
MEHR ALS NUR BRAIN DRAIN – THE GREAT BRAIN ROBBERY

**Internationale Abwerbung von
Pflegerkräften durch die
Bundesregierung**

Eine Analyse der Rosa Luxemburg Stiftung, Büro Genf

**Jan van Aken
Berit Köhler**

August 2022

**ROSA
LUXEMBURG
STIFTUNG**
GENEVA OFFICE

Rosa-Luxemburg Stiftung

info@rosalux-geneva.org

Ch. de Balexert 7-9 1219

Châtelaïne (Geneva)

rosalux-geneva.org



Inhalt

1. Zusammenfassung.....	2
2. Deutsche Abwerbeprogramme	4
2.1 Triple Win.....	4
2.2 Auszubildende aus Vietnam.....	5
2.3 Weitere Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur für Arbeit	6
2.4 DeFa	6
2.5 Faire Anwerbung Pflege Deutschland.....	7
2.6 DKF	7
2.7 Make it in Germany.....	8
2.8 Goethe-Institut Pro Pflege	8
2.9 Zusammenfassung: Zielländer der staatlichen Programme	8
3. Internationale Standards	10
3.1 Der WHO Verhaltenskodex	10
3.2 Was ist ein „kritischer Mangel“?	11
3.3 Pflegesituation in deutschen Anwerbeländern.....	13
4. Das Problem heißt Kapitalismus: Die Arbeitsbedingungen in der Pflege.....	15
5. Forderungen	17
5.1 Eine Strategie zur langfristigen Gesundheitspersonalentwicklung.....	17
5.2 Eine an Bewegungsfreiheit orientierte Politik.....	17
5.3 Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften halbieren.....	18
5.4 Besonders zu schützende Herkunftsländer neu definieren	18
5.5 Kompensation für die Herkunftsländer	19
5.6 Schutz der Angeworbenen – dubiosen privaten Vermittlern das Handwerk legen....	19

1. Zusammenfassung

Die Einwanderung ausländischer Gesundheitsfachkräfte ist kein neues Phänomen und auch keine deutsche Spezialität. Seit Jahrzehnten wandern gut ausgebildete Ärzt*innen aus dem globalen Süden in reichere Länder aus, weil sie sich dort bessere Bezahlung und Lebensbedingungen erhoffen. Der reiche Norden spart dabei sehr viel Geld für die Schul- und Hochschulbildung der eingewanderten Fachkräfte und kann langfristige Fehlentwicklungen im eigenen Gesundheitssystem durch die kurzfristige Abwerbung von wichtigem Personal im Ausland zumindest eine Zeitlang ausgleichen – obwohl das natürlich den Fachkräftemangel in den Herkunftsländern massiv verschärft.

Aktuell zeigt sich das am Pflegenotstand in Deutschland (und nicht nur dort). Der große Mangel an Pflegekräften ist hausgemacht und eine direkte Folge der Profitmaximierung im Gesundheitswesen. Die Privatisierung der Krankenhäuser und das System der Fallpauschalen haben direkt zu einer extremen Arbeitsverdichtung in der Pflege geführt, bei schlechterer Bezahlung. Viele Pflegekräfte beklagen, dass eine gute Versorgung nicht möglich und immer öfter sogar die Patient*innen-Sicherheit gefährdet ist. Solange die Arbeit so stressig und das Geld so wenig bleibt, sind immer weniger Menschen in Deutschland bereit, in der Pflege zu arbeiten oder dort eine Ausbildung anzustreben.

Die Bundesregierung reagiert seit einigen Jahren mit einem ebenso einfachen wie verwerflichen Rezept: Es werden aktiv gut ausgebildete Fachkräfte im Ausland für die Pflege in Deutschland angeworben. Früher sprach man von einem „brain drain“, einem Abfließen von Wissen oder Erfahrung, wenn ausgebildete Menschen aus individueller Entscheidung in reichere Länder abgewandert sind. Heute müssen wir viel mehr von „brain robbery“ reden, denn mit den organisierten und gut finanzierten Abwerbeprogrammen der Bundesregierung werden andere Länder aktiv und gezielt ihrer Fachkräfte beraubt.

In den staatlich betriebenen Abwerbeprogrammen der Bundesregierung werden aktuell die folgenden zehn Länder genannt, in denen aktiv Pflegekräfte abgeworben werden: Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Dominikanische Republik, Indien, Indonesien, Kolumbien, Mexiko, Philippinen, Tunesien und Vietnam.

Aktive Abwerbung im Ausland kann und darf niemals Strategie zur Bekämpfung des Pflegenotstandes sein. Es wird schlicht nicht funktionieren und hat verheerende Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer. Stattdessen brauchen wir

- eine langfristige Strategie für die Personalentwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland, in der die Hauptursachen des Pflegenotstandes angegangen werden und die KEINE strategische Abwerbung im Ausland vorsieht;
- statt gezielter Abwerbung von Fachkräften eine an Bewegungsfreiheit orientierte Politik und gezielte Maßnahmen der Bundesregierung, damit bereits nach Deutschland migrierte oder geflüchtete Menschen in den Berufen arbeiten können, für die sie bereits ausgebildet sind oder ausgebildet werden möchten;
- eine Umsetzung der Forderungen der WHO für eine gerechte globale Entwicklung des Gesundheitspersonals, darunter eine Halbierung der Abhängigkeit von ausländischen Arbeitskräften bis 2030;

eine deutliche Ausweitung der Liste von besonders zu schützenden Herkunftsländern.

In fünf der zehn deutschen Schwerpunktländer für Abwerbungen muss jede Aktivität eingestellt werden, weil diese Länder unter dem kritischen Schwellenwert von 4,45 Gesundheitsfachkräften je 1000 Einwohner*innen liegen: Dominikanische Republik, Indien, Indonesien, Tunesien, Vietnam.

eine Kompensation für die Ausbildungsleistungen in den Herkunftsländern;

eine staatlich organisierte oder zumindest streng kontrollierte internationale Vermittlung, um die Arbeitnehmer*innen vor Knebelverträgen zu schützen.

2. Deutsche Abwerbeprogramme

Diese Studie fokussiert auf die offiziellen, von staatlichen deutschen Stellen finanzierten oder durchgeführten Programme. Es gibt darüber hinaus natürlich auch sehr viel individuelle Migration sowie eine Vielzahl an privaten Vermittlern, die mit zum Teil dubiosen Methoden Fachkräfte aus dem Ausland nach Deutschland locken. Correctiv hat dazu im November 2020 eine hervorragende Recherche veröffentlicht. Nach Angaben von Correctiv werden mehr als 90% der ausländischen Pflegekräfte von privaten Vermittlern und nicht durch staatliche Programme angeworben.

2020 hatten 13% aller Pflegekräfte in Deutschland eine ausländische Staatsangehörigkeit, wobei sich die Anzahl der ausländischen Pflegekräfte in wenigen Jahren praktisch verdoppelt hat., Nach Angaben der Hans-Böckler-Stiftung hat sie sich zwischen 2012 und 2017 sogar versechsfacht. Laut der Bundeszentrale für Politische Bildung arbeiteten in 2021 rund 208.000 ausländische Pflegekräfte in Deutschland, davon 120.000 aus Drittstaaten und 90.000 aus EU-Mitgliedsländern. Damit kommt mittlerweile jede achte Pflegekraft aus dem Ausland, bei den Ärzt*innen ist es sogar jede*r siebte.

Ausländische Gesundheitsfachkräfte verdienen im Durchschnitt deutlich weniger als deutsche Staatsangehörige. Nach einer Studie aus dem Jahre 2020 lag der Lohnabstand bei Fachkräften in der Krankenpflege bei 7,7 Prozent, in der Altenpflege allerdings nur bei 0,5%. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass die ausländische Fachkräfte jünger sind und damit weniger Berufserfahrung bzw. Betriebszugehörigkeit haben.

Eine im Mai 2021 veröffentlichte wissenschaftliche Studie zu den Westbalkanstaaten kommt zu dem Schluss, dass in den vergangenen 10 Jahre jede vierte kroatische Pflegekraft nach Deutschland emigriert ist. Für Bosnien-Herzegowina und Serbien, so die Studie, fehlen zwar offizielle Daten, aber der Emigrationsanteil wird dort als ähnlich hoch eingeschätzt.

Vor diesem Hintergrund wurden in den vergangenen ca. zehn Jahren die folgenden Programme und Initiativen der Bundesregierung auf den Weg gebracht:

2.1 Triple Win

„When everyone’s a winner“ – so bewirbt die GIZ Triple Win, ein Gemeinschaftsprogramm der Bundesagentur für Arbeit und der GIZ. Es wurde 2013 zur Gewinnung von Pflegefachkräften gegründet, seit 2019 werden zudem auch Auszubildende in Vietnam angeworben. Bis Ende 2021 wurden über 4700 Pflegekräfte nach Deutschland vermittelt, über 200 Arbeitgeber haben am Programm teilgenommen. Aus Bosnien-Herzegowina, Philippinen und Tunesien werden bereits ausgebildete Pflegefachkräfte vermittelt, die dann in Deutschland eine Anerkennungsqualifizierung durchlaufen, während aus Vietnam „junge Menschen mit Vorerfahrungen in der Pflege“ für eine Pflegeausbildung und spätere Weiterbeschäftigung angeworben werden (siehe unten).

Jede Einrichtung muss mindestens drei Pflegekräfte aufnehmen, um eine bessere Integration zu gewährleisten. Das monatliche Bruttogehalt muss für eine Pflegekraft ohne

deutsche Anerkennung mindestens 2.300 Euro betragen und 2.800 Euro nach erfolgter deutscher Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in.

Die Arbeitgeber müssen der GIZ für die Vermittlung eine Gebühr von 7.900 Euro je vermittelter Pflegekraft zahlen, das beinhaltet auch die Kosten für einen Sprachkurs bis B1 vor der Ausreise. Auch die Reisekosten sowie der weitere Sprachkurs bis B2 und die Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung in Deutschland müssen vom Arbeitgeber übernommen werden. Der Arbeitgeber muss zudem einen „ersten“ Wohnraum organisieren, dessen Warmmiete nicht mehr als ein Drittel des Nettolohns betragen „sollte“.

Ganz interessant ist die Beliebigkeit, mit der im Werbematerial für Triple Win die Dringlichkeit dieses Programms beschworen wird. Mal heißt es, bis 2025 fehlen rund 150.000 Pflegekräfte in Deutschland, mal sind es 500.000 bis zum Jahre 2030.

2.2 Auszubildende aus Vietnam

Hier werden zwar Auszubildende angeworben, aber auch diese müssen mindestens eine zweijährige Ausbildung im Bereich Pflege vorweisen (College Nurse oder Bachelor). Bei Vivantes durchlaufen sie dann eine auf zwei Jahre verkürzte Ausbildung.

Das Projekt begann im Jahre 2013 mit einer Absichtserklärung zwischen dem deutschen Wirtschaftsministerium und der vietnamesischen Regierung. Das Goethe-Institut bietet in Hanoi und Ho Chi Minh Stadt einen zwölfmonatigen Sprachkurs für Pflegekräfte an, die dann eine Fachausbildung in der Altenpflege in Deutschland absolvieren können. Bis Ende 2021 sind darüber 710 vietnamesische Pflegekräfte nach Deutschland gekommen. Ende 2019 erklärte Vivantes, dass die Kooperation jetzt auch auf den Bereich Gesundheits- und Krankenpflege ausgeweitet wird. Nach eigenen Angaben bietet Vivantes den Auszubildenden möblierte Wohnungen in Berlin an, um dort in Wohngemeinschaften zu leben.

Im Jahre 2015 wurde eine „Gemeinsame Absichtserklärung über die Grundzüge einer fairen Gewinnung von Kräften zur Ausbildung in der Altenpflege“ zwischen der deutschen und vietnamesischen Seite unterzeichnet. Zu „fairen“ oder ethischen Standards findet sich in dem Schreiben kaum etwas, allerdings heißt es unter Punkt 9 dort wörtlich: „Im Falle einer vorzeitigen Beendigung des Ausbildungsverhältnisses in Deutschland sollte der vietnamesische Teilnehmer die Kosten der Rückführung tragen, soweit er die Beendigung zu vertreten hat.“ Das dürfte während der Ausbildung ein mächtiges Druckmittel für Vivantes auf die Teilnehmenden sein. Fair geht anders.

Laut einer Studie der Bertelsmann-Stiftung aus dem Jahre 2015 wurden auch Kooperationen zwischen deutschen und vietnamesischen Ausbildungseinrichtungen geschlossen, um „künftig Teile der deutschen Pflegeausbildung bereits vor Ort in Vietnam durchzuführen.“

2.3 Weitere Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur für Arbeit

Nach dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz (FEG) kann die Bundesagentur für Arbeit (BA) so genannte Vermittlungsabsprachen mit anderen Ländern abschließen. Das erleichtert dann für die jeweilig verabredeten Berufe die Einreise nach Deutschland, so kann z.B. die Anerkennung der ausländischen Berufsabschlüsse auch erst nach der Einreise stattfinden. Das oben beschriebene Triple Win Programm beruht auf Vermittlungsabsprachen der BA mit den Ländern Bosnien-Herzegowina, Tunesien und Philippinen.

Im Rahmen des Triple Win Programms wurden in 2021 zwei weitere solcher Vermittlungsabsprachen für Pflegekräfte getroffen, sowohl mit Indonesien als auch mit dem indischen Bundesstaat Kerala. Eine Absprache mit Mexiko betraf neben anderen Berufen auch Pflegekräfte.

Für Kerala sind die ersten Rekrutierungen in 2022 geplant, mit ersten Einreisen und Arbeitsaufnahmen wird in 2023 gerechnet. In der indischen Presse ist bereits von „mehr als 10.000 für Pflegekräfte in Deutschland“ die Rede...

Diese Vermittlungsabsprachen der BA sind insofern bemerkenswert, dass nun ausgerechnet Indien und Indonesien von der WHO zu den fünf Ländern mit dem größten Mangel an Pflegepersonal weltweit gezählt werden. Im „World Nursing Report 2020“ der WHO heißt es wörtlich: „The countries accounting for the largest shortages (in numerical terms) in 2018 included Bangladesh, India, Indonesia, Nigeria and Pakistan.“ In der WHO Datenbank „National Health Workforce Accounts Data Portal“ heißt es sehr deutlich im Länderprofil Indonesien: „An estimated shortage range of 200,000 to 300,000 nurses is projected for year 2030“. Es ist völlig unbegreiflich, wie die Bundesregierung nun ausgerechnet mit diesem Land ein Abwerbeabkommen für Pflegekräfte treffen kann.

Die BA versucht die Vermittlungsabsprache mit Kerala damit zu rechtfertigen, dass in diesem Bundesstaat „die Zahl der Pflegekräfte bezogen auf die Einwohnerzahl über dem Landesdurchschnitt und der Grenzmarke der Weltgesundheitsorganisation WHO“ läge. Dass damit natürlich trotzdem dem gesamtindischen Gesundheitswesen Fachkräfte entzogen werden, wird mit keinem Wort erwähnt. Und auch nicht die Tatsache, dass im inner-indischen Vergleich das kommunistisch regierte Kerala eines der besten Gesundheitssysteme mit einer besseren Versorgung und mehr Personal hat – eine Errungenschaft, die durch Abwerbeprogramme aus dem globalen Norden jetzt torpediert wird.

Zahlen der WHO deuten darauf hin, dass es in Kerala seit einigen Jahren ein privates Geschäftsmodell für die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften für den Export gibt. Von 2005 bis 2016 hat sich die Zahl der Pflege-Ausbildungsplätze von 124 auf 17.600 mehr als verundertfacht – die allermeisten davon in privaten Einrichtungen.

2.4 DeFa

Im Oktober 2019 wurde die „Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe“ im Saarland gegründet, sie wird mit 4,7 Mio. Euro vom Bund bezuschusst.

Pilotländer sind Philippinen, Mexiko, Brasilien. 2020 wurden in Manila und Mexiko bereits Länderbüros eröffnet, ein weiteres ist in Brasilien geplant.

Die DeFa vermittelt keine Fachkräfte, sondern unterstützt die private Anwerbung bei allen Behördenangelegenheiten in Deutschland, von der Berufsankennung über die Arbeitsmarktzulassung bis zur Einreise. Kunden der DeFa sind sowohl Personalserviceagenturen als auch Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.

Die DeFa nennt als eine ihrer Aufgaben die „Wahrung internationaler Qualitätsstandards“, vor allem die „ethisch-soziale Qualität“ der Anwerbung im Ausland. Die DeFa betont ihren „hohen ethischen Anspruch“, ohne ihn jedoch an irgendeiner Stelle zu konkretisieren und schreibt lapidar, sie „konzeptionieren“ gerade eine Akkreditierung ihrer „Standards“. Von ihren Kunden „erwarten“ sie das „Bekenntnis“ zur internationalen ethischen Grundsätzen der Auslandsanwerbung und machen dazu „regelmäßige Stichprobenkontrollen“.

2.5 Faire Anwerbung Pflege Deutschland

Unter diesem Namen gibt es sowohl ein Gütesiegel als auch ein Förderprogramm der Bundesregierung. Auf das Gütesiegel soll hier nicht weiter eingegangen werden, der genaue Anforderungskatalog für die Siegelerteilung ist online verfügbar und eher ernüchternd.

Das Förderprogramm wurde im Juni 2021 aufgelegt und betrifft die Anwerbung von Pflegefachkräften aus Ländern, die mindestens 3500 Kilometer von Deutschland entfernt liegen. Für jede Pflegekraft kann ein Zuschuss von 6000 Euro beantragt werden, unterstützt werden Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

Bis Ende 2021 wurden damit die Berufsankennungsverfahren von insgesamt 1.564 Pflegekräften gefördert, aus den Philippinen (881 Pflegekräfte), Mexiko (130), Brasilien (148), Kolumbien (145), Indien (164) und Vietnam (53). Auf der Website des Projektträgers (Forschungszentrum Jülich) werden außerdem die Dominikanische Republik und Indonesien als mögliche Herkunftsländer genannt.

Die Liste aller teilnehmenden Einrichtungen in Deutschland ist auch online verfügbar.

In der Richtlinie des BMG für dieses Förderprogramm wird darauf verwiesen, dass „eine weitere Sogwirkung“ für die Westbalkanstaaten vermieden werden sollte, da dort durch die Abwerbung von Pflegefachkräften die Gesundheitssysteme bald „von einem Pflegefachkraftmangel betroffen“ sein könnten. Daraus erklärt sich wahrscheinlich die 3500-Kilometer-Grenze dieses Programms.

2.6 DKF

Das „Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen“ ist ein Projekt des BMG, das selbst keine Anwerbung durchführt, sondern Inhalte und Strukturen für die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften erarbeiten soll. Das DKF hat z.B. das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege“ entwickelt und vergibt es.

2.7 Make it in Germany

Das ist kein eigenes Anwerbeprogramm und auch nicht speziell für Pflegefachkräfte, sondern ein übergreifendes Informationsportal der Bundesregierung, um „ausländische Fachkräfte durch den Behördenschwung (zu) lotsen“.¹

2.8 Goethe-Institut Pro Pflege

Nicht nur in Vietnam, auch in anderen Ländern bietet das Goethe-Institut spezielle Sprachkurse für Pflegekräfte an, mit einem ausdrücklichen Verweis auf die Arbeitsmöglichkeiten in Deutschland.² Es gibt im Goethe-Institut sogar einen speziellen Sprachtest „PRO Pflege“, der dem B2-Level gleichgestellt ist.³

2.9 Zusammenfassung: Zielländer der staatlichen Programme

Die verschiedenen offiziellen, staatlich geförderten bzw. durchgeführten Programme richten sich aktuell auf die folgende zehn Länder (in Klammern jeweils die Programme, in die das jeweilige Land einbezogen ist):

- Bosnien-Herzegowina (Triple Win)
- Tunesien (Triple Win)
- Philippinen (Triple Win, DeFa, „Faire Anwerbung“)
- Vietnam (Triple Win, „Faire Anwerbung“)
- Indien (BA4 für Kerala, „Faire Anwerbung“)
- Indonesien (BA, „Faire Anwerbung“)
- Mexiko (BA, DeFa, „Faire Anwerbung“)
- Brasilien (DeFa, „Faire Anwerbung“)
- Kolumbien („Faire Anwerbung“)
- Dominikanische Republik („Faire Anwerbung“)

Außerdem gab es in den letzten Jahren eine Reihe von Minister-Reisen zur Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, die aber zum Teil offenbar reine Propagandatouren waren. So hat der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn im Juli 2019 mit dem kosovarischen Gesundheitsminister eine Erklärung zur „Kooperation im Bereich Gesundheit“⁵

¹ <https://www.sueddeutsche.de/politik/pflege-fachkraeftemangel-pflegepersonal-1.4706507>

² <https://www.goethe.de/ins/in/en/sta/new/kur/spe/dfp.html#undefined>

³ <https://www.goethe.de/en/spr/kup/prf/prf/gpf.html>

⁴ BA bedeutet hier neue Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur für Arbeit aus 2021, die noch nicht in Dokumenten zum Triple Win-Programm erwähnt werden.

⁵

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/JD_Health_DEU_KOS.pdf

unterzeichnet, die aber bei genauerer Betrachtung nur einen reinen Informations- und Experten-Austausch vorsieht. Trotzdem wurde diese Reise in den deutschen Medien als „Anwerbung von Pflegekräften“ im Kosovo vermarktet.⁶

⁶ Z.B. <https://www.tagesschau.de/inland/spahn-pflegekraefte-kosovo-101.html>

3. Internationale Standards

Es gibt eine Reihe von internationalen Vereinbarungen und Leitlinien für die internationale Anwerbung von Fachkräften. Die ILO (International Labour Organization) hat zum Beispiel 2016 ein entsprechendes Dokument verabschiedet, die „*General principles and operational guidelines for fair recruitment*“.⁷ Auch zwischen den europäischen Arbeitgeberverbänden im Gesundheitsbereich (HOSPEEM) und dem europäischen Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EPSU) wurde bereits 2008 ein Code of Conduct für die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften von innerhalb und außerhalb der EU vereinbart. Darin werden die „unnötigen Belastungen für Gesundheitssysteme“ kritisiert, die durch „unethischen Abwerbepraktiken in der EU“ verursacht werden.⁸

3.1 Der WHO Verhaltenskodex

Im Jahre 2010 haben die Mitgliedsstaaten der WHO einen globalen Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal („WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“) beschlossen.⁹ Es ist ein freiwilliger Kodex ohne jegliche Durchsetzungsmöglichkeit. Er hält einige grundlegende ethische Kriterien für die Anwerbung von Gesundheitspersonal fest, vor allem auch mit einem Blick auf die Rechte der Arbeitnehmer*innen und auf die Situation in den Herkunftsländern. Er fordert zum Beispiel gleiche und gute Arbeitsbedingungen für migrierte Gesundheitsfachkräfte. Hervorzuheben sind unter anderem folgende Punkte:

- Es wird betont, dass der Kodex auf keinen Fall die Freiheit von Individuen zur Migration einschränken darf (Paragraph 3.4).
- Entwickeltere Länder sind aufgerufen, technische und finanzielle Unterstützung für ärmere Länder zu leisten, um deren Gesundheitssysteme und vor allem ihre Fähigkeit zur Ausbildung von Gesundheitspersonal zu stärken (Paragraph 3.3).
- Alle Länder sind aufgefordert, ein eigenes System zur Ausbildung von Gesundheitskräften aufzubauen, um „die Notwendigkeit zur Abwerbung von migrierten Fachkräften zu reduzieren“ (Paragraph 3.6).
- Länder sollen auch die zirkuläre Migration erleichtern, damit auch die Herkunftsländer von profitieren können (Paragraph 3.8).
- Länder sind ausdrücklich aufgefordert, den Herkunftsländern Hilfe bei der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften zu geben und aktiv ihre Rückkehr in ihr Heimatland zu unterstützen (Paragraph 5.2)

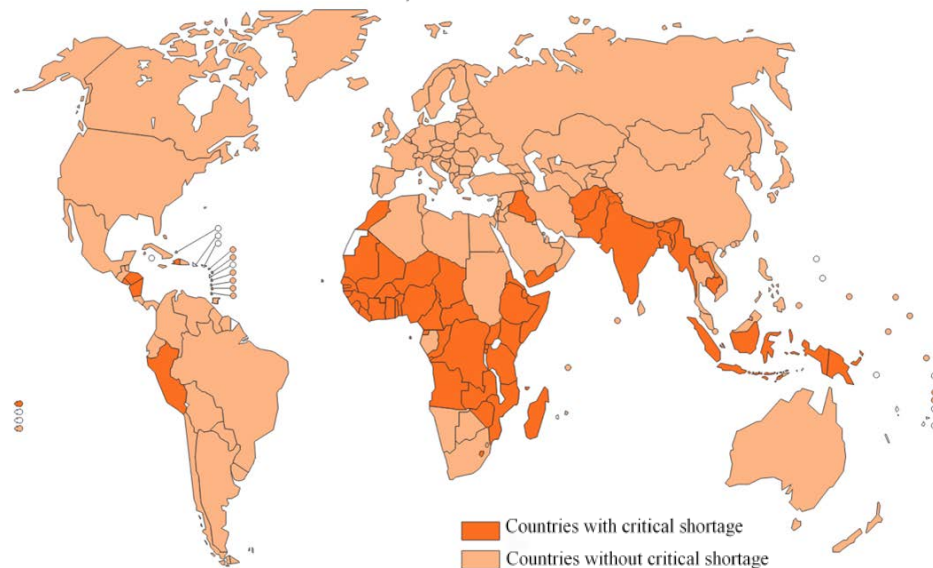
⁷ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---migrant/documents/publication/wcms_536263.pdf

⁸ <https://www.epsu.org/article/epsu-hospeem-code-conduct-and-follow-ethical-cross-border-recruitment-and-retention-0>

⁹ https://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf

Der zentrale Satz mit Blick auf das Brain Robbery Problem findet sich in Absatz 5.1: „Member States should discourage active recruitment of health personnel from developing countries facing critical shortages of health workers.“ Es ist zwar eine schwache Formulierung, kein Verbot, sondern nur ein appellatives „discourage“ (abhalten, demotivieren), aber der Bezug auf Länder mit einem kritischen Mangel („critical shortage“) an Gesundheitsfachkräften hat eine wichtige Bedeutung. Denn im Jahre 2006 hatte die WHO in einem Bericht „critical shortage“ definiert und 57 Länder¹⁰ identifiziert, für die das zutrifft (siehe Abbildung 3).

Figure 3 Countries with a critical shortage of health service providers (doctors, nurses and midwives)



Data source: World Health Organization. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

Abbildung 2: Länder mit einem kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften (aus dem World Health Report 2006).¹¹

3.2 Was ist ein „kritischer Mangel“?

Die Grundlage für die Identifizierung von Ländern mit kritischem Mangel war im World Health Report von 2006 ein Schwellenwert von 2,28 „skilled health workers“ (Ärzt*innen, Pflegekräfte und Hebammen) je 1000 Einwohner*innen. Dieser Wert wurde anhand eines wichtigen Gesundheits-Indikators berechnet, nämlich der Betreuung von Geburten durch erfahrene Gesundheitsfachkräfte. Als Schwellenwert wurde genommen, dass mindestens 80% der Geburten fachlich betreut sein sollten. Aus einer Vielzahl von Daten aus einzelnen Ländern wurde dann berechnet, dass die Grenze von 80% im Schnitt bei einer Fachkräfte-Dichte von 2,28/1000 erreicht wird.

¹⁰ <https://www.who.int/workforcealliance/countries/57crisiscountries.pdf>

¹¹ https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1 Seite xviii

Natürlich ist die Betrachtung nur eines einzigen Indikators – der Betreuung von Geburten – ein sehr eingeschränkter Blick auf die Gesundheitsversorgung. Deshalb hat die WHO diese Methodik weiterentwickelt und vor allem auch an die SDGs (Sustainable Development Goals) der Vereinten Nationen angepasst. In einem umfangreichen Strategiepapier „Global strategy on human resources for health: Workforce 2030“ aus dem Jahre 2016 schreibt die WHO: “The 2006 World Health Report broke new ground by developing an evidence-based model for health worker need (...) However, the model is clearly limited to one single health service (delivery by a skilled birth attendant). In considering a new health workforce threshold, the focus must shift to reflect the broader range of services that are targeted by UHC and the SDGs.”

Dieser Logik folgend hat die WHO in dem Strategiepapier zwölf Gesundheits-Indikatoren aus den SDGs als Ausgangspunkt genommen, darunter Indikatoren aus den Bereichen Familienplanung, Diabetes, Bluthochdruck, Tuberkulose, AIDS-Behandlung oder Impfungen. Auf dieser Basis wurde ein neuer Schwellenwert von 4,45 Ärzt*innen, Pflegekräfte und Hebammen je 1000 Einwohner*innen berechnet.

Auch dieser Wert kann natürlich nur eine grobe Orientierung sein, so ist er ausdrücklich auf „physicians, nurses and midwives“ beschränkt und vor allem auch abhängig von der genauen Struktur und Organisation eines Gesundheitssystems. Aber er verdeutlicht, dass die minimale Versorgung 2006 deutlich zu niedrig berechnet wurde und dient der WHO in dem Strategiepapier von 2016 als Grundlage für die Berechnung künftiger Bedarfe an Gesundheitsfachkräften. Für das Jahr 2013 ergab sich auf dieser Basis eine globale Unterversorgung von 17,3 Mio. Fachkräften.

Der WHO Kodex wird regelmäßig auf Relevanz und Effektivität überprüft. Die zweite Review-Runde des Codes fand 2019/2020 statt und dabei spielte insbesondere die Frage der „critical health workforce shortage“ eine zentrale Rolle. Eine Arbeitsgruppe der WHO legte dazu ein Papier mit verschiedenen Berechnungsoptionen vor. Eine davon sah vor, die beiden Schwellenwerte (2,28 und 4,45 je 1000) für Maßnahmen unterschiedlicher Eingriffstiefe zu nutzen.

Im Jahr 2020 hat die WHO dann eine neue „Health Workforce Support and Safeguards List“ veröffentlicht, die auf keiner dieser beiden Werte beruht und sich auch nicht mehr am Begriff der „critical health workforce shortage“ orientiert. Die Liste wurde auf 47 Länder reduziert, die kurz darauf dann auch als neue Liste in den Anhang der deutschen Beschäftigungsverordnung (§ 38) aufgenommen wurde (siehe Tabelle 2). Mit welcher Logik die WHO diesen Weg gewählt und sich von den SDG als wichtigstem Orientierungspunkt abgewendet hat, und welche Kräfte dort am Werk waren, lässt sich von außen nicht mehr nachvollziehen.

Die Anwerbung in und die Arbeitsvermittlung aus den nachfolgenden Staaten, darf für eine Beschäftigung in Gesundheits- und Pflegeberufen nur von der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt werden (Anlage zu § 38 BeschV):

- | | |
|---|---|
| 1. Afghanistan (Islamische Republik Afghanistan), | 26. Malawi (Republik), |
| 2. Angola (Republik), | 27. Mali (Republik), |
| 3. Äquatorialguinea (Republik), | 28. Mauretanien (Islamische Republik Mauretanien), |
| 4. Äthiopien (Demokratische Bundesrepublik), | 29. Mikronesien (Föderierte Staaten von Mikronesien), |
| 5. Bangladesch (Volksrepublik), | 30. Mozambik (Republik), |
| 6. Benin (Republik), | 31. Nepal (Königreich Nepal), |
| 7. Burkina Faso, | 32. Niger (Republik), |
| 8. Burundi (Republik), | 33. Nigeria (Bundesrepublik), |
| 9. Côte d'Ivoire (Republik), | 34. Pakistan (Islamische Republik Pakistan), |
| 10. Dschibuti (Republik), | 35. Papua-Neuguinea (Unabhängiger Staat Papua-Neuguinea), |
| 11. Eritrea (Staat Eritrea), | 36. Salomonen, |
| 12. Gabun (Gabunische Republik), | 37. Senegal (Republik), |
| 13. Gambia (Republik), | 38. Sierra Leone (Republik), |
| 14. Ghana (Republik), | 39. Somalia (Demokratische Republik Somalia), |
| 15. Guinea (Republik), | 40. Sudan (Republik), |
| 16. Guinea-Bissau (Republik), | 41. Südsudan (Republik), |
| 17. Haiti (Republik), | 42. Tansania (Vereinigte Republik Tansania), |
| 18. Jemen (Republik), | 43. Togo (Republik), |
| 19. Kamerun (Republik), | 44. Tschad (Republik), |
| 20. Kiribati (Republik), | 45. Uganda (Republik), |
| 21. Kongo (Demokratische Republik), | 46. Vanuatu (Republik), |
| 22. Kongo (Republik), | 47. Zentralafrikanische Republik. |
| 23. Lesotho (Königreich Lesotho), | |
| 24. Liberia (Republik), | |
| 25. Madagaskar (Republik), | |

Tabelle 2: Länder, aus denen keine Gesundheitsfachkräfte angeworben werden dürfen.

3.3 Pflegesituation in deutschen Anwerbeländern

Aktuelle Zahlen zur Pflegesituation in einzelnen Ländern liefern sowohl die WHO Datenbank "National Health Workforce Accounts Data Portal" als auch die „World Development Indicators“, eine Datenbank der Weltbank. In beiden lassen sich für ein Land die Pflegekräfte, Hebammen und Ärzt*innen je 1000 Einwohner*innen abfragen.

Anhand dieser beiden Datenbanken wurde die Pflegesituation in den zehn Ländern ermittelt, die aktuell im Fokus staatlicher deutscher Abwerbeprogramme stehen (siehe oben). Tabelle 3 zeigt zwar gewisse Abweichungen zwischen den beiden Datenquellen, letztendlich aber doch recht vergleichbare Größenordnungen.

Alle zehn Länder liegen oberhalb des alten Schwellenwertes von 2,3/1000 Einwohner*innen, wenn zum Teil auch nur knapp. Die fünf Länder, die unter dem neuen Schwellenwert von 4,45/1000 liegen, sind gelb unterlegt.

	Weltbank	WHO
Bosnien-Herzegowina	k.A.	7.9
Brasilien	11.9	9.7
Dom. Republik	2.8	2.9
Indien	2.4	3.3
Indonesien	2.4	4.3
Kolumbien	k.A.	5.2
Mexiko	8.0	7.4
Tunesien	3.8	3.8
Vietnam	2.3	2.3
Philippinen	5.5	6.0

Tabelle 3: Anzahl von Ärzt*innen, Pflegekräften und Hebammen je 1000 Einwohner*innen in den Ländern, die besonders im Fokus deutscher Abwerbeprogramme stehen.

4. Das Problem heißt Kapitalismus: Die Arbeitsbedingungen in der Pflege

Es ist unbestritten, dass es aktuell einen massiven Fachkräftemangel in der Alten- und Krankenpflege in Deutschland gibt. Die Bundesagentur für Arbeit rechnet damit, dass bis 2025 rund 150.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt werden. Eine Studie der Bertelsmann-Stiftung hat in einem worst-case-Szenario für 2030 eine Versorgungslücke von 492.000 Stellen berechnet. Verschärft wird diese Situation noch durch die Corona-Pandemie. Nach zwei Jahren Dauerbelastung kommt es bereits jetzt zu einer massiven Abwanderung aus dem Pflegeberuf, das wird sich in naher Zukunft noch deutlich verschärfen. Im Dezember 2020 befragte der „Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe“ (DBfK) Pflegekräfte in ganz Deutschland. 32,1 Prozent von ihnen gaben an, im Laufe des Jahres häufig darüber nachgedacht zu haben, den Pflegeberuf aufzugeben.

Die Bundesregierung und private Krankenhausbetreiber versuchen gern, den demographischen Wandel dafür verantwortlich zu machen. Tatsächlich steht dahinter vor allem die Profitmaximierung im Gesundheitswesen: Durch die Privatisierung vieler Krankenhäuser und die Einführung des Fallpauschalen-Systems ist der Kostendruck auf jede einzelne Abteilung stetig größer geworden, die Arbeit wurde mehr und mehr verdichtet und immer schlechter bezahlt. Die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe lässt sich direkt auf die neoliberalen Grausamkeiten der letzten 20 Jahre zurückverfolgen.

Wie das im Detail funktioniert, hat das Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ hervorragend auf den Punkt gebracht: „Mehr als 60% der Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Ihre Reduzierung ist eine der wichtigsten Stellschrauben jeder Geschäftsführung. Das DRG-System leistet der Personalreduktion Vorschub, weil in den Kalkulationsgrundlagen Personalkosten z.B. für die Pflege eingerechnet sind, aber keine Vorgaben existieren, mit welchem Stellenplan die Pflege durchgeführt werden soll. Obwohl die Zahl der behandelten Fälle von Jahr zu Jahr zugenommen hat, wurden 6,3% der Pflegestellen gestrichen; die Arbeitsbelastung hat um 30% zugenommen. In keinem anderen Land in Europa werden mehr Patient*innen von einer Pflegekraft versorgt.“

Dazu kommt noch, dass das Fallpauschalen-System die Überlastung auf den Stationen – vor allem den Intensivstationen – auch noch über einen zweiten Hebel verschärft: Es werden bestimmte Operationen vermehrt durchgeführt, auch wenn sie nicht unbedingt medizinisch notwendig sind, einfach weil sie einen höheren Gewinn bringen. Diese Überlastung durch Profitstreben ist – neben der Erschöpfung selbst – für viele Pflegenden auch ein Grund, den Job hinzuschmeißen.

Die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit hat die Wirkung der neoliberalen Reformen der letzten Jahrzehnte in ihrem sehr empfehlenswerten Statement sehr gut zusammengefasst und verweist darauf, „dass einerseits private Krankenhäuser zweistellige Gewinnmargen verzeichnen, was es vor 20 Jahren überhaupt noch nicht gab, und andererseits ein spürbarer Fachkräftemangel besteht und das Berufsbild der Pflege deutlich gelitten hat. Denn die Arbeitsbedingungen in der Pflege haben sich hierzulande mittlerweile so weit verschlechtert, dass zahllose einheimische Pflegekräfte ihrem Beruf den Rücken

kehren. Seit Jahren geht die schlechte und in vielen Fällen rückläufige Bezahlung, die oft mit einer Flucht der Arbeitgeber aus Flächen- in Haustarifverträge verbunden ist, mit steigender Arbeitsverdichtung und zunehmendem Dokumentationsaufwand einher. Der Pflegeberuf ist in Deutschland inzwischen so unattraktiv geworden, dass Bundesregierung und Arbeitgeber*innen auf dem Weltmarkt nach Arbeitskräften suchen, die bereit sind, unter den hierzulande immer schlechteren Einkommens- und Arbeitsbedingungen in der Pflege tätig zu werden.“

Auch Verdi hat sich entsprechend geäußert, obwohl sie Abwerbung im Ausland auch als einen Teil einer möglichen Lösung sehen: „Ohne mehr Personal, angemessene Entlohnung und gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen ist es nicht möglich, dem Fachkräftemangel zu begegnen - die Anwerbung kann nur ein Teil von einem ganzen Strauß an notwendigen Maßnahmen sein.“

Damit erklärt sich auch, warum die Bundesregierung gerade im Bereich Pflege so massiv auf die Anwerbung im Ausland setzt und dafür Millionen Steuergelder in die Hand nimmt: Die Gewinne der privaten Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen dürfen nicht geschmälert werden, deshalb werden lieber junge Menschen aus Vietnam oder Kolumbien nach Deutschland geholt, um die Lücken zu stopfen. Zumal sie im Schnitt sogar 7,7% billiger sind als deutsche Gesundheitsfachkräfte.

Alle, die herkommen wollen, um hier in der Pflege zu arbeiten sind willkommen. Falsch ist nicht die Migration, sondern die gezielte Abwerbung. Deutschland muss sich wieder in die Lage versetzen, die benötigten Gesundheitsfachkräfte selbst auszubilden und im Beruf zu halten.

5. Forderungen

5.1 Eine Strategie zur langfristigen Gesundheitspersonalentwicklung

Wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege das Problem sind, dann müssen sie verbessert werden. Bessere Bezahlung und weniger Stress sind die zentralen Vorbedingungen, um überhaupt Pflegepersonal gewinnen zu können. Aus guten Gründen ist im WHO Verhaltenskodex festgeschrieben worden, dass jedes Land „effektive Maßnahmen ergreifen sollte, um das Gesundheitspersonal auszubilden und zu halten (...), basierend auf einer evidenzbasierten Gesundheitspersonal-Strategie.“

Von einer solchen langfristigen, nachhaltigen Strategie ist bei der Bundesregierung nicht viel zu sehen. Die neue Bundesregierung muss sich schnellstmöglich von ihrer Fokussierung auf die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland verabschieden und jetzt gemeinsam mit allen politischen und gewerkschaftlichen Interessensvertretungen eine grundlegende neue Strategie entwickeln, um die Attraktivität der Pflege maßgeblich zu steigern. Eine Studie aus Bremen kommt zu dem Schluss, dass über 60 Prozent ehemaliger Pflegekräfte bereit wäre, wieder in die Pflege zurückzukommen, wenn die Bedingungen stimmen. Genannt wurden dafür vor allem Anerkennung, mehr Zeit für gute Pflege, eine bedarfsorientierte Personalbemessung, Tarifbindung und ein höheres Grundgehalt vor allem für Jüngere.

Genau hier setzen auch die Forderungen der jüngsten Arbeitskämpfe in den Krankenhäusern in Deutschland an, in denen die Beschäftigten neben einer besseren Bezahlung vor allem Entlastungsverträge fordern

5.2 Eine an Bewegungsfreiheit orientierte Politik

Für die neue Bundesregierung heißt die von ihr angekündigte „Modernisierung“ der Einwanderungspolitik vor allem Arbeitskräfteeinwanderung: *„Neben dem bestehenden Einwanderungsrecht werden wir mit der Einführung einer Chancenkarte auf Basis eines Punktesystems eine zweite Säule etablieren, um Arbeitskräften zur Jobsuche den gesteuerten Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Die Blue Card werden wir im nationalen Recht auf nicht-akademische Berufe ausweiten.“*

Statt gezielter Abwerbung von Fachkräften und der Ausrichtung von Einwanderungspolitik an Nützlichkeitskriterien müssen die Möglichkeiten der individuellen Migration sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen hier lebender Menschen ohne deutschen Pass verbessert werden. Erleichterte Einbürgerung, doppelte Staatsbürger*innenschaft, gute Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Bezahlung für alle sind dafür wichtige Schritte. Qualifikationen, Bildungs- und Berufsabschlüsse von nach Deutschland migrierten oder geflüchteten Menschen müssen stärker anerkannt werden. Und gleichzeitig brauchen Menschen ohne deutschen Pass die Sicherheit, dass ihr Aufenthalt nicht vom Wohlwollen ihres Arbeitgebers abhängig ist. Das geht nur mit Aufenthalts- und Arbeitserlaubnissen, die unabhängig von Beschäftigungsdauer und

Arbeitsvertrag sind. Und: Sie brauchen die gleiche soziale Absicherung wie alle anderen auch.

5.3 Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften halbieren

Dies ist eine Forderung der WHO aus dem Jahre 2016 im WHO Strategiepapier „Workforce 2030“. Dort wurde zur Abwerbung von Gesundheitsfachkräften einen klaren Meilenstein für das Jahr 2030 formuliert: *“All countries are making progress towards halving their dependency on foreign-trained health professionals, implementing the WHO Global Code of Practice.”*¹²

Deutschland entwickelt sich gerade in die entgegengesetzte Richtung, in den letzten Jahren ist die Einwanderung von Gesundheitsfachkräften massiv gestiegen. Im Kern geht dieser Punkt Hand in Hand mit der ersten Forderung. Nur wenn der Pflegeberuf in Deutschland langfristig wieder attraktiv wird, kann auch die Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften reduziert werden.

5.4 Besonders zu schützende Herkunftsländer neu definieren

Mit der neuen *“Health Workforce Support and Safeguards List”* der WHO von 2020 wurde die Liste der besonders zu schützenden Herkunftsländer auf 47 reduziert. Angesichts der im Jahre 2016 von der WHO erarbeiteten Methodik auf der Basis der SDGs ist das der falsche Weg. Wenn die Bundesregierung die SDGs und ihre Indikatoren ernst nimmt, sollte sie keine Abwerbung von Gesundheitsfachkräften in Ländern betreiben, die den kritischen Wert von 4,45 Fachkräfte auf 1000 Einwohner*innen unterschreiten. Anhand dieses Schwellenwertes sollte die Bundesregierung eine neue Liste erarbeiten und sie als Anhang zu § 38 BeschV rechtlich bindend verankern.

Auf dieser Basis müssen alle Abwerbungen in der Dominikanischen Republik, Indien, Indonesien, Tunesien und Vietnam eingestellt werden, weil diese Länder unter dem kritischen Schwellenwert von 4,45 Gesundheitsfachkräften je 1000 Einwohner*innen liegen.

Das wäre auch im Einklang mit dem WHO Strategiepapier „Workforce 2030“, in dem ausdrücklich empfohlen wird, nicht direkt aus Ländern mit dem niedrigsten Anteil von Gesundheitsfachkräften abzuwerben (*„not hiring directly from countries with the lowest health care worker-to-population ratios“*).¹³

¹² WHO 2016: Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>,

¹³ WHO 2016: Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>,

5.5 Kompensation für die Herkunftsländer

Einen Menschen in einem Gesundheitsberuf auszubilden kostet sehr viel Geld, zunächst für die Schule und danach dann Studium oder Ausbildung in der Pflege. Das sind Investitionen der Herkunftsländer, die am Ende dafür leer ausgehen. Es wäre richtig und notwendig, wenn die Bundesregierung für die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften die Herkunftsländer kompensiert – und sich auf der WHO-Ebene dafür einsetzt, dass solche Kompensationen zum globalen Standard werden.

Die Form einer solchen Kompensation müsste im Einzelfall und unter Einbeziehungen der Betroffenen in den Herkunftsländern entschieden werden. Es könnte z.B. eine Verpflichtung für die Bundesregierung sein, entsprechende Ausbildungskapazitäten aufzubauen und/oder das Gesundheitssystem des jeweiligen Landes zu unterstützen.

Um das Ausmaß zu verdeutlichen: In Kenia kostet die Ausbildung einer Pflegekraft einschließlich der vorangegangenen Schulbildung 43.180 US-Dollar.¹⁴ Laut einer Studie aus dem Jahre 2012 verlieren ärmere Länder jährlich rund 500 Mio. US-Dollar durch die Emigration von Gesundheitsfachkräften. Seit 1951 hat Großbritannien zum Beispiel umgerechnet 168 Mio. US-Dollar eingespart – nur durch die Immigration von Gesundheitsfachkräften aus Ghana.¹⁵ Nach Angaben des nepalesischen Gesundheitsministeriums bildet Nepal jährlich 4000 "medical graduates" aus, von denen jedoch 3000 das Land verlassen um anderswo Arbeit zu suchen.¹⁶

5.6 Schutz der Angeworbenen – dubiosen privaten Vermittlern das Handwerk legen

Correctiv hat im November 2020 eine Recherche veröffentlicht, nach der viele private Vermittler Fachkräfte nach Deutschland anwerben, wobei oft das gesamte Risiko bei den Migrant*innen verbleibt.¹⁷ So müssen sie teilweise Knebelverträge unterschreiben, in denen sie sich verpflichten, mindestens fünf Jahre beim Arbeitgeber zu bleiben, andernfalls müssten sie bis zu 15.000 Euro Anwerbekosten zurückzahlen. Im Ärzteblatt bezeichnet eine Arbeitsrechtlerin das sehr zutreffend als „moderne Schuldknechtschaft“.¹⁸ Ähnliche Knebelverträge dokumentierte auch die „Deutsche Plattform für Globale Gesundheit“ am

¹⁴ JM Kirigia (2006) The cost of health professionals' brain drain in Kenya. BMC Health Services Research 6:89. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-89>

¹⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885101200111X>

¹⁶ <https://www.devex.com/news/who-seeks-equitable-answer-to-health-worker-shortage-94966>

¹⁷ <https://correctiv.org/top-stories/2020/11/25/wie-dubiose-vermittler-auslaendische-pflegekraefte-zur-ware-machen/>

¹⁸ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118678/Auslaendische-Pflegekraefte-Hinweise-auf-Knebelvertraege>

Beispiel von spanischen Pflegekräften, denen eine Zahlung von mehreren tausend Euro für die Kosten des Sprachkurses angedroht wurde, falls sie vor Ablauf von 18 Monaten kündigen sollten.¹⁹ Ganz besondere Probleme stellen sich in der häuslichen Altenpflege mit zum Teil gruseligen Arbeitsbedingungen. Deshalb hat z.B. der polnische Gewerkschaftsverband OPZZ 2019 eine Beratung für polnische Pflegerinnen in Deutschland aufgebaut.²⁰

Um die vermittelten Fachkräfte besser schützen zu können, sollte eine Abwerbung grundsätzlich nur im Rahmen von Regierungsabkommen und über die öffentliche Arbeitsverwaltung erfolgen.

¹⁹ https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++58342bab7713b84060162e51/download/dpgg_paper_brain-drain_web.pdf

²⁰ <https://www.dgb-bildungswerk.de/migration/kein-arbeitsvertrag-kein-eigenes-zimmer>