

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Cornelia Möhring, Ali Al-Dailami, Susanne Ferschl, Nicole Gohlke, Ates Gürpınar, Andrej Hunko, Žaklin Nastić, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Dr. Petra Sitte und der Fraktion DIE LINKE.

Grenzüberschreitende Abwerbung von Pflegekräften

Unbestritten gibt es in der Bundesrepublik Deutschland einen Mangel an Pflegefachkräften. Unterschiedliche Studien prognostizieren eine weitere massive Verschärfung, sollte nicht gegengesteuert werden (vgl. u. a. Bertelsmann Stiftung, Themenreport Pflege 2030, 2012, <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/themenreport-pflege-2030>; BARMER Pflegebericht 2021, <https://www.barmer.de/resource/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf>). Kontrovers werden die Ursachen diskutiert und folglich auch die Strategien gegen die Pflegekrise. Nach Ansicht der Fragestellerinnen und Fragesteller gibt es einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Neoliberalisierung der gesundheitlichen Versorgung und den zunehmenden Personalengpässen. Die Gehälter in der Pflege waren noch nie der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Arbeit angemessen (https://www.wsi.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006915; Pflegekräfte siehe u. a. Tabelle 11, S. 63). Infolge von Rationalisierungen, Personalabbau und Sparmaßnahmen ist eine massive Arbeitsverdichtung dazugekommen, Überstunden und Überlastung sind an der Tagesordnung. Schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Gehälter machen die Pflege als Arbeitsfeld unattraktiv (vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen und das SOCIUM der Universität Bremen, Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“, 2021, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf).

Die Bundesregierung setzt laut Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auch auf die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. „Wir vereinfachen und beschleunigen die notwendige Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbener Berufsabschlüsse“, heißt es im Kapitel Gesundheit und Pflege (Koalitionsvertrag: Mehr Fortschritt wagen, 2021, S. 82). Damit knüpft sie an die Strategien der Vorgängerregierungen an. Seit 2012 ist eine Intensivierung der staatlichen Bemühungen für Abwerbeabkommen von Pflegekräften aus dem Ausland zu beobachten. 2013 wurde der bundesrepublikanische Arbeitsmarkt durch eine Novelle der Beschäftigungsverordnung (BeschV) für Pflegefachpersonal aus Drittländern geöffnet und im selben Jahr wurde das Programm „Triple Win“ zur internationalen Pflegekraftanwerbung aufgelegt, ein Gemeinschaftsprogramm der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) und der Bundesagentur für Arbeit (BA; vgl. <https://www.arbeitsagentur.de/vor-ort/zav/triple-win/triple-win-pflegekraefte>). Im Rahmen der Konzert-

ierten Aktion Pflege, die 2018 von dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ins Leben gerufen wurde, gab es eine eigene Arbeitsgruppe zu „Pflegerkräften aus dem Ausland“ (vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>). Jüngst wurde die neueste Vermittlungsabsprache zur Rekrutierung und Vermittlung von Pflegerkräften mit dem indischen Bundesstaat Kerala bekannt gegeben (vgl. <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2021-42-bundesagentur-fuer-arbeit-unterzeichnet-vermittlungsabsprache-mit-dem-indischen-bundesstaat-kerala>).

In den Herkunftsländern stehen die jeweiligen Regierungen wiederum oft in einem Zielkonflikt, wenn sie Entscheidungen zur Abwerbung von Gesundheitsfachkräften treffen müssen. Insbesondere weil eine starke Diaspora für gewöhnlich auch zu nicht unerheblichen Rücküberweisungen der Migrantinnen und Migranten an ihre Familien führt, die, wie das Beispiel der Philippinen mit 35 Mrd. US-Dollar Rücküberweisungen im Jahr 2020 (<https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.CD.DT?locations=PH>) deutlich zeigt, volkswirtschaftlich relevante Größenordnungen erreichen können. Insofern haben diese Regierungen einen Anreiz, der Abwerbung von Gesundheitspersonal auch dann zuzustimmen, wenn das Risiko besteht, dass das eigene Gesundheitssystem dadurch geschwächt wird.

Weil eben nicht automatisch alle beteiligten Parteien davon profitieren, wenn gut ausgebildete Fachkräfte grenzüberschreitend abgeworben werden, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen freiwilligen Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal (Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/migration-code/code_en.pdf?sfvrsn=367f7d35_5&download=true) entwickelt, den Deutschland mit allen anderen Mitgliedstaaten bei der Weltgesundheitskonferenz 2010 – also kurz vor Beginn der eigenen Abwerbeprogramme – unterzeichnet hat. Dieser fordert die Mitgliedstaaten dazu auf, einen eigenen ausreichenden Personalbestand im Gesundheitswesen aufzubauen, und formuliert nur für den Ausnahmefall, dass dies nicht möglich sein sollte, Kriterien für die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus anderen Ländern. Artikel 5.1 rät weiterhin davon ab, Gesundheitspersonal aus Ländern mit einem kritischen Personalmangel abzuwerben, und seitdem läuft eine internationale Debatte, was unter einem „kritischen Mangel“ zu verstehen ist.

Die Bundesrepublik Deutschland hat Artikel 5.1 des Verhaltenskodex im Jahr 2013 insofern umgesetzt, dass seitdem die Abwerbung von Pflegerinnen und Pflegern aus Ländern mit Personalmangel für private Unternehmen untersagt ist. Die Ausschlussliste der Beschäftigungsordnung listete 57 Länder mit einer Gesundheitspersonaldichte unter 2,28 (Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger und Hebammen/1 000 Einwohner, vgl. World Health Report 2006, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>). Im Jahr 2016 hat die WHO diesen Grenzwert im Rahmen einer globalen Gesundheitspersonalstrategie und im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Nachhaltigkeitsziele (SDGs), die als Entwicklungsziele auch von der Bundesregierung ausdrücklich anerkannt werden, überarbeitet und auf eine Gesundheitspersonaldichte von 4,45 erhöht (WHO, 2016: Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030). Das entspricht nach aktuellen Daten (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>) einer Zahl von 88 Ländern. Im Jahr 2021 hat die WHO eine weitere Liste mit lediglich 47 Ländern mit besonders dringenden Bedarfen im Gesundheitsbereich veröffentlicht (Health Workforce Support and Safeguards List, 2020, <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwf-support-and-safeguards-list8jan.pdf>), die sowohl eine Gesundheitsperso-

naldichte von unter 4,86 als auch ein sehr schwaches Gesundheitssystem (SDG-Indikator 3.8.1: UHC Service Coverage Index bei unter 50 Prozent) aufweisen. Diese jüngste und kürzeste Negativliste hat die Bundesregierung im gleichen Jahr in geltendes Recht überführt und damit die veraltete Ausschlussliste der Beschäftigungsverordnung ersetzt. Seitdem ist nur noch die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus diesen 47 Ländern verboten. Aus denjenigen 41 Ländern, die zwar nicht über extrem schwache Gesundheitssysteme verfügen, die aber nichtsdestotrotz eine Gesundheitspersonaldichte unter dem SDG-basierten WHO-Grenzwert von 4,45 aufweisen, ist seitdem erlaubt. Dazu gehören beispielsweise Ägypten, die Dominikanische Republik, Indien, Kolumbien, Tunesien und Vietnam.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele ausländische Staatsangehörige sind derzeit in Deutschland sozialversicherungspflichtig in der Pflege (sowohl Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege als auch ambulante Pflege) beschäftigt (bitte nach Staatsangehörigkeit und Sektor aufschlüsseln)?
2. Wie viele Pflegekräfte sind nach Kenntnis der Bundesregierung über die Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe GmbH (DeFa) nach Deutschland vermittelt worden (bitte nach Staatsangehörigkeit und für die Bereiche Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie ambulante Pflege aufschlüsseln)?
3. Wie viele Personen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung im Rahmen des „Triple Win“-Programms angeworben (bitte für die jeweiligen Länder und Jahre seit Beginn des Programms sowie nach den Sektoren Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie ambulante Pflege aufschlüsseln)?
4. Wann und von welchen deutschen Behörden wurden mit welchen Drittstaaten seit 2012 nach Kenntnis der Bundesregierung Vermittlungsabsprachen nach dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz oder Willensbekundungen (bzw. Joint Declarations of Intent) für die Rekrutierung und/oder Vermittlung von Pflegekräften oder Auszubildenden für die Pflegeberufe gezeichnet, und mit welchen Ländern bestehen diese bis heute (bitte nach zuständiger Stelle in Deutschland – welche Bundesministerien, ZAV, BA usw. – aufschlüsseln)?
5. Wie lautet der wesentliche Inhalt der Vermittlungsabsprachen oder Willensbekundungen (insbesondere das mit dem indischen Bundesstaat Kerala und mit Bosnien und Herzegowina)?
6. Welche Personen und Organisationen waren nach Kenntnis der Bundesregierung an dem in der vom IGES Institut im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie erstellten „Drittstaaten-Potentialanalyse“ auf Seite 49 beschriebenen „ausgewählten Expertenkreis“ (https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/kriterien-zur-analyse-von-drittstaaten-zur-gewinnung-von-auszubildenden-fuer-die-pflege.pdf?__blob=publicationFile&v=10) beteiligt?
7. Gibt es aktuell seitens der Bundesregierung Gespräche, Verhandlungen mit oder Planungen zu Südafrika und Ägypten für derartige Vermittlungsabsprachen oder Willensbekundungen, die beide in der in Frage 6 genannten „Drittstaaten-Potentialanalyse“ im Anwendungsbeispiel als potentielle Länder genannt werden?

8. Mit welchen weiteren Staaten werden derzeit seitens der Bundesregierung, seitens der Bundesagentur für Arbeit oder anderer im Geschäftsbereich der Bundesregierung liegenden Einheiten aktuell Gespräche oder Verhandlungen für die Anwerbungen von Pflegefachkräften oder Auszubildenden für die Pflegeberufe geführt?
9. Wie viele Alten- und Krankenpflegerinnen und Alten- und Krankenpfleger gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner, in den Ländern, mit denen es Abkommen bzw. Vermittlungsabsprachen zur Abwerbung von Pflegekräften gibt, und wie sieht dieses Verhältnis in Deutschland aus?
10. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in den Herkunftsländern, mit denen die Bundesregierung Vermittlungsabsprachen oder Willenserklärungen getroffen hat, eine angemessene flächendeckende Verteilung von Pflegepersonal auch mit Blick auf das Stadt-Land-Verhältnis, und sind der Bundesregierung Regionen in den Herkunftsländern bekannt, in denen es eine akute Unterversorgung mit Gesundheitspersonal gibt?
11. Stimmt die Bundesregierung der Auffassung der Fragestellerinnen und Fragesteller zu, dass viele Regierungen der Herkunftsländer in einem Zielkonflikt stehen und Abwerbeabkommen auch dann aufgeschlossen gegenüberstehen, wenn die Abwerbung das Risiko birgt, den Mangel an Gesundheitskräften gerade in ländlichen Regionen zu verschärfen?
12. Nach welchen Kriterien und Schwellenwerten identifiziert die Bundesregierung die Staaten, die in der Anlage zu § 38 der Beschäftigungsverordnung aufgeführt sind und aus denen die private Abwerbung untersagt ist, und sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Verfahren gegen private Arbeitsvermittler wegen Verstoßes gegen § 38 BeschV eröffnet wurden (bitte ausführen)?
13. Erstreckt sich das bestehende Bekenntnis der Bundesregierung zu den Nachhaltigkeitszielen (SDGs) auch auf das Feld der globalen Verteilungsproblematik von Gesundheitspersonal?
14. Wenn ja, inwieweit, und in welchen Bereichen orientiert sich die Bundesregierung an dem Grenzwert von 4,45 Gesundheitsfachkräften pro 1 000 Einwohnern, der von der WHO in der „Global Strategy on Human Resources for Health-Workforce 2030“ (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>) unabhängig von der jeweiligen Stärke des Gesundheitssystems als Schwellenwert für den Personalbedarf zum Erreichen der SDGs identifiziert wurde?
15. Nach welchen weiteren Kriterien identifiziert die Bundesregierung potentielle Staaten, mit denen sie Gespräche zur Anwerbung von Pflegefachkräften aufnimmt?
16. Wie hoch waren die Gesamtkosten des „Triple-Win“-Programms für die staatlichen Stellen bisher, und welcher Anteil davon wurde von anwerbenden Arbeitgebern übernommen (bitte nach Ländern und Jahren und unter Angabe der pro Land und Jahr jeweils angeworbenen Anzahl der Fachkräfte auflisten)?
17. Wie hoch sind die Mittel, die die DeFa vom BMG seit der Gründung 2019 erhalten hat (bitte für die einzelnen Jahre auflisten), und mit welchen weiteren Geld- oder Sachmitteln wird die DeFa nach Kenntnis der Bundesregierung von anderer Seite und von wem finanziert?

18. Wie hoch sind die Mittel, die seitens des BMG in das Förderprogramm „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ geflossen sind, und plant die Bundesregierung eine Fortführung des Förderprogramms, und wenn ja, mit welchem Umfang?
19. Wie hoch sind die Kosten einer im Rahmen von bilateralen Vermittlungsabreden abgeworbenen Pflegekraft nach Kenntnis der Bundesregierung durchschnittlich für die Bundesregierung und für die Arbeitgeber (falls es deutliche Unterschiede zwischen den Herkunftsländern gibt, diese bitte auch anführen und erläutern)?
20. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für die Ausbildung von Pflegefachkräften in den jeweiligen Herkunftsländern (bitte für die einzelnen Länder auflisten)?
21. Plant die Bundesregierung Kompensationszahlungen für Drittländer, aus denen Pflegekräfte nach Deutschland abwandern, und gibt es Überlegungen zu Kompensationszahlungen für die Abwanderung von Pflegekräften innerhalb der EU?
22. Welche konkreten Aktivitäten plant die Bundesregierung zur Unterstützung von Entwicklungs- und Schwellenländern zur Stärkung deren Möglichkeiten zur Ausbildung von Gesundheitspersonal, um der Vorgabe des WHO-Verhaltenskodex aus Artikel 3.3 nachzukommen?
23. Hat die Bundesregierung für die Länder, mit denen bereits Abwerkeabkommen bestehen, Untersuchungen durchgeführt, welche Auswirkungen die Rekrutierung von Pflegekräften auf den dortigen Pflege- und Gesundheitssektor hatte, und wenn ja, was waren jeweils die Ergebnisse?
Falls nein, sind solche Untersuchungen geplant, und wenn erneut nein, warum nicht?
24. Gibt es seitens der Bundesregierung Anweisungen an deutsche Auslandsvertretungen, Möglichkeiten einer Anwerbung von Gesundheitsfachkräften im jeweiligen Land zu eruiieren, und wenn ja, wo?
25. In welcher Form wurden die deutschen Auslandsvertretungen seit 2020 bei der Bearbeitung von Visumanträgen ausländischer Pflegekräfte „durch ein Referat der Zentrale des Auswärtigen Amts und künftig vom Bundesamt für Auswärtige Angelegenheiten“ (Siebter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestagsdrucksache 19/30300, S. 45) zur Erweiterung der Bearbeitungskapazitäten und Beschleunigung unterstützt (bitte sowohl finanzielle als auch personelle Unterstützung nach Referatszugehörigkeit gesondert aufschlüsseln)?
26. Welche weiteren Maßnahmen sind seitens der Bundesregierung zur Vereinfachung und Beschleunigung der Gewinnung von ausländischen Fachkräften und der Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen geplant?
27. Welche Maßnahmen zur Vereinfachung und Beschleunigung der Anerkennung von Qualifikationen, Bildungs- und Berufsabschlüssen von bereits nach Deutschland migrierten oder geflüchteten Menschen plant die Bundesregierung?

Berlin, den 20. April 2022

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

