

Migration und die globale Gesundheitsindustrie

Gesundheitstourismus und Abwanderung von qualifiziertem Gesundheitspersonal in Südostasien

Weltweit ist im medizinischen Bereich eine hohe Mobilität von qualifiziertem medizinischem Personal zu beobachten, aber auch eine große Mobilität von Menschen, die im Ausland medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen, sogenannte Gesundheitstouristen. Beide Phänomene sind in Südostasien zu beobachten.

Daniel Peters

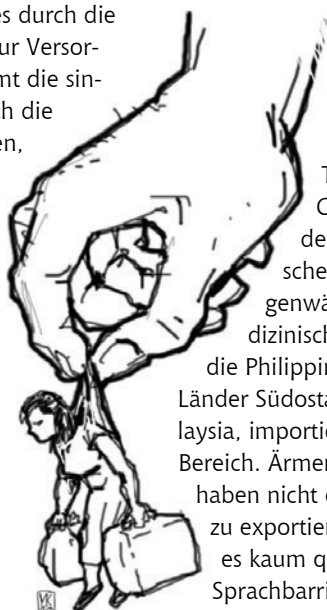
Migration von Gesundheitspersonal

Die globale Nachfrage nach qualifiziertem Gesundheitspersonal ist steigend. Die Hauptempfängerregionen für Gesundheitspersonal sind Nordamerika, Europa und Australien und die Öl exportierenden Staaten des Mittleren Ostens. Ein Grund der gestiegenen Nachfrage ist die fortschreitende Alterung der Industriegesellschaften, und damit einhergehend, ein wachsender Bedarf an medizinischer Versorgung. Auch sind Frauen in den Industrieländern nicht mehr auf wenige »weibliche« Berufe, wie dem der Krankenschwester reduziert. Ihre Arbeitsmarktpartizipation ist breiter geworden. Verbunden mit der Ablösung des Dreigenerationenhaushaltes durch die Kernfamilie haben sich die Kapazitäten zur Versorgung der Älteren vermindert. Dazu kommt die sinkende Attraktivität der Pflegeberufe durch die körperlichen und psychischen Belastungen, Schichtarbeit und mangelnde Aufstiegschancen. In den Öl exportierenden Staaten des Mittleren Ostens lässt sich die Nachfrage wohl eher auf die geringe Arbeitsmarktpartizipation von Frauen aufgrund traditioneller Rollenbilder zurückführen, verbunden mit dem

Reichtum aus dem Ölgeschäft, der es diesen Ländern erlaubt Personal für alle Arbeitsbereiche aus dem Ausland anzuwerben.

In Japan, einem »einwanderungsfeindlichen« Land, führten die oben genannten Entwicklungen zu ersten zaghaften Versuchen den Gesundheitssektor für Pflegepersonal aus den Philippinen und Indonesien zu öffnen. In Großbritannien, den USA, Kanada und Australien soll der Anteil der Mediziner mit ausländischen Abschlüssen zwischen 23 Prozent und 28 Prozent liegen. Die Hauptsendestaaten Asiens für qualifiziertes Gesundheitspersonal sind Indien und die Philippinen. China verfügt über die größten ungenutzten Reserven an qualifiziertem medizinischem Personal.

Der Vietnamkrieg sorgte bereits in den 1960er Jahren für eine verstärkte Nachfrage der USA nach qualifiziertem medizinischem Personal. Rekrutiert wurde es aus Indien aber auch aus den Philippinen und Thailand. Nach dem Vietnamkrieg nahm die Nachfrage wieder ab. Als die weltweite Nachfrage in den 1990ern zunahm wurde Thailands medizinisches Personal auf Grund des eigenen Wirtschaftsbooms der 1980er und 1990er vom inländischen Gesundheitsmarkt absorbiert. Gegenwärtig beschränkt sich der »Export« medizinischer Fachkräften aus Südostasien auf die Philippinen und Indonesien. Wohlhabendere Länder Südostasiens, wie Brunei, Singapur und Malaysia, importieren Arbeitskräfte im medizinischen Bereich. Ärmere Länder wie Kambodscha und Laos haben nicht die Kapazitäten qualifiziertes Personal zu exportieren, da die Ausbildung mangelhaft ist, es kaum qualifiziertes Personal gibt und die Sprachbarrieren zu groß sind.



Der Autor studierte Südostasienwissenschaften und diplomierte über Heirats- und Arbeitsmigration von Südostasiaten in nordostasiatische Staaten. Derzeit arbeitet er an einem Dokumentarfilm über indonesische Haushaltshilfen in den Arabischen Emiraten.

Die Philippinen nehmen insofern eine Sonderstellung ein, als dass das Land eine ausgeprägte staatlich geförderte und regulierte Migrationskultur hat. Rund zehn Prozent der philippinischen Bevölkerung lebt im Ausland. Private Institutionen bilden gezielt Personal verschiedener Berufsgruppen für den ausländischen Markt aus. In den 1950ern dominierten staatliche Universitäten für die Pflegeausbildung. Der globale Engpass an Pflegepersonal in den 1990ern führte zur Expansion privater Bildungseinrichtungen. Gegenwärtig sind 80 Prozent der Ausbildungsstätten für Pflege private profit- und exportorientierte Unternehmen, die versuchen flexibel auf die globale Nachfrage zu reagieren. Philippinisches Personal profitiert dabei auf dem globalen Markt von der Verbreitung der englischen Sprache im Land. Qualifiziertes medizinisches Personal aus den Philippinen arbeitet in mehr als 100 Ländern. Indonesien wird zwar in der Literatur als zweites wichtiges Sendeland für medizinisches Personal aufgeführt, genauere Zahlen und Daten bezüglich des Umfangs der Migration gibt es aber nicht. 2008 waren geschätzt 400.000 Pflegekräfte nicht in Indonesien beschäftigt. Wie viele davon im Ausland arbeiteten oder in anderen



Berufen ist unklar. Indonesien ist Sendeland für den mittleren Osten, insbesondere Saudi Arabien und die Vereinigten Arabischen Emirate aber auch für die Staaten Singapur, Malaysia und neuerdings auch Japan.

Sowohl in den Philippinen als auch in Indonesien gibt es Engpässe an Arbeitskräften im Gesundheitswesen. Diese Engpässe lassen sich allerdings nicht auf den Abfluss qualifizierter Arbeitskräfte reduzieren.

In beiden Staaten besteht eine ungleiche Verteilung von Gesundheitspersonal zwischen ländlichen und urbanen Gebieten. Gründe sind die schwache Infrastruktur von Gesundheitseinrichtungen, dazu kommen schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen in den ländlichen abgelegenen Gebieten, sowie die Konzentration der Einkommensmöglichkeiten in urbanen wohlhabenderen Gebieten und auch andere nichtmigrationsrelevante Gründe. In Indonesien kann nur die Hälfte der ausgebildeten Kräfte angestellt werden. 50 Prozent davon arbeiten im privaten Sektor und 50 Prozent im öffentlichen Sektor.

In den Philippinen herrscht in Verbindung mit Migration ein struktureller Personalengpass. Manche Krankenhäuser müssen Stationen schließen, da es an erfahrenem Personal fehlt, gleichzeitig gibt es ein Überangebot an qualifizierten Pflegekräften ohne Berufserfahrung. Erklären lässt sich dies, da in den Empfängerstaaten meist einige Jahre Berufserfahrung verlangt werden, das heißt es wandern die erfahrenen Kräfte aus den Philippinen aus, während das unerfahrene Personal im Land bleibt.



Gesundheitstourismus

Der Bereich des medizinischen Tourismus hat sich vom Nischenmarkt zu einer globalen Industrie entwickelt. In osteuropäische Länder reisen beispielsweise Patienten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, um ihre Zähne behandeln zu lassen. Die enorme Verbreitung und das Wachstum des Gesundheitstourismus ergeben sich aus seinen Vorteilen: Patienten können Urlaub mit medizinischer Versorgung verbinden und entgehen hohen Preisen und langen Wartelisten in der Heimat oder profitieren von Dienstleistungen, die in ihren Herkunftsländern nicht angeboten werden.

Das Zentrum des medizinischen Tourismus ist Asien. Die meisten medizinischen Touristen innerhalb Asiens, aber auch weltweit, reisen nach Indien. In Südostasien ist Thailand das Land mit den meisten Gesundheitstouristen. Der zweitgrößte südostasiatische Anbieter ist Malaysia, gefolgt von Singapur. Thailand wurde in den 1970ern Zielland für medizinischen Tourismus, weil es sich auf Operationen zur Geschlechterumwandlung spezialisiert hatte. Malaysia entdeckte den Gesundheitstourismus nach der Asienkrise, als es versuchte seine Wirtschaft breiter aufzustellen. Aber auch in Thailand konnten sich wegen der Wirtschaftskrise viele Patienten private Behandlungen nicht mehr leisten, weshalb private Krankenhäuser stärker auf ausländische Patienten setzten. Singapur sprang auf den Zug auf und versuchte mit beiden Staaten zu konkurrieren.

Dabei bedienen Singapur und Malaysia hauptsächlich den südostasiatischen Markt. Die meisten ihrer Kunden kommen aus Indonesien, aber die Zahl der Patienten aus dem mittleren Osten steigt. In Thailand machen die Patienten aus der ASEAN nur sieben Prozent aus. Japaner stellen den größten Anteil ausländischer Patienten in Thailand dar. Der Trend in Thailand war in den 2000ern steigend. So gab es dort 2001 500.000 ausländische Patienten, 2007 waren es bereits 1,3 Millionen. Vom Gesund-

heitstourismus profitieren private Krankenhäuser und ihre Angestellten genau wie der Staat durch erhöhte Steuereinnahmen. Die Expansion des Luxussektors kann positive Effekte haben, die auch auf die anderen Sektoren überspringen, wie zum Beispiel ein Zuwachs an medizinischem Fachwissen und ein verbessertes Qualitätsmanagement. Die Bürger reicher Staaten können in Thailand, Malaysia und Singapur Kosten sparen. Eine Bypass-Operation in den USA kostet beispielsweise ca. 130.000 US-Dollar, während in Thailand die Kosten bei ca. 11.000 US-Dollar und in Singapur bei ca. 16.500 US-Dollar liegen. Wohlhabendere Patienten ärmerer Staaten bekommen darüber hinaus Leistungen, die die unzureichenden Gesundheitssysteme ihrer Staaten nicht bieten können.

Der Staat Singapur besitzt in Südostasien das beste staatliche Gesundheitssystem. Negative Auswirkungen des Gesundheitstourismus auf das nationale Gesundheitssystem sind nicht bekannt. In Thailand und Malaysia dagegen kann der gewinnorientierte private Gesundheitssektor höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen anbieten und so das beste Personal für sich gewinnen. Zum anderen siedeln sich private Krankenhäuser in urbanen zugänglichen Regionen an, das heißt medizinisches Personal zieht es in diese Gegenden, da dort die besseren Verdienstmöglichkeiten bestehen. Die ländlichen abgelegenen Gebiete bleiben unterversorgt. Private Anbieter haben zudem die mittleren bis oberen Einkommenschichten als Zielgruppe, was die Ungleichheit im Staat fördert. Für ärmere Menschen bleiben vorhandene modernere Behandlungsmethoden uner-



schwinglich. Gutes, qualifiziertes Personal wandert aus dem öffentlichen in den privaten Sektor ab und schwächt den öffentlichen Sektor zusätzlich und wirkt sich somit auch negativ auf die medizinische Versorgung ärmerer Bevölkerungsschichten aus. Allerdings muss man relativierend hinzufügen, dass Disparitäten in der Gesundheitsversorgung zwischen urbanen und ländlichen Gebieten, wie am Beispiel Indonesiens und den Philippinen angesprochen, auch in Ländern ohne Gesundheitstourismus bestehen.

Ausblick

Auf Grund drängender demografischer Probleme in den nordostasiatischen Staaten Südkorea, Taiwan und Japan, wird sich die innerasiatische Nachfrage an qualifiziertem medizinischem Personal vergrößern. In Taiwan übernehmen unqualifizierte Pflegekräfte aus Indonesien, Vietnam, Thailand und den Philippinen schon heute in vielen Familien die Pflege älterer Menschen. Es ist zu erwarten, dass auch Südkorea und Taiwan zukünftig ihre Gesundheitssysteme für qualifiziertes Personal öffnen werden, so wie es in Japan gerade zaghaft geschieht. Dabei ist Vietnam von seinem Entwicklungspotential noch am ehesten ein mögliches Sendeland, während in Thailand noch der private Gesundheitssektor qualifiziertes Personal absorbiert. Ein Aspekt der hier nicht berücksichtigt wurde, sind die Auswirkungen von Migration auf die zurückgebliebenen Angehörigen. Eine thailändische Studie zeigte, dass vor allem zurückgebliebene ältere Angehörige häufiger an Depressionen leiden. Eine andere Frage ist, wie sich die Rücküberweisungen von Migranten auf die Gesundheit der Verbliebenen auswirken. Im Blick zu behalten sind die Entwicklungen in den Philippinen, da das Land plant, sich im globalen Geschäft des Gesundheitstourismus zu etablieren. Gelingt dieser Sprung stellte sich die Frage, ob sich die Kluft in der medizinischen Versorgung zwischen urbanen und ländlichen Gebieten weiter vertiefen wird und ob dieser Trend die Abwanderung von erfahrenem, qualifiziertem medizinischem Personal aufhalten kann.

Literatur

- Arunanondchai; Fink (2007): Globalisation for health. Trade in health services in the ASEAN region. In: *Health Promotion International* 21 (S.1), S. 59–66.
- Connell (2010): Migration of health workers in the Asia-Pacific region. Sydney. [www.med.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/3_Migration_Web_20100112.pdf/\\$file/3_Migration_Web_20100112.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/HRHweb.nsf/resources/3_Migration_Web_20100112.pdf/$file/3_Migration_Web_20100112.pdf).
- Connell (2006): Medical tourism: SEa, sun, sand and ... surgery. In: *Tourism Management* (27), S. 1093–1100.
- Knachanachita et al. (2011): Human resources for health in southeast Asia, shortages, distributional challenges, and international trade in health services (*Lancet*, 377). [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)62035-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62035-1/abstract), zuletzt geprüft am 25.10.2011.