

20. Wahlperiode



Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

## Kurzprotokoll der 13. Sitzung

### Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Berlin, den 22. Mai 2023, 17:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 600) und  
Zoom-Meeting\*.

\*Die Zugangsdaten zum Zoom-Meeting werden an  
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB

## Tagesordnung

**Tagesordnungspunkt 1** **Seite 4**

Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit

**Selbstbefassung S-20(14-1)32**

**Tagesordnungspunkt 2** **Seite 6**

Gesundheitsfachkräfte

**Selbstbefassung S-20(14-1)33**

**Tagesordnungspunkt 3** **Seite 14**

Europa als globaler Gesundheitsakteur **entfällt**

**Selbstbefassung S-20(14-1)3**



Ausschuss für Gesundheit

Unterausschuss Globale Gesundheit (14)

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
SPD	Coße, Jürgen Diaby, Dr. Karamba Kersten, Dr. Franziska Rudolph, Tina Stüwe, Ruppert	Engelhardt, Heike Katzmarek, Gabriele Ortleb, Josephine Seitzl, Dr. Lina Wollmann, Dr. Herbert
CDU/CSU	Albani, Stephan Braun, Dr. Helge Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg	Gröhe, Hermann Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Stegemann, Albert
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Düring, Deborah Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Grützmacher, Sabine Schauws, Ulle
FDP	Gerschau, Knut Ullmann, Prof. Dr. Andrew	Helling-Plahr, Katrin Mansmann, Till
AfD	Dietz, Thomas Schneider, Jörg	Baum, Dr. Christina Rinck, Frank
DIE LINKE.	Möhring, Cornelia	Vogler, Kathrin



Beginn der Sitzung: 17.00 Uhr

### Vor Eintritt in die Tagesordnung

Der **Vorsitzende**, Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) begrüßt die Teilnehmer zur 13. Sitzung des Unterausschusses Globale Gesundheit und stellt die Tagesordnung fest.

*Der Unterausschuss beschließt einstimmig die öffentliche Beratung des Tagesordnungspunktes 2.*

### Tagesordnungspunkt 1

#### Bericht der Bundesregierung zu aktuellen Entwicklungen in der globalen Gesundheit

#### Selbstbefassung S-20(14-1)32

Der **Vorsitzende** weist darauf hin, dass diese Woche die 76. Weltgesundheitsversammlung in Genf (Schweiz) stattfinde. Im Vorfeld der Versammlung sei bereits über die Stärkung und die Reform der Weltgesundheitsorganisation (WHO) debattiert worden. Dabei sei es vor allem um Finanzierungsfragen gegangen. Denn dieses Jahr würden die Mitgliedstaaten die Entscheidung zur nachhaltigen Finanzierung der WHO in die Tat umsetzen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU) führt aus, es sei schon in der letzten Legislaturperiode an der nationalen Strategie der globalen Gesundheit gearbeitet worden. Es sei ein sehr intensiver Prozess gewesen, mit der besonderen Herausforderung, die verschiedenen Ressorts zu einer einheitlichen Linie zusammenzuführen bzw. Perspektiven zu entwickeln. Er möchte wissen, ob dieser Koordinierungsprozess mittlerweile strukturell verankert worden sei, es einen regelmäßigen Austausch gebe, wer führend sei und vor allen Dingen, wie sich zukünftig eine gemeinschaftliche Mittelverwendung aus den verschiedenen Haushaltstiteln entwickeln könne.

Ingo Behnel (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert, mit den Kollegen des Auswärtigen Amtes (AA) und des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) werde vorher die Tagesordnung bestimmt. Die Strategie sei aus dem Jahr 2020. Man habe sich vorgenommen, in dieser Wahlperiode zumindest einmal so etwas wie eine Durchsicht anzustreben. Die Strategie müsse nicht neu entwickelt werden,

da die Leitlinien im Wesentlichen klar seien.

Bei der Frage, wie Mehrfachförderungen vermieden werden könnten, sei gewährleistet, dass sich die Ressorts bei den großen Projekten, zum Beispiel beim „Pandemic Fund“, gut absprächen. Aber einen Einzelplan, der über die Häuser hinweg alles abdecke, gebe es nicht. Dieser sei zumindest vom Bundesministerium der Gesundheit (BMG) auch nicht gewollt.

Abg. Cornelia Möhring (DIE LINKE.) hakt zum Bericht der Bundesregierung und der Schilderung nach, dass die Zielerreichung wegen der besorgnisserregenden, zunehmenden Beschneidung von Menschenrechten in einigen Ländern stark gefährdet sei. Sie habe sich neulich mit Aktivisten aus Uganda und anderen afrikanischen Ländern getroffen. In Uganda sei gerade ein neues Anti-LGBTQ (Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer) -Gesetz verabschiedet worden. Besorgnisserregende Entwicklungen gebe es auch in Ghana, Kenia und anderen Ländern Afrikas. Sie bittet um Erläuterung, ob in den Ressortsitzungen Vorschläge oder Strategien entwickelt worden seien, wie diesen Entwicklungen entgegengewirkt werden könne.

Dr. Tania Rödiger-Vorwerk (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)) führt aus, dies sei ein sehr zentraler Punkt, der beim GFATM (Globaler Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria) -Board in Hanoi intensiv diskutiert worden sei. Ein erster Schritt sei ein regelmäßiger Bericht darüber im Board und die diesbezüglich prominente Rolle der Nichtregierungsorganisationen (NGO) und der Aktivistengruppen. Sie habe sich in Vietnam durch NGOs unterstützt und durch den Fonds finanzierte Angebote an diese Zielgruppe anschauen können. Im nationalen Krankenhaus in Vietnam gebe es Anlaufstellen, die nicht besonders gekennzeichnet seien, um einer Ausgrenzung entgegenzuwirken. Insofern seien in bestimmten Ländern bereits konkrete Maßnahmen vorhanden. Auch die Key Performance Indicators (KPIs), die der GFATM anwende, müssten dies deutlich abzeichnen.



Abg. **Knut Gerschau** (FDP) bittet zum selben Punkt im Bericht der Bundesregierung um Konkretisierung und die Angabe von Prozentzahlen hinsichtlich der Ausbreitung von Malaria, bedingt durch Klimawandel und die Zunahme von Resistenzen.

**Dr. Tania Rödiger-Vorwerk** (Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ)) antwortet, es existierten sehr genaue Untersuchungen, die zur Verfügung gestellt werden könnten. Durch den Klimawandel würden die regionalen Zonen für Malaria weiter nach Norden wandern und seien bereits im südlichen Italien angekommen. Man könne dies sehr genau nachzeichnen, da die wissenschaftliche Befassung damit sehr intensiv sei. Konkrete Gegenmaßnahmen könnten sehr genau aufgezeigt werden. Zu den weltweiten Erfolgen des Globalen Fonds gehöre zum Beispiel die Entwicklung in Vietnam, wo es in acht Provinzen in den letzten fünf Jahren keinen Malariaototen mehr gegeben habe. In Thailand sähen die Zahlen anders aus. Das hänge damit zusammen, wie die Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern aufgestellt seien, verbunden mit Bildung und Aufklärung.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) führt zur Strategie der Europäischen Union (EU) „Globale Gesundheit“ aus, dort würden zwei Themenfelder genannt, zum einen der One Health-Ansatz und zum anderen Health in All Policies. Sie fragt nach Plänen zur Verwirklichung dieser Ansätze auf nationaler Ebene. Es sei immer schwierig, wenn Politikbereiche sich berührten und auch haushälterische Gesichtspunkte eine Rolle spielten. Sie möchte wissen, was konkret zu tun sei, damit Health in All Policies in Deutschland umgesetzt werde.

**Ingo Behnel** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) betont, dass beide Punkte durch die Strategie der Bundesregierung abgedeckt seien. Die Zusammenarbeit etwa mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) sei kein Problem, weil sich die Bundesregierung einig sei. Die Aktivitäten auf EU-Ebene fingen gerade erst an. Deshalb könne er noch keine Auskunft geben, wie sich das unter den Mitgliedstaaten darstellen werde.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD) fragt, auf welche Weise sichergestellt werden könne, dass empfohlene Strategien, wie zum Beispiel Tempolimit auf Autobahnen oder bessere Werte für Luftverschmutzung, in die deutsche Politik übernommen werden könnten, wenn das Thema im Zuständigkeitsbereich anderer Ministerien liege und es keine Priorisierung gebe. Sie möchte wissen, wie die Absprache zwischen den verschiedenen Ressorts erfolge.

**Ingo Behnel** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) betont, dass zu erkennbar politisch heiklen Punkten ein Modus gefunden werde, wie sich die Bundesregierung dazu verhalten und abstimmen werde. Es sei allen bewusst, dass das Thema Tempolimit beispielsweise weitere Diskussionen auslösen würde.

**Dr. Tania Rödiger-Vorwerk** (Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ)) weist ergänzend darauf hin, dass die Verzahnung nicht in den nationalen, sondern den internationalen Maßnahmen liege.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) führt aus, er habe gehört, dass eher zweifelhafte Kriterien zur Liste des WHO-Verhaltenskodex hinsichtlich der Anwerbung von Fachkräften geführt hätten. Selbst die WHO stelle klar, diese Liste könne eine genauere Länderanalyse nicht ersetzen. Er fragt, wie die Bundesregierung zu dieser genaueren Analyse von 57 Ländern stehe. Er möchte wissen, warum fehlende Willkommenskultur und Rassismus in dem betreffenden Papier nicht thematisiert würden und welche weiteren Möglichkeiten es zur Erleichterung der Anwerbung gebe. Er erkundigt sich, ob insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) involviert sei, wenn das Auswärtige Amt (AA) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) beispielsweise mit Brasilien neue Abkommen schließen.

**Ingo Behnel** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) betont, die WHO-Liste indiziere eine bestimmte Problemsituation und habe insofern Bedeutung. Hinsichtlich der Frage, ob der Verhaltenskodex belastbar sei, wolle er sich nicht äußern. Es handele sich um eine geltende Regelung, an der sich die Bundesregierung orientiere. Das Thema sei



grundsätzlich seit vielen Jahren bekannt. Man sei nicht erst jetzt aktiv geworden, sondern habe schon vor langer Zeit versucht, bilaterale gute Beziehungen herzustellen, die erlaubten, auch Fachkräfte aus anderen Ländern anzuwerben. Dies bedeute auch, dass das BMG bei der Frage, aus welchen Ländern rekrutiert werde, im Verbund mit den anderen Ressorts auf ministerieller Ebene aktiv sei. Die Minister Heil und Baerbock seien auch mit anderen Ländern im Gespräch gewesen, verfolgten aber insgesamt einen etwas anderen Weg durch die private Anwerbung, die aufgrund von zertifizierter Zulassung möglich sein soll.

**Roland Jopp** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) erläutert zu der Aussage, dass der Kodex der WHO keine Länderanalysen ersetze, dass ein diesbezügliches Gespräch mit der Bundesagentur für Arbeit ergeben habe, dass dort für jedes Land eine eigene Analyse durchgeführt werde. Das BMG habe vor Beginn seiner Projekte, die hauptsächlich die private Säule beträfen, über die Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) eine Studie anfertigen lassen, in der die Länder, die für eine Anwerbung in Frage kämen, nochmal deziert untersucht worden seien. Es bestehe daher eine solide Grundlage für eine Anwerbung. Ein wichtiger Punkt sei die Willkommenskultur bzw. der Rassismus und die Diskriminierung. Die Willkommenskultur sei ein wichtiges Element im Rahmen des Werkzeugkoffers Integration. Diese Grundlage habe das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) organisiert. Dort seien die Integrationsmaßnahmen zusammengefasst, angefangen von der Vorintegration bis zur Vermittlung eines klaren Bildes, was sie in Deutschland erwarte. Dies betreffe sowohl die berufliche Herausforderung, aber auch das soziale, gesellschaftliche und klimatische Umfeld. Das zweite Element sei, das Team zuhause auf Menschen aus einem anderen Kulturreis vorzubereiten, um so im Vorfeld möglichen Rassismus oder Diskriminierung entgegenzuwirken. Der Preis für eine derartige Anwerbung belaufe sich im Durchschnitt auf 15 000 bis 20 000 Euro pro Person. Daher müsse alles dafür getan werden, dass diese Personen sich wohlfühlten und hierblieben.

**Ingo Behnel** (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) ergänzt, dass es gelungen sei, dass Deutschland 15 Millionen Euro zum Pandemic Fund beitragen könne. Durch das erhöhte Engagement sei der sogenannte „Einzelsitz“ für Deutschland erreicht worden. Es gebe neun Geberländer bzw. -organisationen, davon vier europäische und eine aus Deutschland. Die Finanzierung geschehe in guter Abstimmung mit dem Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ).

An diesem Tag sei in Genf ein neuer Text zum Pandemievertrag verteilt worden. Der Vorgang werde intensiv verfolgt, es habe klare Erwartungen an Struktur und Inhalt gegeben. Der neue Text sei ein Optionen-Text, der an kritischen Punkten noch verschiedene Lösungsvorschläge enthalte und die Grundlage für weitere Verhandlungen sei. Es handle sich um eine gute Entwicklung mit neuem Text und einer neuen Chance für eine zeitnahe Verständigung.

## Tagesordnungspunkt 2 öffentlich

### Gesundheitsfachkräfte

#### Selbstbefassung S-20(14-1)33

**Der Vorsitzende:** Das Thema Gesundheitsfachkräfte ist für die weltweite Gesundheitsversorgung von zentraler Bedeutung, sei es im Globalen Süden oder im Globalen Norden. Wir wollen uns heute damit beschäftigen, wie der Mangel an Gesundheits- und Pflegefachkräften adressiert werden kann und wie sich die Situation im Globalen Süden darstellt. Im Mittelpunkt steht dabei auch die Frage, wie ein verantwortungsvoller und fairer Umgang mit der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland aussehen könnte und welche Rolle der globale Verhaltenskodex der WHO dabei spielt. Ich freue mich, zunächst Dr. Tine Hanrieder von der London School of Economics and Political Science bei uns zu begrüßen.

**Dr. Tine Hanrieder** (London School of Economics and Political Science, LSE): Ich forsche an der London School of Economics zu internationaler Gesundheitspolitik. Ich bin auch Mitglied der deutschen Plattform Globale Gesundheit und was ich Ihnen in meinem Input berichte, beruht auf einer Studie, die ich zusammen mit Herrn Leon



Janauschek durchföhre. Wir untersuchen die Gestaltung der Fachkräftemigration im Gesundheitssektor nach Deutschland. Es ist bekannt, dass nach letzter Schätzung der WHO 55 Länder aktuell einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften haben. Aber auch über diese Länder hinaus wird weltweit der Mangel an Gesundheitsfachkräften auf konservativ geschätzt mindestens 7 Millionen oder gar auf über 30 Millionen geschätzt. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass in Ländern die Arbeitslosigkeit von Gesundheitsfachkräften bestehen kann und dennoch Unterversorgung herrscht, etwa weil nicht genug Jobs zur Deckung des vereinbarten Bedarfs zur Verfügung gestellt werden. Diese Gleichzeitigkeit von Arbeitslosigkeit und Unterversorgung wird beispielsweise aus Brasilien oder auch aus Ghana berichtet. Noch eine interessante Zahl ist, dass das philippinische Gesundheitsministerium letzten September einen Mangel von 100 000 Pflegekräften meldet hat. Wir wissen, dass gerade aus den Philippinen sehr stark rekrutiert und abgewandert wird. Wir haben hier einmal visualisiert, wie sich das in Größenverhältnissen darstellt, Hebammen und Krankenpflegepersonal pro 10 000 Einwohner in Deutschland im Verhältnis zu den Ländern, mit denen Abwerbeabkommen bestehen.

Auch die Frage: Was tun gegen Fachkräftemangel? Natürlich primär und prinzipiell investieren in die Gesundheitssysteme der Länder, vor allem in die schwächeren Länder. Und beim Investieren geht es nicht nur um Ausbildung von Personen, sondern auch um die guten Jobs, mit denen diese dem Gesundheitssystem nutzen können und auch in ihm gehalten werden können. Ich denke, das gilt natürlich auch für Deutschland.

Ich möchte gerne auf das Leitprinzip der Gleichheit oder Equity hinweisen, weil bekannt ist, dass bei Abwanderung oder Unterversorgung die Schwächsten am meisten und zuerst leiden, also etwa in ländlichen Regionen oder diejenigen, die auf öffentliche Dienstleistungen angewiesen sind. Die Gender-Perspektive ist gerade in dem Bereich sehr wichtig, weil überwiegend Frauen im Gesundheitssektor arbeiten, oft unter sehr schwierigen Bedingungen. Frauen sind besonders betroffen von fehlenden öffentlichen Gesundheitsleistungen, etwa in unversorgten Regionen. Dann kennen wir den größeren Entwicklungskontext: Länder, die gerade mit einer Schuldenkrise kämpfen, haben

kaum Spielraum für Sozialpolitik, um ihre Gesundheitsarbeiter:innen zu halten. Wir denken an Ghana.

Es ist bekannt, dass sich die deutsche Regierung durch verschiedene Maßnahmen in den letzten zehn Jahren sehr stark engagiert hat, um international Fachkräfte anzuwerben, durch Gesetzesänderungen und Vermittlungsabsprachen und Institutionengründungen. Das zeichnet sich auch durch die Präsenz ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte in Deutschland ab. Wir haben das hier nach Menge und Region und nach positiven Anerkennungsbescheiden dargestellt.<sup>1</sup> Was man sieht, ist eine Zunahme ausländischer Fachkräfte insgesamt, auch durch die Pandemie hinweg. Ganz unten zum Beispiel sehen Sie blau die EU, Europa, das wird tendenziell weniger und von weiter weg kommen immer mehr. Viel von dem Abwerbe- und Migrationsgeschehen wird durch den privaten Markt und private Rekrutierungsagenturen gestaltet. Sie machen den Großteil der Abwerbungen. Man weiß nicht genau, wie viele es gibt. Es gibt Schätzungen von 230. Wir haben in Interviews auch die Zahl 400 gehört. Die ungenaue Dokumentation liegt auch an der sehr schwachen Regulierung der privaten Rekrutierer. Es gibt zwar seit Kurzem ein Gütezeichen „Faire Anwerbung“ in der Pflege mit etwa 50 Zertifizierungen, aber die Teilnahme ist freiwillig. Etliche haben sich gegen diese Zertifizierung entschieden. Es handelt sich um ein Versprechen von Arbeitgebern und Agenturen, sich nicht ausbeuterisch zu verhalten, aber es besteht keine staatliche Gewährleistung. Der WHO „Global Code of Practice“, den Sie schon genannt haben, ist auch ein freiwilliges, multilaterales Instrument, um Migration und Gesundheitssystemstärkung zu vereinbaren. Das ist die Idee und das Ziel dieses Codes und ich nenne einige seiner zentralen Vereinbarungen: Das eine ist das Bekennen zur Gesundheitssystemstärkung und der Hilfe dabei von den reichereren Ländern. Gleichzeitig sollte in reichereren Ländern versucht werden, den Bedarf an Gesundheitsfachkräften aus eigenen Kräften zu decken. Faire Abwerbung wird ebenfalls genannt. Und ganz wichtig: Migration von Fachkräften soll zum wechselseitigen Nutzen gestaltet werden, bilaterale Abkommen sollten die Bedarfe der Herkunftsländer berücksichtigen und Unterstützungsmaßnahmen beinhalten. Dieser Code enthält auch die vorhin schon genannte Liste

<sup>1</sup> Siehe Anlage 1 (Ausschussdrucksache 20(14-1)35)



der Länder mit kritischer Personalknappheit. Aus denen soll am besten gar nicht abgeworben werden oder nur unter großen Vorsichtsmaßnahmen. In den deutschen Institutionen, die sich mit Migration von Fachkräften befassen, ist der WHO-Code sehr präsent und wird auch oft genannt. Aber in der Regel geht es um die Liste mit den 55 Ländern, aus denen man nicht oder bislang nicht – ich habe Ghana gehört – abwerben soll. Ghana ist jetzt in der Presse gewesen. Aber diese andere Flanke, wechselseitiger Nutzen und Gesundheitssystemstärkung, die auch im Code verankert ist, ist weniger stark ausgeprägt. Ich möchte auf die Partnerauswahl bei bilateralen Abkommen zur Migration hinweisen. Diese werden in der Regel mit Partnern wie etwa Arbeitsministerien abgeschlossen. Es gibt keine formale Einbeziehung der Gesundheitsministerien oder weiterer Akteure aus dem Gesundheitssektor, die über die Lage im Land und die Implikationen der Migration genauer berichten könnten. Es sind auch keine Gegenleistungen festgelegt in diesen Abkommen oder Unterstützungsmaßnahmen, obwohl diese von Partnerländern gewünscht werden. Es gibt nur sehr wenige kleine Pilotprojekte für Gegenleistungen. Und es fehlen begleitende Analysen zu Nutzen oder eben Schaden für die Herkunftslander und zu Abwerbeketten, also indirekte Effekte auf benachbarte Regionen, auf ländliche Regionen, wenn migriert wird. Ich möchte nochmal betonen, dass es wichtig ist, mit Ländern, von denen abgeworben wird, Gesundheitsakteure und lokale Expertise aus dem Gesundheitssektor breit einzubinden und dieses Verfahren zu institutionalisieren. Da private Rekrutierung so eine große Rolle spielt bei diesen Bewegungen, ist die Sicherstellung fairer Anwerbung zu gewährleisten. Der Privatsektor muss stärker reguliert werden. Insgesamt sollte sich die deutsche Regierung stärker um Informationen zu Abwerbeketten und den umfassenden Folgen von Abwerbung bemühen, auch gerade aus der Gender-Perspektive, wenn man an eine feministische Außen- und Entwicklungspolitik denkt.

**Der Vorsitzende:** Auch Mitglieder der Bundesregierung sind hier anwesend und haben Ihren Beitrag zur Kenntnis genommen und werden sicherlich darüber sprechen wollen. Nun freuen wir uns auf dem Beitrag von Herrn Mousa Othman von Faire Integration.

**Mousa Othman** (Faire Integration): Ich bin aus der Beratungsstruktur „Faire Integration“, das ist eine Beratung für Drittstaatsangehörige. Ich komme aus der Fachstelle „Faire Integration“ mit dem Sitz in Düsseldorf und wir sind präsent in Berlin und in Frankfurt. Die Fachstelle „Faire Integration“ ist angesiedelt bei IQ Consult, beim DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) Bildungswerk. Daher besteht die Anbindung auch an die Gewerkschaften. Auf Bundesebene koordinieren wir etwa 16 Beratungsstellen. In jedem Bundesland befindet sich mindestens eine Beratungsstelle, je nach Größe des Bundeslandes und diese Beratungsstellen haben jeweils einen Träger vor Ort, beispielsweise Vereine oder das DGB-Bildungswerk Thüringen oder „Arbeit und Leben“ oder Antidiskriminierungsorganisationen und so weiter. Unsere Aufgabe besteht darin, Drittstaatsangehörige zu arbeits- und sozialrechtlichen Fragen zu beraten. Die Menschen, die wir unterstützen, sind in der Regel Geflüchtete oder sie sind aus anderen Gründen nach Deutschland gekommen. In den letzten Jahren sind vermehrt Fachkräfte zum Arbeiten und zur Ausbildung nach Deutschland gelangt. Diese Menschen sind nicht lange in Deutschland. Deswegen haben sie einen besonderen Status und unterscheiden sich von Fachkräften aus EU-Ländern, weil die arbeitsrechtliche Abhängigkeit sehr groß ist. Der Unterschied ist auch das Fehlen von Sprachkenntnissen, von Kenntnissen über das System und von Netzwerken. Sie sind noch nicht organisiert in Gewerkschaften. Oft weisen sie eine geringe Betriebszugehörigkeit auf. Wir als Fachstelle „Faire Integration“ vernetzen, wir unterstützen diese Beratungsstellen „Faire Integration“ bei Inhalten, bei Fortbildungen, bei Veranstaltungen. Wir unterstützen in der Öffentlichkeitsarbeit und in der Netzwerkarbeit. Nun komme ich zu unserer Thematik: Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland. Es handelt sich dabei bei unseren Beratungen überwiegend um Pflegekräfte, die Mehrheit der Pflegekräfte ist in der Regel weiblich, das Gleiche betrifft Pflegekräfte aus Drittstaaten in schweren Situationen, bei Schwierigkeiten, was andere Staatsangehörige angeht. Wir haben in der Beratung gemerkt, dass die Pflegekräfte hohem sozialen Druck und Erfolgsdruck ausgesetzt sind, da sie unter großen Anstrengungen das Land, zum Teil auch ihre Stelle im Heimatland verlassen haben. Sie haben auf Zeit ihre Familie, ihre Netzwerke und Verwandtschaft verlassen und wollen sich ein neues Leben aufbauen. Deswegen steht bei



diesen Kräften auch ein schneller Erfolg an erster Stelle, besonders weil viele Pflegekräfte schon qualifizierte Abschlüsse haben. Bei Pflegkräften bestehen rechtliche Abhängigkeiten vom Vermittler und Arbeitgeber. Vermittler spielen eine Rolle in diesem Fall. Eine große Anzahl der Pflegekräfte befindet sich noch in der Anerkennung, das heißt, sie sind noch keine Fachkräfte. Laut aktuellen Statistiken sind es bis zu 45 Prozent, die im Jahr 2022 als Pflegehilfskräfte tätig waren. Da gibt es auf beiden Seiten Schwierigkeiten bei der Integrationsfähigkeit ins Team. Es bestehen unterschiedliche Strukturen, Sprachen, Kulturen und natürlich sind auch die Arbeitskultur und die Vorstellungen von dem Pflegeberuf in Deutschland im Vergleich zu den Heimatländern und ihrer bisherigen Ausbildung verschieden. Zum Teil arbeiten sie beispielsweise unter Nichtbeachtung des Arbeitsschutzes, der Pausenregelung bzw. des Arbeitszeitgesetzes usw. Es fehlt ihnen auch eine gewerkschaftliche Organisation. Daher fehlen ihnen Erkenntnisse über ihre Rechte und über ihre Pflichten, zum Beispiel in Bezug auf Krankheitstage. Was soll, was kann ich tun? Habe ich andere Lohnansprüche oder was mache ich im Fall einer Abmahnung? Es besteht auch große Angst vor arbeitsrechtlichen Klagen.

Die Menschen kommen mit einer Bandbreite sehr unterschiedlicher Themen zur Beratung zu „Faire Integration“. Sie kommen aus Ländern mit einer großen Anzahl an Pflegekräften wie der Türkei, Bosnien-Herzegowina oder anderen Ländern des Westbalkans nach Deutschland. Sie kommen auch aus asiatischen Ländern wie den Philippinen und Vietnam, aus lateinamerikanischen oder nordafrikanischen Ländern. Sie haben zum Beispiel Probleme mit ihren Arbeitsverträgen. Ich habe bereits beschrieben, dass Arbeitsverträge oft nur auf Deutsch vorhanden sind. Das kann funktionieren, aber in den Fällen, mit denen wir uns beschäftigt haben, wäre es besser gewesen, die Arbeitsverträge zum Beispiel auf Englisch zu fertigen. Es gab auch Fälle, in denen die Pflegekräfte gar keine Arbeitsverträge hatten. Sie hatten auch keine Arbeitspapiere bei sich, diese wurden einbehalten. Wir hatten Fälle, in denen die Arbeitsverträge nach Einreise nach Deutschland mit dem Zweck verändert wurden, die Löhne zu senken. Es gab Fälle, in denen die Arbeitgeber, private Vermittlungsagenturen, die Pässe und Arbeitszeugnisse im Original einbehalten und damit die Freiheit der Ratsuchenden oder der Pflegekräfte massiv begrenzt hatten.

Natürlich besteht die Problematik der Bindungsklauseln, der Rückzahlungsverträge von Kosten des Vermittlers für Sprachkurse, Reisekosten, Visa. Lange Bindungsdauer, überhöhte Kosten, zum Teil von über 20 000 Euro, die die Pflegekräfte zurückzahlen sollten. Wir hatten Fälle von fehlenden Informationen über die Arbeitstätigkeit. Es ist natürlich zu betonen, dass es verschiedene Vorstellungen darüber gibt, was Pflegekräfte im jeweiligen Heimatland und in Deutschland machen. Dann gibt es die Thematik der Lohnansprüche bei Überstunden, Lohnfortzahlung im Falle von Krankheit, Urlaubsansprüche, Zuschläge und so weiter. Bei Verstößen gegen den Arbeitsschutz hatten wir Fälle von kurzfristigen Schichtwechseln, kurzfristigem Arbeitseinsatz an arbeits- und schichtfreien Tagen, Arbeiten unter Druck usw. Es gab Situationen, in denen der Anwerber seine Verpflichtungen nicht eingehalten hat. Da handelte es sich auch um Verpflichtungen oder Versprechungen zur Unterstützung in Deutschland bei Sprachkursen, bei der Suche nach einem Kindergarten oder nach einer Wohnung usw., die nicht eingehalten wurden. Die Ermöglichung des Besuches eines Sprachkurses, während man Arbeitsverträge über Vollzeiteinsätze hatte, war natürlich nicht so einfach. Wir hatten leider Fälle von Bedrohungen durch Arbeitgeber. Es wurde mit fristloser Kündigung oder auch mit Visum-Verbot in Deutschland oder in ganz Europa gedroht. Die Menschen kennen sich in der Regel nicht aus und fühlen sich unter hohen Druck gesetzt. Viele dieser Fälle kamen aus der privaten Pflege.

Ich bin nicht in der Lage, große Handlungsempfehlungen auszusprechen. Aber aufgrund der arbeitsrechtlichen Situation ist es wichtig, dass die Anwerbung, Vermittlung und Überwachung der Arbeitsverhältnisse weiter durch staatliche Organisationen erfolgt, zum Beispiel durch die Bundesagentur für Arbeit. Ich muss betonen, dass es in der Beratung kaum durch Bundesaktionen angeworbene Pflegekräfte gab, was uns zeigt, dass diese Art der Anwerbung positiv ist. Ein entscheidender Faktor in den jeweiligen Ländern ist der Einbezug von funktionierenden Zivilgesellschaftsorganisationen oder auch die Aktivität von Gewerkschaften. Private Vermittlungsagenturen sollten reguliert werden durch gesetzliche Vorgaben und durch die Bindung an die Regeln fairer Rekrutierung. [Notwendig ist] ein beschleunigtes Anerkennungsverfahren für Pflegekräfte. Denn in der Regel dauert es bis zur



Anerkennung 24 Monate, währenddessen die Menschen als Hilfskräfte arbeiten müssen. Natürlich sind auch effektive Kontrollen der Arbeitgeber durch die Behörden hier in Deutschland wichtig, um Arbeitnehmende zu schützen, Aufenthaltsrechte zu stärken bzw. zu erlauben und es muss der Arbeitgeberwechsel einfacher durchzuführen sein. Und aus den Erfahrungen unserer Beratungsarbeit im Arbeitsrecht würde ich vorschlagen, die Fristen für Klageverfahren etwas zu verlängern. Zum Beispiel kommen die Menschen bei Kündigungsklagen immer zu spät zu uns, sodass wir keine Unterstützung mehr für sie leisten können. Wichtig ist auch der Ausbau und die Verstärkung der Beratungsstrukturen wie zum Beispiel „Faire Integration“, die umfassende, präventive Informationen in den Ländern ermöglichen, damit die Menschen auch schnell Arbeitsausbeutung feststellen können.

**Der Vorsitzender:** Nun begrüßen wir Herrn Norbert Grote vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., kurz bpa. Herr Grote war letzte Woche im Gesundheitsausschuss und hat zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz Stellung bezogen.

**Norbert Grote** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., bpa): Wir sind ein großer Trägerverband mit 13 500 Mitgliedseinrichtungen im Bereich der Langzeitpflege.

Wir haben das Thema Ausbildung. Wenn man sich die Personalsicherungen im Langzeitpflegebereich anschaut, dann haben wir drei große Stränge, an denen man arbeiten muss. Ausbildung ist gar kein Thema. Das Beschäftigungspotenzial in Deutschland muss gehoben werden, insbesondere das Engagement der Bundesagentur in dem Zusammenhang und dann gibt es das große Thema Zuwanderung. Wenn man sich anschaut, was in den letzten 20 Jahren passiert ist, dann sieht man, dass sich etwas im Ausbildungsbereich getan hat. Sicherlich auch hinsichtlich der Frage von Umschulungen und des Engagements der Bundesagentur. Bei dem Thema Zuwanderung waren bürokratische Hürden und Bedenken zu verzeichnen und ich finde auch, dass ein mangelnder politischer Wille sehr dominant war. Das scheint aufgelöst zu sein und man versucht jetzt auch, durch gesetzliche Initiative hier voranzukommen. Das begrüßen wir ausdrücklich. Ich möchte allerdings für diejenigen, die im

Bereich der Langzeitpflege nicht ganz so versiert sind, weil sie sich nicht täglich damit befassen, die Dimension der Problematik aufzeigen, vor der wir im Moment stehen. Ich selbst bin seit über 30 Jahren im Pflegebereich tätig. Ich habe nur erlebt, dass die Pflegeinfrastruktur sich in Deutschland weiterentwickelt hat. Das war auch unbedingt erforderlich, weil wir schon einen starken Anstieg an Pflegebedürftigen hatten und der demografische Effekt schon spürbar war. Wir erleben jetzt erstmalig in den letzten 12 Monaten einen Rückbau der Pflegeinfrastruktur. Einen faktischen Rückbau der Pflegeinfrastruktur – ich hätte mir nie träumen lassen, dass das passiert. Ein wesentlicher Grund ist das Thema Personalknappheit, aber nicht nur Personalknappheit, sondern auch mangelnde Absicherung der pflegerischen Leistungen durch die Pflegeversicherung. Auch das ist ein Treiber im Moment, wahrum Angebote zurückgehen; Kunden können sich schlicht und einfach insbesondere im häuslichen Zusammenhang die Versorgung nicht mehr leisten, die sie brauchen. Und von den Auswirkungen kaum vorstellbar ist das im Bereich der teilstationären Versorgung, also der Tagespflegeeinrichtungen, denn hier hat sich in den letzten zehn Jahren enorm viel aufgebaut. Ambulante Pflegedienste haben dieses Geschäftsfeld sehr stark entdeckt, sodass mehr Kunden jetzt auch Tagespflegeangebote annehmen konnten. Sie wählen jetzt Tagespflege ab, weil sie kein Geld haben. Und Sie alle wissen, dass die Kosten enorm gestiegen sind, auch teilweise politisch induziert, wenn Sie das Tarifreuegesetz nehmen oder die Ausbildung, das Pflegeberufegesetz. Die Pflegeberufegesetzgebung ist vom Grundsatz her eine qualitativ gut ausgerichtete Gesetzgebung, aber sie ist teuer und am Ende des Tages zahlen das die Pflegebedürftigen, weil bis heute die Ausbildungsumlage nicht von der Pflegeversicherung getragen wird oder über Steuermittel finanziert wird. Auf der Personalseite besteht das erhebliche Problem, dass wir natürlich alles tun, um auszubilden bei gleichzeitigem Lehrkräftemangel, der überall herrscht, insbesondere auch im Pflegebereich. Durch die Baby Boomer-Generation, die absehbar in Rente geht, entsteht gleichzeitig ein enormer zusätzlicher Bedarf an pflegerischen Leistungen durch die Anzahl der Pflegebedürftigen, die steigt. Und jetzt kommt hinzu: In der Pflege hat die Politik entschieden, dass es mehr Personal geben müsse, also mehr Leistungen für die Kunden im Pflegeheim erfolgen soll. Das heißt, hier gibt es



ganz viele Treiber in Bezug auf Personalisierung, die, wenn es nicht gelingt, dass wir Zuwanderungen in spürbaren Quantitäten bekommen, in Deutschland dazu führen, dass Angebote weiter zurückgehen, weil natürlich die Angebote immer von denen abhängen, die sie erbringen. Wenn die in einer Einrichtung mehr werden, dann fehlen sie an anderer Stelle, also gehen Angebote zurück. Deswegen ist die Frage, ob und wieviel Zuwanderung wir brauchen, letztlich eine, die wir uns nicht unbedingt stellen sollten. Aber natürlich muss sie fair und gleichberechtigt erfolgen, wenn es darum geht, die Mitarbeitenden und die zugewanderten Menschen im Blick zu haben. Hier haben wir schon 2013, als das Thema noch gar nicht so stark auf der Agenda war, als Verband unseren Mitgliedseinrichtungen eine Selbstverpflichtungserklärung an die Hand gegeben, aus der hervorgeht, dass man Zuwanderung natürlich nur nachhaltig, aber auch in den Systemen, in denen wir leben, hinbekommt, wenn man sich an bestimmte Spielregeln hält, sich wertschätzend verhält, integriert und natürlich auch fairen Lohn bezahlt. Das heißt, gleicher Lohn für diejenigen, die aus Deutschland kommen und hier arbeiten und für zugewanderten Menschen. Das sind für uns Selbstverständlichkeiten. Die Praxisbeispiele, in denen das nicht gut läuft, möchte ich bitte nicht als regelhafte Situationsbeschreibung verstehen wollen, schon allein deshalb nicht, weil Unternehmerinnen und Unternehmern, die wir im Bereich der Pflege vertreten, sich doch nicht selbst ins Knie schießen. Ohne die Ressource Personal können sie ihre Leistungen und damit ihr Geschäft überhaupt nicht betreiben. Deswegen glaube ich, diese Einzelfälle sind nicht die Realität, wie sie sich im Moment abbildet.

Eine Bitte habe ich am Ende. Wir haben überhaupt nichts gegen mehr staatliches Engagement bei der Frage Anwerbung und Anerkennung von Zuwanderung, wir finden das sogar großartig. Wir wünschen uns One Stop-Anlaufstellen in den Herkunftsländern, wo gebündelt sowohl angeworben als auch die Anerkennungsverfahren vorbereitet werden, weil wir auch erleben, dass in dem Bereich der Vermittlung nicht alles gut läuft. Von daher wünschen wir uns staatliches Engagement bei diesem Thema, weil wir tatsächlich Hunderttausende von zugewanderten Menschen brauchen, sonst wird es nicht funktionieren und ich denke schon, dass es

genug Länder mit umgekehrter Demografie gibt, so dass wir uns wünschen würden, dass hier weiter Dynamik entfaltet wird.

**Abg. Tina Rudolph (SPD):** Herr Grote, ich glaube, die Dringlichkeit der Fachkräfteanwerbung können wir alle unterstreichen. Sie haben zurecht auch darauf gedrungen, dass Arbeitsstandards durchaus auch ein Standortfaktor sind und die Fälle, die Herr Othman geschildert hat, nicht vorkommen sollten. Deswegen würde mich konkret interessieren, ob Sie wissen, wie hoch der Anteil der privaten Anbieter soziale Dienste in Deutschland ist, die das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ tragen, bzw. ob Sie widerspiegeln können, wie stark der WHO-Verhaltenskodex bei den privaten Anbietern präsent ist und welche Hürden es eventuell gibt, das Siegel zu tragen bzw. diesen Verhaltenskodex zu berücksichtigen.

**Norbert Grote (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., bpa):** 100 Prozent gibt es ja nie im Leben, aber ich würde sagen, nahezu 100 Prozent unserer Mitgliedseinrichtungen fühlen sich daran gebunden, weil wir, zumindest was von Bandsseite erfolgt, auf dieses Gütesiegel setzen und nur Kooperationspartner haben, die sich an diese Standards halten, plus Selbstverpflichtungserklärungen der Mitgliedseinrichtungen. Ich kann nicht für alle privaten Einrichtungen in Deutschland sprechen, nur für diese 13 500 und für das Engagement, das wir unterstützen. Da ist das selbstverständlich so. Das heißt aber nicht, dass es trotzdem diese geschilderten Fälle gibt, losgelöst von Siegeln und von Selbstverpflichtungserklärung. Nur eins ist klar: Wir fühlen uns daran gebunden und natürlich auch an den WHO-Verhaltenskodex, der ist bindend. Ein Hinweis nur: Zu den Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur muss man sagen, wenn Sie sich an alles halten und alles gut ist, heißt das auch, dass Sie wenig spürbare Wirkung haben. Wenn Sie sich anschauen, wie viele Vermittlungsabsprachen seit 2020 erfolgt sind und wie viele – ich glaube 700 – tatsächlich über diese Programme integriert wurden, dann ist das ein Tropfen auf den heißen Stein. Also faktisch ist man darauf angewiesen, auch mit zertifizierten Vermittlungsagenturen zusammenzuarbeiten. Sonst wird man keine Quantität in unserem Bereich bekommen.



**Abg. Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Ich habe im Moment ein bisschen die Brille des Entwicklungspolitikers auf, der sich seit 2013 mit der Gesundheitssystemstärkung in Entwicklungsländern beschäftigt hat, in der Hoffnung, dass daraus so starke Strukturen entstehen, dass durch lokale Bildung, ich nenne es mal einen Überschuss an Gesundheitsfachkräften gibt, die dann mit gutem Gewissen auch in entwickelte Länder auswandern dürfen, dort vielleicht nur temporär tätig sind und irgendwann mit den gewonnenen Erfahrungen wieder zurückkehren. Das ist sicherlich ein überschaubarer Erfolg bei allen guten Bemühungen. Auch das Thema Klinikpartnerschaft hat es in dem Zusammenhang gegeben. Wie ist denn im Augenblick die Kombination zwischen Gesundheitssystemstärkung und Anwerbung? Gibt es in signifikanter Größenordnung Partnerschaften, die sowohl in den Entwicklungsländern als auch im Interesse des deutschen Marktes arbeiten oder sind das zwei Märkte oder zwei Arbeitsbereiche, die leider relativ unabhängig voneinander agieren?

**Dr. Tine Hanrieder** (London School of Economics and Political Science): Es gibt etliche kleinere Pilotprojekte zu Partnerschaften und Ausbildungspartnerschaften. Die heißen gerne „Global Skills Partnerships“. In denen wird teils für den heimischen Markt und teils für den deutschen Markt ausgebildet. Die Auszubildenden auf dem deutschen Track lernen zum Beispiel Deutsch, während sie ausgebildet werden. Aber man spricht hier von Hunderten. Es sind kleine Zahlen, das sind Versuche. Und es gibt auch Beispiele, bei denen dann doch die meisten ausgewandert sind, statt im Heimatland zu bleiben. Sie haben den temporären Aufenthalt erwähnt. Das Stichwort zirkuläre Migration wird immer mal wieder gebracht. Wir haben noch kein erprobtes Modell gefunden, in dem das gut funktioniert, sodass die Fachkraft gut abgesichert ist und fair behandelt wird. Man sieht auch gerade bei dieser Institutionalisierung von fairer Anwerbung, dass es viel darum geht, fair zur Fachkraft zu sein, sodass sie oder er mit der kompletten Familie dauerhaft nach Deutschland kommen kann. Die Arbeitgeber wünschen sich loyale Beschäftigte, die bleiben und in Deutschland arbeiten wollen und integriert werden und eben nicht temporär eingesetzte Fachkräfte.

**Abg. Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage zu den Menschen, die nach Deutschland kommen. Die meisten Menschen, die gerade angeworben werden, sind gelernte Fachkräfte. Habe ich das richtig verstanden? Vielleicht können Sie das bestätigen oder korrigieren. Gibt es Zahlen, Statistiken, wie lange diese Menschen in Deutschland bleiben? Was Sie angesprochen haben, Frau Dr. Hanrieder, dieses Zirkuläre: Verlassen viele Menschen Deutschland, sobald es die Verträge hergeben, weil sie nicht gut integriert werden konnten oder auch das Umfeld oder die Strukturen nicht gepasst haben oder verlassen sie Deutschland für ein anderes Land in der EU? Wie lange bleiben die Menschen im Schnitt? Das ist auch für Sie, Herr Grote, sehr relevant. Wenn Sie Menschen anwerben, wie lange bleiben diese im Beruf hier in Deutschland? Und die zweite Frage ist: Gibt es schon Tendenzen, dass man in Zukunft mehr ungelehrte Menschen anwerben möchte, die bereit sind, hier in Deutschland die Ausbildung zu absolvieren und den Spracherwerb vielleicht in der Ausbildung mitlernen? Gibt es Modelle, die schon gut funktionieren? Ist eine Einwanderung ohne Berufsabschluss möglich oder bräuchte es im Ausland Akademien, die das in großem Stil machen? Da hatten Sie kurz ein Beispiel genannt Frau Dr. Hanrieder.

**Dr. Tine Hanrieder** (London School of Economics and Political Science): Wie lange ist die Aufenthaltsdauer? Wir wissen es nicht. Die Annäherungen, die wir Ihnen gezeigt haben, sind wirklich Anerkennungsbescheide. Das können wir aus den Zahlen, die wir zum Beispiel vom Statistischen Bundesamt bekommen haben, nicht ableiten. Und zur zweiten Frage hinsichtlich der ungelernten Menschen: Es gibt Initiativen für Ausbildungspartnerschaften und Einreise zur Ausbildung. Die wären auch vom WHO-Code gar nicht betroffen. Das ist aber momentan auch eine neue Idee.

**Abg. Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Gibt es schon Modelle, die Sie namentlich erwähnen können?

**Dr. Tine Hanrieder** (London School of Economics and Political Science): Legen Sie mich nicht zu 100 Prozent fest: In Vietnam gibt es „Triple Win“, eine Ausbildungspartnerschaft für Azubis.



**Mousa Othman** (Faire Integration): In der Regel haben die Pflegekräfte, die als Fachkräfte zugewandert sind, ein erstes Studium, das wird in Deutschland als akademisches Studium betrachtet, also Bachelor of Science. In der Regel wird dieses Studium oft, so auch in Deutschland, nicht anerkannt. In vielen Ländern muss man im Durchschnitt 18 Monate bzw. bis zu zwei Jahre für die Anerkennung als Pflegehilfskraft arbeiten. Es gibt dazu eine aktuelle Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung: 2022 waren insgesamt 45 Prozent der Pflegekräfte als Hilfskräfte tätig. Dies ist mit der langen Dauer der Anerkennung zu erklären. Aber zum Thema Verbleib: Wie lange bleiben die Menschen in Deutschland? Da fehlen mir leider die Statistiken. Es ist nicht repräsentativ, wenn ich jetzt die Stimmung der Ratsuchenden, die eher negative Erfahrungen gemacht haben, darstelle.

**Norbert Grote** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., bpa): Zuwanderung gab es ja auch schon früher in den Neunziger. Diejenigen, die damals aus den Philippinen gekommen sind, sind nach meiner Praxiserfahrung auch geblieben. Sie haben sich auf jeden Fall wohlgefühlt und ihre Community gehabt. Also ich würde erst mal grundsätzlich sagen, dass eine Perspektive vorhanden ist. Aber beides wird es geben. Es wird diejenigen geben, die hier langfristig sein wollen und es wird diejenigen geben – beide Gruppen brauchen wir – die das befristet machen, weil sie ihr Know-how dann wieder ins Herkunftsland mitbringen. Von daher ist beides wichtig. Ein Punkt noch: Es dürfen nach jetziger Rechtslage nur Menschen im reglementierten Bereich kommen, die Fachkräfte sind, das heißt, alles andere kann es offiziell nicht geben. Und diejenigen, die Hilfskräfte sind, sind es deshalb, weil sie sich im Verfahren befinden und deswegen nur als Hilfskraft eingesetzt werden. Eine Ausbildung kann begonnen werden. Das Problem ist, alles da drunter ist nicht möglich. Wir haben auch Assistenzberufe, die gebraucht werden. Auch dort müssen Möglichkeiten geschaffen werden.

Der **Vorsitzende**: Erlauben Sie mir den Hinweis: Es gab schon Anfang der 80er Jahre die Zuwanderung von Pflegekräften.

Abg. **Knut Gerschau** (FDP): Herr Othman, in allen Bundesländern sind Beratungsstellen vorhanden. Gibt es in den Bundesländern unterschiedliche Erfahrungen mit den Behörden, sind einzelne Bundesländer unkomplizierter als andere, halten Sie einige für vorbildhaft? Kann man daraus Forderungen herleiten? Eine ähnliche Frage geht an Herrn Grote: Sie sind auch im Netzwerk europäischer Dachverbände. Kennen Sie die Situation für Pflegeeinrichtungen im europäischen Ausland im Verhältnis zu Deutschland und wenn ja, können Sie Best Practice-Beispiele darstellen?

**Mousa Othman** (Faire Integration): Hinsichtlich des Austauschs unter den Beratungsstellen gab es schon mal Tendenzen, dass in manchen Bundesländern mehr Erfahrung in der Beratung und Integration von Zugewanderten und von Fachkräften existiert, zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen oder in Hamburg. Dort funktioniert es reibungsloser als in anderen Bundesländern. Aber ich glaube, diese Erfahrungen kann man nicht verallgemeinern und einige Bundesländer negativ darstellen.

**Norbert Grote** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., bpa): Ich würde auch kein Bashing betreiben wollen. Allerdings würde ich schon sagen, dass in den letzten zehn Jahren bekannt war, dass in Hessen die Anerkennungsverfahren zügig gelaufen sind. Sonst hatten wir in der Mehrzahl der Länder Probleme unterschiedlichster Natur. Das kann an dem Umgang mit Sprachzertifikaten oder der Organisation in einem Bundesland liegen, es kann aber auch daran liegen, wie die Anerkennung an sich organisiert ist, ob es eine zentrale Stelle gibt oder ob das auf fünf Bezirksregierungen verteilt ist. Dann gibt es Bayern, die eine „Fast Lane“ erfunden haben, also alles gebündelt. Es ist sehr heterogen, aber eins kann man sagen: Im Großen und Ganzen sind diese bürokratischen, langen Verfahren ein großes Problem. Das liegt nicht nur an der Anerkennung, sondern davor geschaltet sind in der Regel noch die Gleichwertigkeitsprüfungen. Hier wird sich nicht einmal an die Mustergutachten, die pro Land erstellt wurden, gehalten. In der Mehrzahl der Länder nehmen die Sachbearbeiter Einzelfallprüfungen vor, trotz dieser Mustergutachten, die entwickelt wurden. Das ist ein großes Problem. Wenn man sich hinsichtlich der Best Practice



andere Länder ansieht, sind Australien und Großbritannien zwei Vorzeigeländer, von denen man weiß, dass die Anerkennungsverfahren sehr zügig abgewickelt werden. Wenn jemand einen Bachelor-Abschluss im Pflegebereich hat, dann ist der vom Grundsatz her erstmal anerkannt. Da wird dann noch geprüft, ob das wirklich so ist. Aber es geht nicht in diese Defizitbescheide und die Kurse, die man dann noch absolvieren muss, um das Defizit aufzufangen, wenn bestimmte formale Anforderungen schon auf der Hand liegen.

**Abg. Cordula Möhring (DIE LINKE.):** Ich habe zuerst eine Frage an Frau Dr. Hanrieder. Sie haben von der Gleichzeitigkeit von Arbeitslosigkeit und Unterversorgung in den Herkunftsländern gesprochen. Ist es aus Ihrer Sicht auch so, dass diese grenzüberschreitende Migration meist auch eine Reaktion auf unzureichende und schlechte Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern ist? Wir haben dasselbe Problem. Ungefähr 500 000 Pflegekräfte würden nach Studien hier in den Beruf zurückkommen, wenn die Bedingungen besser wären. Meine Frage: Wie würden Sie das gewichten, dass wir auch hierzulande alle willkommen heißen, die zu uns kommen wollen, aber an der Situation im Gesundheitswesen etwas verändern müssen, weil wir sonst schlicht von den schlechten Arbeitsbedingungen in den Herkunftsländern profitieren. Dann haben Sie darauf hingewiesen, dass es keine Gegenleistung gebe, obwohl das teilweise von den Ländern erwartet würde. Muss ich mir darunter Kompensationszahlungen für die Bereitstellung von Pflegepersonal vorstellen?

Dann noch eine kurze Frage an Herrn Othman: Sie haben sehr eindrücklich geschildert, mit welchen Fragen und Problemen die betroffenen Pflegekräfte zu Ihnen in die Beratung kommen. Ich habe aus der Praxis auch gehört, dass es zunehmend Fälle dieser modernen Schuld knechtschaft gibt, dass Pflegekräfte, die ihren Arbeitsvertrag kündigen, einen Teil der Kosten zurückzahlen müssen, zum Beispiel für Sprachkurse oder ähnliches. Ist das ein großes Thema bei Ihnen in den Beratungen? Sind Ihnen Fälle bekannt, zum Beispiel von Pflegekräften, die über eine Klinik angeworben worden sind und sich verpflichtet haben, in dieser Klinik zu arbeiten, und die im Falle von Kündigungen einen Teil des investierten Geldes zurückzahlen müssen? Zum Schluss, weil wir vorher in der Runde gehört

haben, dass die Bundesregierung sehr viel Wert dauflegt, dass die anzuwerbenden Pflegekräfte ein klares Bild von der Situation in Deutschland bekommen: Was ist aus Ihrer Sicht nötig, damit die Pflegekräfte, die beispielsweise in Brasilien oder anderswo angeworben werden, auch wirklich wissen, was sie hier erwartet?

**Dr. Tine Hanrieder** (London School of Economics and Political Science): Hinsichtlich der unzureichenden Arbeitsbedingungen stimme ich Ihnen zu. Diese sind einer der sogenannten „Push-Faktoren“ bei der Migration. Warum verlässt eine Arbeitskraft ihr Heimatland? Da könnte man jetzt ewig darüber sprechen. Manche müssen in mehreren Jobs arbeiten oder sie sind allein zurückgelassen worden in einer Landklinik, weil alle anderen abgewandert sind, und haben Burnout, das ist eben schwer auszuhalten. Dann ist Migration oft ein Rettungsanker. Ich habe auch in Studien zur Kenntnis genommen, dass viel in Teilzeit gearbeitet wird in Deutschland oder dass viele Menschen sagen, sie würden zurückkommen in den Sektor, wenn die Bedingungen besser wären. Hinsichtlich der Kompensationswünsche wurde uns zum Beispiel gesagt, Länder würden sich zum Beispiel Investitionen in Infrastruktur als Gegenleistung für so ein Abkommen wünschen. Das ist aber dann, so heißt es, im Rahmen dieser Abwerbemaßnahmen nicht möglich. Die beziehen sich auf Datenschutz, auf Rechtsschutz der Migranten, auf arbeitsrechtliche Dinge, aber die beziehen sich nicht auf Gesundheitssystembelange.

**Mousa Othman** (Faire Integration): Bindungsklauseln sind im Arbeitsrecht zulässig, sofern sie verhältnismäßig sind. Wenn Arbeitgeber das berücksichtigen, dann dürfen sie auch ihre Arbeitskräfte oder ihre Auszubildenden zwei Jahre binden, je nachdem, wieviel sie investiert haben. Es gab Fälle, in denen auch Gerichte die Zulässigkeit von Bindungsklauseln bestätigt haben. Jeder Fall in diese Richtung trifft uns sehr. Ich glaube, es ist wichtig, dass man darüber in den Communities informiert. Wir haben das im Fall von Fachkräften aus den Philippinen oder auch mit Menschen vietnamesischer Herkunft erlebt. Wir haben mit einer Kirchenorganisation oder Zivilgesellschaft zusammengearbeitet und vor Ort informiert. Das führt dazu, dass sich diese Fälle nicht häufen.



**Tagesordnungspunkt 3**  
**Europa als globaler Gesundheitsakteur**  
**Selbstbefassung S-20(14-1)34**

*Der Tagesordnungspunkt entfällt.*

**Tagesordnungspunkt Verschiedenes**

Der **Vorsitzende**: Ich komme zum letzten Tagesordnungspunkt: Gibt es etwas unter dem Punkt Verschiedenes? Ich hätte noch eine Kleinigkeit. Unsere nächste Sitzung ist am 19. Juni. Dann werden wir uns mit den Auswirkungen der Luftverschmutzung und von Hitze auf die globale Gesundheit beschäftigen. Zudem möchte ich darauf aufmerksam machen, dass sich die Sitzungsdauer um 15 Minuten verlängert, damit wir uns im Top 1 mit der Bundesregierung ausreichend mit den anstehenden High Level-Meetings befassen können. Die Sitzung endet entsprechend am 19. Juni um 19:00 Uhr.  
Zuletzt möchte ich Sie auf das Fachgespräch mit CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) zur 100-Tage-Mission am 12. Juni von 12:30 Uhr bis 13:30 Uhr aufmerksam machen. Ich würde mich freuen, wenn Sie hier teilnehmen.

Schluss der Sitzung: 18:16 Uhr

gez.  
Prof. Dr. Andrew Ullmann, MdB  
**Vorsitzender**