

Anwerbung von brasilianischem Gesundheitspersonal in Deutschland ***Gemeinsames Positionspapier von vdä* (Deutschland) und CEBES (Brasilien)***

Bundesarbeitsminister Hubertus Heil reiste kürzlich durch Südamerika, um Pflegekräfte für das deutsche Gesundheitssystem in Brasilien anzuwerben. Die ersten Absichtserklärungen wurden von ihm und seinem brasilianischen Amtskollegen Luiz Marinho bereits unterzeichnet. Die gängige Rhetorik, wonach Alle von der internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal profitieren sollen, lässt einen kritischen Blick darauf vermissen, wer tatsächlich profitiert.

Kann die internationale Anwerbung die Lösung für den Personalmangel im deutschen Gesundheitswesen sein?

Angesichts der hohen Belastung des deutschen Gesundheitssystems wird die internationale Anwerbung von Fachkräften derzeit unhinterfragt als Lösung für eine durch hausgemachte neoliberale Politik in Deutschland verursachte Krise dargestellt. Dabei wird nicht berücksichtigt, warum überhaupt so viele Gesundheitsfachkräfte deutscher Krankenhäuser ihren Beruf aufgegeben haben. Die sich verschärfende Personalkrise im deutschen Gesundheitswesen steht in engem Zusammenhang mit strukturellen Problemen, die seit vielen Jahren bestehen. Ökonomisierung und Privatisierung haben in den letzten 30 Jahren zu einer nahezu unbezwingbaren Arbeitsbelastung geführt, die viele Beschäftigte im Gesundheitswesen aus dem Beruf getrieben hat. Es braucht echte Lösungen, um die Arbeitsbedingungen der Menschen zu verbessern und sie in die Lage zu versetzen, sich nachhaltig um ihre Patient*innen zu kümmern. Die Vorstellung, neue Arbeitsmigrant*innen seien dankbar dafür, unter den derzeitigen schlechten Bedingungen in Deutschland zu arbeiten, zeugt von neokolonialer Arroganz.

Freiwillige Arbeitsmigration sollte nicht durch restriktive Einwanderungsgesetze blockiert werden und alle neuen Kolleg*innen sind uns willkommen. Ihre Anwerbung kann aber nicht die Lösung für die strukturellen Probleme im deutschen Gesundheitssystem sein. In erster Linie brauchen alle Fachkräfte im deutschen Gesundheitswesen gute Arbeitsbedingungen - unabhängig davon, ob sie im Ausland angeworben oder im Land ausgebildet wurden.

Die Realität hinter den großen Versprechungen

Es ist offensichtlich, dass die deutsche Regierung bei der Anwerbung keine Transparenz walten lässt und die Herausforderungen, die die Ausübung des Berufs und der Aufenthalt in einem Land mit anderer Kultur und anderen Sitten mit sich bringen, herunterspielt.

Die Anwerbung nach Deutschland wird von einer wachsenden Zahl privater Vermittlungsagenturen betrieben, die mit den großen Hoffnungen der ausländischen Fachkräfte im Gesundheitswesen Profit machen. Leider ist die Realität der Anwerbung und Arbeit in Deutschland oft weit von dem entfernt, was diese Agenturen versprechen: Einige Agenturen haben versucht, die Kosten für Vermittlungsgebühren und Sprachkurse auf die zuwandernden Fachkräfte abzuwälzen. Besonders umstritten sind Bindungsklauseln im Arbeitsvertrag, die die angeworbenen Fachkräfte zur Zahlung hoher Gebühren verpflichten, wenn sie ihr Arbeitsverhältnis vor Ablauf einer Mindestarbeitszeit beenden. Damit soll sichergestellt werden, dass der Arbeitgeber nicht Gefahr läuft, auf den "Investitionskosten" sitzen zu bleiben, wenn sich die Fachkräfte - beispielsweise aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen - für einen Arbeitsplatzwechsel entscheiden.

Im Gegensatz zu einigen Versprechungen der Agenturen ist es schwer, Deutsch zu lernen, und kann nicht in ein paar Wochen oder Monaten erreicht werden. Um das erforderliche Sprachniveau B1 zu erreichen, müssen die Fachkräfte viel Zeit investieren. Und selbst dann werden sie nicht in der Lage sein, sich problemlos mit Patient*innen und Kolleg*innen zu verständigen.

Bevor eine Fachkraft offiziell als Gesundheits- und Krankenpfleger*in anerkannt wird, ist sie nur als Pflegehelfer*in angestellt, was eine wesentlich geringere Bezahlung bedeutet. Das Anerkennungsverfahren kann einige Monate bis zu zwei Jahre dauern. Infolgedessen wird eine brasilianische Krankenpflegekraft mit einem akademischen Diplom in einem deutschen Krankenhaus eine beträchtliche Zeit lang wie eine Pflegehelfer*in arbeiten und bezahlt werden.

Es ist außerdem notwendig, die Unterschiede in der Pflegeausbildung zwischen Brasilien und Deutschland zu berücksichtigen. Während in Deutschland die Krankenpflegeausbildung eine dreijährige berufsbegleitende Ausbildung ist, erfolgt die Ausbildung in Brasilien auf Universitätsniveau über 4 bis 5 theoretische und praktische Jahre. Diese akademische Ausbildung der brasilianischen Krankenpflegekräfte wird jedoch in Deutschland nicht anerkannt, und die brasilianischen Krankenpflegekräfte erhalten ein Gehalt, das unter ihrer Qualifikation liegt – in einem neokolonialen Prozess der Ausbeutung der Arbeit von Fachkräften aus dem globalen Süden.

Um die Herausforderungen der Auswanderung von Krankenpflegekräften zu mildern, sind einige Bedingungen unerlässlich, wie z. B.: menschenwürdige Arbeit mit würdigen Arbeitsbedingungen; Arbeitsverträge mit allen sozialen Rechten; eine Entlohnung, die mit dem lokalen Lebensstandard vereinbar ist; Unterstützung beim Berufs Anerkennungsverfahren; Gewährleistung einer angemessenen Unterkunft in der Nähe des Arbeitsplatzes; sprachliche und psychologische Unterstützung für mindestens ein Jahr, die vom Staat oder Arbeitgeber finanziert wird; Gewährleistung sicherer Bedingungen am Herkunftsort, während der Migration und am Zielort mit Maßnahmen zur Verhinderung von Belästigung und Diskriminierung jeglicher Art: aufgrund der Migrationserfahrung, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit; dabei ist zu bedenken, dass das brasilianische Pflegepersonal überwiegend weiblich und schwarz ist.

Gesundheitspersonal im brasilianischen Gesundheitssystem

Die Behauptung, in Brasilien gebe es einen Überschuss an Krankenpflegekräften, der vom Arbeitsmarkt nicht absorbiert wird, ist falsch. In Brasilien kommen nur 0,88 registrierte Pflegekräfte auf einen Arzt (in den OECD-Ländern liegt der Durchschnitt bei 2,7 Pflegekräften pro Arzt), wobei die Verteilung der Pflegekräfte auf die Regionen des Landes sehr ungleich ist. In Deutschland kommen nach Angaben der OECD 12,8 Pflegekräfte auf tausend Einwohner*innen (Gesundheit auf einen Blick 2022). In Brasilien kommen nur 3,3 diplomierte Krankenpflegekräfte auf tausend Einwohner (Cofen 2023 <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>). Bezieht man Medizintechnische Berufe und Pflegehilfskräfte mit ein, so ergibt sich ein Verhältnis von 10,6 Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner*innen (weniger als in Deutschland), wobei zwischen den Bundesstaaten erhebliche Unterschiede in der Verfügbarkeit von Krankenpflegekräften bestehen. In Rio de Janeiro liegt dieses Verhältnis bei 16/1000 Einwohner*innen, in Maranhao bei 7/1000. Arbeitsloses Gesundheitspersonal kann nicht als eine Aussage über die Bedürfnisse der Bevölkerung interpretiert werden und ist oft in erster Linie ein Zeichen für ein unterfinanziertes Gesundheitssystem.

In diesem Zusammenhang ist es sicherlich notwendig, die Probleme und Arbeitsbedingungen der Krankenpflegekräfte im Staatlichen brasilianischen Gesundheitssystem (*Sistema Único de Saúde - SUS*) zu erkennen. Das chronisch unterfinanzierte SUS hat in den letzten Jahren unter einer drakonischen Sparpolitik gelitten, die die öffentlichen Investitionen im Gesundheitswesen seit 20 Jahren eingefroren hat. Prekäre Arbeitsverträge mit befristeten Arbeitsverhältnissen, das Fehlen eines nationalen Karriereplans, niedrige Löhne und die Notwendigkeit von Mehrfachbeschäftigungen sind nur einige der zahlreichen Probleme. Die Diskussion über die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege war Gegenstand wichtiger politischer Debatten und Kämpfe der Pflegebeschäftigten. Als Ergebnis der mehr als 30 Jahre andauernden Kämpfe der Berufsgruppe wurde vor kurzem eine nationale Lohnuntergrenze für Pflegefachkräfte im ganzen Land gesetzlich festgelegt. Derzeit wird die Lohnuntergrenze mit Hilfe von Bundeszuschüssen umgesetzt, was jedoch auf den heftigen Widerstand des privaten Gesundheitssektors stößt. Der Nationale Verband der Gesundheits- und Krankenhäuser sowie der Einrichtungen und Dienste rief das Bundesgericht auf, die obligatorische Zahlung des Mindestlohns auszusetzen, da er dies für verfassungswidrig hielt.

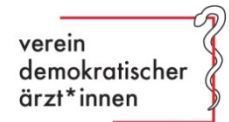
Indem Deutschland Gesundheitspersonal in Brasilien anwirbt, profitiert es von den schlechten Arbeitsbedingungen und der Unterfinanzierung des SUS.

Ein weiterer Aspekt, der zeigt, dass die Vorteile nicht auf Gegenseitigkeit beruhen, sind die Einsparungen bei den Ausbildungskosten für Pflegekräfte für den deutschen Staat. Diese Kosten für die 17-jährige Ausbildung einer Krankenpflegekraft (von der Grundschule bis zum Diplom) werden von der brasilianischen Bevölkerung getragen.

In Anbetracht all dessen ist es mehr als fraglich, ob die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften von Brasilien nach Deutschland für Alle von Vorteil ist. Wir müssen dieses Narrativ hinterfragen und für starke Gesundheitssysteme kämpfen, die gute Arbeitsbedingungen für Gesundheitsfachkräfte bieten – in beiden Ländern und überall auf der Welt.

Verein demokratischer Ärzt*innen

Dr. Nadja Rakowitz
Kantstr. 10 • 63477 Maintal
Fon 0049 6181 – 432 348 • Mobil 0049 172 185 8023
info@vdaee.de • www.vdaee.de



Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES

Av. Brasil, 4036 – Sala 802 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ – 21040-361
Telefones: (21) 3882-9140 • (21) 2260-3782
cebes@cebes.org.br • <https://cebes.org.br/>

