

Positionspapier der dpgg zur internationalen Abwerbung von Gesundheitsfachkräften

Einleitung:

Seit dem letzten Positionspapier der dpgg zur Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Jahr 2016 hat sich die Personalkrise im deutschen Gesundheitssystem enorm zugespitzt. Branchenübergreifend wird aktuell die Einwanderung von Fachkräften als Lösung für Fachkräfteengpässe in Deutschland präsentiert. Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Erleichterung der Einwanderung qualifizierter Migrant*innen befindet sich derzeit im parlamentarischen Verfahren.

Der weltweite Mangel an Gesundheitsfachkräften hat seit 2016 zwar abgenommen, dennoch fehlten 2022 nach Daten der WHO noch 15 Millionen Fachkräfte zur gesundheitlichen Versorgung der Weltbevölkerung. Nach wie vor ist deren Verteilung extrem ungleich; besonders auf dem afrikanischen Kontinent und im mittleren Osten nimmt der Mangel zu.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen in der globalen Ökonomie und des transnationalen Arbeitsmarktes kann die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften vom einen Land in ein anderes Probleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur verschieben, statt lösen. Diese Verschiebung läuft anhand politischer und ökonomischer Machtgefälle zwischen den einzelnen Ländern: Aus dem globalen Süden in den globalen Norden und aus den ärmeren süd- und osteuropäischen Staaten in die reicheren zentral- und nordeuropäischen Länder.

Mit der aktiven Abwerbung von Gesundheitsfachkräften sparen sich Länder des globalen Nordens die hohen Ausbildungskosten für Ärzt*innen und Pflegekräfte, die zum Großteil in die Herkunftsländer verlagert werden. Daran ändern auch Rücküberweisungen in die Herkunftsländer wenig; von diesen profitieren insbesondere privatwirtschaftliche Akteure.

Es braucht tragfähige strukturelle Lösungen für die Krise des Gesundheitssystems in Deutschland. Stattdessen wird aktuell auf private und staatliche Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus ärmeren Ländern gesetzt und damit die weltweit ungleiche Verteilung von Gesundheitsfachkräften weiter forciert.

Mit der Abwerbung von Gesundheitspersonal profitiert Deutschland von schlechten Arbeitsbedingungen und der Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme in anderen Ländern und weicht der Verantwortung aus, die Arbeitsbedingungen im eigenen Land wirkungsvoll zu verbessern.

Kontakt:

Karen Spannenkrebs Projektleiterin "Pillars of Health" Verein demokratischer Ärzt*innen https://www.vdaeae.de/

Karen.spannenkrebs@vdaeae.de



Forderungen:

1. Statt bestehende Strukturen durch Abwerbung zu stützen braucht es strukturelle Lösungen für die Krise des deutschen Gesundheitssystems.

- Der ökonomisierte Wettbewerb zwischen Krankenhäusern muss überwunden werden. Es braucht eine gemeinwohlorientierte, bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung ohne Profitmöglichkeiten.
- Das Pflegebudget muss konsequent weiterentwickelt werden: Es braucht eine selbstkostendeckende Finanzierung aller Personalkosten im Krankenhaus.

2. Als wesentliches Element des WHO Kodex muss eine nachhaltige Gesundheitspersonalpolitik aufgebaut werden.

- Die Attraktivität der Gesundheitsberufe muss gesteigert werden, um Berufsaussteiger*innen zurück zu holen, Menschen zur Ausbildung zu bewegen und Gesundheitsfachkräfte im Job zu halten.
- Die Arbeitsbedingungen müssen verbessert werden: Tarifbindung, höhere Löhne vor allem für nicht-ärztliches Personal, geringere Arbeitsdichte, höhere Verlässlichkeit in der Dienstplanung, Teilzeitarbeitszeitmodelle, die private Care-Arbeit in der Familie ermöglichen.
- Verbindliche und bedarfsgerechte Personalschlüssel für alle Bereiche sind zu erarbeiten und einzuhalten.
- Der Spurwechsel zwischen humanitären Aufenthaltstitel und Titel zur Erwerbsmigration muss vereinfacht werden, um Chancen für bereits in Deutschland lebende Menschen zu schaffen.

3. Abwerbung muss in gute Arbeitsbedingungen führen

- Die Arbeitgeber müssen verbindliche und für alle Beteiligten transparente Einarbeitungskonzepte implementieren, die nicht nur die angeworbenen, sondern auch die in Deutschland ausgebildeten Kolleg*innen in den Blick nehmen. Die betrieblichen Interessensvertretungen sind im Rahmen der betrieblichen Mitbestimmung zu beteiligen.
- Dazu gehört obligat die Teilnahme an kostenlosen berufsbegleitenden Fachsprachenkursen, über das zur Anerkennung benötigte Niveau hinaus. Die Beschäftigten sind dafür unter vollen Bezügen von ihrer Arbeit freizustellen.
- Arbeitgeber tragen die Verantwortung dafür, dass die Anerkennung der vollständigen Fachlichkeit schnellst- und bestmöglich erfolgt. Die Zeit bis zur Anerkennung der Qualifikation muss der Einarbeitung und Vorbereitung dienen. Die im Ausland ausgebildeten Fachkräfte dürfen in dieser Zeit nicht wie voll qualifizierte Fachkräfte eingesetzt, aber schlechter bezahlt werden.
- Der gewerkschaftliche Grundsatz gleiche Bezahlung für gleiche Arbeit am gleichen Ort ist anzuwenden. Dabei muss auch Arbeitserfahrung im Herkunftsland zur tariflichen Einstufung herangezogen werden.
- Die Bindung des Aufenthaltstitels an die Beschäftigung bei nur einem Arbeitgeber muss abgeschafft werden, weil sich daraus Abhängigkeitsverhältnisse zum Nachteil der Arbeitnehmer*innen ergeben.



4. Abwerbung muss fair für die Gesundheitsfachkräfte sein

- Die Bundesregierung muss die Konvention 181 der ILO zu privater Arbeitsvermittlung unterzeichnen
- Es braucht verbindliche rechtliche Standards für Abwerbung, deren Einhaltung öffentlich durchgesetzt und überprüft wird.
- Abwerbende Unternehmen müssen die Wege transparent offenlegen, auf denen sie Fachkräfte anwerben lassen; bei Regelverletzungen sind sie zur Verantwortung zu ziehen.
- Eine Aufklärung der migrierenden Fachkräfte über ihre Rechte und Beratungsmöglichkeiten muss bereits in der Vorbereitung auf die Tätigkeit in Deutschland stattfinden.
- Es braucht eine klare Rechtsprechung, die Bindungsklauseln in den Verträgen und versteckte Kosten für die abgeworbenen Fachkräfte verhindert.

5. Abwerbung muss fair für die Herkunftsländer sein

- Abwerbung darf nur im Rahmen staatlicher bilateraler Abkommen unter maßgeblicher Beteiligung des Gesundheitsministeriums des Herkunftslandes und der dortigen zuständigen Gewerkschaften erfolgen.
- Dabei darf keine Abwerbung aus Ländern aus der regelmäßig aktualisierten WHO Health Workforce Support and Safeguard Liste erfolgen.
- Orientierend am WHO Kodex muss in bilateralen Abkommen der konkrete Mehrwert für das Herkunftsland dargestellt werden. Angemessene Kompensationsleistungen müssen Teil der Abkommen werden.

Hintergrund: Weltweiter Mangel und Abwerbung von Gesundheitsfachkräften

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ein globales Phänomen mit spezifischen nationalen und regionalen Besonderheiten. An- und Abwerbung von Gesundheitsfachkräften, ob staatlich reguliert, als Wanderungsbewegung oder Flucht, ist lange bekannt. Die Gesundheitssysteme der USA, Englands und Australiens sind schon seit den 1970er Jahren auf zuwandernde Ärzt*innen und Pfleger*innen angewiesen. Auch in Westdeutschland gab es in den 50er und 60er Jahren bereits große Anwerbeabkommen für südkoreanische Krankenpfleger*innen.

Inzwischen bilden nahezu alle westlichen Industrienationen weniger Gesundheitsfachkräfte aus als sie tatsächlich brauchen und sind gleichzeitig nicht in der Lage, die Fachkräfte in ihrem erlernten Beruf zu halten. Stattdessen wird vermehrt auf den Zuzug qualifizierter Kräfte aus dem [meist ärmeren] Ausland gesetzt. Der damit einhergehende globale Brain-Drain von Gesundheitsfachkräften ist zu einem systemischen Problem geworden, das zur Ausbildung komplexer globaler Care-Chains führt.

Einige Staaten haben sich aktiv auf diese Herausforderung eingestellt. So bilden beispielsweise Indonesien und die Philippinen weit mehr Fachkräfte aus als sie selbst benötigen, um die Nachfrage auf dem globalen Arbeitsmarkt bedienen zu können. Wesentliches Motiv sind die Rücküberweisungen der Arbeitsmigrant*innen an ihre Familien in der Heimat. In den Philippinen machten Rücküberweisungen 2021 laut Weltbank 9,3% des Bruttoinlandprodukts



aus. Jedoch kommt dieses Geld nicht im Gesundheitssystem an. 2005 wurden 3,2% des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit ausgegeben, womit das Land auf Platz 178 von 194 WHO Ländern lag.

Den finanziellen Anreizen stehen die Verluste von gut ausgebildetem Gesundheitspersonal gegenüber, das zur Versorgung der Bevölkerung dringend gebraucht wird.

Aus der Perspektive der Gesundheitsfachkräfte ist grenzüberschreitende Migration meist eine Reaktion auf unzureichende Arbeitsmöglichkeiten und schlechte Arbeitsbedingungen in ihren Herkunftsländern, die eng mit der Finanzierung der Gesundheitssysteme verbunden sind. Dabei steht Unterfinanzierung nicht selten im Zusammenhang mit internationaler Schuldenpolitik, etwa im Rahmen von IWF-Programmen oder den sogenannten Hilfspaketen im Verlauf der Eurokrise, die an Auflagen wie Austeritätsmaßnahmen im Gesundheitssystem geknüpft sind. So stieg die Anzahl an migrationswilligen Gesundheitsfachkräften aus Spanien und Griechenland stark an, nachdem es im Zuge der Eurokrise und der darauffolgenden Austeritätsmaßnahmen zu Personalkürzungen in den staatlichen Gesundheitssystemen gekommen war

In diesem Sinne sind arbeitslose Gesundheitsfachkräfte kein Zeichen einer "Überproduktion", weil ihre Anzahl zunächst nichts über die Bedarfe der Bevölkerung aussagt.

Mit der Abwerbung von Gesundheitspersonal profitiert Deutschland von schlechten Arbeitsbedingungen und der Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme in anderen Ländern . Es gilt stattdessen, sich weltweit für eine Stärkung der Gesundheitssysteme einzusetzen und dafür, dass Gesundheitsfachkräfte in ihren Herkunftsländern zu guten Arbeitsbedingungen beschäftigt werden können. Dafür ist es essentiell, das internationale Schuldenpolitik nicht zu Lasten der Gesundheits- und Sozialsysteme geht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) widmete ihren Jahresbericht 2006 Gesundheitsfachkräften und deren Migration und löste damit eine intensive internationale Debatte aus. In diesem Zusammenhang wurde ein freiwilliger Verhaltenskodex zur internationalen Abwerbung von Gesundheitspersonal verhandelt und 2010 von der WHO Generalversammlung verabschiedet.

Der Kodex fordert die Staaten primär zu einer nachhaltigen nationalen Gesundheitspersonalpolitik auf mit dem Ziel, die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Fachkräften stark zu vermindern.

Erst sekundär fordert er Standards zur kontrollierten grenzüberschreitenden Abwerbung von Fachkräften und rät von der Abwerbung aus Ländern mit großem Mangel an Gesundheitsfachkräften ab. Diese Länder werden in einer regelmäßig aktualisierten "Health Workforce Support and Safeguard List" bestimmt, aktuell sind es 55.

Die Bundesregierung hat als einzigen Aspekt des Kodex die Negativliste in deutsches Recht aufgenommen [§ 38 BeschV] und untersagt die private Abwerbung aus diesen Ländern. Gleichzeitig hält sie sich nicht an ihre eigenen Maßstäbe, wenn sie aktiv für die Anwerbung von Pflegekräften aus Ghana wirbt, wo laut WHO einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften herrscht .



Gesundheitsfachkräfte in Deutschland

Deutschland hat ein massives und wachsendes Personalproblem im Gesundheitssystem. Es fehlen insbesondere Pflegekräfte und die Engpässe werden sich allen Prognosen nach weiter verstärken. Selbst konservativen Schätzungen zufolge werden 2040 zwischen 140.900 und 229.100 Pflegekräfte fehlen.

Gängige Begründung für die Fachkräfteengpässe im Gesundheitssystem ist der demografische Wandel. Bei genauerer Betrachtung erklärt dieser jedoch nur einen Teil des Phänomens. Stattdessen gilt es, die Arbeitsbedingungen und das ihnen zugrundeliegende System in den Blick zu nehmen: Die Finanzierung der Krankenhäuser durch ein Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups (DRGs)) und der marktvermittelte Wettbewerb zwischen den Kliniken haben zu Arbeitsbedingungen geführt, die insbesondere Pflegekräfte zum massenhaften Ausstieg aus dem Job treiben. Bis zur Einführung der Pflegebudgets 2020 stellten gerade die Personalkosten in der Pflege für die Krankenhauskonzerne einen Kostenfaktor dar, den es mit Einsparungen zu drücken galt. Die Streichung von Pflegestellen zur Kostenreduktion bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahlen war der Beginn einer Abwärtsspirale von Arbeitsverdichtung und Jobausstiegen.

Auch die Ausbildungszahlen sind angesichts der schlechten Arbeitsbedingungen gesunken und ein relevanter Teil der ausgebildeten Fachkräfte quittieren schon innerhalb der Ausbildungszeit oder kurz danach den Job.

Für Ärzt*innen sieht die Situation zwar besser aus, doch auch in dieser Berufsgruppe führen die Arbeitsverdichtung und die schlechten Ausbildungsbedingungen dazu, dass Kliniken ihre offenen Stellen nicht besetzen können und sich vermehrt im Ausland umschauen.

Seit einigen Jahren werben zudem Leiharbeitsfirmen vermehrt Pflegekräfte und auch Ärzt*innen aus festen Anstellungsverhältnissen ab. Von 2014 bis 2021 hat sich die Zahl der Krankenpflegekräfte in der Leiharbeit von 12.000 auf 25.000 mehr als verdoppelt . Leiharbeitsfirmen bieten höheren Lohn und höhere Flexibilität mit Wunschurlaubstagen und Wunschdienstplänen. Die Entscheidung der Fachkräfte für akzeptable Arbeitsbedingungen ist nachvollziehbar. Dafür werden die Fachkräfte dann klinik-, stadt- oder gar bundesweit flexibel eingesetzt, um Lücken im Stammpersonal auszugleichen. Damit verdient noch ein Akteur – die Leiharbeitsfirmen – am deutschen Gesundheitssystem mit. Das Zerfallen der Stammteams erschwert gewerkschaftliche Organisierung und eingespielte Teamarbeit und hat negative Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung.

Laut einer aktuellen von der Hans Böckler Stiftung geförderten Potentialanalyse mit dem Titel "Ich pflege wieder, wenn..." wären sehr viele ausgebildete Pfleger*innen durchaus bereit, wieder in ihrem Beruf zu arbeiten – wenn sich grundsätzlich an den Bedingungen etwas ändert. Dabei ging es den Befragten um eine angemessene Entlohnung, aber auch um mehr Zeit für gute Pflege durch mehr Personal und Verlässlichkeit bezüglich der Dienstplanung. Die Studie errechnet ein ungenutztes Potential von 302.000 bis 661.000 Pflegekräften in der Langzeit- und Altenpflege.

Für eine feste Personalbemessung und bessere Arbeitsbedingungen erstritten Gesundheitsfachkräfte in Berlin, NRW und zuletzt im bundesweit einzigen privaten Uniklinikum Gießen-Mar-



burg bereits im Arbeitskampf Entlastungstarifverträge. Sie sind Teil einer globalen Protest- und Streikwelle im Gesundheitswesen von Arbeitnehmer*innen und Patient*innen, die die Auswüchse eines profitorientierten Gesundheitswesens nicht länger hinnehmen wollen.

Durch den Druck der Beschäftigten und nicht zuletzt auch unter dem Eindruck der Covid-19-Pandemie und der öffentlichen Aufmerksamkeit für die Personalkrise der Kliniken hat auch die deutsche Politik Handlungsbedarf erkannt.

Bereits 2019 sollte mit der Konzertierten Aktion Pflege die Pflegepersonalkrise angegangen werden. Es wurden verschiedenen Maßnahmen angestoßen, die aber an der grundsätzlichen Problemlage nichts änderten. Auch die seit 2021 rechtlich bindenden Personaluntergrenzen sind leider weit davon entfernt, gute Qualität in der Pflege sicherzustellen. Sie gelten nicht in allen Bereichen und orientieren sich statt am tatsächlichen Bedarf schlicht am Niveau der 25% am schlechtesten besetzten Kliniken.

Ein richtiger Schritt war die Schaffung des Pflegebudgets. Seit dem Jahr 2020 werden die Personalkosten für Pflegefachkräfte nicht mehr über die DRGs finanziert, sondern separat zwischen Kliniken und Krankenkassen ausgehandelt. So lange die anderen Personalkosten allerdings nicht ausgegliedert sind, wird nun an denen gespart: An OP- und Anästhesiepflege, Reinigungspersonal und Transportdiensten. Nicht selten müssen in der Folge Pflegekräfte, die für die Versorgung der Patient*innen dringend gebraucht werden, nun vermehrt Betten schieben und Essen austeilen. Der Druck auf ärztliches Personal ist ebenfalls gestiegen.

Auch die Empfehlungen der von Lauterbach eingesetzten Expert*innenkommission zur Reform der Krankenhausvergütung versprechen zwar grundlegende Besserungen, doch muss angezweifelt werden, ob sie dieses Versprechen einhalten können.

Ziel muss es sein, die Arbeit in Gesundheitsberufen in Deutschland so zu gestalten, dass kein Bedarf an grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften besteht. Hierfür müssen die Arbeitsbedingungen im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig verbessert werden, was eine konsequente Umgestaltung der Strukturen erfordert. Stattdessen werden sie aktuell durch die Abwerbung von ausländischen Fachkräften stabilisiert.

Abwerbung von Gesundheitsfachkräften nach Deutschland

In Deutschland ist seit 2012, also zwei Jahre nach Verabschiedung des WHO Verhaltenskodex, eine offensive und staatlich unterstützte Abwerbung von Pflegepersonal aus dem Ausland zu beobachten.

Nach wie vor werden Gesundheitsfachkräfte vor allem aus osteuropäischen Ländern nach Deutschland abgeworben. Die Bundesregierung bemüht sich aber vermehrt auch um Abwerbungen aus dem globalen Süden. Bundesarbeitsminister Hubertus Heil sieht Deutschland im internationalen "Wettbewerb um Talente und helfende Hände" .

Laut der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Partei Die LINKE waren 2022 zehn bilaterale Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur für Arbeit in Kraft: Vietnam [2012], Tunesien [2013], Philippinen [2013], Bosnien-Herzegowina [2014], Mexiko [2019], Indien



[2021], Indonesien [2021], Jordanien [2022]. Zudem wurde über das Programm "Faire Anwerbung Pflege Deutschland" die Abwerbung aus Kolumbien und Brasilien gefördert.

Parallel zu den oben genannten staatlichen Programmen gibt es einen wachsenden Markt an profitorientierten Agenturen, die ungefähr 75% der Abwerbungen abwickeln, und die durch zwischenstaatliche (bilaterale) Absprachen und Unterstützung etwa der Botschaften neue Märkte erschließen.

Viele Fachkräfte kommen aus osteuropäischen EU Ländern wie Rumänien oder über die Westbalkanregelung, die seit 2016 in Kraft ist und parallel zum neuen Fachkräfteeinwanderungsgesetz sowohl räumlich als auch zeitlich ausgeweitet werden soll. Die Anzahl der Pflegekräfte, die aus den sechs Ländern des Westbalkans zwischen 2016 and 2020 zum Arbeiten nach Deutschland kamen, hat sich verdreifacht. Insgesamt arbeiteten im Jahr 2022 40.695 Pflegekräfte aus dem Westbalkan in Deutschland. Ein Vergleich mit der absoluten Anzahl von Pflegekräften in diesen Ländern von 108.018 gibt einen Eindruck von dem Verlust für die Gesundheitssysteme der Westbalkanländer durch deutsche Abwerbepraktiken. Am extremsten erscheint die Situation in Bosnien-Herzegowina: 17.041 bosnische Pflegekräfte arbeiten in Deutschland: Beinahe ebenso viele wie in Bosnien-Herzegowina selbst [19.057].

Zugleich stützt sich ein Großteil der ambulanten Altenpflege in Deutschland bereits seit Jahren auf einem wachsenden, irregulären Markt von schlecht bezahlten ausländischen Pflegekräften, die als sogenannte Live-In-Pfleger:innen unter denkbar schlechten Arbeitsbedingungen betreuen und pflegen.

4. Erfahrungen im Ausland ausgebildeter Fachkräfte in Deutschland

Pflegekräfte und Ärzt*innen aus dem inner- und außereuropäischen Ausland kommen mit großen Erwartungen auf den deutschen Arbeitsmarkt. Die Menschen landen dabei in Tätigkeitsbereichen, den viele in Deutschland ausgebildete Kolleg*innen schon frustriert verlassen haben und in denen es an Personal fehlt.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, wie dubiose private Vermittlungsagenturen Gesundheitsfachkräfte die Kosten für Vermittlungsgebühren und Sprachkurse auf die migrierenden Fachkräfte abzuwälzen versuchten. Besonders umstritten sind Bindungsklauseln in den Arbeitsverträgen, die die angeworbenen Fachkräfte verpflichten, hohe Gebühren zu zahlen, wenn sie vor Ablauf einer Mindestarbeitszeit ihre Anstellung kündigen. Dies soll sichern, dass dem Arbeitgeber kein Risiko entsteht, auf seinen "Investitionskosten" sitzen zu bleiben, wenn sich die Fachkraft – etwa aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen – entschließt, die Stelle zu wechseln. Diese Praxis wurde von Jurist*innen bereits als "moderne Schuldknechtschaft" kritisiert, da die geforderten Geldsummen von den Betroffenen schlicht nicht aufgebracht werden können.

Staatliche Siegel (Faire Anwerbung Deutschland), die vermeintlich faire Bedingungen für die Abwerbung definieren, sind für die Vermittlungsagenturen freiwillig und werden nur von einem Bruchteil der Vermittlungsagenturen wahrgenommen.



In der Praxis ergeben sich für die angeworbenen Fachkräfte viele Probleme im Arbeitsalltag: Pflegefachkräfte werden bis zur Anerkennung ihrer Ausbildung in Deutschland nur als Pflegehilfskräfte entlohnt, müssen aber oft die gleiche Arbeit wie ihre examinierten Kolleg*innen leisten und erfahren wenig Anleitung. Für die Arbeitgeber sind sie damit für den Zeitraum bis zur Anerkennung [was viele Monate dauern kann] günstige Arbeitskräfte. Das mindert den Anreiz einer aktiven Unterstützung beim Anerkennungsprozess. Gleichermaßen werden Ärzt*innen aus Nicht-EU-Ländern, deren Weg zur Approbation oft langwierig ist, unabhängig von ihrer Qualifikation mit einer vorrübergehenden Berufserlaubnis beschäftigt und als Anfängerinnen bezahlt. Teilweise wird ihnen eine tarifliche Bezahlung ganz verweigert.

Das größte Problem für die ausländischen Kolleg*innen ist aber das gleiche, was auch die in Deutschland ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte frustriert: Der Personalmangel und die Arbeitsdichte im deutschen Gesundheitssystem.

Dass ausgerechtet dort, wo das Personal sehr knapp ist, ausländischen Kolleg*innen mit teilweise unzureichenden Sprachkenntnissen und anfänglichen Unsicherheiten über Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten die Lücken füllen sollen, verursacht erhebliche Schwierigkeiten. Viele migrantische Fachkräfte leiden darunter, dass sie unter diesen Umständen ihr Wissen nicht einsetzen und keinen guten Job machen können. Dazu kommt Rassismus vonseiten der Kolleg*innen und Patient*innen.

Fazit:

Wir fordern die Bundesregierung auf, den Maßgaben des WHO Kodex zu folgen und eine nachhaltige nationale Gesundheitspersonalpolitik einzuschlagen. Dabei sind Maßnahmen zu ergreifen, die die Attraktivität der Ausbildung und der Arbeitsplätze in den Gesundheitsberufen steigern und dazu beitragen, dass gut ausgebildete Fachpflegekräfte aus dem In- und Ausland hier eine Zukunftsperspektive finden.

Wir fordern die Bundesregierung auf, sich für ausreichend finanzierte, gemeinwohlorientierte und bedarfsgerechte Gesundheitssysteme in Deutschland und weltweit einzusetzen.

Quellen:

Auffenberg J, Becka D, Evans M (2022) Ich pflege wieder wenn ... - Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Arbeitnehmerkammer Bremen

Bundesregierung (2022) Eckpunkte: Fachkräfteeinwanderung aus Drittstaaten | Bundesregierung. In: Die Bundesregierung informiert | Startseite. https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/fachkraefteeinwanderungsgesetz-2146480. Accessed 24 Jan 2023

DGB Abteilung Arbeitsmarktpolitik (2022) Inländisches Fachkräftepotenzial ausschöpfen, faire Fachkräfteeinwanderung sichern – DGB-Anforderungen in der Fachkräftedebatte. arbeitsmarkt aktuell

Güldemann H (2022) Wemos Report Germany. WEMOS

Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (2021) Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg



Krankenhaus statt Fabrik: Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission »Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung«

Lugert-Jones G Hohe Unzufriedenheit bei philippinischen Pflegefachkräften in Deutschland. In: Grace Lugert-Jose. https://gracelugert.com/hohe-unzufriedenheit-bei-philippinischen-pflegefachkraeften-in-deutschland/. Accessed 27 Apr 2023

Masselink LE, Lee S-YD (2010) Nurses, Inc.: Expansion and commercialization of nursing education in the Philippines. Social Science & Medicine 71:166–172. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.043

Möhring C [2022] Kleine Anfrage: Grenzüberschreitende Abwerbung von Pflegekräften. In: Cornelia Möhring, MdB. https://www.cornelia-moehring.de/parlamentarische-initiative-1/. Accessed 29 Sep 2022

Pütz R, Kontos M, Ruokonen-Engler M-K (2019) Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Hans Böckler Stiftung

Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16 [2010] The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

ver.di (2022) Arbeitsmigration braucht klare Regeln. In: gesundheit-soziales-bildung.verdi.de. https://gesundheitspolitik/++co++fe7b5b38-a513-11ec-9781-001a4a1601002 kws=Werkvertr%C3%A4ge. Accessed 30 Mar 2023

WHO [2023] WHO Workforce Support and Safeguard List 2023

World Health Organization [2006] The world health report: 2006: working together for health. Rapport sur la situation dans le monde: 2006: travailler ensemble pour la santé

correctiv [2020] Wie dubiose Vermittler ausländische Pflegekräfte zur Ware machen. In: correctiv.org. https://correctiv.org/top-stories/2020/11/25/wie-dubiose-vermittler-auslaendische-pflegekraefte-zur-ware-machen/. Accessed 8 Jul 2022

WHO [2022] Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. WHO, Geneva

Bundesministerium des Innern und für Heimat und Bundesministerium für Arbeit und Soziales [2023] Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Fachkräfteeinwanderung

Gütegemeinsachaft (2023) Positionen zur erleichterten Fachkraefteeinwanderung. Gütegemeinschaft Anwerbung und Vermittlung von Pflegekräften aus dem Ausland e.V., Berlin

Migazin [2023] WHO kritisiert - Deutschland will Pflegekräfte aus Ghana anwerben. https://www.migazin.de/2023/02/21/who-kritisiert-deutschland-will-pflegekraefte-aus-ghana-anwerben/. Accessed 29 Mar 2023

EPSU/FESE [2020] Joint Position Paper on Recruitment and Retention in Social Services. In: EPSU. https://www.epsu.org/article/epsufese-joint-position-paper-recruitment-and-retention-social-services. Accessed 30 Mar 2023

Faire Anwerbung Pflege Deutschland. https://www.faire-anwerbung-pflege-deutschland.de/guetezeichen-nut-zende. Accessed 19 Sep 2022

Germany - Ghana | Medical Education Program. https://gg-med-acad.com/de/about. Accessed 11 Apr 2023

WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly. https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health-workforce-2030. Accessed 13 Mar 2023

PPR 2.0 statt Mogelpackung. In: gesundheit-soziales-bildung.verdi.de. https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++14529504-1224-11eb-9d9b-001a4a160119. Accessed 13 Mar 2023

Zeitarbeitnehmer bei Krankenpflegekräften 2021. In: Statista. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1091074/umfrage/zeitarbeitnehmer-bei-krankenpflegekraeften-in-deutschland/. Accessed 31 Mar 2023