiterer Bedingungen im Arbeitsumfeld, um dadurch die bestehenden Belastungen abzubauen. Hierzu gehören auch eine wirksame Personalplanung und Strategien zur Ausbildung und Weiterbildung, die auf den Erhalt des Personalbestands und die Motivation der Mitarbeitenden hinwirken. Der Zugang zum Arbeitsmarkt von bereits in Deutschland lebenden Mig-

⁵ Karagiannidis, C., Janssens, U., Krakau, M. et al (2020): Pflege: Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft, in Deutsches Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212089/Pflege-Deutsche-Krankenhaeuser-verlieren-ihre-Zukunft> (27.04.23)

⁶ People's Health Dispatch (2023): Bulletin #48: How to stop the brain drain?, <https://peoples-health-dispatch.ghost.io/bulletin-48/?ref=peoples-health-dispatch-newsletter> (27.04.2023)

rant:innen sollte erleichtert, gleiche Arbeitsbedingungen für bereits migrierte Gesundheitsfachkräfte erzielt sowie die Anerkennungsverfahren der ausländischen Qualifikationen von Gesundheitspersonal deutlich beschleunigt werden.

Im internationalen Kontext sollte sich die Bundesregierung noch vehementer für die weltweite Stärkung von Gesundheitssystemen einsetzen. Es reicht bei weitem nicht aus, Länder des Globalen Südens bei der Verbesserung ihrer Gesundheitsstrukturen im Rahmen von entwicklungspolitischen Ansätzen zu unterstützen – auch wenn hier von deutscher Seite noch mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden sollten, damit entsprechende Strukturen im Gesundheitswesen vor Ort gefördert werden können. Dringend notwendig ist ein kohärentes Handeln der Bundesregierung, auch in Bezug auf die aktive Anwerbung von Gesundheitspersonal aus anderen Ländern. Ziel ist insgesamt, weltweit eine flächendeckende Gesundheitsversorgung, besonders für marginalisierte Gruppen, anzubieten, kontinuierlich Gesundheitspersonal zu schulen, eine moderne Infrastruktur aufzubauen und instand zu halten, eine zuverlässige Versorgung mit medizinischen Produkten und Technologien zu gewährleisten und all dies nachhaltig zu finanzieren. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es zwar in einigen Ländern des Globalen Südens eine hohe Arbeitslosigkeit im Gesundheitsbereich gibt, dies aber nicht bedeutet, dass die Versorgung sichergestellt ist.

Ebenfalls muss gesichert sein, dass die internationale Schuldenpolitik nicht zu Sparmaßnahmen in Gesundheits- und Sozialsystemen führt. Länder des Globalen Südens sollten hingegen bestärkt werden, mehr Haushaltsmittel für deren Gesundheitssysteme und eine universelle Gesundheitsversorgung bereitzustellen.

2. Gesundheitspersonal aus dem Globalen Süden darf nur unter Berücksichtigung des WHO Verhaltenskodex zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal angeworben werden. Dabei sollten Lücken des WHO Kodexes anerkannt und eigenverantwortlich ausgefüllt werden.

Im Jahr 2010 haben die Mitgliedsstaaten der WHO einen globalen Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal beschlossen, den Deutschland unterzeichnet hat.⁷ Aus entwicklungs- und gesundheitspolitischer Perspektive sind folgende Aspekte besonders relevant: Wirtschaftlich stärkere Länder sind aufgerufen, technische und finanzielle Unterstützung für ärmere Länder zu leisten, um deren Gesundheitssysteme und vor allem ihre Fähigkeit zur Ausbildung von Gesundheitspersonal zu stärken – ausgerichtet auf den Bedarf der Herkunftsländer. Zudem soll die zirkuläre Migration erleichtert werden. Der Kodex empfiehlt außerdem, dass die zwischen zwei Regierungen unterzeichneten Migrationsabkommen für medizinisches Personal ausdrücklich sicherstellen sollen, dass die Vorteile für das Herkunftsland angemessen und verhältnismäßig zu den Vorteilen sind, die das Gesundheitssystem des Ziellandes erhält. Wesentlich ist, eine aktive Anwerbung dort zu unterlassen, wo es bereits einen kritischen

⁷ WHO (2010): Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32> (26.04.23)

Mangel an Gesundheitsfachkräften gibt. Hierfür stellt die WHO regelmäßig eine Negativliste mit besonders gefährdeten Ländern auf, aus denen explizit nicht abgeworben werden soll.

Tatsächlich besitzt der WHO Kodex mehrere Schwächen. Der Kodex ignoriert die oft ungleiche regionale Verteilung von Gesundheitspersonal und geht auch nicht auf das vielfach bestehende Stadt-Land-Gefälle bezüglich der Anzahl von Gesundheitsfachkräften ein. Auch das Entstehen so genannter Anwerbeketten, das heißt die Schwächung der Versorgung in angrenzenden Ländern in Folge der Abwanderung von Fachkräften aus einem Land, wird nicht berücksichtigt.

Zudem besitzt der WHO Kodex keine Verbindlichkeit. So hat Deutschland nur ein einziges Element des WHO Kodex in nationales Recht übernommen: Laut Paragraph 38 der Verordnung über die Beschäftigung von Ausländer:innen darf die Anwerbung in und die Arbeitsvermittlung aus bestimmten Staaten nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden. Paradoxerweise verweist die Anlage der Verordnung auf genau diejenigen Länder, die die WHO hinsichtlich der Anzahl der Gesundheitsfachkräfte als besonders kritisch einstuft.

Faktisch finden rund 75 Prozent aller Anwerbefälle nach Deutschland über private Vermittlungsagenturen statt.⁸ Staatliche Siegel wie das Gütezeichen „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ nicht sind verpflichtend. Zudem betrachten sie unzureichend die Auswirkungen für die Herkunftsländer und das dortige Gesundheitssystem.

Folglich sollte die Bundesregierung ihr derzeitiges Handeln ändern und den WHO Kodex umfassend anwenden und eigenverantwortlich ausfüllen. Ziel dieser Maßnahmen ist die Reduktion negativer Auswirkungen einer aktiven Abwerbung durch Dritte, also durch Regierungen sowie private Akteure, für jedes Individuum, die lokale Gesellschaft und die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer. Dies bedeutet insbesondere, dass:

- eine aktive Anwerbung in den von der WHO gelisteten 55 Ländern mit einer kritisch niedrigen Anzahl von Gesundheitsfachkräften keinesfalls stattfinden darf, weder von staatlicher noch von privater Seite aus. Die Verordnung über die Beschäftigung von Ausländer:innen muss dementsprechend überarbeitet werden.
- um im Sinne des WHO Verhaltenskodexes auch Vorteile für die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland zu erreichen, es notwendig ist, die Situation vor Ort umfassend einzubeziehen und Anwerbeprogramme entsprechend sensibel zu gestalten.
- die Bundesagentur für Arbeit bei der Entstehung von bilateralen Abwerbeabkommen mit anderen Ländern verpflichtend mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung zusammenarbeiten soll, damit die entwicklungspolitische Perspektive und die Interessen der Länder des Globalen Südens stärker berücksichtigt werden.
- es statt freiwilliger Gütesiegel rechtliche Vorgaben und eine feste Bindung an die WHO Regeln fairer Rekrutierung braucht.

⁸ Güldemann, H. (2022): Pillars of Health report on health worker migration and mobility in Germany, <https://pillars-of-health.eu/source/country-report-on-health-worker-migration-and-mobility-in-germany/>, S. 31 (27.04.2023)

3. Es sollten bei jedem staatlichen und privaten Anwerbeverfahren darauf geachtet werden, verlässliche Informationen zur Personalversorgung im Herkunftsland und zu den Auswirkungen der Abwerbung zu erhalten, um Programme entsprechend gestalten und nachzusteuern zu können.

Eine gravierende Schwäche in der Debatte um die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften ist der Mangel an Daten. Oft ist die tatsächliche Anzahl an Gesundheitsfachkräften unbekannt, denn die WHO-Schätzungen beruhen auf uneinheitlichen Definitionen, divergierenden Fehlermargen und oftmals veralteten Zahlen.⁹ Damit die Bundesregierung, wie vom WHO Kodex vorgegeben, sicherstellen kann, dass die Vorteile für das Herkunftsland angemessen und verhältnismäßig zu den Vorteilen sind, die das deutsche Gesundheitssystem erhält, muss die Datenlage deutlich verbessert werden. Ziel dieser Maßnahme ist eine bessere Übersicht über die reale Situation des (potentiellen) Herkunftslandes, um nach dem „do-no-harm“-Prinzip mögliche negative Folgen frühzeitig zu erkennen, zu vermeiden und abfedern zu können. Deutschland sollte im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit Bemühungen für eine bessere Datenlage unterstützen.

Zu beachten ist bei der Planung von Anwerbeprogrammen, dass einige Länder wie Indonesien und Philippinen im Zielkonflikt stehen, einerseits gewollt Gesundheitspersonal für den weltweiten Markt auszubilden, um unter anderem finanzielle Rücküberweisungen der migrierten Personen an ihre Familien in der Heimat zu erhalten. Andererseits riskieren sie damit, dass bereits potentiell unterversorgte Regionen insbesondere in ländlichen Gebieten noch erheblicher geschwächt werden. Deshalb sollte im Rahmen von Anwerbeprogrammen immer neben Gesundheitsbehörden auch unabhängige, lokale Expertise einbezogen werden, um die Ausgangssituation und auch mögliche Veränderungen im Laufe von Programmen zu erkennen und gegenzusteuern.

Dies ist besonders auch mit Blick auf staatliche Programme wie „Triple Win“ notwendig. Eine umfassende Evaluierung des „Triple Win“-Ansatzes und vergleichbarer staatlicher Programme ist erforderlich, um nachzuprüfen, ob wirklich Vorteile für alle Beteiligten entstehen. Dabei sollten auch die Auswirkungen der Abwerbung auf die gesellschaftliche Situation in den Herkunftsländern in den Blick genommen werden. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die starke Abwanderung von weiblichem Gesundheitspersonal besonders auch familiäre Versorgungsstrukturen für alte Menschen oder Kinder gefährden (die sogenannte Care-Arbeit, die alle gesellschaftlich anfallenden Betreuungs-, Erziehungs- und Versorgungstätigkeiten umfasst). Dieses Problem verschiebt sich so entlang des zwischenstaatlichen Armutsgefälles und der Sorgenotstand trifft am Ende aus globaler Perspektive die Länder des Globalen Südens. Aber auch das Entstehen von Anwerbeketten sollte stärker als bisher betrachtet werden.

⁹ Angenendt, S. et al. (2014): Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften? in SWP-Aktuell, https://www.swp-berlin.org/publications/products/aktuell/2014A25_adt_clemens_merda.pdf (27.04.2023)