

3. Der WHO-Verhaltenskodex

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

Bei der inhaltlichen Betrachtung des Themas wird deutlich, dass die Frage nach der Verteilung von Gesundheitsfachkräften nicht solitär und innerhalb eines Landes beantwortet werden kann. Vielmehr liegt eine internationale und globale Vernetzung vor, die eine solch vernetzte Zusammenarbeit erforderlich macht. Wie in den aller meisten Bereichen internationaler Organisation und Regulierung birgt ein solch internationales Vorgehen stets Schwierigkeiten. Die Komplexität der Fragestellung, internationale Interdependenzen, sowie die Fragmentierung von Institutionen und Entscheidungsträgern verhindern eine monokausale, einseitig-nationale Vorgehensweise. In diesem Zuge und auch durch Wissen um die Transnationalität von Krankheiten, sowie die erheblichen Disparitäten in der Gesundheitsversorgung¹⁸⁶, wurde der Blick zunehmend auf eine internationale Gesundheitspolitik, die Global Health Gouvernance gelenkt. Diese bezieht sich weniger auf die individuelle Ebene des Gesundheitsschutzes, sondern rekuriert vielmehr auf Systeme, Strukturen, Abhängig-

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

keiten sowie auf die Entwicklung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien.¹⁸⁷

3.1 Globalpolitischer Hintergrund

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

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

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

188 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance“, S. 1.

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

190 Vgl. Richter, J.: *Soft Law in International Health – the Case of the WHO's Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, Zürich 2017, S. 139.

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

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

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

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

192 Vgl. Hein, W.: „Global Health Governance“, S. 5.

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

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

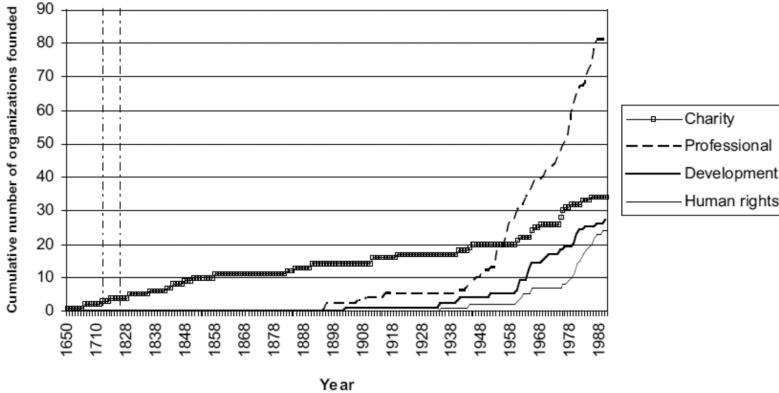


Abb. 4: Entwicklung der globalen Organisationen im Feld Gesundheit¹⁹⁶

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

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

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

196 Radek, M. E.: Weltkultur, S. 97.

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

Innerhalb dieses Systems globaler Gesundheitspolitik versucht die WHO Steuerungs- und Regulierungsmechanismen einzubauen. Die angesprochenen Entwicklungen im Bereich der Migration von Gesundheitsfachkräften brechen nicht erst in neuester Zeit auf, sondern sind bereits seit vielen Jahren absehbar. Wie die steigende Anzahl der Organisationen, die sich mit globaler Gesundheitspolitik beschäftigen, zeigt, nahm die politische Aufmerksamkeit und Bedeutung insgesamt in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts enorm zu. Es lassen sich einige Versuche der übernationalen Steuerung von Migrationsbewegungen im Gesundheitssektor herausarbeiten. Beispielsweise sind hier Abkommen zu nennen zwischen den Philippinen und Kanada, der Verhaltenskodex des National Health Service (NHS) von 2001, der 2003 verabschiedete *Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers*,¹⁹⁸ oder der *Public Service Unions and European Hospital and Healthcare Employers' Association code of conduct* von 2008.¹⁹⁹ Die verschiedenen Ansätze haben durchaus lokal Wirkung gezeigt, gleichzeitig aber wächst das Bewusstsein dafür, dass die Migration als ein internationales Phänomen nicht ausschließlich lokal oder sektoral gesteuert werden kann. Vielmehr bedarf es dafür globaler statt bilateraler Steuerungsversuche.

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

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

199 Vgl. WHO: User's Guide, S. 15f.

3.2 Entstehung des Dokuments

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

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

²⁰⁰ Vgl. WHO: User's Guide, S. 5.

²⁰¹ Vgl. WHO: User's Guide, S. 5.

strichen.²⁰² Daraufhin wurde eine Kommission aus Vertretern und Vertreterinnen der Länder, sowie von NGO-Vertreter:innen und Mitarbeitenden der WHO gegründet.²⁰³ Beiträge aus verschiedensten internationalen Foren, bi- oder multilateralen Konferenzen wurden in dem Dokument synthetisiert.²⁰⁴ Inhaltlich kann der Kodex der WHO auf viele Aspekte der verschiedensten bilateralen und multilateralen Abkommen zwischen einzelnen Ländern zurückgreifen.²⁰⁵ Zwischenzeitlich war das Vorhaben des gemeinsamen Kodex immer wieder ins Stocken geraten und erst wieder auf die Agenda gerückt, als die WHO das Thema der Migration im Gesundheitssektor im Jahr 2006 „ins Zentrum ihres Weltgesundheitsberichtes [rückte] und [...] damit eine intensive globale Debatte aus[löste].“²⁰⁶ Auch in der Erklärung von Kampala vom März 2008 musste erneut an die WHO appelliert werden, die Arbeit an dem und die Verhandlungen um den Verhaltenskodex weiter voranzutreiben.²⁰⁷ Im Jahr 2008 wurde der erste Entwurf veröffentlicht, zur Debatte gestellt und erste Änderungsvorschläge und Anmerkungen wurden eingearbeitet. Es folgten weitere Foren, nationale und internationale Treffen, sowie Überarbeitungen. Die Erarbeitung des Kodex war ein aufwändiger, vielschichtiger und komplexer Prozess, da die Zustimmung und Annahme des Kodex und die Beteiligung der einzelnen Mitgliedsstaaten von zentraler Bedeutung war. Dies gelang, indem am 21. Mai 2010 der

-
- 202 Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, 1. Nebenveranstaltung: Entwicklung eines Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, Tallinn 25. Juni 2008, S. 2.
- 203 Vgl. Richter, J.: *Soft Law in International Health – the Case of the WHO’s Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, Zürich 2017, S. 146f.
- 204 Vgl. Taylor, A. L./Dhillon, I. S.: *WHO Global Code*, S. 187.
- 205 Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO: *Entwicklung eines Verhaltenskodexes*, S. 5.
- 206 Güllemann, H.: *Der globale Pflegenotstand*. In: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 1/2017, online unter: <https://www.blaetter.de/ausgabe/2017/januar/der-globale-pflegenotstand> (Stand: 30.06.2021).
- 207 Vgl. Europäische Ministerkonferenz der WHO: *Entwicklung eines Verhaltenskodexes*, S. 2.

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

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

3.3 Inhaltliche Schwerpunkte

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

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

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

²⁰⁸ Vgl. WHO: User's Guide, S. 6.

²⁰⁹ Vgl. im Folgenden: World Health Organisation – WHO (Hrsg.): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Genf 2010, in der Übersetzung: World Health Organisation – WHO (Hrsg.): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Genf 2010. Inoffizielle, von Deutschland, Österreich und der Schweiz genehmigte Übersetzung der englischsprachigen Originalversion, online unter:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Inhaltsfeld	Empfohlene Maßnahmen
Ethische internationale Praxis der Anwerbung	<p>Verbot einer aktiven Anwerbung aus Entwicklungsländern mit Personalnotstand (Art. 5.1)</p> <p>Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Stellen, wie Berufskammern oder Anwerbenden (Art. 4.1)</p> <p>Berücksichtigung des Gesundheitswesens der Herkunftsländer seitens Anwerbenden und Arbeitgebern (Art. 4.2)</p> <p>Faire und angemessene Anwerbe- und Vertragspraxen (Art. 4.3)</p>
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>

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

<p>Internationale Kooperation</p>	<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> <p>Fokus: beidseitiger Gewinn (Art. 5.1)</p>
<p>Datensammlung und Forschung</p>	<p>Verlässliche und vergleichbare Informationssysteme für Gesundheitsfachkräfte (Art. 6.2, 6.4)</p> <p>Förderung von Forschungsprogrammen und -partnerschaften zur Analyse der Migration von Gesundheitspersonal, zur Erfassung des Bedarfs sowie zur Planung der Bedarfsdeckung (Art. 6.3)</p>
<p>Informationsaustausch</p>	<p>Internationaler Informationsaustausch durch aktualisierte Datenbanken, transparente Darstellung von Gesetzen und Regulierungen (Art. 7.2)</p> <p>Regelmäßige Übermittlung und Berichte an die WHO (Art. 7.2)</p> <p>Benennung einer nationalen, verantwortlichen Behörde zum Informationsaustausch und zur Kommunikation mit der WHO (Art. 7.3, 7.4)</p>
<p>Implementierung des Kodex und Überwachung der Einhaltung</p>	<p>Zusammenarbeit mit allen relevanten Interessengruppen und Akteuren (Art. 8.1, 8.3, 8.4, 8.5)</p> <p>Überführung in nationales Recht (Art. 8.2)</p> <p>Registrierung behördlich zugelassener Anwerbeagenturen und Überwachung dieser bezüglich der Einhaltung des Kodex (Art. 8.5)</p> <p>Analyse und Beurteilung der Gesundheitssysteme, aus denen rekrutiert wird (Art. 6.4, 8.7)</p> <p>Regelmäßige Berichterstattung (Art. 9.1)</p> <p>Benennung der Aufgabenfelder der WHO (u.a. Unterstützung, Erstellung von Leitlinien, Vernetzung) (Art. 9.3)</p>

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

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

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

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

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

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

3.4 Wirkkraft des Kodex

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

220 Vgl. Efendi, F./Chen, C.-M.: Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the international recruitment of health personnel: the case of Indonesia. In: BMC Health Services Research, Jg. 14, Nr. 2, 2014, S. 35.

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

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

Der Kodex rückt die, mit der Migration einhergehenden Probleme, in den einzelnen Gesundheitssystemen in den Fokus und fördert damit zumindest teilweise das Bewusstsein und die Sensibilität der beteiligten Akteur:innen. Dennoch spricht vieles für eine weiterhin starke Priorisierung nationaler Interessen²²⁵. Auch die Entwicklungen der Zahlen legt nahe, dass die Umsetzung der Kodexinhalte in vielen Teilen der Welt ausbaufähig und -bedürftig ist.

221 Vgl. Bourgeault, I. L./Labonté, R./Packer, C./Runnels, V./Murphy, G.T.: Knowledge and potential impact of the WHO Global code of practice on 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wie auch die anderen 193 Länder, unterzeichnete Deutschland die Selbstverpflichtung am 21. Mai 2010. Dadurch, dass die Umsetzung des WHO-Kodex auf freiwilliger Basis geschieht, ist eine automatische Überführung in deutsches Recht jedoch nicht geschehen. Trotz der Verfasstheit als internationales Soft-Law-Instrument, lassen sich einige Punkte erkennen, die auf eine Umsetzung des im Kodex geforderten Umgangs mit Migration im Pflegesektor hinweisen. Insgesamt zeigt sich eine durchwachsene Bilanz für den WHO-Kodex. Die deutsche Bundesregierung unternimmt durchaus Maßnahmen, um eine nachhaltige und stabile Versorgung mit Gesundheitsfachkräften aus dem eigenen Land aufzubauen. So sollen beispielsweise die Ausbildungskapazitäten jährlich um etwa zehn Prozent erhöht werden²³⁰ oder Bezahlung oder Arbeitsbedingungen verbessert werden und auch auf anderen Ebenen wird der Gesetzgeber tätig. Ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz, sowie Änderungen in der Approbationsordnung sollen die Bedingungen für Ärztinnen und Ärzte vor allem im ländlichen Raum verbessern, Bürokratie abbauen und Flexibilität schaffen, um den Beruf attraktiver zu gestalten.²³¹ Dennoch hat sich der Personalnotstand – besonders in der Pflege – in den letzten Jahren kaum gebessert. Dies führt dazu, dass die Bundesregierung noch im Jahr 2013 plante, weitere „2000 qualifizierte Pflegekräfte aus Vietnam, Indonesien, Indien, Tunesien, Serbien und Albanien abzuwerben“²³², obwohl Länder wie Indonesien oder Indien laut den Kriterien der WHO selber einen kritischen Fachkräftemangel aufweisen.²³³

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

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

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

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

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

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

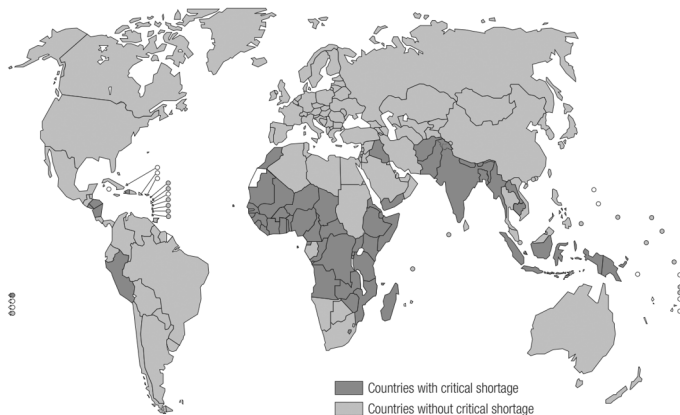


Abb. 5: Länder mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften (Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen)²³⁶

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

reiche mehr oder weniger große Defizite bezüglich ihres Implementierungsstands aufweisen.²³⁹

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

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

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

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

