

DIE MIGRATION VON GESUNDHEITSFACHKRÄFTEN IM GLOBALEN KONTEXT – FLUCH ODER SEGEN?

Rocco Umbescheidt

Die weltweite Arbeitsmigration nimmt in unserer globalisierten Welt stetig zu. In diesem Kontext fällt oft der Fachterminus «Brain Drain», der die Abwanderung von gut ausgebildeten Fachpersonen beschreibt (sozusagen ein Exodus der klugen Köpfe). Der Begriff stammt aus den sechziger Jahren, in denen britische Wissenschaftler und Intellektuelle in die Vereinigten Staaten von Amerika auswanderten. Ironischerweise ist England heutzutage eines der beliebtesten Länder, in dem Fachpersonen aus Ländern des Südens scharenweise und voller Hoffnung auf ein besseres Leben einen Neustart wagen.

Seit fünfzehn Jahren begegne ich dem Phänomen der Migration von Gesundheitsfachpersonen und des Brain-Drain in verschiedenen Rollen¹ und somit aus multiplen Perspektiven. Das Phänomen weist mitunter starke Vernetzungen auf, regt zu kontroversen Diskussionen an und öffnet ein weiteres Mal den Blick dafür, wie komplex und zugleich begrenzt unser «Global Village» ist.

¹ Der Autor ist Lehrer für Gesundheitsberufe, Berater beim Aufbau neuer praxisnaher Lernmethoden in der Schweiz, Deutschland und Österreich sowie Vorstandsvorsitzender eines ehrenamtlichen Vereins, der seit 1998 in Nepal in der Entwicklungszusammenarbeit tätig ist.

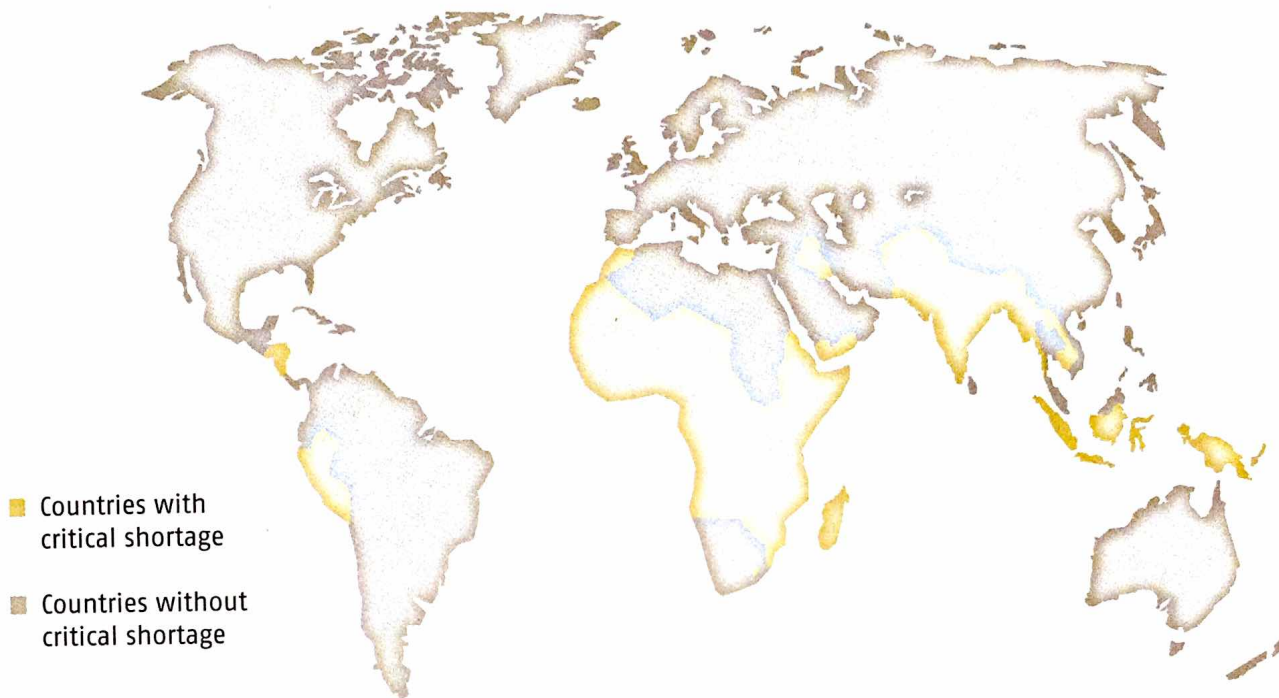
Der globale Kontext

Die WHO (2010) beziffert die Zahl von Gesundheitsfachpersonen weltweit auf 60 Millionen und verweist darauf, dass die Anzahl migrierter Gesundheitsfachpersonen aus Ländern des Südens in Europa in den letzten 30 Jahren stetig um mehr als 5 % pro Jahr anstieg. Den globalen Mangel an Ärztinnen, Ärzten, Hebammen, Pflegenden und weiterem medizinischen Personal beziffert sie auf 4,3 Millionen. In OECD Ländern liegt der Prozentsatz der Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland bei 20 % Prozent, wobei der Bedarf in «high-income countries» noch lange nicht gedeckt ist. In vielen afrikanischen Ländern wandern mehr als 60 % der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte aus – der bis 2015 erwartete Bedarf in diesen Ländern wird mit 420 000 beziffert. Die Philippinen stehen mit 110 000 Pflegenden und Indien mit 56 000 Ärztinnen und Ärzten an der Spitze derjenigen Länder, welche die höchsten Abwanderungsraten medizinischer Fachpersonen verzeichnen. Als Hauptgründe für die Abwanderung werden u.a. ein höheres Einkommen, bessere Arbeitsbedingungen und Karrierechancen genannt (IOM, 2010).

Seitens der WHO (World Health Report, 2006) wurden in 57 Ländern kritische Entwicklungen und erhebliche Ungleichheiten hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Gesundheitsfachpersonen identifiziert. Jedes dieser Länder hat weniger als 23 Gesundheitsfachpersonen pro 10 000 Einwohner/-innen (Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Pflegende) und liegt somit unter der 80 %-Abdeckungsrate, um bspw. Entbindungen, Impfungen und die Gesundheitsversorgung professionell zu begleiten. Mit anderen Worten: Afrika trägt 25 % der globalen Krankheitslast («global burden of disease»), hat hierfür aber nur 3 % der Gesundheitsfachpersonen und 1 % der weltweiten ökonomischen Mittel zur Verfügung.

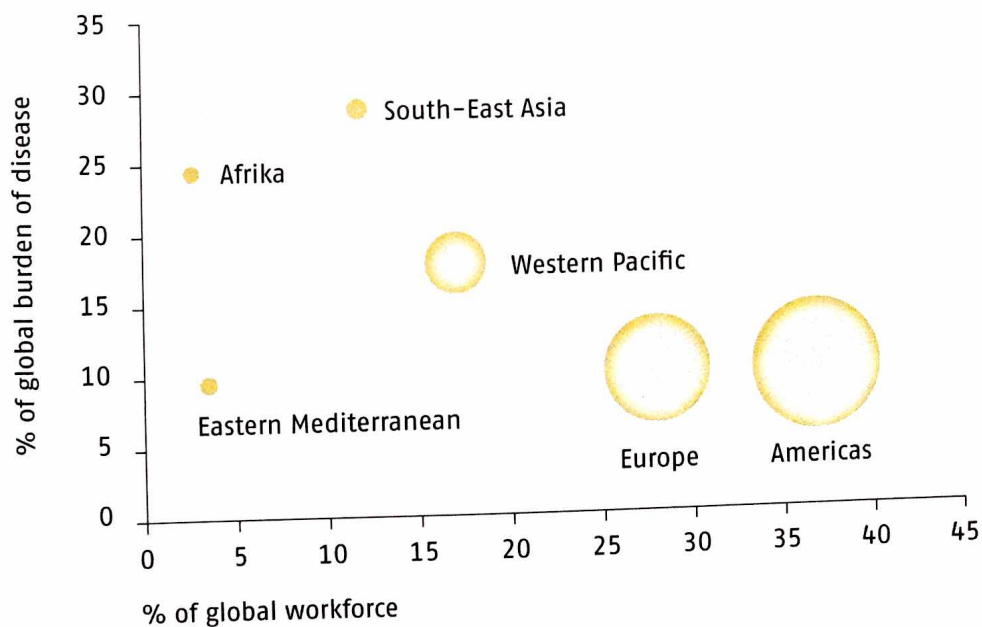
COUNTRIES WITH A CRITICAL SHORTAGE OF HEALTH SERVICE PROVIDERS

(doctors, nurses and midwives)



INEQUITIES IN HEALTH WORKFORCE DISTRIBUTION

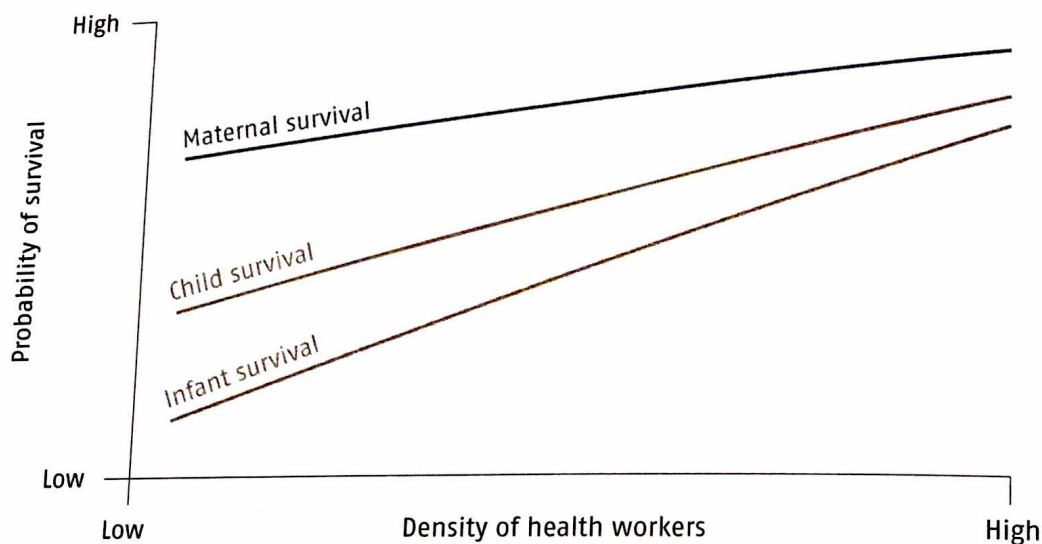
WHO regions



Source: WHO (2006).

The World Health Report 2006
 – Working Together for Health.
 Geneva, World Health
 Organisation.

HEALTH WORKERS SAVE LIVES!



Problemfelder

Die problematischen Effekte der Migration von medizinischen Fachpersonen aus vielen Ländern des Südens liegen auf der Hand. Die Heimatländer der Emigranten weisen u.a. eine mangelnde medizinische Versorgung und damit verbundene Einschränkungen in der alltäglichen Gesundheitsversorgung, eine niedrige Lebenserwartung, aber auch einen fehlenden «Return of Investment» der Ausbildungsfinanzierung durch die Regierung sowie fehlende Infrastrukturen auf. Durch das stetig «verloren gegangene»

Wissen wird die Entwicklung des Gesundheitsbereiches, aber auch der generelle Aufbau einer alphabetisierten, politisch und gesellschaftlich aktiven und mündigen Gesellschaft stark beeinträchtigt.

Hinzu kommt eine Abwanderung von ländlichen in städtische Gebiete (Urbanisierung) und von öffentlichen in private Institutionen und NGOs (Brain-Circulation). Die wenigsten der gut ausgebildeten Lehrerinnen und Lehrer, Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen sind in einem zumeist insuffizienten Ausbildungssystem

mit Anreizen der Regierung zu überzeugen, nach ihren Abschlüssen in entlegenen Regionen zu arbeiten. Einige Staaten versuchen daher, ihre Absolventinnen und Absolventen im Rahmen solcher Brain-Gain-Projekte und mit spezieller Unterstützung zum Bleiben oder zur Rückkehr zu bewegen – Projekte, die einen sich verstärkenden *Circulus vitiosus* aufhalten bzw. abmildern sollen, da sich die Attraktivität des Landes und damit auch die wirtschaftliche und gesellschaftliche Situation schrittweise weiter verschlechtert. Diese Brain-Gain-Projekte finden oftmals zeitgleich mit einer Migrationspolitik in vielen Industrieländern statt, die aktiv auf gut ausgebildete Fachpersonen aus dem Süden abzielt, in Entwicklungsländern also einen Brain-Drain provoziert.

Rebecca Coombes weist in ihrem Artikel «Developed world is robbing African countries of health staff» (Coombes, 2005, S. 923) auf einen weiteren Aspekt hin. Sie zeigt auf, dass reiche Länder u.a. aufgrund des Budgetdrucks medizinische Fachpersonen im Ausland abwerben, um Kosten für eigene kostenintensive Ausbildungsplätze zu sparen. In Grossbritannien sind mittlerweile ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte Ausländer, während manches afrikanische Land mit weniger als 500 Ärzten riesige Gebiete versorgt. Daten, die schockieren und sowohl durch die British Medical Association als auch das Royal College of Nursing als Wilderei bezeichnet werden,

da die Migration aus Ländern des Südens Millionen Menschen aufgrund maroder Versorgungsstrukturen tötet und zudem die Armut in diesen Ländern verstärkt (BBC, 2005).

Auch die innerfamiliären Strukturen verändern sich im Kontext der Migration stark. Viele Mütter erziehen allein und ziehen wegen besseren Bildungschancen für die Kinder, oder auch weil viele Väter nicht zurückkehren, in städtische Gebiete. Dies hat wiederum zur Folge, dass die Grosseltern nicht mehr auf die traditionellen Unterstützungssysteme zurückgreifen können.

Ein weiteres wichtiges Problemfeld sind die unklare Rechtslage der Migrantinnen und Migranten im Herkunfts- und Zielland und die vielfältigen Berichte über Verletzungen der Menschenrechte (Amnesty, 2011). Im Kontext der Fussballweltmeisterschaft 2014 wurde von 400 nepalesischen und mehr als 700 indischen Arbeitern berichtet, die bei Baumassnahmen in Katar aufgrund von menschenunwürdigen Arbeits- und Lebensbedingungen ihr Leben verloren. Bis zum Kick-off der WM 2022 werden 4000 Todesfälle erwartet, falls keine Veränderungen forciert werden.

Aus eigener Erfahrung finde ich es wichtig, den Blickwinkel auch darauf zu richten, inwiefern der politische Prozess in den oftmals jungen Demokratien dieser Länder (wenn überhaupt) ein Fundament haben kann, wenn die am besten ausgebildeten Köpfe der Heimat den Rücken kehren.

Dies alles trifft auf eine Reihe von Ländern zu, z.B. auf Nepal, ein Land, das im weiteren Verlauf dieses Artikels noch fokussiert wird.

Diskussion positiver Effekte

Neben den erläuterten Problemfeldern geraten positive Einflüsse vermehrt ins Zentrum von Diskussionen und Analysen.

So senden Migrantinnen und Migranten jährlich Milliarden USD an ihre Familien in den jeweiligen Heimatländern, so dass diese zumeist der Armut entrinnen können.

Diese Geldüberweisungen stellen zudem in den Herkunftsländern einen nicht zu unterschätzenden Wirtschaftsfaktor dar.

Die Weltbank konstatiert im letzten Jahr bspw. bei Geldüberweisungen von nepalesischen Arbeiterinnen und Arbeitern im Ausland mit 5,5 Milliarden Dollar ein neues Rekordhoch – Einnahmen, die knapp ein Viertel des Bruttoinlandsproduktes ausmachen (Tendenz stetig steigend).

Ein weiteres Argument ist die Rückkehr der Migrantinnen und Migranten ins Heimatland mit dem Transfer von Wissen, Erfahrungen, neuen Fähigkeiten («skills») und Technologien (Brain-Gain).

Doch die Anzahl derer, die zurückkehren, ist oftmals nur marginal. Seit 1972 haben 6 400 Studierende Nepal verlassen, um im Ausland ein Medizinstudium zu absolvieren – und nur 400 kehrten zurück. Die Gesamtzahl der Emigrantinnen und Emigranten, die das Land seit 2001 verliessen, um im Ausland zu arbeiten, stieg von 762 181 im Jahr 2011 auf nunmehr 1,92 Millionen.

Nicht zuletzt sollte berücksichtigt werden, dass insbesondere untere Bevölkerungsschichten von den wirtschaftlichen Vorteilen der Migration profitieren. Menschen aus niedrigen Kasten und ärmeren Schichten können sich besserstellen. Dass soziale Grenzen durch die Gleichbehandlung und Zusammenarbeit im Ausland nachhaltig abgebaut werden, ist zudem Gegenstand differenzierter, aber bislang kaum überprüfbarer Betrachtungen.

Wie vernetzt und komplex die Phänomene sind, zeigt sich auch in der Schweiz. Sie liegt in der Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen deutlich unter dem OECD-Schnitt, trotz Verbesserungen, die beispielsweise in der verstärkten Ausbildung von Pflegefachpersonen erreicht worden sind. Zugleich verfügt das Land aber über eine Anzahl an Gesundheitsfachpersonen, die deutlich über dem OECD-Durchschnitt liegt. FMH-Präsident Jacques de Haller bezifferte 2011 die Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in

diversen Medienberichten auf 26 Prozent. Die Ausbildung dieser 8000 Personen hätte für den Schweizer Staat Mehrkosten von 4 Milliarden CHF bedingt.

Fragen und erste Massnahmen

- Wer mag es dem Individuum angesichts der lokalen Lebensumstände und tagtäglichen Unsicherheiten, mit denen es konfrontiert ist, verdanken, wenn es für sich bessere Zukunftsaussichten, Jobs und Verdienstmöglichkeiten sucht?
- Würden wir in den besser situierten Ländern nicht ebenso entscheiden, wenn uns der Zufall der Geburt ein anderes Schicksal beschieden hätte?
- Ist das Individuum mit seinem Drang nach Selbstverwirklichung in der Verantwortung, einen idealistischen und harten Weg zum Wohl des Heimatlandes in Kauf nehmen?
- Trägt das Heimatland die Hauptverantwortung, da zumeist existierende Gesetze und Regeln ineffektiv überwacht und umgesetzt werden, gemäss denen Fachpersonen nach Abschluss der Ausbildung eine Mindestzeit in ihrem Heimatland arbeiten sollten?
- Warum werden keine Datenbanken für ein Follow up und Monitoring der Absolventinnen, Absolventen und Auswandernden entwickelt oder suffiziente Anreize/Bedingungen für einen Verbleib im Heimatland oder eine Rückkehr aus dem Ausland gesetzt?
- Und wenn wir dem einzelnen Staat mehr Verantwortung als dem Individuum unterstellen, hat er dann in unserer globalisierten Welt mit ihren Abhängigkeiten und Vernetzungen eine wirkliche Chance zu konkurrieren, wenn in seinen Hauptstädten Büro um Büro mit meterlangen Werbetafeln aus dem Boden schießt, die neueste Visaerleichterungen für Studierende mit Abschlüssen anpreisen? – Werbetafeln, die in Ländern wie Nepal an fast jeder Ecke ein besseres Leben in Japan, Australien, UK, Kanada oder den USA versprechen.
- Es gäbe eine Reihe weiterer Argumente und Fragen, die kontrovers diskutiert werden könnten, doch am wichtigsten scheint mir die Frage nach konkreten und fundierten Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten zur Veränderung bzw. Verbesserung dieser Zustände zu sein.

Im Kontext der Migration von Gesundheitsfachpersonen und des «Brain Drain» sind in der internationalen Gemeinschaft Entwicklungen im Gang: Die Weltgesundheitsorganisation gründete im Jahr 2006 eine Global Health Workforce Alliance. Diese trug dazu bei, dass am 21. Mai 2010 auf der 63. Weltgesundheitsversammlung der WHO der «Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel» verabschiedet werden konnte (WHO, 2011). Mit diesem wegweisenden Dokument nutzten die WHO-Mitgliedsstaaten das erste Mal in dreissig Jahren ihre verfassungsmässige Befugnis, einen Verhaltenskodex zu entwickeln. Auch wenn er freiwillige Prinzipien und Standards benennt und empirische Lücken sowie Widersprüche aufweist (Angenendt et al., 2014), ist der Global Code doch ein Meilenstein, den einige Länder bereits jetzt bei der Entwicklung und Umsetzung nationaler Richtlinien im Migrationskontext berücksichtigen. Migration muss zudem Bestandteil der künftigen Weltentwicklungsziele werden. Weitere wichtige Schritte sind ein differenzierter Umgang mit den entwicklungspolitischen Potentialen von Migration und deren wissenschaftliche Untersuchung, eine stärkere Zusammenarbeit mit den Herkunftsländern im Aus- und Weiterbildungssektor, die Erarbeitung von rechtlichen Grundlagen für Migrantinnen und Migranten sowie die Entwicklung von Reintegrationsstrukturen.

Alte Denkmuster wie z.B. die Annahme, dass Entwicklung zur Reduktion von Wanderungen in unserer globalisierten Welt beitragen kann, könnten somit durch fundierte, pragmatische und wirksame Ansätze ersetzt werden (vgl. Angenendt, 2014, S.4).

Der nachfolgende Fallbericht, den ich während eines knapp einjährigen Aufenthalts in Nepal verfasste, soll ein Versuch sein, der Leserschaft diese kontroverse und komplexe Thematik anhand konkreter Erfahrungen näherzubringen. Es ist ein Versuch, die alltägliche und oftmals ungesehene Dramatik der dargelegten Entwicklungen und ihrer Auswirkungen auf das Leben einzelner Menschen fassbarer zu machen, und ein Appell, die Frage nach Vernetzungen und Verantwortungen immer wieder neu zu stellen.

Ein Fallbericht

*Jumla Mid Western Region/Nepal,
Februar 2007*

Entscheidungen, die das harte Leben hier so verdammt gnadenlos machen ...

Sumitra kann die Augen kaum öffnen, so schmerzen die stossartigen Krämpfe in ihrem Unterleib, die sie seit sechs Tagen quälen. Das Atmen fällt ihr immer schwerer, aber zumindest die Blutung aus dem Unterleib hat aufgehört. Eigentlich wollte sie nach der Geburt von Ram, ihrem sechsten Kind, kein Weiteres mehr zur Welt bringen. Aber was hat sie schon für eine Wahl? Ihr Mann weiss nichts von Verhütung, ist er doch wie sie selbst Analphabet. So hoffte sie nun ein weiteres Mal, dass das Kind gesund auf die Welt kommen und die Schwangerschaft keine zusätzliche Belastung für die Familie darstellen möge.

Sie leben in Khabre, einem Dorf im Westen Nepals, das hinter zwei Bergketten einen halben Tagesmarsch von Jumla entfernt liegt. Entscheidungen werden hier nicht von den Frauen getroffen, die für den Grossteil des Familieneinkommens nebst der Erziehung zuständig sind, und deren Alphabetisierungsrate in Khabre gerade 5 % überschreitet. Hier in Jumla ist die Frau dem Mann traditionell noch stärker untergeordnet, als es in vielen anderen Teilen Nepals der Fall ist. Während

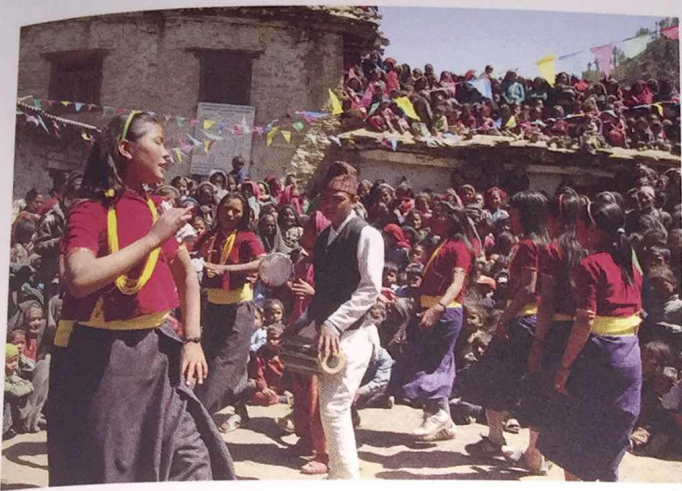
der Menstruation müssen die Frauen, der Tradition gehorchend, das Haus verlassen, und viele Tage, selbst im Winter und bei minus 20 Grad, in einem Erdloch oder im Stall verbringen. Viele Frauen im Dorf leiden an Entzündungen und Gebärmuttervorfällen, müssen sie doch nicht nur diese monatlich wiederkehrenden Strapazen auf sich nehmen, sondern auch nach der Geburt eines Kindes gleich wieder auf dem Feld arbeiten. Und es ist wahrlich nicht einfach, die Familie in dieser schönen, aber unwirtlichen Bergregion zu ernähren und dem kargen, unwegsamen Landstück auf über 2600 m Höhe Nahrung abzurufen. Nach sechs Monaten sind die Vorräte meist aufgebraucht, und Sumitra muss mit ihrem Mann drei Tagesmärsche entfernt auf den Feldern besser Situierter als Tagelöhnerin arbeiten. Die Grossmutter nimmt sich dann ihrer Kinder an, die früh selbständig werden, um auf dem Feld und im Haushalt mitarbeiten zu können.

Sumitras Schmerzen werden stärker und durch den zunehmenden Schwindel lässt ihre Konzentration nach. Die beiden jungen Ärzte des Distriktkrankenhauses ordnen an, sie vom Platz vor dem Krankenhaus, auf dem weitere fünfzehn Patientinnen und Patienten auf Bahren aneinandergereiht liegen, in den «Maternity Ward» (Frauentrakt) im Haus zu verlegen. Medikamente zur Reduktion einer möglichen Infektion durch den toten Fötus und ein Schmerzmittel wolle er ihr sprit-

zen, sagt Suman, der Arzt, mit belegter Stimme, mehr könne er nicht tun. Suman kam vor drei Monaten aus Kathmandu hierher und hat, wie der zweite Arzt Binod, erst vor Kurzem das Studium zum Mediziner abgeschlossen. Lange hat er mit sich gerungen, ob er diesen ersten Job seiner jungen Laufbahn annehmen solle. Keiner möchte hier arbeiten, und fast jeder, der da war, ersuchte binnen kurzer Zeit um Versetzung. So anders und hart ist das Leben hier, wenn man einmal in Kathmandu war: Es gibt kaum Mittel, die zur Krankenversorgung zur Verfügung stehen, und keine Strassen, auf denen Transporte von Medikamenten oder Patientinnen und Patienten möglich sind. Einzig die unregelmässigen Flüge verbinden Jumla mit dem Rest des Landes. Im Gesundheitsministerium wurde Suman ein höheres Gehalt und Assistenz durch einen Chirurgen versprochen, er willigte ein. Als er sich in Jumla eingefunden hatte, stellte er fest, dass beide Versprechen nicht eingehalten wurden: Sein Gehalt war immens niedrig, und er hätte in Kathmandu mehr oder zumindest gleich viel verdienen können. Auch ein Chirurg wurde nicht angestellt, stattdessen kam Binod, der wie er selbst blutjunger Berufsanfänger und Allgemeinmediziner ist.

Suman verzweifelt an Fällen wie dem Sumitras. Das Kind in ihrem Bauch ist seit mindestens fünf Tagen tot, doch erst heute traf sie ein. Gynäkologische Fähigkeiten und technische Schulungen besitzt er keine, so dass er mit dem OP, den die GTZ (Gesellschaft für technische Zusammenarbeit) gebaut hat, und dem gespendeten Ultraschall nichts anfangen kann. Alle paar Monate treffen zwar kleine Teams mit Chirurgen, Chirurgen und Gynäkologinnen, Gynäkologen (von NGOs finanziert) für drei- bis zehntägige Camps ein, behandeln einen Bruchteil der in langen Schlangen wartenden Menschen und fliegen wieder weg. Er muss hier bleiben, mit dem alltäglichen Gefühl, als für knapp 80 000 Menschen zuständiger Arzt nicht helfen zu können. Auch das Röntgengerät ist nicht intakt, da der spärliche Strom aus der Hydropower-Anlage nicht ausreicht. Erst letzten Monat war eine Frau mit einem Armbruch da, den sie nur notdürftig schienen konnten, der Arm starb binnen weniger Tage ab und die Patientin wurde notfallmässig nach Nepalgunj in den Süden des Landes geflogen, wo nur noch eine Amputation vollzogen werden konnte.

Mittlerweile sind alle vier Betten des «Maternity Wards» belegt. Schreie hallen durch den dunklen, kalten Raum, in dem neben Sumitra und ihrem hilflos dastehenden Mann nunmehr auch Sangita liegt. Sangita ist 28 Jahre alt und Mutter dreier



Frauen des Dorfes Luma feiern die Eröffnung ihres ersten Hebammenstützpunktes. Wissen wird aufgrund der hohen Analphabetenraten in Form von Gesängen überliefert.

Kinder. Auch ihr Baby ist bereits seit drei Tagen tot in ihrem Bauch und sie erschien erst heute hier, als die Schmerzen nicht mehr auszuhalten waren. Wie Sumitra hat auch Sangita bislang zu Hause geboren, und die Gesundheitsposten in den Dörfern waren, wie so oft, nicht besetzt, so dass kein Rat einzuholen war.

Ausserhalb des Hospitals finden Diskussionen statt: Wie lange schaffen es die Frauen noch, bevor toxische Reaktionen durch die abgestorbenen Föten ihr Leben bedrohen? Ist der Volumenausgleich für den Blutverlust ausreichend? Wie viel Geld kann die Familie auftreiben, um den Flug nach Nepalgunj zu bezahlen, ist noch Geld im Krankenhausfonds, um eine kleine Unterstützung zu leisten? Die Männer werden am Abend in die Dörfer geschickt,

um Geld einzutreiben, man vereinbart, sich morgens um acht zu treffen, um eine eventuell eintreffende Maschine nach Nepalgunj zu nehmen. Es wird zunehmend kälter. Sobald Wolken aufziehen, fällt die Temperatur in Jumla auch tagsüber unter null. Eine dumpfe Vorahnung befällt Suman: Sollte es heute Nacht schneien, könnte morgen kein Flugzeug landen, und die bereits geringe Überlebenschance der Frauen würde sich nochmals drastisch verschlechtern.

Und so kommt es. Am Morgen fällt Schnee und überdeckt das ganze Tal mit einem weissen Schleier. Kein Flugzeug kommt. Warten, hoffen, Selbstzweifel wegen der Unfähigkeit, helfen zu können, fluchen über die, die in den Ministerien in Kathmandu, ohne je da gewesen zu sein, die personellen und finanziellen Entscheidungen treffen – Entscheidungen, die das harte Leben hier so verdammt gnadenlos und angesichts der Vielzahl der in Kathmandu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch wahnwitzig machen.

Entscheidungen, die jeglicher Logik entbehren, die tagelange unvorstellbare Qualen bedeuten, Familienschicksale bestimmen, und junge Ärzte wie Suman früh Resignation und das Gefühl des Versagens kennen lernen lassen.

Die zuständige Krankenschwester reißt Suman kurz vor zwei Uhr in der Nacht aus dem Erschöpfungsschlaf, die Vitalwerte einer Patientin haben sich immens verschlechtert. Suman eilt in den Trakt. Sangita liegt fiebrig und matt im Bett, der Puls ist schwach, und Reaktionen auf Reize erfolgen nicht mehr. Sie wird den nächsten Morgen nicht mehr erleben, an dem die Sonne das Tal wieder erwärmen wird und an dem wieder Flugzeuge landen. Wie ihr Mann die Kinder versorgen wird, ist zu diesem Zeitpunkt nicht geklärt. Sumitra schafft zumindest den ersten Schritt und wird am nächsten Morgen nach Nepalgunj geflogen.

(Impressionen eines nur viertägigen Aufenthalts in Jumla, Februar 2007, Namen geändert.)

Rocco Umbescheidt
Master of Public Health

Lehrer HF, Projektmanager
Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales
Südallee 22, CH-5001 Aarau
Tel: +41 76 397 10 70
umbescheidt@yahoo.de

www.waisenkind.ch

Literatur

- Amnesty International. (2011). False Promises: Exploitation and forced labour of Nepalese migrant workers, 12 December 2011, ASA 31/007/2011, online verfügbar unter, www.amnesty.org/en/news/nepal-protect-nepalese-migrants-false-promises-work-abroad-2011-12-12 [zuletzt geprüft am, 24 November 2014].
- Angenendt S., Clemens M., Merda M. (2014). Der WHO-Verhaltenskodex. Eine gute Grundlage für die Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften?, SWP-Aktuell A/25, April 2014.
- Angenendt, Steffen (2014). Entwicklungsorientierte Migrationspolitik: Handlungsmöglichkeiten für die deutsche Politik. Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn.
- BBC (2005). «G8 must stop medic brain-drain». BBC, June 17, 2005, online verfügbar unter <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4100892.stm> zuletzt geprüft am 24 November, 2014.
- Coombes R. (2005). «Developed world is robbing African countries of health staff», in British Medical Journal (BMJ), vol. 230, April 23, 2005, S. 923.
- International Organization for Migration. (2010). World Migration Report 2010. Online verfügbar unter www.iom.int/jahia/Jahia/policy-research/migration-research/world-migration-report/wmr-2010, [zuletzt geprüft am 24 November, 2014].
- World Health Organization. (2006). World Health Report, 2006.
- World Health Organization. (2010). Human resources for health. Migration : Health workforce mobility. Online verfügbar unter www.wpro.who.int/hrh/about/migration/en/ [zuletzt geprüft am 24 November, 2014].
- World Health Organization : The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: Sixty-third World Health Assembly; 2010. May. Online verfügbar unter www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf [zuletzt geprüft 24 November 2014].