



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Siebenundfünfzigste Tagung**

Belgrad, Serbien, 17.–20. September 2007

Punkt 6 a) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC57/9
+EUR/RC57/Conf.Doc./3
30. Juni 2007
73361
ORIGINAL: ENGLISCH

**Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der
Europäischen Region**

Das WHO-Regionalbüro für Europa veranstaltet im Juni 2008 in Tallinn eine Ministerkonferenz zum Thema Stärkung der Gesundheitssysteme. Auf der Konferenz sollen die Auswirkungen von Gesundheitssystemen auf die Gesundheitssituation und das Wirtschaftswachstum hervorgehoben und neuere Evidenz zu wirksamen Strategien zur Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen beurteilt werden.

Einer der wichtigsten Faktoren für die Stärkung von Gesundheitssystemen sind gute politische Handlungskonzepte in Bezug auf das Gesundheitspersonal. Die Wirksamkeit von Gesundheitssystemen und die Qualität von Gesundheitsleistungen hängen von der Leistung des Gesundheitspersonals ab, die wiederum von seinem Wissen, seinen Qualifikationen und seiner Motivation abhängig ist. Personalprobleme im Gesundheitswesen gelten seit langem als ein wichtiger einschränkender Faktor für die Ausweitung vorrangiger Interventionen und das Erreichen der Millenniums-Entwicklungsziele. Die politischen Entscheidungsträger stehen vor dem Problem, sicherstellen zu müssen, dass Gesundheitssysteme über ausreichend Personal zur Erbringung von Leistungen verfügen, die der Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Gesundheit dienen. Zusätzlich sind sie mit neuen Trends und Herausforderungen infolge demografischer, technologischer, politischer, sozioökonomischer und epidemiologischer Veränderungen konfrontiert. Großen Anlass zur Sorge bieten insbesondere Probleme im Zusammenhang mit Alterung und Migration.

Bei den Diskussionen des Regionalkomitees über Gesundheitspersonal dürften folgende Aspekte im Mittelpunkt stehen: Förderung des Wissens- und Erfahrungsaustauschs; Stärkung der Fähigkeit der Länder zur Entwicklung von Personalkonzepten und zur Einplanung und Führung von Arbeitskräften im Gesundheitsbereich; und Werbung für wirksamere Investitionen in die Personalentwicklung im Gesundheitsbereich sowie bessere Abstimmung der Ressourcen.

Ein Resolutionsentwurf mit zentralen grundsatzpolitischen Leitlinien ist zur Prüfung durch das Regionalkomitee beigefügt.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Hintergrund	1
Einführung	3
Wer sind die Gesundheitsfachkräfte?	3
Warum sind die Gesundheitsfachkräfte so wichtig?	3
Die Notwendigkeit eines strategischen Ansatzes für die Personalentwicklung Gesundheitsbereich in der Europäischen Region	4
Zweck dieses Dokuments	4
Gesundheitspersonal in der Europäischen Region: eine Sichtung der aktuellen Probleme	5
Das sich wandelnde Umfeld in der Europäischen Region: allgemeine Trends und Probleme	8
Demografischer und epidemiologischer Wandel	8
Technologische Innovationen und Organisationsreformen	11
Veränderungen im politischen und wirtschaftlichen Umfeld mit besonderem Schwerpunkt auf Migration	11
Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal	14
Aktuelle und künftige Handlungskonzepte	16
Personalpolitische Konzepte im Gesundheitsbereich zur Verbesserung der Leistung des Gesundheitssystems	16
Konkrete Fortschritte erzielen	17
Überbrückung der Kluft zwischen Erkenntnis und Handeln	17
Verbesserung der Ausbildung mit dem Ziel der Leistungsverbesserung	18
Gute Personalführung im Gesundheitsbereich macht das Gesundheitspersonal zu einem aktiven Teil des Systems	19
Regelung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitspersonal und Erleichterung der Umsetzung von Strategien	19
Literatur	21

Hintergrund

1. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird 2008 eine Ministerkonferenz über Gesundheitssysteme veranstalten. Das Regionalkomitee für Europa hatte auf seiner 55. Tagung 2005 in Resolution EUR/RC55/R8 den Regionaldirektor darum ersucht. Mit der Konferenz sollen zwei Ziele verfolgt werden: Erstens soll sie zu einem besseren Verständnis der Auswirkungen von Gesundheitssystemen auf den Gesundheitsstatus und damit auf das Wirtschaftswachstum beitragen. Zweitens soll auf der Konferenz angesichts ständig zunehmender Forderungen nach Nachhaltigkeit und Solidarität eine Bestandsaufnahme der aktuellen Evidenz zu wirksamen Strategien zur Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen durchgeführt werden.

2. Im Vorfeld der Konferenz wird das Regionalbüro mit den Mitgliedstaaten, mit multilateralen Organisationen wie der Europäischen Kommission, der Weltbank und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sowie mit wichtigen Akteuren in den Mitgliedstaaten wie politischen Entscheidungsträgern, Wissenschaftlern und Berufsverbänden eine Reihe allgemeiner Konsultationen abhalten.

3. Zwei Konsultationstagungen mit Vertretern von Mitgliedstaaten in Wien und Barcelona haben 2006 bereits stattgefunden. Diese führten in Verbindung mit Sitzungen des Externen Beratungsgremiums zur Verständigung über die konkreten Themen, die auf der Konferenz unter der allgemeinen Überschrift „Verbesserung der Leistung von Gesundheitssystemen“ behandelt werden sollen. Gesundheitspersonal wurde als eines von sechs zentralen Themen berücksichtigt. Die anderen sind Governance, Leistungsbeurteilung, koordinierte Versorgung, vertikale und horizontale Ansätze zur Gesundheitsversorgung und öffentliche Gesundheit. Es wurde auch beschlossen, diese technischen Themen auf in den Jahren 2007 und 2008 vom Regionalbüro organisierten Vorbereitungsveranstaltungen im Vorfeld der Konferenz zu erörtern. Es wurde vorgeschlagen, in die Tagesordnung der 57. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2007 in Belgrad eine Fachinformationsveranstaltung zum Thema Gesundheitspersonal aufzunehmen.

4. In den letzten Jahren hat die Weltgesundheitsversammlung eine Reihe von Resolutionen zu unterschiedlichen Aspekten der Personalkrise im Gesundheitswesen verabschiedet.

- In den Resolutionen WHA57.19 (2004) und WHA58.17 (2005) zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal als Problem für die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern wurden die Mitgliedstaaten dringend aufgefordert und die WHO ersucht, den nachteiligen Folgen der Migration von Gesundheitspersonal entgegenzuwirken, um eine Schädigung der Gesundheitssysteme zu minimieren.
- In der Resolution WHA59.23 (2006) zur raschen Ausweitung der Ausbildung von Gesundheitspersonal wurden die Mitgliedstaaten dringend aufgefordert und die WHO ersucht, die Ausweitung von Maßnahmen zur verstärkten Ausbildung von kompetentem Gesundheitspersonal in den Ländern zu fördern.
- In der Resolution WHA59.27 (2006) zur Stärkung des Pflege- und Hebammenwesens wurden die Mitgliedstaaten und die WHO dringend aufgefordert, umfassende Programme zur Ausbildung hoch qualifizierter und motivierter Pflegekräfte und Hebammen einzurichten.

5. Im Weltgesundheitsbericht 2006 wurden höhere Investitionen in Personal, verbesserte Leistung und mehr Gerechtigkeit bei der Verteilung und beim Einsatz von Personal als Mittel zur Überwindung der aktuellen Personalkrise im Gesundheitswesen gefordert. Weiterhin wurde auch hervorgehoben, dass zur Verbesserung der Effektivität von Gesundheitspersonal neue Strategien benötigt werden, und die Regierungen wurden aufgefordert, gemeinsam mit ihren Partnern bei der Planung, Ausarbeitung und Durchführung der benötigten Konzepte die Initiative zu ergreifen.

Damit die Gesundheitssysteme zu Invaliddität führende Krankheiten bekämpfen und nationale wie globale Gesundheitsziele erreichen können, muss das Personal unbedingt gestärkt werden. Eine starke Personalinfrastruktur ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, die heute bestehende Kluft zwischen Ankündigungen und

Wirklichkeit im Gesundheitsbereich zu schließen und sich auf die zu erwartenden gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts einzustellen.⁽¹⁾

6. Um der Notwendigkeit kohärenter Maßnahmen zur Bewältigung der Krise auf globaler Ebene Rechnung zu tragen und sicherzustellen, dass die beteiligten Organisationen weiterhin effektiv zusammenarbeiten, wurde auf der 59. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2006 die Global Health Workforce Alliance (GHWA) gegründet. Die GHWA ist eine Partnerschaft zur Formulierung und Umsetzung von Maßnahmen zur Lösung des Personalnotstands im Gesundheitswesen. Daran beteiligt sind ein breites Spektrum von Akteuren, u. a. nationale Regierungen, die Zivilgesellschaft, Finanzinstitutionen, Arbeitnehmer, internationale Organisationen, wissenschaftliche Einrichtungen und Berufsverbände. Das Sekretariat der Partnerschaft ist bei der WHO angesiedelt.

7. Das Regionalbüro hat in der letzten Zeit eine Reihe von Dokumenten zur Personalsituation im Gesundheitsbereich sowie zu den Problemen und neuen Herausforderungen veröffentlicht, mit denen die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO konfrontiert sind. Dazu zählen die Broschüren *Human resources for health in the European Region* [dt.: Gesundheitspersonal in der Europäischen Region der WHO] und *Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications* [dt.: Migration von Gesundheitsfachkräften] sowie zwei Publikationen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, nämlich *The health care workforce in Europe. Learning from experience* [dt.: Gesundheitspersonal in Europa: Aus den Erfahrungen lernen] und *Human resources for health in Europe* [dt.: Gesundheitspersonal in der Europäischen Region]. Sie zeigen die Bedeutung des Gesundheitspersonals für die Leistung von Gesundheitssystemen, und der vorliegende Text basiert auf den darin enthaltenen Schlussfolgerungen und Empfehlungen sowie auf neueren Veröffentlichungen wichtiger Partner des WHO-Regionalbüros für Europa, auf die in den Folgeabsätzen eingegangen wird.

- In ihrem neuesten Bericht zur Erreichung eines hohen Leistungsniveaus in der Gesundheitsversorgung unterstreicht die OECD, dass der Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich problematisch werden könnte, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Im aktuellen Kontext der Globalisierung des Arbeitsmarkts kann die Personalknappheit in reichen Ländern Gesundheitspersonal aus ärmeren Ländern dazu veranlassen, zu lukrativeren Arbeitsstellen abzuwandern – ein Problem, das viele Länder in der Europäischen Region der WHO bereits registrieren.
- In der Konsenserklärung der Europäischen Union (EU) zum akuten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen heißt es: „Europa ist entschlossen, die internationalen Abhilfemaßnahmen gegen den weltweiten Mangel an Gesundheitspersonal und gegen den akuten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer zu unterstützen.“⁽²⁾ In einer Reihe von Ländern unterstützt die EU die Stärkung der Personalkapazitäten im Gesundheitsbereich durch bilaterale Programme. Im Dezember 2006 nahm die Europäische Kommission eine Mitteilung mit dem Titel *Europäisches Aktionsprogramm zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmangels in den Entwicklungsländern (2007–2013)* an.⁽³⁾ Die Mitteilung ist Ausdruck der europäischen Unterstützung für die von der 57. Weltgesundheitsversammlung 2004 geforderte Aktionsdekade im Bereich Humanressourcen. Was die finanzielle Unterstützung betrifft, beabsichtigt die Kommission Mittel des Instruments für Entwicklungszusammenarbeit einzusetzen, um katalytisch wirkende Maßnahmen auf globaler und regionaler Ebene zu fördern, die die Ressourcenmobilisierung auf nationaler Ebene unterstützen, die Zusammenarbeit mit Organisationen der Vereinten Nationen und anderen bilateralen und multilateralen Organisationen stärken und die Zivilgesellschaft wirksam einbinden.

8. Die derzeitige globale Knappheit und Ungleichverteilung von ausgebildetem Gesundheitspersonal ist ein erhebliches Hindernis für die Einsatzbereitschaft sowie für die nationale und globale Gesundheitssicherheit. Faktoren mit einem Einfluss auf den Personalmangel sind die Weltwirtschaft, Migrationsanreize und die globalen Handelsverhandlungen über Dienstleistungen. Die Wirkung dieser Faktoren geht über den Gesundheitsbereich hinaus und kann nur durch politische Maßnahmen auf nationaler, regionaler und globaler Ebene verändert werden. Gleichzeitig muss das Thema Gesundheitspersonal im übergeordneten Rahmen von Gesundheitsentwicklung und Gesundheitssystemen betrachtet werden, in dem Aspekte der Finanzierung und Verantwortung eine maßgebliche Rolle spielen. Wie globalen Gesundheitsherausforderungen am wirksamsten begegnet werden kann, hängt von Allianzen, Kooperationen und Partnerschaften

ab, die die nationale Souveränität achten und in denen ein Gefühl gemeinsamer Verantwortung zum Ausdruck kommt, wie es in der Osloer Ministererklärung zur globalen Gesundheit: Ein dringendes außenpolitisches Thema unserer Zeit (4) der Fall ist.

9. Nach einer Reihe von Jahren, in denen viele Probleme in Bezug auf das Gesundheitspersonal mehr oder weniger vernachlässigt wurden, setzt das WHO-Regionalkomitee für Europa sie nun auf die Tagesordnung seiner 57. Tagung, um mit den Mitgliedstaaten darüber zu diskutieren. Humanressourcen sind auch ein wichtiger Tagesordnungspunkt der Ministerkonferenz über Gesundheitssysteme, die 2008 stattfinden wird.

Einführung

Wer sind die Gesundheitsfachkräfte?

10. Im Weltgesundheitsbericht 2006 (1) werden Gesundheitsfachkräfte definiert als „alle Menschen, die an Maßnahmen mitwirken, deren Hauptziel die Verbesserung der Gesundheit ist“. Das Gesundheitspersonal weist eine komplexe Zusammensetzung auf. Es besteht aus mehreren gesundheitspezifischen Berufsgruppen mit separaten Rollen sowie jeweils eigenen Ausbildungs- und Regelungsstrukturen. Es umfasst Fachkräfte sowohl im privaten als auch im öffentlichen Sektor, die in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitssysteme tätig sind. Im vorliegenden Text wird zwischen zwei Hauptgruppen unterschieden: Erbringer von Gesundheitsleistungen und Verwaltungspersonal im Gesundheitssystem. Die Erbringer von Gesundheitsleistungen stellen personenbezogene oder nicht personenbezogene Leistungen bereit. Zu dieser Gruppe zählen Ärzte, Zahnärzte, Pflegekräfte, Apotheker, Public-Health-Experten, Labortechniker sowie andere, und sie stellen etwa zwei Drittel des gesamten Gesundheitspersonals. Das restliche Drittel besteht aus dem Verwaltungspersonal im Gesundheitssystem wie Gesundheitsökonomern, Führungskräften und Planern, die nicht an der unmittelbaren Erbringung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind, die aber sicherstellen, dass Gesundheitssysteme so funktionieren, dass sie ihre Ziele erreichen können.

Warum sind die Gesundheitsfachkräfte so wichtig?

11. Gesundheitsfachkräfte sind diejenigen, die in allen Ländern Gesundheitsleistungen erbringen bzw. verwalten. Die Leistung jeder Organisation hängt von der Verfügbarkeit, der Einsatzbereitschaft und den Qualifikationen ihres Personals ab. Die Wirksamkeit von Gesundheitssystemen und die Qualität von Gesundheitsleistungen hängen von der Leistung des Gesundheitspersonals ab, die wiederum von seinem Wissen, seinen Fähigkeiten und seiner Motivation abhängig ist. Die Personalkosten sind der größte Kostenfaktor in jedem Gesundheitssystem: Sie können 60 bis 80% der gesamten wiederkehrenden Ausgaben ausmachen. Darüber hinaus fallen beträchtliche zusätzliche Kosten für die berufliche Aus- und Fortbildung an. Diese Kosten sind in hohem Maß von Art und Effizienz des Einsatzes und der Verwendung von Personal abhängig. Weil Organisationen im Gesundheitswesen heute mit stark eingeschränkten Ressourcen wirtschaften müssen, muss ein besonderes Augenmerk der Ressource gewidmet werden, die den größten Anteil an den Kosten des Gesundheitssystems hat. Das Gesundheitspersonal gilt seit langem als ein entscheidender Faktor für die Ausweitung vorrangiger Interventionen und das Erreichen der gesundheitsbezogenen Millenniums-Entwicklungsziele. Deshalb sollten Politiker und Führungskräfte im Gesundheitswesen Maßnahmen ergreifen, die gewährleisten, dass Gesundheitsfachkräfte vorhanden sind, die qualitativ hochwertige Leistungen erbringen können. Das Personal muss in ausreichender Zahl vorhanden und gut ausgebildet sein und muss angemessen eingesetzt, geführt und motiviert werden.

12. Gesundheitsleistungen sind auch außerordentlich arbeitsintensiv und daher ein wichtiger Wirtschaftsfaktor (etwa 10% aller Beschäftigten in der Europäischen Region der WHO entfallen auf den Gesundheitsbereich).

Die Notwendigkeit eines strategischen Ansatzes für die Personalentwicklung Gesundheitsbereich in der Europäischen Region

13. Die Sicherung von geeigneten, gut ausgebildeten und auf Dauer verfügbaren Gesundheitsfachkräften ist heute und zukünftig eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik in der Europäischen Region. Obwohl der Bedarf an Gesundheitspersonal in allen Ländern dramatisch zunehmen dürfte, gehören Personalfragen im Gesundheitswesen nach wie vor zu den Bereichen, in denen Veränderungen besonders komplex und schwierig zu erreichen sind. Alle Mitgliedstaaten in der Region leiden unter tief verwurzelten Problemen auf Grund von Ungleichgewichten in Bezug auf das Gesundheitspersonal, die durch demografische, technologische, politische, sozioökonomische und epidemiologische Veränderungen und insbesondere durch Faktoren wie Bevölkerungsalterung und Migration verschärft werden. Außerdem werden aufschlussreiche Vergleiche und sachgerechte Entscheidungsfindung durch den Mangel an zuverlässigen Daten beträchtlich erschwert. Hinzu kommt, dass für eine Vielzahl von Berufsbildern im Gesundheitsbereich unterschiedliche Definitionen verwendet werden, was aussagekräftige Vergleiche und Analysen verhindert.

14. Um diesen Problemen entgegenzuwirken, bedarf es dynamischer und qualifizierter Gesundheitsfachkräfte, die sich an ein sich wandelndes Umfeld anpassen können und bereit sind, sich den neuen Erwartungen der Gesellschaft zu stellen und darauf zu reagieren. Das WHO-Regionalbüro für Europa wird alle Mitgliedstaaten bei ihren Bemühungen unterstützen, mit einer Reihe schlüssiger Konzepte und Instrumente ihre eigenen Gesundheitssysteme zu verbessern, nicht zuletzt durch geeignete Methoden für Ausbildung, Einsatz und Führung des Gesundheitspersonals. Um die Diskrepanz zwischen der Alltagserfahrung und kontrollierten, evidenzbasierten Konzepten zu überwinden, benötigen Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten und auf der lokalen Ebene fundierte Informationen über die Personalsituation im Gesundheitsbereich. In jedem Land müssen aussagekräftige und zuverlässige Datenbanken für Gesundheitspersonal angelegt werden, die eine ordnungsgemäße Personalanalyse und Personalplanung ermöglichen. Auf der nationalen Ebene sind auch Maßnahmen zur Verbesserung der Personalführung im Gesundheitswesen erforderlich, etwa durch geeignete Stellenbeschreibungen, in denen Ziele, Zuständigkeiten und Leistungsmessungskriterien, Systeme zur Überwachung der Einhaltung der Verantwortlichkeiten und Belohnungssysteme sowie wirksame Motivierungssysteme klar festgelegt sind. Die Ausbildung von Gesundheitspersonal muss eines der wichtigsten Elemente von Gesundheitssystemreformen werden und eng mit den anderen Aufgaben des Gesundheitssystems verknüpft werden. Um diese Ausbildung mit den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung und dem Bedarf des Gesundheitssystems in Einklang zu bringen und zukünftige Gesundheitsfachkräfte in die Lage zu versetzen, sich an die Arbeitsbedingungen in einem sich rasch wandelnden Gesundheitsumfeld anzupassen, müssen große Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität der fachlichen Ausbildung und Praxis unternommen werden. Darüber hinaus ist es dringend notwendig, Untersuchungen zum Einfluss des Gesundheitspersonals auf Gesundheitsergebnisse zu fördern und die erforderliche Evidenz als Grundlage für Entscheidungsprozesse und Politikgestaltung verfügbar zu machen.

Zweck dieses Dokuments

15. Dieses Dokument beschreibt die zentralen Herausforderungen der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region und greift insbesondere diejenigen Probleme heraus, die durch demografische und epidemiologische Veränderungen, neue Technologien, Organisationsreformen sowie das sich wandelnde politische und wirtschaftliche Umfeld bedingt sind. Im Anschluss daran wird auf die Folgen dieser Herausforderungen für das Gesundheitspersonal eingegangen und die Frage beantwortet, wie es sich erfolgreich auf solche Veränderungen einstellen kann. Schlussendlich befasst sich das Dokument auch mit der Frage, wie eine gut konzipierte und von politischer Seite unterstützte Personalpolitik im Gesundheitsbereich zur Leistungsverbesserung beitragen kann und wie die WHO den Ländern der Region dabei helfen kann, ihre gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen. Insofern baut es auf den zentralen Botschaften des vom Regionalbüro anlässlich des Weltgesundheitstags 2006 veröffentlichten Weißbuchs mit dem Titel *Human resources for health in the WHO European Region* [dt.: Gesundheitspersonal in der Europäischen Region der WHO] auf und bekräftigt sie.⁽⁵⁾ Das Dokument ist einer der Bausteine der Konferenz über Gesundheitssysteme: Die 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region haben das Thema Gesundheitspersonal

als eines der zentralen Themen für die Konferenz anerkannt (die fünf anderen sind Governance, Leistungsbeurteilung, integrierte Versorgung, vertikale und horizontale Ansätze zur Gesundheitsversorgung sowie öffentliche Gesundheit).

Gesundheitspersonal in der Europäischen Region: eine Sichtung der aktuellen Probleme

16. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts stehen Länder in der gesamten Europäischen Region der WHO vor der Frage, wie sie ihre Gesundheitssysteme so verändern können, dass eine tatsächliche und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erreicht wird. Die Länder sind in ihren Gesundheitssystemen mit neuen und schwierigen Problemen konfrontiert. Diese stehen in Zusammenhang mit 1) sich infolge der Bevölkerungsalterung verändernden demografischen und epidemiologischen Profilen, 2) den Auswirkungen der neuen Diagnose- und Behandlungstechnologien sowie der Forderung besser gebildeter und informierter Bürger nach einer umfassenderen und qualitativ hochwertigeren Gesundheitsversorgung und 3) den Folgen der Zunahme von Mobilität und Migration, die der Politik mittlerweile große Sorgen bereiten.

17. Die Fähigkeit, rasch und angemessen zu reagieren, ist in hohem Maß abhängig von der Verfügbarkeit von Gesundheitsfachkräften mit entsprechenden Qualifikationen, die nach Art, Niveau und Ort der Erbringung von Leistungen bedarfsgerecht eingesetzt werden und in einem Umfeld arbeiten, das leistungsmotivierend wirkt. Viele Länder erfüllen diese Voraussetzungen nicht und werden die Kapazität ihrer Systeme für die Leistungserbringung erweitern müssen. Herkömmliche Konzepte für Ausbildung, Einsatz und Führung von Gesundheitspersonal genügen nicht mehr den Anforderungen der Gesundheitssysteme; vielmehr bedarf es eines höheren Maßes an Innovation. In der Europäischen Region der WHO wandelt sich das Kräftespiel des Arbeitsmarkts im Gesundheitssektor radikal: Das vertraute Muster, nach dem der Staat alle Gesundheitsfachkräfte direkt anwirbt, ausbildet und einsetzt, entspricht in vielen Ländern nicht mehr der Realität. Überall entstehen neue öffentlich-private Mischformen, während die grenzüberschreitende Mobilität von Gesundheitspersonal (und Patienten) den Markt erweitert und die Wechselwirkung von Angebot und Nachfrage beeinflusst hat.

18. Schätzungen zufolge sind in der Europäischen Region der WHO insgesamt mehr als 16,6 Mio. Menschen im Gesundheitsbereich tätig, was einem Durchschnitt von 18,9 Gesundheitsfachkräften pro 1 000 Einwohner entspricht. Von allen Stellen entfallen 69% (11,5 Mio.) auf Erbringer von Gesundheitsleistungen und 31% (5,1 Mio.) auf Verwaltungspersonal. Zwischen den Ländern der Region, aber auch innerhalb dieser Länder sind die geografische Verteilung und die Zusammensetzung (Qualifikationsmix) der Gesundheitsfachkräfte in hohem Maße uneinheitlich. So reicht das Verhältnis von Pflegekräften zu Ärzten von fast 7,2:1 in Irland bis zu 0,7:1 in Italien und Griechenland. Auch hinsichtlich der Zahl von Gesundheitsfachkräften pro 1 000 Einwohner gibt es erhebliche Unterschiede: Das Verhältnis zwischen dem Land mit der niedrigsten und dem Land mit der höchsten Personaldichte beträgt bei Ärzten 1:6, bei Zahnärzten 1:10, bei Apothekern 1:50, bei Pflegekräften 1:8 und bei Hebammen 1:12.

Tabelle 1: Gesundheitsfachkräfte pro 100 000 Einwohner in der Europäischen Region der WHO (2002)

Land/Region	Ärzte	Pflegekräfte	Hebammen	Apotheker
Europäische Region der WHO	351,22	669,02	45,07	50,93
Europäische Union	343,56	708,26	35,95	77,54
Zentralasiatische Republiken und Kasachstan	293,14	767,68	66,90	16,38
Gemeinschaft Unabhängiger Staaten	373,55	794,18	54,15	18,44
Tiefstwerte	118,54 (Albanien)	245,15 (Türkei)	11,30 (Deutschland)	03,03 (Usbekistan)
Höchstwerte	618,52 (Italien)	1856,91 (Irland)	122,77 (Aserbaidschan)	204,31 (Malta)

Quelle: Datenbank „Gesundheit für alle“ der Europäischen Region der WHO (6).

19. Die Zahlen in Tabelle 1 geben nur eine Momentaufnahme der Situation wieder. Die Länder müssen sich daher über die Dynamik von Angebot und Nachfrage bei Gesundheitsfachkräften und die Wahrscheinlichkeit von Veränderungen im Laufe der Zeit im Klaren sein. Es ist wichtig, nicht nur den zukünftigen Bedarf an Gesundheitsfachkräften abzuschätzen, sondern auch die Risiken größerer Personalengpässe bei Versäumnissen der Politik. Zu den aktuellen Beispielen für solche Abschätzungen zählen in England und Finnland durchgeführte Untersuchungen.

- In England ergaben auf Vollzeitärzte umgerechnete Schätzungen für das Jahr 2010/2011, dass 308 700 qualifizierte Pflegekräfte verfügbar sein werden, der Bedarf dagegen 322 700 betragen wird, was einer möglichen Bedarfslücke von 14 000 entspricht. Für das ärztliche Personal ergaben die Daten ein Angebot an 30 800 Hausärzten bei einem Bedarf von 32 000, also eine Bedarfslücke von 1 200. Bei Fachärzten werden das Angebot 35 900 und der Bedarf 32 700 betragen, was ein Überangebot von 3 200 ergibt. Bei den Assistenzärzten/Fachärzten im Krankenhaus wird einem Angebot von 60 800 ein Bedarf von 61 900 gegenüberstehen – eine Bedarfslücke von 1 100. Zwar können solche Prognosen nie genau sein, doch ermöglichen sie frühzeitige Warnungen vor umfassenden Bedarfslücken oder Überangeboten auf der Grundlage einer geschätzten Nachfrage.⁽⁷⁾
- In Finnland arbeiteten bei dem vom Arbeitsministerium durchgeführten Projekt „Erwerbsbevölkerung 2025“ mehrere Verwaltungsbehörden, darunter auch das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit, eng zusammen. Basierend auf dem grundlegenden Szenario, das die wahrscheinliche Entwicklung ausgehend vom derzeitigen Wissensstand beinhaltet, wird es zwischen 2005 und 2020 in Sozialfürsorge und Gesundheitsversorgung 184 000 offene Stellen geben. Bei einem Zielszenario, das die Möglichkeit einer Zielerreichung in Bezug auf die Schaffung von Arbeitsplätzen, den Abbau von Arbeitslosigkeit und die Förderung von Wirtschaftswachstum beinhaltet, werden sogar 210 000 offene Stellen errechnet. Die entsprechenden Zahlen, umgerechnet pro Jahr, lauten 11 600 und 13 100. Es sind die zweithöchsten Werte nach dem Dienstleistungssektor. Etwa 60 bis 70% der freien Stellen entstehen durch den Eintritt vorheriger Stelleninhaber in den Ruhestand. Derzeit sind 13% der Gesamterwerbsbevölkerung in den Bereichen Sozialfürsorge und Gesundheitsversorgung beschäftigt. Die Zunahme der freien Stellen in diesem Sektor wird etwa 20% des Gesamtzuwachses bei den freien Stellen ausmachen. Im Bildungssystem werden die Ergebnisse des Projekts „Erwerbsbevölkerung 2025“ berücksichtigt werden; die Regierung will ab Ende 2007 entsprechende Maßnahmen ergreifen.

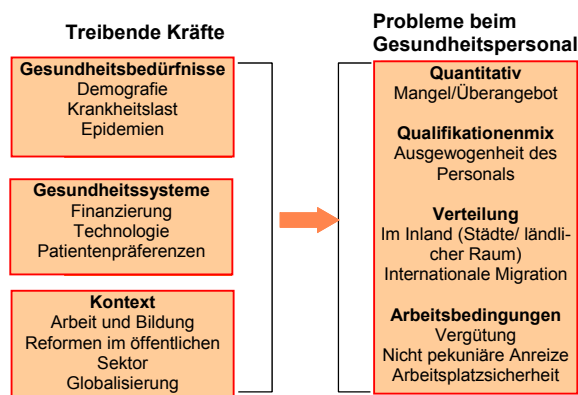
20. Manche Länder haben Schätzungen dazu veröffentlicht, wie viele Pflegekräfte (Vollzeitärzte) im Laufe des nächsten Jahrzehnts pro Jahr gebraucht würden, um das Angebot an den Bedarf anzupassen. Danach haben die Niederlande eine Bedarfslücke von 7 000 Pflegekräften gemeldet (1% der aktiven registrierten Erwerbsbevölkerung). Der Mangel an Pflegekräften in Norwegen wurde auf 3 300 oder etwa 5,4% der aktiven Pflegekräfte geschätzt. In der Schweiz gibt es 3 000 (4,6%) allgemeine Pflegekräfte weniger als benötigt werden.^(8,9,10)

21. Parallel zu den komplexen Veränderungen in den Gesundheitssystemen der Europäischen Region sind alle Länder mit den gleichen Personalproblemen konfrontiert (siehe Abb. 1):

- **Personalknappheit** in Bezug auf geografische oder fachliche Aspekte: Am häufigsten verzeichnen die Mitgliedstaaten einen Mangel an Pflegekräften.
- **Ungleichgewichte in Bezug auf Qualifikationen** stellen für fast alle Länder ein Problem dar: In manchen passen die Qualifikationen einer kleinen Zahl teurer Fachkräfte nicht gut zum lokalen Profil der gesundheitlichen Bedürfnisse, und häufig fehlen wichtige Qualifikationen in den Bereichen öffentliche Gesundheit, Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement.
- **Ungleiche Verteilung:** Fast alle Länder leiden unter der Ungleichverteilung des verfügbaren Personals, das durch Konzentration in den Städten und Engpässe im ländlichen Raum gekennzeichnet ist.
- **Ein schlechtes Arbeitsumfeld:** Häufige Klagen sind die fehlende Unterstützung von der Leitungsebene, unzureichende gesellschaftliche Anerkennung, schlechte Aufstiegschancen, niedrige Löhne und fehlende Anreize.

- **Migration von Gesundheitspersonal:** Viele Länder sind auch besorgt über die potenziellen Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal oder hoffen auf Zuwanderung als „Lösung“ für ihren Fachkräftemangel (siehe Abschnitt „Das sich wandelnde Umfeld in der Europäischen Region: allgemeine Trends und Probleme“).

Abb. 1. Treibende Kräfte und Probleme beim Gesundheitspersonal



Quelle: Weltgesundheitsbericht 2006.(1)

22. Wirksame Maßnahmen zur Bekämpfung von Personalproblemen auf Landesebene erfordern fundierte Informationen, zuverlässige Forschungsergebnisse und eine solide Wissensbasis. Derzeit liegen kaum Forschungsergebnisse vor, die Ansätze zur Lösung der Personalprobleme im Gesundheitsbereich bieten könnten. Entscheidungsträger auf der nationalen und internationalen Ebene benötigen fundierte Informationen über die Personalsituation im Gesundheitsbereich, um wirksame Interventionen zur Leistungsverbesserung der Gesundheitsdienste entwickeln zu können. In der Europäischen Region bestehen Defizite in Bezug auf die Vollständigkeit und Vergleichbarkeit von Datenbanken über Gesundheitspersonal. Die einzelnen Länder verwenden unterschiedliche Klassifizierungen zur Einteilung ihres Gesundheitspersonals in Kategorien, und die Definitionen des Tätigkeitsbereichs der verschiedenen Berufe machen länderübergreifende Vergleiche fast unmöglich. Überdies fehlen bei der Datenerhebung gemeinsame Standards, und die Validität und Zuverlässigkeit von Daten sind sehr uneinheitlich. Trotz dieser Einschränkungen ist es erforderlich, die Personalsituation im Gesundheitsbereich in der Region unter die Lupe zu nehmen.

23. Der Mangel an einheitlichen und vollständigen empirischen Daten zum Gesundheitspersonal in der Europäischen Region macht jede sinnvolle detaillierte Analyse des Bedarfs an Gesundheitspersonal unmöglich. Es werden valide, vergleichbare und zeitnahe Daten benötigt, die über Altersstrukturen, Erwerbsbeteiligung, Arbeitszeiten, Produktivität, Vergütung, Einsatzinstitutionen und -orte sowie Verteilung nach Art und Anspruchsniveau der Dienstleistungen sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor Aufschluss geben. Lücken bestehen auch in Bezug auf die verfügbaren qualitativen Informationen zu Bildungs- und Ausbildungskapazitäten und -prozessen, Arbeitsbedingungen, Personalführung und Arbeitnehmererwartungen. Um zu gewährleisten, dass neu entwickelte politische Handlungskonzepte solide sind und den aktuellen und prognostizierten Bedürfnissen der Gesundheitsversorgung entsprechen, ist diese Art von Daten unentbehrlich.

24. Trotzdem sind keine systematischen Informationen über die institutionelle Ausbildung von Gesundheitsfachkräften in der Europäischen Region (einschließlich der Art der Unterteilung innerhalb der medizinischen Fachrichtungen) verfügbar. Es gibt beträchtliche Unterschiede bei den Ausbildungsanforderungen, die angehende Gesundheitsfachkräfte erfüllen müssen, um ihren Berufsabschluss zu erhalten oder zu behalten. Diese betreffen beispielsweise die Art der Ausbildungseinrichtung (d. h. Hochschule oder andere Einrichtung), die Mindestausbildungsdauer in Jahren und die akademischen Hürden, die vor dem Aufstieg auf die nächste Stufe überwunden werden müssen. Im westlichen Teil der Region werden die Unterschiede im Rahmen des Harmonisierungsprozesses in der EU nach und nach beseitigt. Im östlichen Teil jedoch hat erst in letzter Zeit der Bologna-Prozess die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung der

sorgfältigen Überwachung der Lehrplanentwicklung gelenkt. Insgesamt bestehen zwischen den Ländern nach wie vor erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Ausbildungswege für die Erbringer von Gesundheitsleistungen oder für Verwaltungspersonal im Gesundheitssystem.

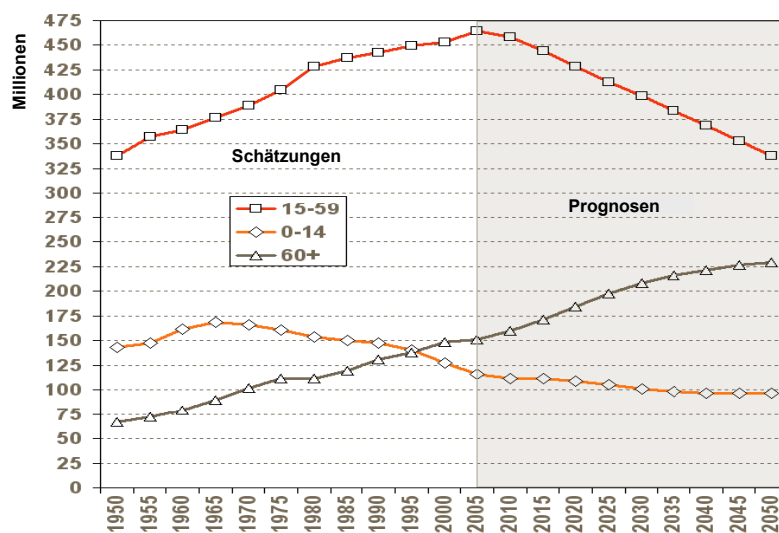
Das sich wandelnde Umfeld in der Europäischen Region: allgemeine Trends und Probleme

Demografischer und epidemiologischer Wandel

Bevölkerungsalterung

25. Die Bevölkerungsalterung ist ein wichtiger demografischer Trend in der Europäischen Region und hat Auswirkungen sowohl auf das epidemiologische Profil von Bevölkerungen als auch auf den Bedarf an Gesundheitsleistungen. Im westlichen Teil der Region weisen die Veränderungen eindeutig in Richtung einer höheren Lebenserwartung und einer Zunahme chronischer Krankheiten und Defizite (insbesondere im kognitiven Bereich), während der östliche Teil unter der „doppelten Last“ einer hohen Inzidenz bei sowohl nichtübertragbaren als auch übertragbaren Krankheiten (einschließlich HIV/Aids und Tuberkulose) leidet.

Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung in Europa nach größeren Altersgruppen



Quelle: Vereinte Nationen, Hauptabteilung Wirtschaftliche und Soziale Angelegenheiten.(11)

26. Insgesamt betrachtet altert die Bevölkerung in der Europäischen Region stärker als auf jedem anderen Kontinent. Mit einem Altersmedian von 39 Jahren ist sie heute die älteste, gefolgt von den Bevölkerungen Nordamerikas (36 Jahre) und Ozeaniens (32 Jahre). Die Europäische Region steht heute vor einem beispiellosen demografischen Wandel: Die Zahl der Menschen ab 60 Jahre überstieg 1995 die Zahl der Kinder (unter 15 Jahren). 2050 werden in der Europäischen Region doppelt so viele ältere Menschen wie Kinder leben. In der Europäischen Region wird zukünftig wohl nur noch die ältere Bevölkerung zunehmen, während die Bevölkerung unter 60 Jahren schrumpfen dürfte (siehe Abb. 2). Diese Kombination von weniger Kindern und weniger Personen im erwerbsfähigen Alter (von 15 bis 59 Jahren) resultiert in einer sehr raschen Bevölkerungsalterung und schafft enorme Herausforderungen in Bezug auf die soziale und wirtschaftliche Anpassung von Gesellschaften. 2025 werden unter den Ländern mit mindestens 10 Millionen Einwohnern acht der zehn Länder mit den „ältesten“ Bevölkerungen, d. h. dem höchsten Anteil an Personen ab 60 Jahre, aus der Europäischen Region stammen. (11)

27. Wegen der steigenden Lebenserwartung und der potenziellen Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung infolge rückläufiger Geburtsraten wird der demografische Wandel die Europäische Region vor weitere wirtschaftliche, finanzielle und soziale Herausforderungen stellen. Im westlichen Teil der Region hat

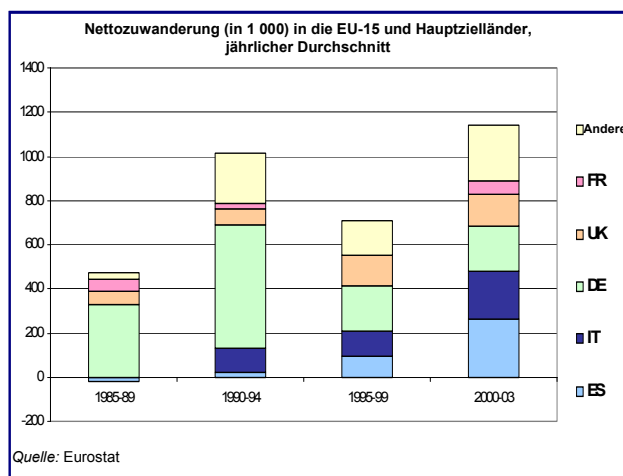
sich die Zahl der Menschen über 64 Jahre seit den 1950er Jahren mehr als verdoppelt, die Zahl der über 80-Jährigen sogar vervierfacht. Zwar kann dies in vieler Weise als Triumph für die Gesundheitspolitik gewertet werden, doch entsteht dadurch auch eine besondere Herausforderung für Gesundheitswesen und Sozialstaat. Prognosen zufolge könnte sich zwischen 2005 und 2050 das Verhältnis der Zahl älterer, wirtschaftlich nicht mehr aktiver Personen (über 65 Jahre alt) zur Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter mehr als verdoppeln. Es ist wichtiger als je zuvor, dass Menschen so lange in ihrem Leben wie möglich gesund und unabhängig bleiben, damit die Angehörigen der Erwerbsbevölkerung im mittleren Alter nicht vorzeitig versterben und die Morbidität am Lebensende „komprimiert“ wird.

28. Seit 1950 hat die Lebenserwartung bei der Geburt um 20 Jahre zugenommen. In dieser Entwicklung spiegelt sich zwar auch ein Rückgang der Säuglingssterblichkeit wider; größeren Einfluss hatte jedoch die zunehmende Lebenserwartung im Alter. So haben heute in der Europäischen Region 60-jährige Männer eine weitere Lebenserwartung von 17, Frauen von 22 Jahren gestiegen.⁽¹²⁾ Der Effekt der Alterung auf die Zusammensetzung der Bevölkerung wird heute zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt wirksam und ist deshalb sowohl für den Arbeitsmarkt als auch für das Gesundheits- und Pflegewesen von Bedeutung. Aus dem im 2005 von der Europäischen Kommission vorgelegten Grünbuch zum demografischen Wandel ⁽¹³⁾ geht hervor, dass in der EU bei der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bis 2030 ein Rückgang um 20,8 Millionen (6,8%) zu verzeichnen sein wird. 2030 wird das Verhältnis von wirtschaftlich aktiven (zwischen 15 und 65 Jahren) zu wirtschaftlich inaktiven Personen (über 65 Jahre) ungefähr 2:1 betragen. Die höchsten Anteile älterer Menschen dürfte es in Spanien (36%), Italien (35%), Deutschland, Griechenland und Portugal (jeweils 32%), den niedrigsten in Luxemburg (22%) geben.

Migration zum Ausgleich der Bevölkerungsalterung

29. Die Migration innerhalb der Europäischen Region und die Zuwanderung von außerhalb könnten zwischen heute und 2025 dazu beitragen, die Folgen des Schrumpfens der Bevölkerung abzuschwächen. Sie allein werden jedoch nicht alle durch Bevölkerungsalterung verursachten Probleme lösen können und sind kein Ersatz für Wirtschaftsreformen. Wie im Grünbuch der Kommission vermerkt, könnte in Zukunft eine verstärkte Zuwanderung notwendig werden, um den Arbeitskräftebedarf zu decken und den Wohlstand Europas zu sichern.⁽¹³⁾ Angesichts der demografischen Situation in Europa und den umliegenden Gebieten dürfte von dieser Zuwanderung auch erwartet werden, dass sie nicht nur den Arbeitskräftemangel lindert, sondern auch den Bevölkerungsstand allgemein stabilisiert. 2004 wurden in der Europäischen Union 1,8 Millionen Zuwanderer registriert. Die signifikante Nettozuwanderung nach Europa wird über den Zeitraum der nächsten 15 bis 20 Jahre anhalten. Laut Prognosen von Eurostat werden zwischen heute und 2050 etwa 40 Millionen Menschen in die EU einwandern. Weil viele von diesen im erwerbsfähigen Alter sein werden, dürfte das Durchschnittsalter der Bevölkerung durch die Zuwanderung sinken. Trotz der aktuellen Migrantenströme kann die Zuwanderung die negativen Auswirkungen niedriger Fertilität und höherer Lebenserwartung auf die Altersverteilung der europäischen Bevölkerung aber nur teilweise kompensieren.

Abb. 3: Trends bei der Nettozuwanderung



30. Aus Abb. 3 geht die zunehmende Bedeutung der Migration für das Bevölkerungswachstum hervor. Außerdem würde ohne Zuwanderung die Gesamtbevölkerung Europas bereits heute abnehmen. In dem Maße, in dem bei Migranten eine höhere Fertilität als bei der einheimischen Bevölkerung verzeichnet wird, könnte sich die Migration positiv auf den natürlichen Bevölkerungszuwachs auswirken. Deutschland war immer ein bevorzugtes Zielland von Migranten, vor allem aus Osteuropa. In jüngster Zeit jedoch haben ihm Italien, Spanien und das Vereinigte Königreich den Rang abgelassen. Ein hoher Prozentsatz der Migranten, die zuletzt nach Spanien gekommen sind, stammen aus Südamerika, während Irland und das Vereinigte Königreich auch beliebte Zielländer von Migranten aus Asien sind. Einen bedeutenden Teil der Migration macht der Familiennachzug aus.

Zunahme von chronischen Krankheiten und Behinderungen

31. Infolge der Bevölkerungsalterung in der Europäischen Region haben die zunehmende Komplexität von Gesundheitsproblemen älterer Menschen und der Zusammenhang zwischen Altern und kognitiver Beeinträchtigung tief greifende Auswirkungen auf die künftigen Anforderungen an Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge. Diese Entwicklung vollzieht sich zudem in einer Zeit, in der die Unterstützung durch traditionelle Familienstrukturen zusehends nachlässt. In manchen Ländern im östlichen Teil der Region wurden darüber hinaus bislang keine adäquaten neuen Strukturen als Ersatz für das zusammengebrochene Gesundheitssystem geschaffen. Der zunehmende Bedarf an Gesundheitsleistungen wird zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitspersonal führen, insbesondere an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge.

32. Die demografische Entwicklung in der Region hat zu einer beträchtlichen Zunahme chronischer Krankheiten geführt, insbesondere Herzkrankheit, Krebserkrankungen, Katarakte, Sturzrisiko und Inkontinenz. In der Altersgruppe über 65 Jahren sind ca. drei Viertel aller Todesfälle durch Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingt. Bei älteren Menschen treten viele chronische Krankheiten gleichzeitig mit anderen auf, was in beträchtlicher Behinderung resultiert und die strukturierte Behandlung vor komplexe Probleme stellt. Zu einer wirksamen Behandlung chronischer Krankheiten auf Gemeinschaftsebene werden integrierte Versorgungsmodelle benötigt, die Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge miteinander verknüpfen können. Chronische Krankheiten sind definiert als gesundheitliche Probleme, die ständige strukturierte Behandlung über einen Zeitraum von Jahren oder Jahrzehnten erfordern. Dazu zählen Diabetes, Herzkrankheit, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Krebs, HIV/Aids, Depressionen und Körperbehinderungen (1). Es gibt viele andere chronische Krankheiten, doch verbindet sie alle ein Merkmal: dass sie gewöhnlich einen tief greifenden Einfluss auf die sozialen, psychologischen und wirtschaftlichen Dimensionen des täglichen Lebens der Menschen haben.

Patientenzentrierte Dienstleistungen und neue Rollen für Gesundheitsfachkräfte

33. Die Depression ist in der Europäischen Region als Krankheit immer noch zu wenig anerkannt, obwohl zwischen 10 und 15% der Bevölkerung über 65 Jahre davon betroffen sind. Bei älteren Menschen mit Depression besteht eine zwei- bis dreimal höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie unter zwei oder mehr chronischen Krankheiten leiden, und eine zwei- bis sechsmal höhere Wahrscheinlichkeit, dass sie bei ihren Alltagsaktivitäten zumindest von einer Einschränkung betroffen sind. Die Depression ist die wichtigste Selbstmordursache bei älteren Menschen in der Europäischen Region. So ist die Rate für Selbstmord und Selbstbeschädigung in der Europäischen Region in der Altersgruppe über 65 Jahren um ca. 26% höher als bei Personen zwischen 25 und 64 Jahren. In 90% der EU-Länder ist die Selbstmordrate in der Gruppe der über 75-Jährigen am höchsten. Zur Verhinderung, Diagnose und Behandlung der Altersdepression bedarf es einer sachgerechteren medizinischen Ausbildung, eines geschärften gesellschaftlichen Bewusstseins und eines besseren Zugangs zu Behandlungsmöglichkeiten.

34. Ein zunehmender Teil der Patienten mit einschränkenden und chronischen Krankheiten benötigt einen Mix von Dienstleistungen in verschiedenen Umgebungen unter Einsatz verschiedener Gesundheitsfachkräfte, wobei ein hoher Anteil auf die häusliche Pflege oder die Primärversorgung entfallen kann. Dafür fehlt in vielen Ländern der Europäischen Region die erforderliche Infrastruktur. Diese neuen Paradigmen in der Versorgung beschleunigen eine Verlagerung von akuter Tertiärversorgung im Krankenhaus zu patientenzentrierter, häuslicher und von Teams geleisteter Versorgung, die – wie innovative Ansätze in

vielen Ländern der Europäischen Region zeigen – neue Qualifikationen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Versorgungskontinuität erfordern. Die Zunahme chronischer Krankheiten macht es auch erforderlich, bei der Entwicklung politischer Konzepte für die Langzeitpflege die Bedürfnisse pflegender Angehöriger besser zu berücksichtigen. Angesichts der immer stärkeren Dezentralisierung von Dienstleistungen in der Europäischen Region dürften die Belastungen für informelle Pflegekräfte zunehmen. Die wichtige Rolle dieser Gruppe kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Ohne Unterstützung werden viele die Belastungen nicht bewältigen können – mit der Folge, dass die älteren Menschen, die sie betreuen, „durch das Netz fallen“ werden.

Technologische Innovationen und Organisationsreformen

35. Durch technologische Innovationen und wissenschaftlichen Fortschritt wird das Spektrum der Möglichkeiten zur Strukturierung der Gesundheitsversorgung kontinuierlich erweitert. Die Informationstechnologie entwickelt sich zu einem integralen Bestandteil der Versorgungspraxis als ein Werkzeug zur Speicherung und Abfrage von Patientendaten und als Hilfsmittel bei klinischen und betrieblichen Entscheidungsprozessen auf der Grundlage von „Wissensmanagement“. Neues Wissen wird fast in Echtzeit verfügbar und kann überall abgerufen werden. Die Telemedizin entwickelt sich rasant und ermöglicht es Ärzten, Fachkollegen zu konsultieren und Eingriffe aus der Ferne durchzuführen. Die Diagnoseverfahren werden ständig ausgefeilter und ermöglichen frühere und genauere Diagnosen, wodurch neue Anforderungen entstehen, die die Gesundheitsdienste erfüllen müssen. Behandlungstechniken und -strategien wie nicht-invasive Verfahren haben heute weit reichende Auswirkungen auf die Krankenhauspraxis. In manchen Ländern können mittlerweile bis zu 85% der chirurgischen Eingriffe ambulant erfolgen, was tief greifende organisatorische Veränderungen und neue Arbeitsmethoden erforderlich macht. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass neuere technologische Entwicklungen wie Gentherapie und Klonen grundlegende moralische und ethische Fragen aufwerfen, auf die die Gesundheitsberufe und insbesondere die Ärzteschaft eine Antwort finden müssen.

36. Viele Gesundheitssysteme befinden sich heute in einem organisatorischen Reformprozess. Forderungen nach Kostensenkungen und effizienteren Dienstleistungen haben teilweise dazu geführt, dass die Art der Organisation und Erbringung von Dienstleistungen grundlegend überprüft wird. Bei vielen Konzepten standen Effizienzverbesserungs- und Kostendämpfungsmaßnahmen wie die Einführung von Modellen zur Förderung der häuslichen Pflege und der Weiterentwicklung von Primärversorgungsleistungen im Mittelpunkt. Die Evaluierung wird immer mehr zur gängigen Praxis, und von Führungskräften in den Gesundheitsdiensten wird erwartet, dass sie Entscheidungen auf der Grundlage der Evidenz treffen, die das Ergebnis von Evaluierung und Forschung ist. Hinzu kommt, dass die Konsumgesellschaft und die Zunahme an verfügbaren Informationen das Selbstbewusstsein der Nutzer von Gesundheitsleistungen stärken. Diese sind nicht mehr bereit, unkritisch jedes ihnen vorgeschlagene Versorgungsmodell zu akzeptieren, und erwarten ein Leistungsangebot, das ihren Erwartungen u. a. durch Achtung ihrer Wertvorstellungen Rechnung trägt. Die meisten Länder in der Region befinden sich in einem anhaltenden Prozess der Organisationsreform mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Solche Reformen dienen gewöhnlich der Verbesserung der Zugangsgerechtigkeit und der Gewährleistung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen, die von hoher Wirksamkeit sind und auch den Erwartungen der Nutzer entsprechen. Gleichzeitig muss auch eine effiziente Nutzung der verfügbaren Ressourcen sichergestellt sein.

Veränderungen im politischen und wirtschaftlichen Umfeld mit besonderem Schwerpunkt auf Migration

Globalisierung und internationaler Handel

37. Die Globalisierung ist eine Realität, die unsere heutige Zeit prägt. Das Interesse der globalen Märkte richtet sich derzeit vor allem auf den Dienstleistungssektor als Quelle aktuellen und künftigen Wirtschaftswachstums und Wohlstands für Bürger, Unternehmen und Nationen. Schätzungen der Welthandelsorganisation zufolge entfallen auf Dienstleistungen mehr als 60% der Weltproduktion und ein entsprechender Anteil aller Arbeitsplätze. Internationale Handelsübereinkommen ebnen den Weg für eine

größere Mobilität von Gesundheitsfachkräften in der Zukunft. Die Prozesse der Globalisierung und der wirtschaftlichen Integration resultieren zwangsläufig in einem Anstieg der Arbeitsmigration. Die Zahl der grenzüberschreitenden Migranten hat sich in den letzten drei Jahrzehnten verdoppelt und erreichte 2005 fast die 200-Millionen-Marke. (14) Die Hälfte dieser Migranten sind Frauen. Die Gesamtzahl der Migranten in der Europäischen Region einschließlich des europäischen Teils der früheren Sowjetunion beläuft sich auf 56,1 Mio., was 7,7% der Bevölkerung der Region entspricht. Der globale Arbeitsmarkt expandiert, und Gesundheitsfachkräfte nehmen an dieser Entwicklung teil.

Binnenmigration

38. Die Migration von Gesundheitspersonal hat es immer gegeben. Die Migrationsströme gehen im Allgemeinen von ärmeren in wohlhabendere Stadtviertel, von ärmeren in reichere Länder und von Entwicklungs- in Industrieländer. Die Binnenmigration ist dabei oft der erste Schritt in einem Prozess, der in grenzüberschreitender Migration endet. Experten sprechen davon, dass die Migrationsströme einer Wohlstandshierarchie folgen. Gesundheitsfachkräfte wechseln vom öffentlichen in den privaten Sektor, von einem Krankenhaus zu einem Pharmahersteller. Binnenmigranten sind häufig eine nicht zu vernachlässigende Gruppe innerhalb des Gesundheitspersonals. Dennoch sind sie mit den heute verfügbaren Statistiken nur schwer zu erfassen. Nach offiziellen Angaben ist die Abwanderung aus dem öffentlichen in den privaten Sektor von beträchtlichem Umfang. Diese Einschätzung lässt sich jedoch in den meisten Ländern kaum durch harte Fakten belegen. Es gibt keine zuverlässigen Überwachungssysteme, die einen Vergleich der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften aus dem öffentlichen Sektor durch Binnenmigration mit der durch grenzüberschreitende Migration ermöglichen. Informationen über die Verteilung zwischen Binnenmigration und grenzüberschreitende Migration sind jedoch wichtig, um eine allgemeine Versorgung der Bevölkerung zu planen und zu verwirklichen.

Grenzüberschreitende Migration

39. Die grenzüberschreitende Migration folgt häufig etablierten Mustern der Binnenmigration. Mit Blick auf die Zielsetzung einer allgemeinen Versorgung der Bevölkerung werfen die Migrationsströme von ärmeren in wohlhabendere Stadtviertel und von ärmeren in reichere Länder Fragen auf. Die grenzüberschreitende Migration wird oft als Ursache für den dramatischen Mangel an Gesundheitsfachkräften in den Entwicklungsländern genannt. Die Motive für die Migration können im Allgemeinen in so genannte Push- und Pull-Faktoren unterteilt werden. In der nachstehenden Tabelle 2 sind die möglicherweise maßgeblichen Push- und Pull-Faktoren für Gesundheitspersonal zusammengefasst. Bis zu einem gewissen Grad präsentieren sie ein Spiegelbild der Situation in den jeweiligen Herkunfts- und Zielländern in Bezug auf relative Vergütung, Aufstiegschancen, Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfeld. Wo der Unterschied (oder der empfundene Unterschied) groß ist, macht sich die Sogwirkung des Ziellands bemerkbar. Es gibt jedoch noch andere Faktoren, die in bestimmten Ländern zu bestimmten Zeiten als wichtige Push-Faktoren wirken können. Dazu zählen beispielsweise Befürchtungen um die persönliche Sicherheit in Konfliktgebieten ebenso wie wirtschaftliche Instabilität. Andere Pull-Faktoren wie Reisemöglichkeiten oder der Wunsch, bei einer Hilfsorganisation zu arbeiten, können ebenfalls eine Rolle spielen.

Tabelle 2: Wichtige Push- und Pull-Faktoren für die grenzüberschreitende Migration

Push-Faktoren	Pull-Faktoren
Niedrige Vergütung (absolut und/oder relativ) Schlechte Arbeitsbedingungen Fehlende Ressourcen Begrenzte Aufstiegschancen Begrenzte Ausbildungsmöglichkeiten	Höhere Vergütung Möglichkeit, Rissen zu erwirtschaften Bessere Arbeitsbedingungen Aufstiegschancen Besser ausgestattete Gesundheitssysteme Weiterführende Ausbildungsmöglichkeiten
Folgen von HIV/Aids Instabile/gefährliche Arbeitsumgebung Wirtschaftliche Instabilität	Politische Stabilität Reisemöglichkeiten Mitarbeit bei einer Hilfsorganisation

Quelle: Buchan, Parkin und Sochalski.(15)

40. Es gibt zwei Hauptindikatoren für die relative Bedeutung der Migration und der Rekrutierung ausländischer Gesundheitsfachkräfte für ein Land: den Zustrom von Gesundheitsfachkräften aus anderen Ländern (und/oder die Abwanderung in andere Länder) und die Zahl der ausländischen Gesundheitsfachkräfte in einem Land zu einem bestimmten Zeitpunkt. In einigen der neueren Grundsatzpapiere und Berichte zur internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die grenzüberschreitende Arbeitsmigration besser zu beobachten. Derzeit sind für alle Länder selbst die besten verfügbaren Daten unvollständig, und eine Vergleichbarkeit von Land zu Land ist nicht gegeben, wodurch jedem Versuch, ein internationales Bild zu zeichnen, enge Grenzen gesetzt sind. Es ist jedoch möglich, sich auf die nationale Ebene zu konzentrieren und die verfügbaren Daten zu verwenden, um die Situation eines Landes im internationalen Gefüge zu erfassen. Auf diese Weise können mit Blick auf die Migration von Gesundheitspersonal die Verbindungen zu anderen Ländern analysiert werden.

41. In Westeuropa hat in den letzten 30 Jahren die Zahl der im Ausland ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte beträchtlich zugenommen. Die nachstehende Tabelle 3 enthält beispielhaft Werte für den Anteil im Ausland ausgebildeter Ärzte in ausgewählten europäischen Ländern. Sie verdeutlicht, dass der Anteil von sehr niedrig bis recht hoch variiert.

Tabelle 3: Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte in ausgewählten europäischen Ländern

Aufenthaltsland	1970 %	2005 %
Frankreich	1	6
Deutschland	5	5
Schweden	5	5
Dänemark	3	11
Niederlande	1	6
Portugal	1	4
Vereinigtes Königreich	26	33

Quelle: Mejia (16) für die 1970er Jahre und Mullan (17) sowie diverse Quellen aus Berufsregistern für die 2000er Jahre (vorläufige Daten).

42. Seit dem Beitritt von zwölf zusätzlichen Ländern zur EU hat die Bedeutung der Migration in Europa noch einmal zugenommen (die Förderung der Arbeitskräftemobilität auf der Grundlage des Prinzips der Freizügigkeit, wie vom europäischen Binnenmarkt gefordert, ist ein zentraler Aspekt der EU-Politik). Angesichts eines Einkommensgefälles zwischen den mittel- und osteuropäischen Beitrittsländern und den „alten“ Mitgliedstaaten, das wesentlich größer ist als bei der früheren EU-Erweiterung, kommt es zu einer aktiven Anwerbung von Pflegekräften, Ärzten und anderen Arbeitskräften zusätzlich zur „natürlichen“ Migration von Personen, die aus unterschiedlichen persönlichen Gründen im Ausland arbeiten möchten.

43. In diesem Kontext wird Migration zu einem konkreten Problem, weil manche osteuropäische Länder (und bestimmte außereuropäische Entwicklungsländer) eine massive Abwanderung von qualifizierten Arbeitskräften verzeichnen, was wichtige ethische Fragen aufwirft. Eine vom WHO-Regionalbüro für Europa ausgearbeitete zusammenfassende Analyse von Fallstudien ergibt ein uneinheitliches Muster der Arbeitsmigration und belegt das zunehmende Interesse der Politik an den Auswirkungen der Migration von Gesundheitsfachkräften. Die verfügbaren Daten lassen es nicht zu, ein genaues europaweites Bild in Bezug auf die Entwicklung der Arbeitsmigration von Ärzten, Pflegekräften oder anderen Gesundheitsfachkräften zu zeichnen. Ebenso wenig lässt sich das Verhältnis zwischen temporären und dauerhaften Migranten abschätzen oder der Umfang der Migration länderübergreifend vergleichen. Dieser allgemeine Mangel an konkreten Daten zu Gesundheitsfachkräften, insbesondere im östlichen Teil der Region, macht koordinierte Primärforschung in allen wichtigen Herkunfts- und Zielländern dringend erforderlich.

44. Internationale Übereinkommen zum Abbau von Handelsschranken haben neue Rechtsrahmen entstehen lassen, die die Ausbildung (Grundausbildung, Zulassung, berufliche Fortbildung) und die globale, regionale sowie nationale Verteilung, Praxis und Organisation der Gesundheitsberufe in Übereinstimmung mit gemeinsamen multinationalen Standards regeln. Die Entwicklung solcher gemeinsamen

Ausbildungsstandards ermöglicht in Verbindung mit der Harmonisierung und gegenseitigen Anerkennung von Qualifikationen zwischen Ländern eine größere Freizügigkeit von Fachkräften beispielsweise innerhalb der EU.

Auswirkungen auf das Gesundheitspersonal

45. Demografische Veränderungen wirken sich auch auf das Angebot und die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals aus: Es wird älter, und in den reicheren Ländern erhöht sich Anteil, der seine Ausbildung im Ausland erhalten hat. In den ärmeren Ländern wird das Angebot durch Auswanderung knapper, und überall verringert sich aufgrund der kleiner werdenden Zahl junger Menschen, die das erwerbsfähige Alter erreichen, und der höheren Attraktivität anderer Sektoren des Arbeitsmarkts das nationale Reservoir an potenziellen neuen Gesundheitsfachkräften.

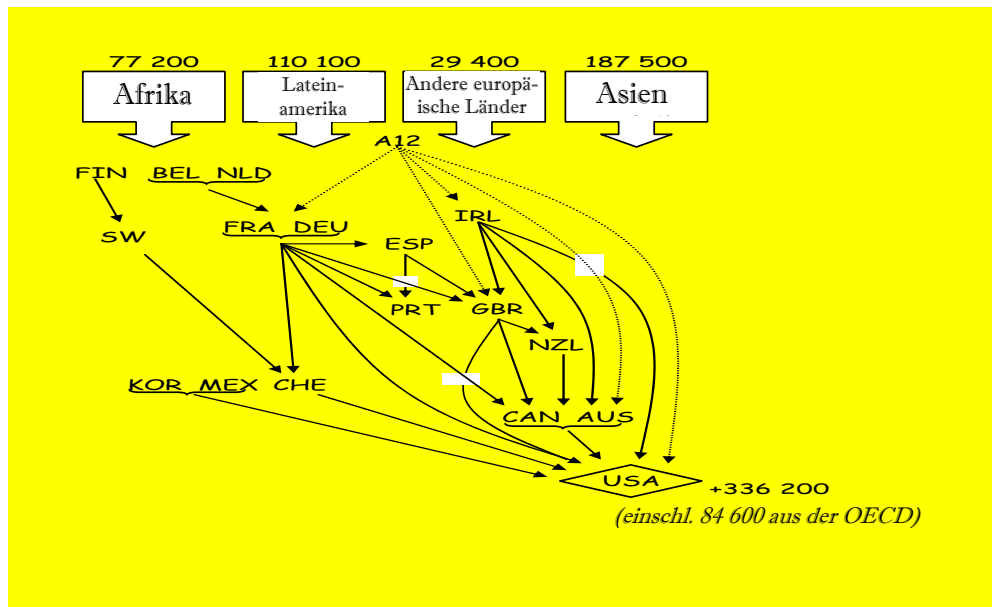
46. In vielen Ländern der Region wird heute das Gesundheitspersonal insgesamt älter. Länder wie Dänemark, Frankreich, Island, Norwegen und Schweden erleben das „Ergrauen des Pflegepersonals“: Dort liegt das Durchschnittsalter angestellter Pflegekräfte derzeit zwischen 41 und 45 Jahren. Im Vereinigten Königreich ist eine von fünf Pflegekräften 50 Jahre oder älter, und fast die Hälfte ist über 40. Der Rückgang der Zahl jüngerer Pflegekräfte wird als besorgniserregend empfunden. Zwischen 1988 und 1998 ist im Vereinigten Königreich der Anteil der Pflegekräfte unter 30 Jahren von 30 auf 15% gesunken. Ähnliche Trends wurden bei den Ärzten beobachtet. So waren 1985 in Frankreich 55% der Ärzte unter 40 Jahre alt, während der Anteil im Jahr 2000 nur noch 23% betrug. Eine Erhebung im Vereinigten Königreich ergab, dass 2001 nur 19% der Fachärzte unter 40 Jahre alt waren und bei etwa 40% der über 50-jährigen ein Eintritt in den Ruhestand in den folgenden 10 bis 15 Jahren wahrscheinlich war. Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass frühere politische Maßnahmen wie Aufnahmebeschränkungen bei der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung in Verbindung mit der Bevölkerungsalterung und sich verschlechternden Anwerbeaussichten auf dem europäischen Arbeitsmarkt zu gravierenden Ungleichgewichten zwischen dem Bedarf und dem Angebot an Gesundheitsfachkräften führen werden. (18)

47. Der hohe Frauenanteil in manchen Gesundheitsberufen ist ebenfalls ein Trend, der berücksichtigt werden muss. Hier wird ein weiterer Anstieg prognostiziert, und das Wachstum des Arbeitskräfteangebots in der Region wird möglicherweise vorwiegend auf Frauen entfallen. In den meisten westeuropäischen Ländern hat der Anteil der Ärztinnen (sowohl der Allgemeinmedizinerinnen als auch der Fachärztinnen) in den 1990er Jahren kontinuierlich zugenommen. Weil es bei Frauen wahrscheinlich ist, dass sie irgendwann die Berufstätigkeit unterbrechen oder in Teilzeitarbeit wechseln, hat die Feminisierung des ärztlichen Berufsstands wichtige Konsequenzen für die Personalplanung. Diese Faktoren gilt es zu berücksichtigen, wenn man realistische Schätzungen der Zahl der verfügbaren und der benötigten Ärzte vorlegen will.

48. Die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland wurde in manchen Ländern als „Lösung“ für den Mangel an Gesundheitsfachkräften angesehen. Auf der 59. Weltgesundheitsversammlung 2006 wurde jedoch bereits darauf hingewiesen, dass dies zu Mangelsituationen in anderen Ländern führen kann. Außerdem wirft diese Entwicklung erhebliche ethische Probleme auf. Bei der Migration verhält es sich nicht anders: Zwar kann sie positive Aspekte haben (sie kann in manchen Ländern die Lösung für den Personalmangel sein, sie kann auch Herkunftsländern mit einem Personalüberangebot nutzen, und sie kann es einzelnen Gesundheitsfachkräften ermöglichen, ihre Qualifikationen, ihre Aufstiegschancen und ihren Lebensstandard zu verbessern), doch kann sie auch zusätzliche Probleme schaffen, indem sie den Fachkräftemangel in Ländern verschärft, in denen es bereits zu wenig Gesundheitspersonal gibt.

49. Die Migrationsmuster sind komplex und ändern sich ständig, wie aus der nachstehenden Abbildung 4 hervorgeht.

Abb. 4: Kaskadenmodell der Migration von Gesundheitspersonal



Quelle: Dumont und Zurn.(19)

50. Der technische Fortschritt macht es erforderlich, dass Gesundheitsfachkräfte ihre Leistungen an die neuen verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse anpassen. Weil durch den technologischen Wandel bestimmt wird, welche Arten von Leistungen Gesundheitsfachkräfte erbringen können, unter welchen Bedingungen dies geschieht und wie dies in der Praxis organisiert wird, hat er erhebliche Auswirkungen auf die Beschäftigten im Gesundheitsbereich. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe müssen darauf vorbereitet sein, ihre Qualifikationen ständig überprüfen und auf den neuesten Stand bringen zu müssen. Diejenigen, die für ihre Ausbildung verantwortlich sind, müssen ebenfalls ihre pädagogischen Strategien so anpassen, dass die Beschäftigten auf einen Prozess ständigen Lernens vorbereitet werden.

51. Gleichzeitig stellen Organisationsreformen die traditionelle Arbeitsteilung in Frage, indem sie die bessere Integration und Koordinierung von Leistungen sowie die Teamarbeit fördern. Technologische Innovationen und Organisationsreformen sind auch treibende Kräfte für die Zusammensetzung, die Rollen und die Merkmale der Beschäftigten: Sie verändern die Zusammensetzung der Anforderungen für manche Berufe, schaffen neue Möglichkeiten für andere und machen im Hinblick auf die Ausführung neuer Aktivitäten die Erweiterung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen erforderlich. Durch neue Arbeitsansätze werden traditionelle Trennlinien zwischen Berufen verwischt und die überlieferte hierarchische Struktur der Gesundheitsversorgung in Frage gestellt. Die sich wandelnden Beziehungen zwischen den Erbringern klinischer Leistungen und den Patienten erfordern auch eine Erweiterung der Kommunikationsfähigkeiten.

52. Die erwarteten Auswirkungen der demografischen und technologischen Veränderungen auf die zukünftigen Beschäftigten im Gesundheitsbereich in der Europäischen Region erscheinen paradox. Während sie einerseits zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen, verringert sich andererseits aufgrund der Bevölkerungsalterung und der demografischen Schrumpfung die Größe der arbeitenden Bevölkerung, was sich auch negativ auf das Arbeitskräfteangebot im Gesundheitsbereich auswirkt. Um die Erwerbsbeteiligung von Gesundheitsfachkräften, insbesondere Frauen, älteren Menschen und Migranten, zu erhöhen und auf diesem Weg die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage beim Gesundheitspersonal zu verkleinern, sind deshalb dringender denn je innovative politische Handlungskonzepte erforderlich.

Aktuelle und künftige Handlungskonzepte

Personalpolitische Konzepte im Gesundheitsbereich zur Verbesserung der Leistung des Gesundheitssystems

53. Die meisten Länder in der Region setzen sich bereits aktiv mit der Personalproblematik im Gesundheitswesen auseinander. Dies geschieht nicht immer so systematisch, wie es die WHO im Weltgesundheitsbericht 2006 (1) beschreibt. Generell würde es den Ländern nutzen, eine explizite, mit ihrer Gesundheitspolitik in Einklang stehende Gesundheitspersonalpolitik zu formulieren. Einer solchen Politik sollte eine gründliche Beurteilung der aktuellen Gesundheitspersonalsituation zugrunde liegen. Diese müsste folgende Punkte umfassen: Abschätzung des Bestands an Gesundheitsfachkräften sowie von dessen Zusammensetzung, Altersstruktur, Verteilung und Einsatzbereichen; Entwicklungsprognose auf der Grundlage verschiedener Szenarien; Analyse der Dynamik des Arbeitsmarkts im Gesundheitsbereich anhand von Zugängen (einschließlich von Migranten) und Abgängen sowie der Mobilität zwischen öffentlichem und privatem Sektor im Inland; Abschätzung der Auswirkungen der Einführung neuer Technologien; Abschätzung der Leistungsfähigkeit von Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen und -programmen; Überprüfung der Vorschriften, die die Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen regeln und die Qualität der Berufspraxis sicherstellen sollen; und Überprüfung der Arbeitsbedingungen und der Anreizsysteme. Auf der Grundlage dieser Abschätzungen kann eine Bedarfsermittlung in die Wege geleitet werden, indem die Versorgungslücken zwischen der aktuellen Situation und einer wünschenswerteren Situation ermittelt werden. Anschließend müssen für die unterschiedlichen Politikoptionen jeweils die Kosten für das Schließen dieser Versorgungslücken berechnet werden, um Aussagen über die Realisierbarkeit politischer Veränderungen machen zu können. Im Idealfall würde eine Personalpolitik im Gesundheitsbereich dazu beitragen zu bestimmen, welche Arten von Gesundheitsfachkräften mit welchen Qualifikationen und in welcher Zahl benötigt werden, wie sie angeworben sowie aus- und während ihres gesamten Berufslebens fortgebildet werden können, welche Arbeitsbedingungen und Anreize geboten werden können, um sie zu halten und zu guten Leistungen zu motivieren, und wie die Qualität der Berufspraxis kontrolliert und sichergestellt werden kann. Diese Entscheidungen müssten von den verschiedenen Akteuren überprüft werden, um ihre weitgehende Umsetzbarkeit zu gewährleisten.

54. Die Personalpolitik im Gesundheitsbereich sollte auch festlegen, wer was tut: Es ist zweifellos die Aufgabe des Staates, sicherzustellen, dass die Bürger Zugang zu hochwertigen Gesundheitsleistungen haben. Viele Aspekte dieser Aufgabe werden jedoch an unabhängige Regulierungsbehörden, Bildungseinrichtungen, Fachkollegien und andere Berufsverbände delegiert oder können an solche delegiert werden. Ein multisektorales Konsultationskonzept unter Einbeziehung aller maßgeblichen Interessengruppen am Formulierungsprozess ist eine Voraussetzung für den Erfolg. Dies setzt eine Strategie zur Einbindung von Ministerien und anderen staatlichen Stellen über den Gesundheitssektor hinaus sowie die Mobilisierung betroffener Akteure innerhalb des Gesundheitssektors voraus. Das Gesundheitsministerium kann und sollte bei diesem Prozess federführend sein und sich die Zeit nehmen, alle Akteure zu konsultieren, die von dieser Politik betroffen sein werden. Hinter verschlossenen Türen ausgeheckte Pläne haben kaum Chancen, die erhofften Ergebnisse herbeizuführen. Was die Migration von Gesundheitsfachkräften betrifft, so gibt es eine Reihe möglicher grundsatzpolitischer Lösungen auf der nationalen und internationalen Ebene. Diese sind in der nachstehenden Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Grundsatzpolitische Maßnahmen bei der Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland
(laut Rückmeldung von Fallstudienländern an das Regionalbüro)

Art	Möglichkeiten der Einflussnahme	Länder ^a
Auf Organisationsebene		
Partnerschaft	Krankenhäuser in einem Herkunfts- und einem Zielland entwickeln Verbindungen, tauschen Personal aus, unterstützen sich gegenseitig und leiten Ressourcen in das Herkunftsland.	E, G, UK
Personalaustausch	Vorübergehende Abstellung von Personal an die andere Organisation aus persönlichen Gründen, zur Verbesserung der Aufstiegschancen oder unter dem Aspekt der Organisationsentwicklung.	G, UK
Bildungsförderung	Überlassung von Ausbildungspersonal und Bildungsressourcen von der Organisation im Zielland an die Organisation im Herkunftsland.	E, G, UK
Bilaterale Vereinbarung	Arbeitgeber im Zielland vereinbaren mit Arbeitgebern oder Ausbildungseinrichtungen im Herkunftsland die partielle oder vollständige Übernahme der Ausbildungskosten von zusätzlichem Personal oder die Einstellung von Gesundheitsfachkräften für einen bestimmten Zeitraum in Verbindung mit Ausbildungsmaßnahmen vor der Rückkehr in das Herkunftsland.	G (regional), UK
Auf zwischenstaatlicher Ebene		
Zwischenstaatliche Vereinbarung	Das Zielland vereinbart mit dem Herkunftsland die Übernahme der Ausbildungskosten von zusätzlichem Personal und/oder die Einstellung von Gesundheitsfachkräften für einen bestimmten Zeitraum in Verbindung mit Ausbildungsmaßnahmen vor der Rückkehr der betreffenden Fachkräfte in das Herkunftsland oder vereinbaren die Einstellung von Fachkräften aus einem Überangebot im Herkunftsland.	UK, S, P, N
Ethikkodex für die Fachkräfteanwerbung	Das Zielland führt einen Kodex ein, der für die Arbeitgeber die Auswahl der Anwerbeländer sowie die mögliche Aufenthaltsdauer der Beschäftigten einschränkt. Alle Aspekte in Bezug auf Geltungsbereich, Inhalt und Einhaltung des Kodex müssen klar und explizit geregelt sein.	UK
Vergütung	Das Zielland entschädigt das Herkunftsland finanziell oder auf andere Art, evtl. abhängig von der Aufenthaltsdauer, den Ausbildungs- oder Beschäftigungskosten und möglicherweise unter Vermittlung durch internationale Stellen. Dies geschieht jedoch sehr selten.	
Gesteuerte Migration (auch auf regionaler/ subnationaler Ebene)	Ein Land (oder eine Region), das (die) von der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften betroffen ist, führt ein Programm zur Eindämmung nicht geplanter Auswanderung ein. Dabei versucht es, die Auswirkungen von Push-Faktoren zu verringern und die geplante Migration zu fördern.	
Ausbildung für die Arbeit im Ausland	Der Staat oder der private Sektor treffen explizit die Entscheidung, eine Ausbildungsinfrastruktur zu schaffen, um Gesundheitsfachkräfte gezielt für die Arbeit im Ausland auszubilden, um so Rīmessen zu erwirtschaften oder Ausbildungsgebühren zu erhalten.	

^a E: Estland; G: Deutschland; N: Niederlande; P: Polen; S: Spanien; UK: Vereinigtes Königreich.

Quelle: Buchan und Perfilieva.(20)

55. Auf der internationalen Ebene gibt es bereits ein Beispiel eines in mehreren Ländern geltenden Verhaltenskodexes, der vom Commonwealth entwickelt wurde. Der Commonwealth code of practice for the international recruitment of health workers legt als Grundsätze für die Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland Transparenz, Fairness und gegenseitigen Nutzen fest. Er umfasst auch Fragen der Entschädigung/Wiedergutmachung, der Auswahlverfahren, der Anmeldung und der Personalplanung. Der Kodex enthält Leitlinien für die Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland, bei denen die potenziellen Folgen einer solchen Anwerbung für die Gesundheitsversorgung im Herkunftsland berücksichtigt werden. Er soll die gezielte Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus Ländern verhindern, die selbst unter Personalmangel leiden, und soll dazu dienen, die Rechte der Angeworbenen zu schützen.(21)

Konkrete Fortschritte erzielen

Überbrückung der Kluft zwischen Erkenntnis und Handeln

56. Um die Kluft zwischen alltäglichen Erfahrungen und kontrolliertem, evidenzbasiertem Handeln überwinden zu können, benötigen Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten auf der lokalen, nationalen und internationalen Ebene fundierte Informationen über die Personalsituation im Gesundheitsbereich, einschließlich des Aspekts der Migration. Als erstes Hindernis müssen die Datenbanken über Gesundheitspersonal vervollständigt und vergleichbar gemacht und die außerordentlich beschränkte und unzureichende evidenzbasierte Literatur erweitert werden. Diese Defizite erschweren bislang die Gewinnung einschlägiger Erkenntnisse ebenso wie sachgerechte Entscheidungen und die Schaffung neuer und wirksamerer Handlungskonzepte. Wenn die Bemühungen auf der Länderebene Früchte getragen haben, kann

auf einer übergeordneten Ebene ein breiter angelegtes Bild der Personalsituation im Gesundheitsbereich gezeichnet werden. Internationalen Organisationen kommt hier eine wichtige Rolle zu: Sie müssen diesen Prozess unterstützen, indem sie sowohl einen Beitrag zur Homogenisierung der Datenformate leisten, als auch Ländern helfen, die über unzureichende wirtschaftliche Ressourcen oder zu wenig Fachpersonal verfügen. Versäumnisse in dieser Hinsicht könnten das digitale Gefälle und das Gefälle beim Gesundheitsstatus zwischen reichen und armen Ländern in der Region weiter vergrößern. Die folgenden Handlungsmaximen werden empfohlen:

- Wegen des zeitlichen Abstands bis zum Abschluss der Ausbildung neuer Gesundheitsfachkräfte müssen sich Strategien zur Verbesserung der Effektivität von Gesundheitsfachkräften anfänglich auf das vorhandene Personal konzentrieren.
- In jedem Land müssen stabile und zuverlässige Datenbanken über Gesundheitspersonal aufgebaut werden, die eine gründliche Analyse und Personalplanung ermöglichen. Wenn Länder nicht über ausreichende Fachkräfte bzw. Finanzmittel für solche Initiativen verfügen, bedarf es einer erheblichen Anstrengung von Mitgliedstaaten, internationalen Organisationen und Geberländern, um ihnen bei der Umsetzung zu helfen.
- Experten für Informationssysteme in den Mitgliedstaaten müssen mit den Gesundheitsministerien, Statistikämtern und internationalen Koordinierungsausschüssen zusammenarbeiten, um eine Harmonisierung der Datenbestände sicherzustellen. Dabei ist größter Wert darauf zu legen, dass die Besonderheiten jedes Landes in den gemeinsamen Informationssystemen berücksichtigt werden.
- Datenbanken sollten so konzipiert werden, dass sie den Datenvergleich und die Integration von Informationen auf internationaler Ebene ermöglichen, damit auf der Grundlage des gesamten Spektrums der Erfahrungen der Länder mit der Gesundheitspersonalproblematik einschlägige Erkenntnisse gewonnen werden können.
- Eine Möglichkeit der Aufbereitung von Daten über Gesundheitspersonal besteht in der Entwicklung landesspezifischer Gesundheitspersonal-Profile. Mit diesem Instrument könnten Personalsituation, -politik und -führung im Gesundheitsbereich systematisch dargestellt werden. Länderprofile würden auch den Datenaustausch sowie Ländervergleiche erleichtern.
- Internationale Organisationen sollten Forschungsarbeiten zu zentralen Aspekten der Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und gesundheitlichen Ergebnissen unterstützen. Die Mitgliedstaaten sollten zur Mitwirkung aufgefordert werden (und Unterstützung erhalten, wenn ihre Ressourcen unzureichend sind).

Verbesserung der Ausbildung mit dem Ziel der Leistungsverbesserung

57. Zwischen der Ausbildung von Gesundheitspersonal und den Ergebnissen von Gesundheitssystemen bestehen nur relativ entfernte und daher schwache Zusammenhänge. Dies mag der Grund dafür sein, dass trotz technischer und klinischer Fortschritte die Ausbildung von Gesundheitspersonal immer noch von überkommenem Denken durchdrungen ist. Empfehlungen:

- Die Ausbildung von Gesundheitspersonal muss eines der wichtigsten Elemente von Reformen des Gesundheitssystems werden und eng mit den anderen Aufgaben des Gesundheitssystems verknüpft werden. Es muss eine Vielzahl dynamischer und direkter Feedback-Kanäle geschaffen werden: von den Einrichtungen, die Gesundheitsleistungen erbringen, zu den Ausbildungseinrichtungen, die für die universitäre und postgraduierte Ausbildung sowie die berufliche Fortbildung zuständig sind.
- Zur Verbesserung der Ausbildung sind große Anstrengungen notwendig, indem erstens nur qualifizierten Einrichtungen gestattet wird, neue Gesundheitsfachkräfte auszubilden, zweitens durch Beurteilung der Qualität von Ausbildungsprogrammen und schließlich durch Harmonisierung der Struktur, um zu gewährleisten, dass ähnliche Abschlüsse einen ähnlichen Qualifikations- und Wissensstand bedeuten. Auch dies erfordert wieder internationale Finanzierungs- und Koordinierungsmaßnahmen.
- Besondere Aufmerksamkeit muss der Ausbildung von Führungskräften und anderen Beschäftigten im Gesundheitssystem wie etwa Gesundheitsökonomien gewidmet werden. Die formale Ausbildung

von Gesundheitspersonal muss um betriebswirtschaftliche Elemente ergänzt und die Ausbildung im Bereich Gesundheitsmanagement muss gefördert werden.

- Benötigt werden dynamische und gut ausgebildete Gesundheitsfachkräfte, die sich an ein sich wandelndes Umfeld anpassen können und die bereit sind, sich den neuen Erwartungen der Gesellschaft zu stellen und darauf zu reagieren.

Gute Personalführung im Gesundheitsbereich macht das Gesundheitspersonal zu einem aktiven Teil des Systems

58. Gesundheitssysteme sind dienstleistungsorientiert und zeichnen sich durch enge Kontakte zu den Patienten aus. Sie sind deshalb auf Personal angewiesen, das nicht nur gut vorbereitet, sondern auch hoch motiviert ist. Ein geeigneter Qualifikationsmix und die wirksame Nutzung beruflicher Kompetenzen sind von entscheidender Bedeutung. Initiative und Engagement erfordern eine enge Partnerschaft zwischen Gesundheitsorganisationen und ihren Beschäftigten. Empfehlungen:

- Auf Landesebene sind Anstrengungen zur Verbesserung der Personalführungskompetenz erforderlich. Es sollte mit geeigneten Maßnahmen sichergestellt werden, dass den Gesundheitsfachkräften und der Personalführung in diesem Bereich genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird und dass die zuständigen Behörden in dieser Beziehung zusammenarbeiten.
- Solide Managementinformationssysteme können Gesundheitsfachkräfte bei ihren Aufgaben wirksam unterstützen und gleichzeitig als Plattform für die Leistungsmessung, die Überprüfung von Stellenbeschreibungen und die Überarbeitung von Anreizen dienen. Untersuchungen zur Motivierung von Gesundheitspersonal und zu wirksamen Anreizen über einfache pekuniäre Belohnungen hinaus sollten gezielt gefördert werden.

Regelung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitspersonal und Erleichterung der Umsetzung von Strategien

59. Sich verändernde gesundheitliche Bedürfnisse, neue gesellschaftliche Erwartungen und die Komplexität einer globalisierten Welt erfordern klare Vorschriften in Bezug auf Gesundheitspersonal. Solche Vorschriften müssen auf nationaler Ebene vom Staat und den betroffenen Berufsgruppen gemeinsam ausgearbeitet werden. Dabei ist auch den Erfordernissen moderner Arbeitsmärkte Rechnung zu tragen: Mit ausschließlich auf Autorität und Kontrolle beruhenden Regelungen lassen sich in offenen Umgebungen wie modernen Gesundheitssystemen nur selten die gesteckten Ziele erreichen. Insbesondere für Osteuropa und die zentralasiatischen Republiken, wo entsprechende Vorschriften derzeit erlassen werden, wird nachdrücklich eine Orientierung an international bewährter Praxis empfohlen, auch wenn anerkannt werden muss, dass „vollkommene internationale Modelle“ nicht immer den Bedürfnissen und Ressourcen einzelner Länder angemessen sind. Die folgenden Handlungsmaximen werden empfohlen:

- Zur Abdeckung eines breiten Themenspektrums im Zusammenhang mit der Ausbildung, dem Einsatz, der Motivation und der Führung von Gesundheitsfachkräften werden auf Landesebene moderne Regelungen und Rahmenbedingungen für Gesundheitspersonal benötigt. Der von der Global Health Workforce Alliance entwickelte Handlungsrahmen Gesundheitspersonal (HRH Action Framework (22)) ist hier ein nützlicher Bezugspunkt.
- An der Ausarbeitung geeigneter gesetzlicher Regelungen für Gesundheitspersonal in den Mitgliedstaaten sollten alle betroffenen Akteure beteiligt werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Regierungsebenen, den Berufsverbänden, den nichtstaatlichen Organisationen und dem Privatsektor ist sehr wichtig.
- Es bedarf eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Dezentralisierung und Zentralisierung. Die Dezentralisierung verkleinert die Distanz zwischen der Regulierungsbehörde einerseits und den Beschäftigten im Gesundheitsbereich und den Bürgern andererseits; sie sollte jedoch nicht dazu führen, dass dabei eine breitere Perspektive auf der Strecke bleibt. Der Verlust der Koordinierung und die extreme Atomisierung der Information sollten ebenso vermieden werden wie die Schaffung allzu restriktiver Rahmenbedingungen.

- Um zukünftige Gesundheitsprobleme bewältigen zu können, müssen angemessene Regelungen für das Gesundheitspersonal in einer globalisierten Welt Fragen der internationalen Abstimmung berücksichtigen. Hierzu muss die Zusammenarbeit zwischen Ländern und internationalen Organisationen gefördert werden, und die Organisationen müssen ihrer Führungsverantwortung gerecht werden, indem sie eng mit den Ländern kooperieren und sie gleichzeitig bei der Entwicklung ihrer eigenen Lösungen unterstützen.

Literatur

1. *The world health report 2006. Working together for health.* Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 15 June 2007).
2. *Konsenserklärung der Europäischen Union zum akuten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen.* Luxemburg, Rat der Europäischen Union, 2006 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/de/06/st08/st08359.de06.pdf> (Anhang II), eingesehen am 5. Juli 2007).
3. *Europäisches Aktionsprogramm zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmangels in den Entwicklungsländern (2007–2013).* Brüssel, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2006 (COM(2006) 870 endgültig) (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2006/com2006_0870de01.pdf, eingesehen am 5. Juli 2007).
4. Ministers of Foreign Affairs et al. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet.* 2007, 369 (9570):1373–1378 (<http://multimedia.thelancet.com/pdf/oslo.pdf> accessed 20 June 2007).
5. *Human resources for health in the WHO European Region.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/E88365.pdf>, accessed 25 June 2007).
6. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://data.euro.who.int/hfad/>, accessed 14 June 2007).
7. Mooney H, Donnelly L. Workforce plan predicts ‘bitter opposition’ and ‘volatility’. *Health Service Journal*, 2007, 4 January:4–9.
8. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005 (OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA) (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>, accessed 22 June 2007).
9. Askildsen JE, Holmås TH. Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses’ labour supply. *Health Economics*, 2003, 12(9):705–719.
10. Irwin J. Migration Patterns of Nurses in the EU. *Eurohealth*, 2001, 7(4):13–15.
11. *World Population Prospects: the 2006 revision.* United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York, 2007 (<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>, accessed 25 June 2007).
12. *Population Ageing 2002.* United Nations Department of Economic and Social Affairs, New York, 2002 (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/Graph.pdf>, accessed 20 June 2007).
13. *Mitteilung der Kommission: Grünbuch „Angesichts des demografischen Wandels - eine neue Solidarität zwischen den Generationen“.* Brüssel, Europäische Kommission, 2005 (COM(2005) 94 endgültig) (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0094de01.pdf, eingesehen am 5. Juli 2007).
14. *Migration in einer interdependenten Welt: Neue Handlungsprinzipien.* Genf, Globale Kommission für internationale Migration, 2005 (<http://www.gcim.org/mm/File/German%20report.pdf>, eingesehen am 20. Juli 2007).
15. Buchan J., Parkin T, Sochalski J. *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications.* Geneva, World Health Organization, 2003 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.3.pdf, accessed 21 June 2007).
16. Mejía A, Pizurski H, Royston E. *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications.* Geneva, World Health Organization, 1979.

17. Mullan F. The metrics of the physician brain drain, *New England Journal of Medicine*, 2005, 353(17):1810–1818 (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/353/17/1810>, accessed 21 June 2007).
18. Dubois CA, McKee M, Nolte E, eds. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series) (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>, accessed 26 June 2006).
19. Dumont JC, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries: an assessment of the situation in the broader context of highly skilled migration. In: *International Migration Outlook 2007*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
20. Buchan J, Perfilieva G. *Health worker migration in the European Region: Country case studies and policy implications*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, accessed 21 June 2007).
21. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. London, Commonwealth Secretariat, 2003 (http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/%7B7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A%7D_CommonwealthCodeofPractice.pdf, accessed 21 June 2007).
22. HRH Action Framework [web site]. Chapel Hill, NC, Global Health Workforce Alliance, 2007 (<http://www.capacityproject.org/framework/index.php>, accessed 26 June 2007).