

Brain-Drain durch grenzüberschreitende Abwerbung von Gesundheitsfachkräften

Deutschlands Beitrag zu einem globalen
Gesundheitsskandal

1. Herausforderung

Überall auf der Welt mangelt es an qualifiziertem Gesundheitspersonal. Nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fehlen derzeit weltweit über 17 Millionen Gesundheitsfachkräfte, davon 2,6 Millionen Ärzt*innen sowie neun Millionen Krankenpfleger*innen und Hebammen. Im bevölkerungsreichen Asien fehlen mit 6,9 Millionen zahlenmäßig die meisten Fachkräfte, aber relativ gesehen liefern die fehlenden 4,2 Millionen Fachkräfte in Afrika den größten Anlass zur Sorge. Die WHO errechnet diese Zahlen auf Basis eines aus den Nachhaltigkeitszielen (SDGs) abgeleiteten Mindestbedarfs von 44,5 Gesundheitsfachkräften (Ärzt*innen, Pflegekräfte und Hebammen) pro 10.000 Menschen (WHO 2015). In 83 Ländern in Afrika, Asien und Lateinamerika, das ist fast jeder zweite Staat auf dieser Welt, stehen nicht einmal 22,8 Gesundheitsfachkräfte pro 10.000 Menschen zur Verfügung. In diesen Fällen spricht die WHO von einer Gesundheitssystemkrise, in der nicht einmal eine elementare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten ist (Campbell et al. 2013: 17f). Nach Projektionen der WHO auf Basis derzeitiger Trends wird sich an diesem Bild bis 2030 nicht viel ändern, mit Ausnahme Afrikas: Dort wird sich die Situation noch verschärfen.

Der Zusammenhang zwischen der Dichte an Gesundheitsfachkräften und der Mortalität ist empirisch gut belegt. Wissenschaftler*innen aus Harvard haben berechnet, 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 (Farahani et al. 2009: 1922). In den Ländern des Südens leisten vor allem Pflegekräfte beziehungsweise Gemeindgesundheitsarbeiter*innen und weniger die Ärzt*innen den größten Beitrag zur Gesundheitsversorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten. Gerade auf dem Land und in städtischen Armutsvierteln in vielen Ländern des Südens beruht die Gesundheitsversorgung vornehmlich auf Pflegekräften und weniger auf Mediziner*innen. Eine Untersuchung aus Brasilien hat gezeigt, dass die bevölkerungsbezogene Zahl der Krankenpfleger*innen die Säuglingssterblichkeit in den ärmeren Schichten deutlich mehr beeinflusst als die Zahl der Ärzt*innen (Sousa et al. 2013).

2. Wechselwirkungen zwischen Fachkräftebedarf und der Anwerbung aus Drittstaaten

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ein globales Phänomen mit spezifischen nationalen Besonder-

heiten und einer langen Tradition der Abwanderung besonders qualifizierter Kräfte (Brain-Drain) verbunden mit deren Abwerbung aus den jeweils ärmeren Ländern. An- und Abwerbung von Gesundheitsfachkräften, ob staatlich reguliert, als Wanderungsbewegung oder Flucht, ist ein lange bekanntes Phänomen. Die Gesundheitssysteme der USA, Englands und Australiens sind schon seit den 1970er Jahren auf zuwandernde Ärzt*innen und Pfleger*innen angewiesen. Inzwischen bilden nahezu alle westlichen Industrienationen weniger Gesundheitsfachkräfte aus, als sie tatsächlich brauchen, oder sind nicht in der Lage, die Fachkräfte in ihrem erlernten Beruf zu halten. Mittlerweile setzen sie daher offensiv oder stillschweigend auf den Zuzug qualifizierter Kräfte aus dem Ausland. Der globale Brain-Drain von Gesundheitsfachkräften ist zu einem systemischen Problem geworden und stellt eine globale politische Determinante von Gesundheit dar; sie ist Folge jener Normen, politischen Maßnahmen und Praktiken, die aus grenzüberschreitender Interaktion oder globalen Politikentscheidungen zu Handelsbeziehungen oder intellektuellen Eigentumsrechten hervorgehen und einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerungen haben (Ottersen et al. 2014).

Einige Länder des Südens haben sich aktiv auf diese Herausforderung eingestellt. So bilden beispielsweise Indonesien und die Philippinen weit mehr Fachkräfte aus, als sie selber benötigen, um die Nachfrage auf dem globalen Arbeitsmarkt bedienen zu können. Wesentliches Motiv sind die Rücküberweisungen der Arbeitsmigrant*innen an ihre Familien in der Heimat. Nach Schätzungen der Weltbank fließen der philippinischen Volkswirtschaft auf diesem Wege jährlich 28 Milliarden Dollar zu (World Bank 2016: 5). Aber das System stößt an seine Grenzen. Die philippinische Regierung schlug 2013 in einem internen Bericht Alarm: Die stetige Steigerung der Absolvent*innenzahlen im medizinischen Bereich und die massenweise Zulassung privater Pflegeschulen hätten die Qualität der Ausbildung deutlich verschlechtert. Den enormen Ausbildungskapazitäten zum Trotz sind gleichzeitig viele ländliche Gebiete auf den Philippinen personell unterversorgt. Hinzu kommt, dass gerade die bestqualifizierten Fachkräfte ihre Heimat verlassen (DoH 2013). Letztlich räumt die Regierung den Rücküberweisungen damit eine höhere Priorität ein, als der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den ländlichen Regionen, wo Fachkräfte fehlen.

Seit gut zehn Jahren stehen die wachsenden Migrationsströme von Gesundheitsfachkräften und der damit verbundene Brain-Drain weit oben auf der internationalen

Gesundheitsagenda. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) widmete diesem Thema ihren Jahresbericht 2006 (WHO 2006) und löste damit eine intensive internationale Debatte aus. Wenige Jahre später verabschiedeten alle Mitgliedsstaaten einschließlich der Bundesrepublik Deutschland auf der Weltgesundheitsversammlung 2010 den freiwilligen WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal (WHO 2010). Dieser Kodex fordert die Staaten vorrangig auf, einen nachhaltigen einheimischen Personalbestand an Gesundheitsfachkräften aufzubauen und zu erhalten. Erst in zweiter Linie, und nur für den Fall, dass diese Versuche erfolglos bleiben, etabliert er auch Verfahren zur behutsamen grenzüberschreitenden Rekrutierung von Fachkräften.

3. Deutschlands Beitrag zum internationalen Brain-Drain

Auch in Deutschland sind Gesundheitsfachkräfte und vor allem Pflegekräfte knapp, allerdings auf einem im Vergleich zu den Ländern im Süden recht hohen Niveau: Auf 10.000 Einwohner kommen hier im Schnitt 39 Ärzt*innen bzw. 115 Pflegekräfte und Hebammen (Statistisches Bundesamt 2014). Herausforderungen ergeben sich hierzulande in erster Linie aus dem Pflegenotstand, der sich aller Voraussicht nach in naher Zukunft verschärfen wird. Weitaus mehr mediale Aufmerksamkeit bekommt indes der vermeintliche Ärztemangel, der aber primär ein soziogeografisches Verteilungsproblem darstellt. Nach einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Wirtschaftsministeriums liegt der Mehrbedarf bei Pflegekräften bis 2030 zwischen 145.000 und 320.000 (Braeseke et al. 2015: 65). Das Bundesgesundheitsministerium (BMG 2016) schätzt den Bedarf in der Pflege bis 2025 je nach Szenario und Quelle auf 110.000 bis 200.000 zusätzliche Kräfte bis 2025. Nach einer Erhebung der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di (2016) fehlen im stationären Bereich heute schon 162.000 Pflegekräfte. Der Mehrbedarf Deutschlands geht demnach in relativ naher Zukunft in die Hunderttausende, was für die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer eine ernstzunehmende Bedrohung darstellt. Das betrifft zum einen Länder wie Polen oder Rumänien, aus denen heute schon viele Ärzt*innen und Pfleger*innen nach Deutschland migrieren, aber auch solche wie Bosnien-Herzegowina, Serbien, Tunesien oder Vietnam, von wo zurzeit noch vergleichsweise wenige Gesundheitsfachkräfte nach Deutschland kommen, die aber im Fokus der Bundesregierung und ihrer offensiven Anwerbepolitik stehen.

Gängige Begründungen für den Fachkräftemangel im Gesundheitssystem sind der demografische Wandel, die gestiegene Lebenserwartung und die Alterung der Bevölkerung. Diese Argumente halten jedoch einer genaueren Betrachtung nicht Stand: Die Rolle der gestiegenen Lebenserwartung und die dadurch bedingte Mehrbelastung der Gesundheitssysteme ist keineswegs so klar, wie es den Anschein haben mag. Für Deutschland gibt es gute empirische Belege für die Kompressionstheorie, nach der die steigende Lebenserwartung vor allem auf eine längere Lebensphase mit guter Gesundheit zurückzuführen ist. Das gilt allerdings vor allem für die oberen Einkommensgruppen, deren Lebenserwartung mittlerweile fast zehn Jahre länger ist als die unterer Sozialschichten (Frauen: 8,4, Männer: 10,8 Jahre); bei der Lebenserwartung in guter Gesundheit beträgt diese Differenz sogar fast 14 Jahre (Frauen: 13,3, Männer: 14,3 Jahre) (Lampert & Kroll: 2014: 3). Die Auswirkungen einer gestiegenen Lebenserwartung auf das Gesundheitssystem und den Versorgungsbedarf hängen daher nicht so sehr von der bloßen Alterung der Bevölkerung ab, sondern auch von der Entwicklung der sozialen Ungleichheiten in Deutschland. Die zweite wichtige Determinante im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel ist die Alterung der Babyboomer aus den geburtenstarken Jahrgängen 1955-1968, die ab 2020 vermehrt in Rente gehen und in den Folgejahren zu großen Herausforderungen führen dürfte.

Der dramatische Fachkräftemangel in der Pflege ist allerdings schon heute spürbar. Seine Ursachen sind aber weit weniger schicksalhaft als hausgemacht und vor allem der bundesrepublikanischen Gesundheitspolitik der letzten beiden Jahrzehnte geschuldet. Im Gesundheitssystem hat sich in vielen Bereichen eine Fokussierung auf marktwirtschaftliche Prinzipien und Mittel durchgesetzt, in der Krankenhausfinanzierung vorrangig über die 2004 eingeführten Fallpauschalen, die Diagnosis Related Groups (DRG). Gleichzeitig verhindern bestehende Regularien und enge politisch gesetzte Finanzierungskorridore beispielsweise in vielen Landeskrankenhausplänen ein frei ausgehandeltes und marktgerechtes Lohnniveau für Pflegekräfte, das Angebot und Nachfrage in Einklang bringen würde. Vielmehr ist die Pflege im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems strukturell dem freien Spiel der Lobbykräfte ausgesetzt und müsste ihre Interessen viel stärker gegenüber den exzellent organisierten Verbänden von Ärzt*innen, anderen Leistungserbringer*innen, Versicherungen und Pharmahersteller*innen durchsetzen.

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte hat dazu

beigetragen, dass einerseits private Krankenhäuser zweistellige Gewinnmargen verzeichnen, was es vor 20 Jahren überhaupt noch nicht gab, und andererseits ein spürbarer Fachkräftemangel besteht und das Berufsbild der Pflege deutlich gelitten hat. Denn die Arbeitsbedingungen in der Pflege haben sich hierzulande mittlerweile so weit verschlechtert, dass zahllose einheimische Pflegekräfte ihrem Beruf den Rücken kehren. Seit Jahren geht die schlechte und in vielen Fällen rückläufige Bezahlung, die oft mit einer Flucht der Arbeitgeber aus Flächen- in Haustarifverträge verbunden ist, mit steigender Arbeitsverdichtung und zunehmendem Dokumentationsaufwand einher. Der Pflegeberuf ist in Deutschland inzwischen so unattraktiv geworden, dass Bundesregierung und Arbeitgeber*innen auf dem Weltmarkt nach Arbeitskräften suchen, die bereit sind, unter den hierzulande immer schlechteren Einkommens- und Arbeitsbedingungen in der Pflege tätig zu werden.

In Deutschland ist seit 2012 eine offensive und staatlich unterstützte Abwerbung von Pflegepersonal aus dem Ausland zu beobachten, die also ironischerweise zwei Jahre nach der Verabschiedung des WHO-Verhaltenskodexes Fahrt aufnahm. Die Bundesregierung wirbt vor allem um Fachkräfte aus Ländern des Ostens und Südens, zum einen über die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz) von den Philippinen, aus Vietnam, Serbien und Bosnien-Herzegowina und zum anderen in Kooperation mit dem Arbeitgeberverband Pflege aus China. Weitere innereuropäische Anwerbeaktivitäten erfolgen über das EURES-Netzwerk (European Employment Services) oder Job-Messen in den krisengeschüttelten EU-Ländern wie Spanien, Italien und Griechenland sowie in den EU-Ländern Osteuropas.

Eine Novelle der Beschäftigungsverordnung hat den deutschen Arbeitsmarkt im November 2013 für Pflegekräfte aus aller Welt geöffnet, sofern sie die Berufsankennung erhalten. Das ist seit der Verhängung des Anwerbstopps für Gastarbeiter in der alten BRD im Jahre 1972 ein einmaliger Vorgang und gilt zu Recht als Paradigmenwechsel. Dabei hat die Bundesregierung unter Bezugnahme auf den WHO-Verhaltenskodex Einschränkungen erlassen: Sie verbietet die aktive Abwerbung von Pflegekräften aus 57 Ländern, die laut WHO unter einem krisenhaften Mangel an Gesundheitsfachkräften leiden. Warum die Bundesregierung aber lediglich die Rekrutierung von Pflegekräften aus diesen Ländern untersagt, nicht aber diejenige von Ärzt*innen, bleibt unverständlich; ein solches Vorgehen ist opportunistisch und inkohärent.

Nach derzeitiger Gesetzeslage kann die ordnungswidrige aktive Anwerbung einer Pflegekraft aus einem der Ausschlussländer wie Indien oder Kenia eine/n deutschen Personalagent*in oder Arbeitgeber*in bis zu 30.000 Euro Strafe kosten. Die Freiheit der indischen oder kenianischen Pflegekraft, auf eigene Initiative in Deutschland zu arbeiten, ist dadurch aber nicht eingeschränkt. Das mag inkonsequent erscheinen, entspricht aber dem Wortlaut des WHO-Verhaltenskodexes. Dieser fordert zwar die Einschränkung der „aktiven Abwerbung“ aus Krisenländern, lehnt aber Barrieren gegen die individuelle Migration ab. In § 3.4 heißt es dazu: „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.“ (Ramm et al. 2013: VI). Daraus folgt im Übrigen für die aktuelle Debatte über eine schnellere Integration von Flüchtlingen, dass nichts im WHO-Verhaltenskodex gegen einen beschleunigten Zugang geflüchteter Gesundheitsfachkräfte zum hiesigen Arbeitsmarkt spricht.

4. Erfahrungen von Pflegefachkräften auf dem deutschen Arbeitsmarkt

Pflegekräfte aus dem inner- und außereuropäischen Ausland kommen mit großen Erwartungen auf den deutschen Arbeitsmarkt. Sie landen dabei in einem Tätigkeitsbereich, den viele einheimische Kolleg*innen schon frustriert verlassen haben. Ein/e Arbeitgeber*in muss nicht nur in der Lage sein, Personal im Ausland anzuwerben, er muss es auch binden können. Damit sind erhebliche Herausforderungen in Sachen Personaleinsatz und -entwicklung verbunden, die beispielsweise Konzepte des Diversity-Managements erfordern, welche in den Betrieben des Gesundheitswesens bisher noch ganz am Anfang stehen. Bei der Rekrutierung und Bindung greifen einige Betriebe zu unlauteren Mitteln wie zum Beispiel den „Knebelverträgen“ für spanische Pflegekräfte der in Bayern und Berlin ansässigen Gesellschaft für Intensivpflege mbH (GIP): Bei Kündigung vor Ablauf von 18 Monaten sollten angeworbene Arbeitnehmer*innen mehrere tausend Euro für die Kosten des Sprachkurses bezahlen. Das Pikante an diesem Fall ist zudem, dass die Sprachkurse auch aus EU-Mitteln und über Programme der Bundesregierung gefördert waren. Hier liegt der Verdacht eines Sozialbetrugs vor. Gegen diese Formen „moderner Schuldknechtschaft“ (Kreysler 2014) ist der ver.di-Landesbezirk Berlin-Brandenburg vorgegangen, woraufhin die GIP ihr Anwerbeprogramm

eingestellt hat, ebenso wie die Hamburger Asklepios-Kliniken ihren Versuch, 150 Pflegeschüler*innen aus Tunesien anzuwerben. Das Projekt scheiterte 2013 an Querelen um die Eigenbeteiligung der Pflegeschüler*innen an ihrer Ausbildung in Höhe von 19.000 EUR und die damit verbundene hohe Vorabverschuldung [Berger 2013].

Diese Erfahrungen zeigen, wie wichtig es ist, dass die Rekrutierung über staatliche Stellen beziehungsweise unter öffentlicher Aufsicht stattfindet. Die Einhaltung der rechtlichen und ethischen Standards muss immer gegenüber privatwirtschaftlichen Interessen gewahrt bleiben. Die aus dem Bundeswirtschaftsministerium vernehmbaren Äußerungen, die Anwerbung vietnamesischer Krankenpfleger*innen über die giz sei auf Dauer zu teuer – Harald Kuhne, der Leiter der Zentralabteilung spricht gerne von einer „Anwerbung mit Goldrand“ [Wanke 2014] – und in Zukunft solle stattdessen der Privatsektor die Initiative übernehmen, nähren nicht nur Befürchtungen, dass die Bedeutung ethischer Standards bei der Auslandsrekrutierung zurückgeht. Gleichermaßen sind weitere Runden von Lohndumping und Beschneidung von Arbeitnehmerrechten und weitere Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege zu erwarten.

Ein weiterer Aspekt sind die Wirkungen der Anwerbung auf die Ausbildungssituation und entsprechende Kompensationsleistungen. Die Öffnung der Grenzen für qualifizierte Gesundheitsfachkräfte verlagert die entsprechenden Ausbildungskosten ins Ausland. Um den sich daraus ergebenden volkswirtschaftlichen Verzerrungen entgegenzuwirken, sind Kompensationszahlungen in Form von Transferleistungen an die Ausbildungssysteme der Herkunftsländer geboten. Schon bei den Verhandlungen zum WHO-Verhaltenskodex hatten sich Südländer und Zivilgesellschaft für derartige Kompensationsleistungen stark gemacht, konnten diese Forderung damals aber nicht durchsetzen. Stattdessen regt der Kodex die Ausweitung der technischen Entwicklungszusammenarbeit an, was vorrangig die Interessen der Entwicklungsindustrie bedient. Im Interesse aller Beteiligten (abgesehen von der Entwicklungsindustrie) ist dieses Paket noch einmal aufzuschnüren und nachzuverhandeln.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die bisherigen Formen der Auslandsrekrutierung weiteren Druck auf das Berufsbild der Pflege ausüben, die Kernprobleme des hiesigen Pflegemarktes eher verschärfen als lösen und eine beständige Abwärtsspirale in Gang setzen.

5. Reagieren oder Gestalten?

Wichtigster Mechanismus zur Überprüfung der Umsetzung des WHO-Kodexes ist die dreijährige Berichtspflicht der Mitgliedsstaaten. So legten die Unterzeichnerstaaten auf der Weltgesundheitsversammlung im Mai 2016 Rechenschaft über den zweiten Dreijahres-Zyklus 2013–2015 ab. Im Bericht der deutschen Bundesregierung an die WHO fällt dabei vor allem die Passage über die wesentlichen Schritte zur Stärkung der einheimischen Personaldecke auf, in der die Bundesregierung die Einführung des Mindestlohns in der Pflege als vorrangige Maßnahme anführt, ohne Details anzugeben. Allerdings lag der Pflegemindestlohn im Berichtszeitraum in den alten Bundesländern zwischen 9,00 und 9,40 Euro, in den neuen Bundesländern aber zwischen 8,00 und 8,65 Euro und damit teilweise unter oder lediglich knapp über dem allgemeinen Mindestlohn von 8,50 Euro, der auch für ungelernte Tätigkeiten gilt. Trotzdem stellt die Bundesregierung den Pflegemindestlohn gegenüber der WHO als zentrale Maßnahme zur Behebung des Fachkräftemangels dar [WHO 2016: 4, 10].

An zweiter Stelle benennt der Bericht die Qualifizierungsoffensive und an dritter die Flexibilisierung der Arbeitszeiten im Pflegebereich [ibid.]. Angesichts der deutlich sinkenden Attraktivität des Pflegeberufs ist eine derartige Flickschusterei, die vor allem mehr Personal für ein beschädigtes Berufsbild qualifizieren will, nicht ernst zu nehmen. Denn eine wirksame Strategie gegen das Fachkräfteproblem muss neben der Bezahlung der Arbeitskräfte auch die Zahl und Qualität der Arbeitsplätze in den Blick nehmen. Hier bedarf es einer erheblichen Verbesserung der Arbeits- und Einsatzbedingungen, damit ausgebildete Pflegekräfte überhaupt qualifizierte Arbeit leisten können und nicht nur das „tägliche Chaos“ zu verwalten haben. Dafür kämpfen auch gewerkschaftlich organisierte Pflegekräfte und ihre Interessenvertretungen; die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di fordert schon seit Jahren gesetzliche Vorgaben für die Personalbemessung auf den Stationen. Die Belegschaft der Berliner Charité hat nach jahrelangem und zum Teil erbittert geführtem Arbeitskampf erstmals eine derartige Mindestpersonalbemessung auf tarifvertraglicher Ebene durchgesetzt. Mitarbeiter*innen anderer Versorgungseinrichtungen wollen dem Modell folgen.

Dieses und andere Beispiele zeigen: Wenn die Arbeit in der Pflege zum Spielball eines wettbewerbsbestimmten und profitorientierten Krankenhauswesens wird, sind die Betroffenen gezwungen, selber für die Qualitätsstandards ihrer Arbeit zu kämpfen. Denn Arbeitsverdichtung, sinken-

de Löhne und Tarifflicht nehmen den Beschäftigten jede Zufriedenheit mit ihrer eigentlich sinnstiftenden Tätigkeit.

6. Forderungen an die Bundesregierung für eine kohärente nationale und globale Gesundheitspersonalpolitik

Wir fordern die Bundesregierung auf, alles dafür zu tun, dass die Attraktivität der Ausbildung und der Arbeitsplätze in der Pflege wieder steigt und gut ausgebildete Fachpflegekräfte aus dem In- und Ausland hier eine Zukunftsperspektive finden. Anständige und gute Arbeitsbedingungen in der Kinder-, Kranken- und Altenpflege sind nicht nur für die Pflegekräfte und die Patient*innen von höchster Dringlichkeit. Langfristig sind sie auch ein wertvoller entwicklungspolitischer Beitrag gegen die Abwanderung qualifizierter Arbeitskräfte aus den Ländern des Südens und Ostens und zur Stärkung der dortigen Gesundheitssysteme. Im Einzelnen fordern wir:

- Die Bundesregierung hat die Rahmenbedingungen und gesetzlichen Vorgaben für die Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens so anzupassen, dass die Interessen der Pflege und anderer Gesundheitsprofessionen in den relevanten Gremien mehr Einfluss und ein größeres Gewicht bekommen.
- Die beteiligten Ministerien sollen in Zusammenarbeit mit den politischen und gewerkschaftlichen Interessenvertretungen der Pflege Strategien zur nachhaltigen Gesundheitspersonalentwicklung erarbeiten und umsetzen. Ziel muss es sein, die Attraktivität der Arbeitsplätze in der Pflege und der Pflegeberufe in Deutschland zu steigern, um so den Bedarf an grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften zu verringern.
- Die negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte erfordern die Überwindung des marktvermittelten Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern und eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung über Diagnosis Related Groups (DRG).
- Wesentliche Elemente des WHO-Kodexes sind verbindlich in deutsche Rechtsvorschriften zu überführen.
 - o Dies gilt insbesondere für Maßnahmen zur nachhaltigen Gesundheitspersonalentwicklung und hier insbesondere für bedarfsgerechte Personalvorgaben in der Pflege.
- o Das für Pflegekräfte bestehende Verbot aktiver Abwerbung aus einem der 57 Krisenländer ist auf alle anderen Gesundheitsberufe und insbesondere auch auf Ärzt*innen auszuweiten.
- Die Bundesregierung soll sich auf internationaler Ebene und insbesondere im Rahmen der WHO für eine Kompensation der Ausbildungskosten in den Herkunftsländern für abwandernde Gesundheitsfachkräfte einsetzen.
- Die Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten soll grundsätzlich nur im Rahmen von bilateralen Regierungsabkommen und über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) beziehungsweise über von der ZAV zertifizierte Vermittler*innen erfolgen. Wir begrüßen es, dass die Bundesregierung mit den Philippinen ein bilaterales Abkommen geschlossen hat und regen an, dieses Abkommen als Modell für weitere Länder zu nutzen [Ramm & Güllemann 2013].
- Der Erwerb ausreichender Sprachkenntnisse ist zwingende Voraussetzung für eine Berufsanerkennung in Deutschland. Die Kosten des Spracherwerbs sind von den Vermittlern beziehungsweise den Arbeitgeber*innen zu tragen; sie sind rechtlich den Ausbildungskosten für einheimische Pflegekräfte gleichzustellen und dürfen nicht zu Lasten der zuwandernden Pflegekräfte gehen.

7. Literatur

- Berger, Jens** [2013]. Falsches Spiel mit tunesischen Pflegeschülern in Hamburg. Landau: NachDenkSeiten (<http://www.nachdenkseiten.de/?p=18340>).
- Braeseke, Grit; Hernández, Jessica; Hofmann, Esther; Peters, Verena; Richter, Tobias; Augurzky, Boris; Heger, Dörte; Rappen, Hermann; Stroka, Magda ; Wübker, Ansgar** [2015]. Ökonomische Herausforderungen der Altenpflegewirtschaft: Endbericht. RWI Projektberichte. Berlin / Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. (http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/rwi-pb_altenpflegewirtschaft_endbericht.pdf).
- BMG** [2016]. Pflegefachkräftemangel. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html>).
- Campbell, Jim; Dussault, Gilles; Buchan, James; Pozo-Martin, Francisco; Guerra Arias, María; Leone, Claudia; Siyam, Amani; Cometto, Giorgio** [2013]. A universal truth: no health without a workforce. Genf: World Health Organization (http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf).
- Department of Health** [2013]. Reformulated Human Resources for Health Master Plan - HRH Strategy for the Philippines: 2014 - 2030. Manila: DoH.
- Farahani, Mansour; Subramanian, S. V.; Canning, David** [2009]. The effect of changes in health sector resources on infant mortality in the short-run and the long-run: a longitudinal econometric analysis. *Soc Sci & Med* 68 (11): 1918-1925. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.03.023 (https://www.researchgate.net/profile/Mansoor_Farahani2/publication/24274153_The_Effect_of_Changes_in_Health_Sector_Resources_on_Infant_Mortality_in_the_Short-Run_and_the_Long-Run_A_Longitudinal_Econometric_Analysis/links/0c96051cb0925817f2000000.pdf?origin=publication_detail).
- High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth** [2016]. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250047/1/9789241511308-eng.pdf>).
- Kreysler, Peter** [2014]. ModerneSchuldknechtschaft-Knebelverträge für ausländische Pflegekräfte. Köln: Deutschlandfunk (http://www.deutschlandfunk.de/moderne-schuldknechtschaft-knebelvertraege-fuer.862.de.html?dram:article_id=288429).
- Lampert, Thomas; Kroll, Lars Eric** [2014]. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 2/2014: Berlin: Robert-Koch-Institut (http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf).
- Ottersen, Ole Petter; Dasgupta, Jashodhara; Blouin, Chantal; Buss, Paulo; Chongsuvivatwong, Virasakdi; Frenk, Julio; Fukuda-Parr, Sakiko; Gawanas, Bience; Giacaman, Rita; Gyapong, John; Leaning, Jennifer; Marmot, Michael; McNeill, Desmond; Mongella, Gertrude; Moyo, Nkosana; Møgedal, Sigrun; Ntsaluba, Ayanda; Ooms, Gorik; Bjertness, Espen; Lie, Ann Louise; Moon, Suerie; Roalkvam, Sidsel; Sandberg, Kristin; Scheel, Inger** [2014]. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 383 (9917): 630-667. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62407-1 ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62407-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62407-1.pdf)).
- Ramm, Wolf-Christian; Güllemann, Heino; Melissis, Athanasios** (Hrsg.) [2013]. Handbuch: Der globale Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften. Osnabrück / Berlin: terre des hommes Deutschland (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/de/WHO_Verhaltenskodex_tdh.pdf; <http://docplayer.org/15458754-Handbuch-der-globale-verhaltenskodex-der-who-fuer-die-internationale-anwerbung-von-gesundheitsfachkraeften.html>).
- Ramm, Wolf-Christian; Güllemann, Heino** (Hrsg.) [2013]. HW4all Case studies: Germany. Osnabrück / Berlin: terre des hommes (http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/eu/hw4all_papers/Best_Practice_Examples_from_Germany.pdf).
- Sousa, Angelica; Dal Poz, Mario; Boschi-Pinto, Cynthia** [2013]. Reducing inequities in neonatal mortality through adequate supply of health workers: evidence from newborn health in Brazil. *PloS one* 8 (9): e74772. DOI: 10.1371/journal.pone.0074772 (<http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371/journal.pone.0074772.PDF>).
- Statistisches Bundesamt** [2014]. Gesundheit - Personal. Wiesbaden: DESTATIS (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Personal-PDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile).
- ver.di** [2016]. Kliniken fehlen 162.000 Beschäftigte. Berlin: Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaften (<https://www.verdi.de/themen/arbeit/++co++52cc252c-7a86-11e2-b5ee-52540059119e>).
- Wanke, Cornelia** [2014]. Ausbildung vietnamesischer Pflegekräfte ist für alle ein Gewinn. Gesundheitsstadt Berlin, 23. August 2014 (<https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/ausbildung-vietnamesischer-pflegekraefte-ist-fuer-alle-ein-gewinn-4357>).
- World Bank** [2016]. Migration and Remittances - Recent Developments and Outlook. Washington D.C. (<https://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1288990760745/MigrationandDevelopmentBrief24.pdf>).
- WHO** [2006]. Working together for health: The world health report 2006. Genf: World Health Organization (http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf).
- WHO** [2010]. User's guide to the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Genf: World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_HRH_HMR_2010.2_eng.pdf).
- WHO** [2015]. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Draft for consultation. Genf: World Health Organization (http://www.who.int/hrh/resources/glob-strat-hrh_workforce2030.pdf).
- WHO** [2016]. National Reporting Instrument (2015) reports database. Genf: World Health Organisation [Bericht herunterzuladen über Registrierung unter: <http://www.who.int/hrh/migration/code/code-nri/reports/en>].

Diese lose Reihe von Hintergrundpapieren wird von der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit herausgegeben [www.plattformglobalegesundheit.de].

Weil individuelle Gesundheit zu großen Teilen gesellschaftlich bedingt ist, erfordert nachhaltige Gesundheitsförderung politisches Handeln. Politik ist Medizin im Großen, das wusste schon der Sozialmediziner Rudolf Virchow. Daher steht unsere Reihe in der Tradition von Rudolf Virchow.

Unterstützer:

- GandHI
- ippnw
- medico international
- MEZIS
- Professor Dr. Oliver Razum, Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- Stiftung Umverteilen! Asien AG
- vdää
- VdPP
- ver.di

