

Brain drain bei Gesundheitspersonal

Sonja Weinreich, 12.1.2008

Mit Brain drain ist die Abwanderung von hochqualifizierten Arbeitskräften aus Entwicklungsländern in reiche Länder gemeint. In Afrika südlich der Sahara gab es zu Beginn des 21. Jahrhunderts nur noch ungefähr 20.000 qualifizierte Wissenschaftler. Dies entspricht einem Anteil von 0,36 Prozent der Wissenschaftler/innen weltweit. Schätzungen zufolge arbeiten mehr als 30.000 promovierte Akademiker/innen aus Afrika in Übersee und jedes Jahr verlassen 23.000 Graduierte Afrika, größtenteils nach Europa.¹ Schätzungen zufolge hat Afrika in weniger als zwei Jahrzehnten ein Drittel seiner Akademiker verloren. Betroffen sind vor allem Ägypten, Südafrika, Nigeria, Kenia und Ghana.

Die WHO definiert eine "angemessene Anzahl an Gesundheitsfachkräften" (health workforce), wenn wenigstens 2,3 gut ausgebildete Gesundheitsfachkräfte (health care providers) pro 1000 Menschen zur Verfügung stehen. Diese müssen wenigstens 80% oder mehr der Bevölkerung mit qualifizierter Geburtshilfe und Impfungen für Kinder erreichen. 75 Länder – 36 von ihnen in Afrika südlich der Sahara – haben jedoch einen schwerwiegenden Mangel an Gesundheitsfachkräften. Weltweit werden mehr als 4 Millionen zusätzliche Ärzt/innen, Krankenschwestern, Hebammen, Manager und Public Health Worker dringend gebraucht, um diese Lücke zu füllen.² Afrika braucht wenigstens eine Million zusätzliche Gesundheitsfachkräfte, um wirkliche Fortschritte zu erzielen.

Um die Millenniumsentwicklungsziele zu erreichen, sind 2,5 Gesundheitsfachkräfte (health workers) pro 10.000 Einwohner nötig. Dieses Verhältnis ist in Afrika jedoch nur 0,8 und auf dem Land relativ schlechter als in den städtischen Gebieten. Afrika hat 14% der Weltbevölkerung, 25% der globalen Krankheitsbelastung und nur 1,3% des globalen Gesundheitspersonals.³ Die HIV/Aids Epidemie hat die Situation noch verschlimmert, durch den Tod von Gesundheitspersonal bei gleichzeitig steigender Patient/innenzahl.

Die Ursachen für den Mangel an Gesundheitsfachkräften sind fehlende finanzielle Mittel, mangelhafte Planung und Migration.

Daten von der OECD zeigen, dass in Übersee ausgebildete Ärzt/innen und Krankenschwestern einen signifikanten Anteil des Gesundheitspersonals in OECD Ländern ausmachen, vor allem in den englisch-sprechenden Ländern. Die Migration von Gesundheitsfachkräften aus afrikanischen Ländern in die entwickelten Länder hat so hohe Ausmaße erreicht, dass es in bestimmten Großstädten der Industrieländer mehr Gesundheitsfachkräfte als in den afrikanischen Heimatländern gibt.

Tab: Ärzt/innen und Krankenschwestern, die in Übersee ausgebildet wurden

Land	Ärzt/innen	%	Krankenschwestern	%
Deutschland	17.000	6%	26.000	3%
Großbritannien	70.000	33%	65.000	10%
USA	213.000	27%	100.000	5%

¹ <http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial118pdf.pdf>

² Die WHO hat im Mai 2006 daher die Global Health Workforce Alliance geschaffen. (Diese geht in ihren Vorschlägen allerdings nicht auf Migration und Brain drain ein, sondern auf Ausbildung usw.)

³ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr26/en/index.html>

Die in Afrika südlich der Sahara ausgebildeten Ärzte machen 23% der Ärzteschaft in ihren Ursprungsländern aus. Dieser Wert reicht von 3% in Kamerun bis zu 37% in Südafrika.

Beispiele: Aus Nigeria wanderten (bis 2004) über 20.000 Ärzte in die Industrieländer. Botswana wiederum verliert viele Ärzte an Südafrika, südafrikanische Ärzte gehen nach Europa.

Krankenschwestern, die in Afrika südlich der Sahara ausgebildet wurden und in OECD Ländern arbeiten, stellen 5% des Gesundheitspersonals.

Tab: In Afrika südlich der Sahara ausgebildete Ärzt/innen, die in OECD Ländern arbeiten

Ursprungsland	Anzahl der Ärzt/innen im Ursprungsland	Anzahl der Ärzt/innen aus Afrika südlich der Sahara in 7 OECD Ländern	Prozentsatz dieser Ärzt/innen des Heimatlandes
Angola	881	168	19%
Kamerun	3.124	109	3%
Äthiopien	1.936	335	17%
Ghana	3.240	926	29%
Mozambique	514	22	4%
Nigeria	34.923	4.261	12%
Südafrika	32.973	12.136	37%
Uganda	1.918	316	16%
Tansania	822	46	6%
Simbabwe	2.086	237	11%
Total	82.417	18.556	23%

Migration findet innerhalb von Ländern vor allem vom Land in die Stadt, und von Land zu Land statt. Die Hauptgründe für Migration sind „besseres Leben“ und höherer Verdienst. Migration wird typischerweise durch eine wachsende Unzufriedenheit mit den bestehenden Lebens- und Arbeitsbedingungen – die sog. „Push factors“ - ausgelöst. Die sog „Pull factors“ sind das Wissen um bessere Bedingungen woanders.

Push factors: Unzufriedenheit mit einem Mangel an Aufstiegsmöglichkeiten (Beförderung), schlechtes Management, zu große Arbeitsbelastung, Mangel an Facilities wie Schulen für die Kinder, ein schlechter werdender Gesundheitsdienst, nicht angemessene Lebensbedingungen und hohe Kriminalitätsrate.

Pull factors: Aussicht auf bessere Bezahlung, Erreichen von höheren Qualifikationen, Gewinnen von Erfahrungen, sicherere Umgebung und familiäre Erwägungen.

Die Migration fördernde Faktoren sind:

- In den reichen Ländern gibt es einen wachsenden Bedarf an Gesundheitspersonal, der nicht gedeckt wird.
- Eine wachsende Zahl von Ländern mit mittlerem Einkommen bildet Gesundheitspersonal für den Export aus.
- Professionelle Agenturen suchen international aktiv nach Gesundheitspersonal.

Migration hat auch positive Auswirkungen auf die Ursprungsländer:

- Jedes Jahr werden Milliarden von Dollar nach Hause gesandt (remittances).
- Wenn die Gesundheitsarbeiter/innen nach Hause zurück kehren, bringen sie Fähigkeiten und Expertise mit.

Negativ wirkt sich jedoch aus, dass Entwicklungsländer die Erträge auf die Investition (return on investment), die sie in die Ausbildung gemacht haben, verlieren, wenn eine große Anzahl von gut ausgebildeten Ärzt/innen und Krankenschwestern das Land verlässt. Dadurch unterstützen de facto die armen Länder - unfreiwillig - die reichen Länder.

Schlimmer noch als der finanzielle Verlust ist jedoch der Verlust der Arbeitskräfte. Wenn ein Land ein schwaches Gesundheitssystem hat, kann dieser Verlust das ganze System zum Kollaps bringen und die Konsequenzen können in „verlorenem Leben“ gemessen werden.

Der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Weltgesundheitsreport 2006 befasste sich explizit mit dem Thema Human resources.⁴ Der Report sagt, dass Zahlen zu Migration schwer zu finden sind, da es bislang keine systematischen Übersichten und Statistiken gab. Die bereits vorhandenen Studien haben je verschiedene Parameter und sind daher schwer zu vergleichen.

Im Januar 2008 wurden Daten einer ersten systematischen Untersuchung zu diesem Thema veröffentlicht. Sie beruhen auf Erhebungen aus dem Jahr 2000.⁵ Danach arbeiteten im Jahr 2000 ungefähr 65.000 Ärzt/innen und 70.000 Krankenschwestern, die in Afrika geboren wurden, in einem Industrieland. Das entspricht etwa einem Fünftel der afrikanischen Ärzt/innen und einem Zehntel der afrikanischen Krankenschwestern. Die Rate der afrikanischen Gesundheitsfachkräfte, die nicht in Afrika arbeiten, variiert je nach Land zwischen 1 und 70 Prozent.

Tab: Anzahl und Prozentquote der Ärzt/innen im Ausland

Land	Anzahl der Ärzte im Land	Anzahl der Ärzte im Ausland	Prozentquote
Angola	881	2.100	70%
Botswana	530	68	11%
Burundi	230	136	37%
DR Kongo	5.640	552	9%
Äthiopien	310	553	30%
Gambia	40	46	53%
Ghana	1.300	1.600	56%
Kenia	3.800	4.000	51%
Malawi	200	293	59%
Namibia	466	382	45%
Nigeria	30.800	4.800	14%
Tansania	1.260	1.350	52%
Afrika	280.000	65.000	19%
Afrika südlich der Sahara	96.000	36.600	28%

⁴ World Health Report 2006, http://www.who.int/whr/2006/06_chap5_en.pdf

⁵ Human resources for health, 2008, 6:1, M Clemens, G Petterson:

New data on African health professionals abroad,

<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-1.pdf>

Europäische Antwort

Im Dezember 2005 nahm die Europäische Kommission (EC) eine Kommunikation mit dem Titel “EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries” – COM (2005) 642 an.⁶ Diese Kommunikation hob das Ausmaß und die Komplexität der Krise der Gesundheitsfachkräfte (health workforce crisis) hervor und setzte sich für eine umfassende und kohärente EU Antwort ein.

Auf seinem Treffen im April 2006 hat der General Affairs and External Relations Council (GAERC) “conclusions” zur EU Aktionsstrategie angenommen.⁷ GAERG rief die EC und die Mitgliedsstaaten dazu auf, eine koordinierte EU Antwort in Unterstützung der Länderanstrengungen zur Bewältigung der Krise (human resources in health, HRH) zu entwickeln. GAERG nahm auch das “EU Consensus Statement on the Crisis in Human Resources for Health” an. Dieses besagte: “*Europe is committed to supporting international action to address the global shortage of health workers and the crisis in human resources for health in developing countries*”.

Im Dezember 2006 wurde schließlich ein „Aktionsprogramm zur Bekämpfung der Krise des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen von Entwicklungsländern 2007 bis 2013“ verabschiedet.⁸ Es antwortet auf diese Council conclusions, ist das Produkt von Konsultationen mit den EU Mitgliedsstaaten und berücksichtigt die globale Analyse des Weltgesundheitsreports 2006. Es werden Aktionen auf Länder-, regionaler und globaler Ebene definiert.

Zur „Unterstützung für Afrikanische Regionen“ sagt der Aktionsplan: Die EU wird mit den Afrikanischen Regionen diskutieren, wie die Krise des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen durch Maßnahmen, die mit dem Fortschritt der regionalen ökonomischen Integration und den Economic Partnership Agreements verbunden sind, entgegen getreten werden kann. Damit verbundene Themen, wie ökonomische Migration und Süd-Süd-Migration, werden diskutiert werden. Das Ziel wird sein, den regionalen Markt der Fachkräfte im Gesundheitswesen zu stärken, um die negativen Auswirkungen des brain drains abzumildern – den brain drain in „brain circulation“ und „brain gain“ zu wandeln, durch regionale Vereinbarungen über gemeinschaftliche Nutzung von Fähigkeiten (skill sharing) und Migration und Entwicklung.

Der Aktionsplan stellt weiter fest: “Die Europäische Union wird in den nächsten Jahren einem zunehmenden inneren Mangel an Gesundheitsfachkräften gegenüber stehen. Eine konzertierte europäische Strategie wird entwickelt werden, die die Themen Monitoring, Ausbildung, Anwerbung (recruitment) und Arbeitsbedingungen einer ausreichenden Anzahl von Gesundheitsfachkräften behandeln wird. Diese Strategie wird dazu beitragen, dass die Europäische Union als Ganzes fähig

⁶ Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament - EU-Strategie über Maßnahmen zur Bekämpfung des akuten Fachkräftemangels im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer /* KOM/2005/0642 endg. */

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0642:FIN:DE:HTML>

⁷ EU Council Conclusions on the EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries, April 2006, http://www.europa-eu-un.org/articles/en/article_5898_en.htm

⁸ Communication from the Commission to the European Parliament and the Council, COM(2006) 870 final, 21.12.2006, “A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013)”, http://www.cordaidpartners.com/English/Health_and_Well-being/News/Human_resource_crisis_EU_Programme_for_Action.aspx?mId=10560&rId=20 Der GAERG hatte eine Human Resources Working Group gebeten, dieses Aktionsprogramm zu entwickeln.

sein wird, ihr Ziel zu erreichen, qualitative gute Gesundheitsversorgung bereitzustellen, ohne dabei die Krise des Gesundheitsfachkräftemangels in den Entwicklungsländern zu verschlimmern.“

Eine Arbeitsgruppe wurde eingesetzt, um Prinzipien für die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften innerhalb der Union und von dritten Ländern zu entwickeln. Diese Prinzipien sollen jegliche negative Auswirkungen auf die Gesundheitsfachkräftekapazität in dritten Ländern minimieren. Die EU unterstützt eine Resolution der Weltgesundheitsversammlung 2006, die sich für die Entwicklung eines Globalen Verhaltenskodex der ethischen Anwerbung (global code of conduct on ethical recruitment) ausspricht.

Der Arbeitsplan stellt weiter fest, dass die EU Mechanismen und Richtlinien entwickeln wird, um “zirkuläre Migration” (circular migration) von Gesundheitsfachkräften zu unterstützen.⁹ Weitere Themen sollen untersucht werden:

- Transferierbarkeit von Pensionsansprüchen (transferability of pension rights);
- der Schutz der Wohnrechte in der EU von Mitgliedern der Diaspora (diaspora members), die an temporären Rückkehrprogrammen (temporary return programmes) teilnehmen;
- Anerkennung von Qualifikationen;
- Handelbarkeit von Gesundheitsdiensten (tradibility of services in health).

Die EU wird erwägen, Freiwilligenprogramme zu unterstützen (volunteer schemes), die bedarfsgetrieben sind und auf Kapazitätsbildung und Transfer von Fähigkeiten fokussieren.

Im Mai 2007 gab der Rat der EU erneut „Conclusions“ heraus.¹⁰ Der Rat bestätigt, dass der EU Aktionsplan sich damit befassen wird, wie die Entwicklung und Implementierung des beabsichtigten “EU Code of Conduct for ethical recruitment of health workers” weitergebracht werden kann. Das Dokument sagt: „Um die negative Effekte des permanenten Brain drain im Gesundheitssektor und seine Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Länder abzumildern und um den Fortschritt in Richtung des Millenniumsentwicklungsziels 1 (Halbierung der Armut) und der gesundheits-bezogenen MDGs 4,5, und 6 (Mütter-, Kindersterblichkeit und endemische Krankheiten) sicherzustellen, ruft der Rat die Kommission auf, die Migration von Gesundheitspersonals anzugehen und bis Juni 2007 Wege und Mittel bezüglich von “zirkulärer und temporärer Migration” zu explorieren (wie in den European Council Conclusions vom Dezember 2006 festgehalten). Der Rat ruft die Kommission und die Mitgliedsstaaten ferner dazu auf, einen gemeinsamen Implementierungsplan und einen Rahmen für das Monitoring der nationalen und kollektiven EU Aktivitäten bezüglich Human Resources zu entwickeln (wie im European Programme for Action festgehalten). Die Kommission wird gebeten, bis Dezember 2007 über den Fortschritt zu berichten.

⁹ Ein wachsender Anteil der Migration ist zirkuläre Migration: Migrant/innen kehren ein- oder mehrmals in ihr Heimatland zurück während eines bestimmten Zeitraums.

¹⁰ “Conclusions of the Council of the European Union and the representatives of the governments of the member states meeting within the Council” on “A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013)”, 15. Mai 2007 http://www.diabetes-beraterinnen.de/VDBD/dateienpdf/Facharbeiten_Berichte/Council-Concl_ST07189_EN07.pdf,

Der EU Afrika Summit vom Dezember 2007 hat eine „Africa EU Joint Strategy“ herausgegeben.¹¹ Das Thema Migration und Brain drain wird zwar aufgenommen, es werden jedoch keine wirklichen Verpflichtungen eingegangen. Sie sagt, dass die Partner die Migration von Gesundheitsfachkräften angehen wollen, in Übereinstimmung mit dem European Programme for Action to Tackle the Shortage of Health Workers in Developing Countries.¹² Außerdem möchte man den Effekt von Rücküberweisungen erhöhen und die Einbeziehung von Diasporagemeinden erhöhen.¹³

Der „Aktionsplan 2008-2010“ dieser „Gemeinsamen EU Afrika Strategie“ sieht unter der Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs „erhöhte Kapazität der Ausbildung, Erhaltung und der Förderung der Rückkehr von Gesundheitsfachkräften (Increased capacity to train, retain and stimulate the return of health workers) vor. Die Aktivitäten dazu sind die Umsetzung der „Africa Health Strategy 2007–2015“ und des „European programme for action to tackle the shortage of health workers in developing countries (2007–2013)“. Damit greift der Aktionsplan lediglich das gleiche Referenzdokument wie die Gemeinsame Strategie auf, ohne näher auf die Umsetzung einzugehen. Unter dem Stichwort „Migration und Mobilität“ will der Aktionsplan die ethische Anwerbung in den EU und Afrika fördern, um die pull factors zu minimieren¹⁴ - es werden jedoch auch hier keine konkreten Angaben gemacht.

Migration wird jedoch nicht nur im Zusammenhang mit Brain drain gesehen, sondern auch als „illegale“ Migration. Hier möchte man die „negativen“ Seiten der Migration angehen, einschließlich der Bekämpfung der illegalen Migration.¹⁵

¹¹ The Africa-EU Strategic Partnership – A Joint Africa EU Strategy http://www.eu2007.pt/NR/rdonlyres/D449546C-BF42-4CB3-B566-407591845C43/0/071206jsapenlogos_formatado.pdf. Der First Action Plan 2008-2010 wurde verabschiedet. Man verpflichtet sich zur Einhaltung des Prinzips der Politikkohärenz, durch Identifizierung und Förderung von Interaktionen und positive Komplementaritäten, während man sicherstellen will, dass Maßnahmen in einem Policybereich nicht die Ergebnisse in anderen Bereichen unterminieren.

¹² “To reinforce health system capacity, partners will also jointly address both the migration of health workers, which is a crisis in some African countries, and the creation or reinforcement of social protection systems. Efforts will be made in line with the Africa Health Strategy, the EU Project on Human Resources for Health, the Abuja commitment (15% financing for health) and the European Programme for Action to Tackle the Shortage of Health Workers in Developing Countries.

¹³ Punkt 69: „Partners will foster the linkages between migration and development, maximise the development impact of remittances, facilitate the involvement of diasporas/migrant communities in development processes, promote the protection of the human rights of migrants, assist and protect asylum seekers and refugees and help countries of origin, transit and destination in Africa build capacity to better manage migration.”

¹⁴ “Promote 'ethical recruitment' policies in the EU and in Africa to minimise brain drain pull factors in critical sectors; support the implementation of retention strategies to address push factors”.

¹⁵ Punkt 70: “Africa and the EU will also jointly address the down-sides of migration. This includes jointly combating illegal migration, where cooperation needs to be stepped up, including through cooperation on return and readmission of migrants in the context of the Tripoli Declaration and relevant international agreements, as well as on border control and trafficking in human beings.

Die World Medical Association hat 2003 "Guidelines for ethical recruitment" herausgegeben.¹⁶ Sie hielten dies für notwendig, da die armen Länder die Kosten für die Ausbildung der migrierenden Ärzt/innen tragen, jedoch keine Kompensation erhalten. Die Empfängerländer dagegen gewinnen wertvolle Ressourcen ohne dafür zu bezahlen, und können noch dazu die Kosten für die Ausbildung eigener Ärzt/innen einsparen. Man versteht, dass Ärzt/innen gute Gründe für Migration haben, z.B. die Suche nach besseren Karrieremöglichkeiten und um schlechten Arbeits- und Lebensbedingungen zu entkommen.

Die Richtlinien schlagen drei Kriterien vor:

- Gerechtigkeit. Distributive Gerechtigkeit erfordert, dass Ressourcen zwischen Einzelnen und Gruppen gerecht verteilt sind. Korrektive Gerechtigkeit erfordert Aktionen, die Ungerechtigkeiten beseitigen. Prozedurale Gerechtigkeit erfordert, dass alle Anstrengungen um Gerechtigkeit zu erzielen, die Rechte von allen Involvierten Menschen respektiert
- Kooperation. Probleme, die eine oder zwei Gruppen betreffen, einschließlich ganzer Länder, sollten durch Zusammenarbeit gelöst werden entweder bilateral oder durch multilaterale Organisationen, wie die World Medical Association.
- Autonomie. Das Recht eines Einzelnen, sein/ihr Schicksal zu bestimmen, sollte respektiert werden, so lange es nicht interferiert mit den korrespondierenden Rechten von anderen. In diesem Fall sollte ein fairer Konfliktlösungsprozess durchgeführt werden.

Die WMA empfiehlt, dass alle Länder eine ausreichende Zahl von Ärzt/innen ausbilden sollten und dass kein Land für die Deckung des Bedarfs an Ärzt/innen von Immigration abhängen sollte. Länder sollten außerdem alles dafür Nötige tun, um ihre Ärzt/innen im Land zu behalten, durch adäquate Unterstützung für die professionellen und privaten Bedürfnisse. Ärzt/innen sollten jedoch nicht davon abgehalten werden, ihr Heimatland oder ihr Aufenthaltsland zu verlassen, um Karrieremöglichkeiten in einem anderen Land zu verfolgen.

Richtlinien für das ethische Anwerben können nicht die einzige Option sein, sie sind notwendig, aber nicht ausreichend. So hat Großbritannien seit 2001 keine aktive Anwerbung mehr. Sie sind das einzige Land mit einer „ethical international recruitment policy“ und von 150 Ländern, einschließlich der Länder südlich der Sahara, wird keine aktive Anwerbung betrieben. Auf eine Anfrage antwortete ein Abgeordneter, dass es schwierig sei, Menschen davon abzuhalten, nach Großbritannien zu kommen, wenn sie das wollten.¹⁷ Man kann davon ausgehen, dass auch ohne aktive Anwerbung die Vorteile der Migration für Gesundheitsfachkräfte evident sind. Jedoch sollten die Industrieländer sich der negativen Folgen der mangelnden Ausbildung eigener Gesundheitsfachkräfte und der billigeren Rekrutierung von Übersee bewusst sein.

Auch die Rechte von Gesundheitsfachkräften sollte gewahrt bleiben, Migration sollte nicht „verboten“ werden. Ein Schlüsselement ist sicher die Schaffung von besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachkräfte in Entwicklungsländern, so dass ein Teil der Gründe für den Brain drain entfallen würde.

¹⁶ The World Medical Association Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians, <http://www.wma.net/e/policy/e14.htm>

¹⁷ <http://peterlilley.co.uk/speeches.php?action=show&id=808>