



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Neunundfünfzigste Tagung**

Kopenhagen, 14.–17. September 2009

Punkt 7 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC59/9
+EUR/RC59/Conf.Doc./3
24. Juli 2009
90432
ORIGINAL: ENGLISCH

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

Der chancengleiche Zugang zu Gesundheitspersonal ist eine wesentliche Determinante der Leistung eines Gesundheitssystems und steht daher bei der vollen Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit im Mittelpunkt. Auf seiner 57. Tagung im September 2007 nahm das WHO-Regionalkomitee für Europa Resolution EUR/RC57/R1 über personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region an und unterstrich darin die übereinstimmende Auffassung in Bezug auf den akuten Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Ausarbeitung nationaler Personalpläne und Strategien für die Gesundheitsberufe sowie die Notwendigkeit gemeinsamer Anstrengungen zur Bewältigung der grenzüberschreitenden Migration von Gesundheitsfachkräften. In der Resolution wurde dem Prozess der Entwicklung von Grundsatzoptionen für die Steuerung der Migrationsströme ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt und wurde der Regionaldirektor gebeten, zur Entwicklung eines Rahmenkonzepts für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften nach ethischen Grundsätzen beizutragen.

Im Einklang mit dem vom Regionalkomitee erteilten Mandat sowie den in der Charta von Tallinn dargelegten Wertvorstellungen und Grundsätzen und parallel zu den weltweiten Anstrengungen unter der Federführung der WHO gemäß den Resolutionen WHA57.19 und WHA 58.17, in denen der Generaldirektor aufgefordert wurde, bei der Ausarbeitung und Umsetzung eines globalen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften nach ethischen Grundsätzen die Federführung zu übernehmen, hat das Regionalbüro seine Datensammlung zu den Trends und Mustern der Migration von Gesundheitsfachkräften in die Europäische Region wie auch innerhalb der Region verbessert, setzt sich verstärkt für die grenzüberschreitende Personalanwerbung nach ethischen Grundsätzen ein und bemüht sich weiter um den Aufbau und die Stärkung von Netzwerken und Partnerschaften zur Schaffung nachhaltiger Personalkonzepte im Gesundheitsbereich. In diesem Dokument sowie dem Hintergrunddokument EUR/RC59/BD/1 *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel* [Ein Verhaltenskodex der Weltgesundheitsorganisation für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften] werden die seit 2007 auf globaler wie regionaler Ebene erzielten Fortschritte bei der Erarbeitung eines Verhaltenskodex für eine nach den Grundsätzen der Ethik und der Gerechtigkeit ausgerichtete Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und deren Migration zusammengefasst, die Vor- und Nachteile der wesentlichen Grundsatzoptionen erörtert und die Maßnahmen skizziert, die sich in den Zweijahreszeitraum 2010–2011 hineinziehen werden.

Die Diskussionen im Regionalkomitee über personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen dürften schwerpunktmäßig auf die Stärkung der nationalen Kapazitäten für die Verfolgung nachhaltiger Personalkonzepte im Gesundheitsbereich im Allgemeinen sowie auf die Rolle und die Verantwortlichkeiten der Mitgliedstaaten und des Regionalbüros für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften nach ethischen Grundsätzen im Besonderen abstellen.

Dem Regionalkomitee liegt ein Resolutionsentwurf mit den wichtigsten Grundsatzleitlinien zur Behandlung vor.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Hintergrund	1
Stand der Ausarbeitung eines globalen Verhaltenskodex	3
Offene Fragen und die nächsten Schritte	7
Besonderheiten der Europäischen Region	8
Auswirkungen der Finanzkrise auf die Arbeitsmärkte	11
Zukunftsausblick	12
Literatur	13

Hintergrund

1. Die Fähigkeit eines jeden Gesundheitssystems, die mit dem Altern der Bevölkerung verbundenen neuen gesundheitlichen Herausforderungen zu bewältigen, innovative Technologien anzuwenden und auf neue bzw. erneut auftretende übertragbare Krankheiten und die ständig steigende Morbidität und Invalidität aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten zu reagieren und die finanzielle Nachhaltigkeit auf Dauer zu wahren, ist von der Verfügbarkeit, den Fähigkeiten, dem Wissen und der Motivation der Gesundheitsfachkräfte abhängig (1). Die Stärkung des Gesundheitspersonals ist daher unerlässlich, wenn die Gesundheitssysteme das Ziel der Verbesserung und der gerechten Verteilung von Gesundheitsergebnissen erreichen sollen.

2. Eine Analyse der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat bis 2050 einen Anstieg des Finanzbedarfs im Gesundheitswesen um zusätzliche 6% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) prognostiziert, falls die Gesundheitssysteme nicht in der Lage sein sollten, sich auf die neuen Realitäten einzustellen und ihre Leistung zu verbessern (2). Der überproportionale Anstieg der prognostizierten Ausgaben im Gesundheitswesen gegenüber dem Gesamtanstieg in der sozioökonomischen Entwicklung wäre zum Teil auf die sich verändernde Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zurückzuführen, beispielsweise nach Langzeitpflege aufgrund des epidemiologischen und demografischen Übergangs (3). Aber auch angebotsseitige Faktoren wie der zunehmende Einsatz von Technologie und bessere Arbeitsbedingungen, werden eine große Rolle spielen, die davon abhängt, in welchem Maße die Gesundheitssysteme in der Lage sind, den Übergang und seine Folgen wirksam abzufedern (1).

3. Das Vorhandensein von kompetentem und leistungsstarkem Gesundheitspersonal ist darüber hinaus auch für die Gesamtwirtschaft und somit für die Schaffung von Wohlstand von Bedeutung. In der Europäischen Region beträgt der Anteil des Gesundheitspersonals an der gesamten Erwerbsbevölkerung etwa 10%. In der Europäischen Union (EU) entfallen etwa 70% der Gesundheitsetats auf Ausgaben im Zusammenhang mit Personal und Beschäftigung (4). Die ständigen technologischen Innovationen im Gesundheitsbereich werden die Art der Leistungserbringung aller Wahrscheinlichkeit nach grundlegend verändern (5), doch wird das Geschäftsmodell im Gesundheitswesen wohl auch weiterhin arbeitsintensiv bleiben.

4. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Staaten für politische Handlungskonzepte sorgen, die die Verfügbarkeit einschlägig qualifizierter Gesundheitsfachkräfte in ausreichender Zahl gewährleisten, die nach Art, Ebene und Leistungsort der Dienste bedarfsgerecht eingesetzt werden und in einem motivierenden Umfeld arbeiten können. Dies gilt umso mehr, als die Behebung eines Ungleichgewichts zwischen Angebot und Nachfrage für Gesundheitspersonal wesentlich länger dauert (bis zu zehn Jahre für manche Spezialbereiche) als für materielle oder finanzielle Ressourcen (6). Angesichts der Dynamik der nationalen wie internationalen Arbeitsmärkte für Gesundheitspersonal, die unter anderem durch die zunehmende Durchmischung von öffentlichen und privaten Elementen, ausländische Direktinvestitionen, Medizintourismus und Patientenmobilität gekennzeichnet sind, reichen die traditionellen Planungs-, Ausbildungs-, Einsatz- und Managementkonzepte für Gesundheitsfachkräfte heute nicht mehr zur Deckung des Personalbedarfs aus (7). Die vertrauten Muster, nach denen Staaten alle Gesundheitsfachkräfte direkt anwerben, ausbilden und einsetzen, entsprechen tatsächlich in vielen Ländern, in denen sowohl Angebot als auch Nachfrage ständig in Bewegung sind, nicht mehr der Realität.

5. Daher müssen die sich wandelnden gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung und die Leistungsnormen fortlaufend bewertet und der zur Erfüllung dieser Bedürfnisse und Normen erforderliche Personalbedarf errechnet werden, und es muss eine Politik verfolgt werden, die die derzeitigen Besetzungsmuster und Qualifikationsprofile, die geografische Verteilung und die Produktivität auf den gewünschten Stand bringt (8). Dies wiederum erfordert ein Verständnis der sich verändernden Dynamik von Arbeitskräfteangebot und -nachfrage auf innerstaatlicher

wie auch regionaler bzw. internationaler Ebene in einer Welt, die von fortschreitender Globalisierung und zunehmender Freizügigkeit im Kapital-, Güter-, Dienstleistungs- und Personenverkehr gekennzeichnet ist. Es gilt, eine Vielzahl von Herausforderungen zu überwinden.

6. Die erste Herausforderung besteht darin, bei der Zusammensetzung des Gesundheitspersonals die richtige Mischung zu finden. Dies gilt gerade in Zeiten, in denen die Leistungen des Gesundheitswesens zunehmend den Patienten in den Mittelpunkt stellen und von einem breiten Spektrum von Gesundheitsfachkräften erbracht bzw. koordiniert werden. Die unterschiedlichen Verhältniszahlen, die hierfür als internationale Normen dienen, sind aufgrund von Unterschieden hinsichtlich Demografie, Morbiditätsraten oder den Organisationsformen der Leistungserbringung möglicherweise nicht auf alle Länder gleichermaßen anwendbar. Dessen ungeachtet besteht in Ländern, in denen die Zahl der Gesundheitsfachkräfte gemessen an der Gesamtbevölkerung niedrig ist, oft ein unausgewogenes Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegepersonal, das vorhandene Leistungs- und Effizienzdefizite dadurch weiter verschärft, dass höher qualifiziertes Personal Tätigkeiten ausübt, die leicht und sicher an Hilfskräfte delegiert werden könnten (9). Auch die Chancengleichheit beim Zugang kann problematisch sein, wenn Bedürfnisse nicht gedeckt werden, weil bestimmte Qualifikationen entweder nicht verfügbar sind oder vorhandene Qualifikationen nicht sachgerecht eingesetzt werden.

7. Eine zweite Herausforderung besteht darin, eine ausgewogene geografische Verteilung des Gesundheitspersonals sicherzustellen. So ist es in beinahe allen Ländern ungeachtet ihres Entwicklungsstands mit Schwierigkeiten verbunden, Gesundheitsfachkräfte für entlegene, ländliche und einkommensschwache Regionen zu finden. Zwar haben sich verschiedene Strategien – von Anreizen bis zum Zwang – zum Teil bewährt, doch bedeutet Erfolg in einem Land oder einer Kommune nicht automatisch, dass sich dieser Erfolg auch an einem anderen Ort oder zu einer anderen Zeit wiederholen lässt, wie in dem Bericht einer vor kurzem abgehaltenen WHO-Expertenanhörung festgestellt wird (10). Strategien zur Behebung geografischer Ungleichgewichte müssen also zeit- und kontextspezifisch sein (11).

8. Die dritte und wohl größte Herausforderung besteht im vollen Verständnis der Dynamik des nationalen Fachkräfteangebots – also des gesamten im Markt aktiven Gesundheitspersonals ungeachtet seines Beschäftigungsstands –, das fluktuiert, wenn Personen in den Markt eintreten bzw. ihn verlassen (12). Die meisten Neuzugänge am Arbeitsmarkt sind Absolventen nationaler Ausbildungseinrichtungen, die übrigen sind Migranten, die entweder auf eigene Initiative oder aufgrund eines Vertrags kommen. Darüber hinaus können auch Rückkehrer eine gewisse Rolle spielen, die den Markt zu einem früheren Zeitpunkt verlassen hatten, dann aber wieder aktiv wurden. Dazu gehören Personen, die aus familiären, gesundheitlichen oder anderen Gründen den Arbeitsmarkt vorübergehend verlassen hatten und die sich im Ruhestand befinden, aber auf Vertragsbasis weiter arbeiten möchten, oder Personen, die das Land verlassen hatten und wieder zurückgekehrt sind. Der Abfluss von Arbeitskräften vollzieht sich entweder als geplantes und vorhersehbares Ausscheiden aus dem Dienst (z. B. Ruhestand) oder ungeplant, beispielsweise als Arbeitskräfteabgang aufgrund von Krankheit oder Tod vor Erreichen des Ruhestandsalters oder aufgrund der Entscheidung, vom Gesundheitswesen in einen anderen Sektor zu wechseln oder das Land zu verlassen (Emigration).

9. Daher ist es wichtig zu bedenken, dass Migrationsströme nur eine von mehreren Dimensionen der Arbeitsmarktdynamik im Gesundheitssektor darstellen. Sie sollten daher bei der Analyse nicht aus dem Zusammenhang gerissen werden, und bei den diesbezüglichen Maßnahmen sollte die gesamte Marktdynamik berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, nicht nur die Beweggründe für die Entscheidung zur Emigration zu verstehen, sondern auch die Art und Weise, wie sie erfolgt und wie sie sich auf die Migranten sowie auf die Herkunftsländer auswirkt (12).

10. Eine wirksame Politikgestaltung zur Überwindung dieser Herausforderungen ist auf aktuelle und zutreffende Daten über Umfang, Qualität, Verteilung und Qualifikationsprofile des Gesundheitspersonals angewiesen und erfordert ein gutes Verständnis der Faktoren, die seine Mobilität und seine Leistung beeinflussen (13). Für die meisten Länder in der Europäischen Region der WHO fehlen zuverlässige, aktuelle Daten über die Beschäftigten im Gesundheitswesen (Verteilung nach Alter und Geschlecht, Präsenz auf dem Arbeitsmarkt, Arbeitszeiten, Produktivität, Entlohnung, Personaleinsatz nach institutionellen und geografischen Gesichtspunkten, Verteilung nach Dienstleistungsart und -ebene im öffentlichen und im privaten Sektor), was jede sinnvolle Analyse und Prognose des Bedarfs an Gesundheitsfachkräften von vorneherein ausschließt. Datenlücken bestehen auch in Bezug auf qualitative Informationen zu Bildungs- und Ausbildungskapazitäten und -prozessen, Arbeitsbedingungen, Personalführung und Arbeitnehmererwartungen. Diese Art von Daten ist für eine solide Politikgestaltung auf nationaler und regionaler Ebene erforderlich, um die Bedarfsgerechtigkeit im Hinblick auf den laufenden und den prognostizierten Bedarf an Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

11. Der chancengleiche Zugang zu Gesundheitspersonal ist eine wesentliche Determinante der Leistung eines Gesundheitssystems und steht daher bei der vollen Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit im Mittelpunkt. Kommt es zu Migrationsströmen von Gesundheitspersonal aus Ländern mit niedrigerem Einkommen in Länder mit höherem Einkommen, so gefährdet dies in den Niedrigeinkommensländern das Recht auf Gesundheit und stellt die Regierungen vor große politische Probleme. Das Recht auf Gesundheit ist auch eine völkerrechtliche Verpflichtung¹. Die Länder müssen das Recht auf Gesundheit nicht nur innerhalb ihrer eigenen Grenzen „respektieren, schützen und erfüllen“, sondern sie müssen auch den Genuss des Rechts auf Gesundheit in anderen Ländern respektieren und Dritte davon abhalten, dieses Recht in anderen Ländern zu verletzen². Dies lässt sich als ethisches Bekenntnis und als Verpflichtung auslegen, anderen Ländern keinen Schaden zuzufügen. Diese Tatsache ist bei der Analyse der komplexen Frage der Migration von Gesundheitspersonal besonders wichtig, zumal ein geeignetes Gleichgewicht zwischen der Achtung und dem Schutz der Rechte von Wanderarbeitnehmern im Gesundheitsbereich und der Abmilderung der Folgen für die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern, aus denen sie stammen, hergestellt werden muss (12).

12. Die Migration von Gesundheitsfachkräften hat seit 2004 auf der Agenda der WHO einen hohen Stellenwert. Damals stellte die Weltgesundheitsversammlung zum ersten Mal mit Besorgnis fest, dass gut ausgebildete und hochqualifizierte Gesundheitsfachkräfte aus den Entwicklungsländern in ständig zunehmendem Maße in bestimmte Länder auswandern, wodurch die Gesundheitssysteme in den Herkunftsländern geschwächt werden. Daraufhin ersuchte sie den Generalsekretär in Resolution WHA57.19, in Abstimmung mit den Mitgliedstaaten und allen maßgeblichen Partnern die Federführung bei der Ausarbeitung und Umsetzung eines Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften zu übernehmen (16).

Stand der Ausarbeitung eines globalen Verhaltenskodex

13. Nach der Verabschiedung der genannten Resolution legte das Sekretariat auf der 58. Weltgesundheitsversammlung 2005 einen Bericht über die erzielten Fortschritte vor. Die Weltgesundheitsversammlung verabschiedete daraufhin die Resolution WHA58.17, in der zusätzliche Gesichtspunkte der grenzüberschreitenden Migration von Gesundheitsfachkräften genannt wurden, die näherer Aufmerksamkeit bedurften. Die 58. Weltgesundheitsversammlung ersuchte außerdem den Generalsekretär, die Anstrengungen zur vollständigen Durchführung der

¹ Siehe Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) (14).

² Siehe die Allgemeine Bemerkung 14 betreffend die Auslegung des Artikels 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (15).

Resolution WHA57.19 zu verstärken und der 59. Weltgesundheitsversammlung 2006 darüber Bericht zu erstatten. Daraufhin legte das Sekretariat der Weltgesundheitsversammlung 2006 einen Fortschrittsbericht vor. In diesem Bericht (17) wurden die seit 2004 zur Umsetzung der Empfehlungen aus Resolution WHA57.19 ergriffenen Maßnahmen zusammengefasst, einschließlich der Ausarbeitung eines Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.

14. In der vom Regionalkomitee auf seiner 57. Tagung im September 2007 verabschiedeten Resolution (18) wurden die Mitgliedstaaten eindringlich gebeten, ihre nationalen Strategien und Pläne für das Gesundheitspersonal auszuarbeiten. Das Regionalkomitee hob den Konsens über den herrschenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen vor und wies außerdem dem Prozess der Ausarbeitung von Grundsatzoptionen für eine bessere Steuerung der grenzüberschreitenden Migration hohe Priorität zu. In der Resolution wurde der Generaldirektor konkret ersucht, zur Entwicklung eines ethischen Rahmenkonzepts für einen globalen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften und zur Entwicklung dieses Kodex beizutragen.

15. Der Exekutivrat nahm auf seiner 122. Tagung im Januar 2008 von dem Bericht des Sekretariats (19) Kenntnis, in dem die Arbeiten am Entwurf eines Kodex und der dazugehörige globale Konsultationsprozess beschrieben wurden. Darüber hinaus regte das Sekretariat an, Anfang 2008 Konsultationen mit den Mitgliedstaaten über die Ausarbeitung eines globalen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aufzunehmen und dem Exekutivrat auf seiner 124. Tagung im Januar 2009 den Entwurf eines Kodex vorzulegen und danach, falls der Exekutivrat dies beschließt, im Mai 2009 der 62. Weltgesundheitsversammlung zu unterbreiten.

16. Zur Unterstützung der WHO bei der Ausarbeitung eines Verhaltenskodex wurde ein Prozess mit Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren, die Health Worker Migration Policy Initiative (HWMI) eingerichtet. Diese Initiative umfasst 1) das Globale Beratungsgremium für Grundsatzfragen (GPAC) unter dem Vorsitz der Global Health Workforce Alliance und eine nichtstaatliche Organisation (Realizing Rights: the Ethical Global Initiative); und 2) eine von der WHO geleitete Facharbeitsgruppe. Das WHO-Regionalbüro für Europa hat seinerseits kurz nach der Verabschiedung der Resolution eine regionale technische Sachverständigengruppe für die Migration von Gesundheitsfachkräften eingerichtet, die Erkenntnisse und fachliche Orientierungshilfe für die politische Entscheidungsfindung liefern sollte. Die technische Sachverständigengruppe führte eine Schreibtischstudie der bestehenden Kodizes und anderen Grundsatzoptionen für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften für die Mitgliedstaaten der Europäischen Region durch, um all die verschiedenen Grundsatzinstrumente in Bezug auf Erkenntnisse auszuwerten, die bei der Ausarbeitung eines globalen Verhaltenskodex von Nutzen sein könnten.

17. Im März 2008 erstellte die Facharbeitsgruppe einen Vorentwurf des Verhaltenskodex, der auf dem Ersten Globalen Forum zum Thema Gesundheitspersonal (Kampala, Uganda, März 2008) erstmals vorgestellt wurde. In der Erklärung von Kampala wurde außerdem betont, wie wichtig die Ausarbeitung eines Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften ist. In der Erklärung und dem Globalen Aktionsplan von Kampala (20) wird eingeräumt, dass die Migration von Gesundheitsfachkräften Realität ist und positive wie negative Auswirkungen hat; gleichzeitig werden jedoch die Länder aufgefordert, geeignete Mechanismen einzurichten, um darauf hinzuwirken, dass der Arbeitsmarkt für Gesundheitspersonal in stärkerem Maße die Bindung dieser Arbeitskräfte begünstigt, und die WHO wird aufgefordert, die Verhandlungen über einen Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften zu beschleunigen. Während des Forums hat das WHO-Regionalbüro für Europa einen Dialog zwischen Herkunfts- und Zielländern initiiert und eine Diskussion am runden Tisch durchgeführt, um die neuesten Ideen und Erkenntnisse zu Konzepten

für die Migration von Gesundheitsfachkräften zu erörtern. Der Bericht über die Diskussion (21) wurde veröffentlicht und für weitere Diskussionen und Konsultationen an die Mitgliedstaaten und Partner weitergegeben.

18. Im März 2008 begann auch ein dreiwöchiger virtueller „globaler Dialog über die Migration von Gesundheitsfachkräften“, an dem mehr als 600 Einzelpersonen und Organisationen aus 70 Ländern teilnahmen. Dieser Dialog bot ein Forum, um den Vorentwurf des Verhaltenskodex möglichst vielen Interessenten wie Gesundheitsfachkräften, politischen Entscheidungsträgern, Gewerkschaftern und internationalen Organisationen vorzustellen und ihre Reaktionen dazu entgegenzunehmen. Parallel zu den globalen Veranstaltungen im März 2008 nahm das Regionalbüro einen Dialog mit Beteiligung einer Vielzahl von Angehörigen diplomatischer Vertretungen und Repräsentanten der Zivilgesellschaft und internationaler Organisationen über die Migration von Gesundheitsfachkräften und über einen globalen Verhaltenskodex auf und trug aktiv dazu bei; dieser Dialog fand in Brüssel in Zusammenarbeit mit dem European Policy Centre (EPC) im Rahmen der Coalition for Health, Ethics and Society statt.

19. Die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, die im Juni 2008 in Tallinn stattfand, war ein wichtiger Wendepunkt bei der Schaffung einer neuen Vision des Beziehungsgeflechts zwischen Gesundheitssystemen, Gesundheit und Wohlstand. Die auf der Konferenz verabschiedete Charta von Tallinn (22), die vom WHO-Regionalkomitee für Europa später, im September 2008, in Tiflis befürwortet wurde (23), dient als Orientierungshilfe und als strategischer Handlungsrahmen für die Stärkung der Gesundheitssysteme in der Region. Mit der Charta soll der Position Nachdruck verliehen werden, dass kostenwirksame und angemessene Ausgaben für die Gesundheitssysteme eine lohnende Investition sind, die sich positiv auf Gesundheit, Wohlstand und Wohlergehen der Bevölkerung auswirken kann.

20. Die Charta von Tallinn gründet auf dem Bekenntnis der Mitgliedstaaten zum grundlegenden und allgemeinen Menschenrecht auf Gesundheit, wie es auch in der WHO-Satzung und in ihrem Elften Allgemeinen Arbeitsprogramm zum Ausdruck kommt. Nach dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte und insbesondere der Allgemeinen Bemerkung zu dessen Artikel 12 (15) haben die Staaten die grundlegende Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass das Recht auf unentbehrliche Leistungen der primären Gesundheitsversorgung gewährleistet wird; dies beinhaltet die Verpflichtung, Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, zu einem Mindestmaß an essenziellen Nahrungsmitteln, einer grundlegenden Unterbringung und unentbehrlichen Medikamenten zu schaffen, eine ausgewogene Verteilung aller Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten und eine nationale gesundheitspolitische Strategie zu verabschieden und umzusetzen.

21. In der Charta von Tallinn wird anerkannt, dass Investitionen in das Gesundheitspersonal unverzichtbar sind, da sich dies im Kontext eines globalisierten Arbeitsmarkts für Gesundheitsfachkräfte auch auf andere Länder auswirkt. Ferner wird darin erklärt, dass „die grenzüberschreitende Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen [...] auf der Grundlage ethischer Überlegungen und einer länderübergreifenden Solidarität erfolgen und durch einen Verhaltenskodex sichergestellt werden [sollte]“. Drei Grundsatzpapiere über personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen, eines davon über Migration (12), wurden als Hintergrundmaterial für die Diskussionen auf der Konferenz von Tallinn erstellt; diese wurden in einer separaten Parallelveranstaltung geführt, die sich mit der Bindung von Gesundheitsfachkräften, der grenzüberschreitenden Personalanwerbung und der Frage eines globalen Verhaltenskodex befasste.

22. Im August 2008 stellte das Sekretariat einen ersten Entwurf des WHO-Verhaltenskodex fertig und veranstaltete zwischen dem 1. September und dem 3. Oktober 2008 eine globale, internetgestützte öffentliche Anhörung zu diesem Entwurf (24). An der Diskussion beteiligte sich ein breites Spektrum von Akteuren, das von Mitgliedstaaten und nationalen Institutionen über

Verbände der Gesundheitsberufe, zwischenstaatliche und nichtstaatliche Organisationen und akademische Institutionen bis hin zu Einzelpersonen reichte. Das Regionalbüro übernahm während dieser internetgestützten Anhörung eine koordinierende Rolle und legte eine Zusammenfassung der Anmerkungen zu dem Entwurf des Verhaltenskodex vor; dabei stützte es sich nicht nur auf seine Beteiligung an der Arbeit des HWMI, des GPAC und der Facharbeitsgruppe sowie an der Vorbereitung ihrer zahlreichen Sitzungen, sondern auch auf seine umfangreichen Konsultationen mit den Mitgliedstaaten.

23. Im Januar 2009 wurden dem Exekutivrat auf seiner 124. Tagung ein Fortschrittsbericht, ein Resolutionsentwurf und der überarbeitete Entwurf des Verhaltenskodex (25) vorgelegt. Der Exekutivrat nahm von dem Bericht Kenntnis und wies darauf hin, dass noch weitere Konsultationen mit den Mitgliedstaaten über den Entwurf des Kodex notwendig seien. Der Exekutivrat schlug außerdem vor, das Thema in die Tagesordnung der sechs Regionalkomitees der WHO für ihre Tagungen im Jahr 2009 aufzunehmen.

24. Im April 2009 beriefen das WHO-Regionalbüro für Europa und die norwegische Regierung gemeinsam eine hochrangige Konsultationstagung mit dem Titel „Schutz der Gesundheit zu Zeiten einer globalen Wirtschaftskrise“ ein, auf der ein Paket von Empfehlungen verabschiedet wurde. Eine davon betraf die Intensivierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und die Gewährleistung ihrer Anwerbung nach ethischen Grundsätzen, selbst zu Zeiten von Wirtschaftskrisen, mit dem Ziel, in die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften und örtlichem medizinischen Personal für die Zukunft zu investieren und die Ausarbeitung eines Verhaltenskodex für die sektor- und grenzüberschreitende Personalanwerbung nach ethischen Grundsätzen zu unterstützen (26).

25. Die Bedeutung und Wichtigkeit eines globalen Verhaltenskodex fand sich auch auf der Tagesordnung anderer Foren, darunter der Gruppe der Acht Industrieländer (G8), die auf ihrem Gipfeltreffen in Toyako (Hokkaido, Japan) eine Erklärung (27) abgab, in der sie die WHO zur Fertigstellung des freiwilligen Kodex ermutigte.

26. Auf dem im Juli 2009 in L'Aquila (Italien) abgehaltenen G8-Treffen wurden im Nachgang zu den im Vorjahr in Japan abgegebenen Empfehlungen in einem Hintergrundbericht die nachstehenden Bereiche genannt, auf denen die G8 tätig werden könnte: Unterstützung der hilfebedürftigsten Länder bei der Ausarbeitung und Verabschiedung nationaler Pläne für Personalentwicklung, -bindung und -einsatz, auch für auf Gemeindeebene und auf mittlerer Ebene tätige Fachkräfte, um dem Ziel der WHO von 2,3 Gesundheitsfachkräften pro 1000 Einwohner näherzukommen, und entsprechend der Erklärung und dem Globalen Aktionsplan von Kampala der Global Health Workforce Alliance; Förderung einer Auseinandersetzung der G8-Länder mit den auf die grenzüberschreitende Migration von Gesundheitsfachkräften einwirkenden Push- und Pull-Faktoren; und Förderung des laufenden WHO-Prozesses zur Fertigstellung des Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften (28).

27. Darüber hinaus haben die Führer der G8 in ihrer Erklärung vom 8. Juli 2009 mit dem Titel „Verantwortungsvolle Führung für eine nachhaltige Zukunft“ erklärt, dass es zur Förderung des Ziels des allgemeinen Zugangs zur Gesundheitsversorgung, insbesondere der primären Gesundheitsversorgung, unabdingbar ist, die Gesundheitssysteme durch Verbesserungen des Angebots an Gesundheitsfachkräften und lokalen „Gesundheitsarbeitern“ sowie durch Informationssysteme und Finanzierungssysteme im Gesundheitsbereich (einschließlich eines sozialen Gesundheitsschutzes) zu stärken und dabei den schutzbedürftigsten Menschen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Sie bekräftigten dabei ihre Entschlossenheit, den Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich in den Entwicklungsländern, insbesondere in Afrika, zu bekämpfen, und nahmen Kenntnis von der 2008 angenommenen Erklärung von Kampala und dem dazugehörigen Globalen Aktionsplan der Global Health Workforce Alliance (29).

Offene Fragen und die nächsten Schritte

28. In einer von ständiger Globalisierung geprägten Welt und insbesondere in diesen Zeiten der Finanzkrise und der gedämpften Konjunktur ist die Notwendigkeit umfassender Konsultationen und eines breiten Konsenses über einen unter Federführung der WHO ausgearbeiteten Verhaltenskodex für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften umso ausgeprägter und dringlicher, als die Länder darum kämpfen müssen, ihre langfristigen Ziele bei der Stärkung der Gesundheitssysteme im Kontext einer neuen Schwerpunktlegung auf die primäre Gesundheitsversorgung und den Abbau von Ungleichgewichten durch Ansetzen an den sozialen und wirtschaftlichen Determinanten von Gesundheit zu erreichen.

29. Obwohl schon lange Einigkeit darüber besteht, dass der Kodex nach seiner Ratifizierung als offizielle Resolution der Weltgesundheitsversammlung ein nicht rechtsverbindliches Instrument sein wird, in dem den Mitgliedstaaten sowie anderen Organisationen und Akteuren bestimmte freiwillige Verhaltensnormen empfohlen werden, stellt sich die Frage nach den Schlüsselthemen, zu denen es weiterer Konsultationen und eines Konsenses bedarf. Erstens dürfte ein auf internationaler Ebene verabschiedeter Kodex, wenn er auch nicht rechtsverbindlich ist, dennoch zu innerstaatlichen Rechtsvorschriften, Konzepten und Regelungen führen und einen Rahmen für alle bilateralen, multilateralen oder regionalen Kodizes zwischen einzelnen Ländern und deren Institutionen (z. B. Personalvermittler, Arbeitgeber u. a.) und somit einen starken moralischen und ethischen Bezugspunkt bilden. Dennoch wird es vielen Ländern möglicherweise schwerfallen, den darin enthaltenen Empfehlungen oder Leitgrundsätzen zu folgen, weil sie entweder aufgrund ihrer föderalen Struktur oder starken Dezentralisierung nicht über die Zuständigkeit zur Durchsetzung seiner verschiedenen Elemente verfügen, oder weil es Widerstände von Ländern geben wird, für die die Abwanderung von Gesundheitsfachkräften aufgrund deren Geldüberweisungen in die Heimatländer eine äußerst wichtige Devisenquelle erschließt und eine Möglichkeit zur Bewältigung des nationalen Überangebots an Gesundheitsfachkräften darstellt. Auch in den Zielländern kann es zu Widerständen und damit wahrscheinlich zu mangelnder Einhaltung kommen, wenn einerseits Druck besteht, Gesundheitspersonal einzustellen, andererseits aber die Verbände der Gesundheitsberufe einen gewissen Widerstand leisten, weil aus ihrer Sicht eine über einen bestimmten Punkt hinausgehende Zunahme des Gesundheitspersonals ihre Verhandlungsposition gegenüber den finanzierenden Stellen schwächen könnte. All dies deutet auf die Notwendigkeit hin, ein geeignetes Gleichgewicht zu finden 1) zwischen den Individualrechten der Gesundheitsfachkräfte und den Rechten der Menschen, die einen Anspruch auf das erreichbare Optimum an gesundheitlicher Versorgung durch medizinisches Personal haben, dessen Ausbildung sie über Steuergelder und auf anderem Wege mitfinanziert haben; 2) zwischen den Herkunfts- und den Zielländern in Bezug auf die Ausrichtung ihrer Personalpolitik an den langfristigen Zielen der Stärkung der Gesundheitssysteme; und 3) zwischen internationalen und nationalen Übereinkünften, Verträgen und anderen Vereinbarungen zur Regelung der grenzüberschreitenden Migration von Arbeitskräften und zum Schutz der Arbeitnehmerrechte in den Zielländern.

30. Zweitens muss ein nicht rechtsverbindlicher Verhaltenskodex auch einen Ausgleich zwischen einem Ideal und einem realistischen Optimum schaffen. So hätten wohl nur wenige Mitgliedstaaten und Akteure etwas gegen den Grundsatz des gegenseitigen Nutzens für die Herkunfts- und Zielländer einzuwenden, doch wird eine Einhaltung dieses Grundsatzes sehr schwer oder gar unmöglich, wenn nicht die Bedeutung der Begriffe „gegenseitig“ und „Nutzen“ klar ermittelt, ausgehandelt und vereinbart wird (30). Im Zweifelsfall haben freiwillige Spenden oder erhöhte Entwicklungshilfeleistungen an die Herkunftsländer und/oder Partnerschaftvereinbarungen zwischen ihren Ausbildungseinrichtungen eher Chancen auf Vereinbarung und Umsetzung als pauschale finanzielle Entschädigungen (31).

31. Drittens: Vielleicht noch wichtiger ist die Notwendigkeit, für ein nachhaltiges Arbeitskräfteangebot im Gesundheitswesen zu sorgen – insbesondere in den Herkunftsländern, in denen die

Knappheit bzw. die Ungleichverteilung von Gesundheitsfachkräften besonders ausgeprägt ist, was eine ethisch tragbare internationale Position zur Anwerbung aus diesen Ländern noch zusätzlich erschwert – und Solidarität und eine weltweite Entschlossenheit zu zeigen, diesen Ländern im Hinblick auf Bindung und Einsatz ihres Gesundheitspersonals behilflich zu sein. Von allen Gesundheitsfachkräften, die die afrikanischen Länder zur Erreichung ihrer Millenniums-Entwicklungsziele benötigen, wandern nämlich etwa 12% in die OECD-Länder ab – ein Anzeichen dafür, dass die Ausbildung, die Bindung und die Steuerung von Gesundheitspersonal insgesamt in den Mittelpunkt gestellt werden müssen (2). Andererseits dürfte das zunehmende Bewusstsein der maßgeblichen Akteure, insbesondere der Berufsverbände, in den Zielländern für den schwerwiegenden Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich infolge der grenzüberschreitenden Migration ein wirksames Instrument der Interessenvertretung sein.

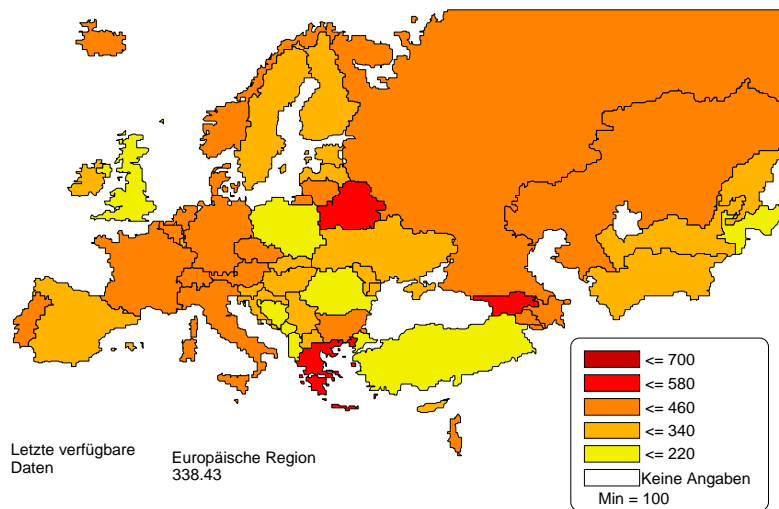
32. Schließlich müssen die Überwachung und Bewertung der Umsetzung des Kodex sowie die Sammlung und der Austausch entsprechender Daten und Informationen (ein weiterer heikler Punkt) zur Zufriedenheit aller Beteiligten geregelt werden, wenn wir in allen Mitgliedstaaten dem Ziel eines nachhaltigen Fachkräfteangebots im Gesundheitswesen näher kommen wollen.

Besonderheiten der Europäischen Region

33. Die vorstehend genannten Themen sind gleichermaßen auf die Europäische Region der WHO übertragbar. Andererseits weist unsere Region aber auch einige wesentliche spezifische Merkmale auf, nicht zuletzt die rasche Alterung der Bevölkerung, die mehr Langzeitpflege nötig macht, aber auch der Gesundheitsfachkräfte selbst. In Verbindung mit den strengeren Obergrenzen für die Gesamtzahl der Arbeitsstunden und der Regelung des Freizeitausgleichs, insbesondere in der EU, wird dies auf längere Sicht zu einer weiteren Verschärfung der Personalknappheit im Gesundheitswesen führen. Allein zwischen 1995 und 2000 stieg in der EU die Zahl der Ärzte im Alter ab 45 Jahren um mehr als 50% an. Ebenso ist in vielen EU-Mitgliedstaaten auch die Hälfte aller Pflegekräfte über 45 Jahre alt (4).

34. Zusätzlich bestehen auch innerhalb Europas enorme Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit (Abb. 1) und der Verteilung (Tabelle 1) von Gesundheitsfachkräften, insbesondere Ärzten und Pflegekräften, was die Migration innerhalb der Region zu einem ebenso wichtigen Thema macht; obwohl viele Mitgliedstaaten der Europäischen Region in der Vergangenheit eher Gesundheitsfachkräfte aus den Entwicklungsländern, insbesondere Afrika, aufgenommen haben, sind doch auch in geringerem Maße Ärzte und Pflegekräfte aus Europa nach Nordamerika und anderswohin abgewandert. Einige Länder, darunter das Vereinigte Königreich und Irland, haben bis vor kurzem eine große Zahl von Gesundheitsfachkräften, importiert; diese stammten hauptsächlich aus afrikanischen und asiatischen Ländern mit niedrigem Einkommen, im Falle Englands auch aus der Karibik, oder aus anderen Ländern der Europäischen Region, überwiegend EU-Ländern (Abb. 2 und Tabelle 2). Diese Länder haben in geringerem Umfang auch Gesundheitsfachkräfte exportiert, nämlich Irland nach England und England in die Vereinigten Staaten. Andere Länder wie Italien, Portugal und Spanien nehmen medizinisches Personal aus anderen Ländern der Europäischen Region (Italien aus Rumänien, Portugal aus Spanien und umgekehrt) und aus anderen Weltregionen (hauptsächlich Lateinamerika) auf.

Abb. 1: Ärzteverteilung in der Europäischen Region
(je 100 000 Einwohner)



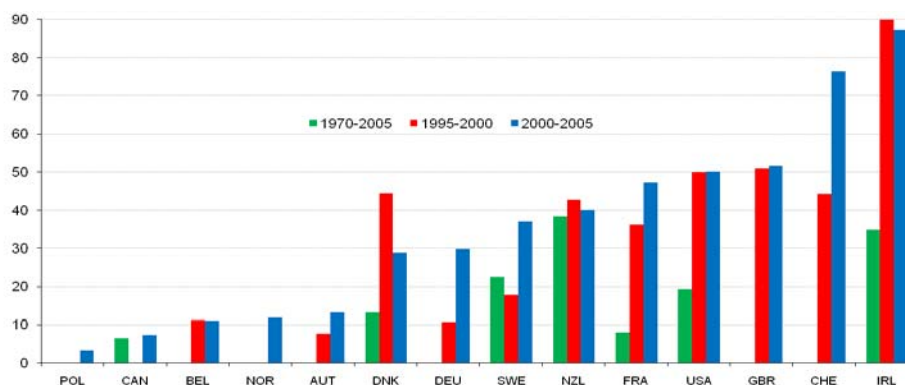
Quelle: WHO-Datenbank „Gesundheit für alle“ (32)

Tabelle 1: Diversität in der Europäischen Region der WHO Gesundheitsfachkräfte
(je 100 000 Einwohner)

	Ärzte	Allgemeinärzte	Pflegekräfte	Apotheker
Europäische Region	339,71	68,05	727,45	52,28
EU	322,38	96,71	745,64	71,43
GUS	376,78	28,78	794,73	20,55
Niedrigste Dichte	115,02 (Albanien)	17,56 (Aserbaidschan)	310,8 (Türkei)	3,35 (Usbekistan)
Höchste Dichte	534,59 (Griechenland)	177,3 (Belgien)	1.549,78 (Irland)	154,0 (Finnland)

Quelle: WHO-Datenbank „Gesundheit für alle“ (32)

Abb. 2: Prozentualer Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärzte am Nettoanstieg der Zahl der praktizierenden Ärzte in ausgewählten OECD-Ländern (1970–2005)



Quelle: OECD Health data 2007 (33) und OECD International Migration Outlook 2007 34)

Tabelle 2: Zunehmende Inanspruchnahme ausländischer oder im Ausland ausgebildeter Ärzte und Pflegekräfte in der Europäischen Region und anderswo

		Ärzte				Pflegekräfte			
		2000		2005		2000		2005	
		Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Im Ausland ausgebildet	Österreich	461	1,8	964	3,3				
	Dänemark	1 695	7,7	2 769	11,0	4 618	6,0	5 109	6,2
	England	25 360	27,3	38 727	32,7	122	0,2	274	0,3
	Finnland	687	3,6	1 816	7,2	2 517	2,5	2 878	2,7
	Frankreich (1)	7 644	3,9	12 124	5,8	14 910	6,4	19 230	7,6
	Irland	1 198	10,3	3 990	27,2	6 317	19,3	9 334	24,3
	Schweden (1)	3 633	4,3	5 061	4,9				
	Schweiz	2 982	11,8	5 302	18,8				
	Kanada	13 342	23,1	13 715	22,3				
	Neuseeland	2 970	34,5	3 203	35,6				
	Japan	95	-	146	-				
	Vereinigte Staaten (1)	207 678	25,5	208 733	25,0				
	Ausländer	Belgien	1 341	3,1	1 633	3,4			1 448
Deutschland		14 603	4,0	18 582	4,6			25 462	3,8
Norwegen		2 327	15,1	2 833	31,5			45	-
Slowakei (1)		130	0,7	139	0,8				

Hinweise: "-" bedeutet einen prozentualen Anteil von unter 0,1%.
(1) Daten für 2004 statt 2005.

Quelle: International Migration Outlook (OECD) 2007 (34)

35. Ein anderes charakteristisches Merkmal für die Europäische Region der WHO ist es, dass in Ländern wie dem Vereinigten Königreich und Irland bereits Kodizes bzw. Leitlinien für die grenzüberschreitende Personalanwerbung nach ethischen Grundsätzen vorhanden sind oder von regionalen Verbänden (z. B. dem Europäischen Arbeitgeberverband für das Gesundheitswesen (HOSPEEM)) eingeführt wurden. Diese Instrumente müssen von den Verantwortlichen bei der Prognose des Fachkräftebedarfs bzw. bei der Anwerbung aus dem Ausland zwar berücksichtigt werden, doch ihre Wirksamkeit wurde bisher nicht evaluiert, was hauptsächlich auf das Fehlen eines Systems zur Verfolgung der Migrationsströme von Gesundheitsfachkräften – und insbesondere der geringer qualifizierten Kräfte, die gewöhnlich in der Langzeitpflege eingesetzt

werden – zurückzuführen ist (3). In der Tat verfügen nur wenige Länder über verlässliche und aktuelle Daten über Abwanderung und Anwerbung von Gesundheitsfachkräften, insbesondere wenn deren Mobilität nur vorübergehend ist oder nur eine kurzzeitige Vertretungsfunktion (manchmal nur für ein Wochenende) im Ausland wahrgenommen wird. Diese Art der Mobilität ist wohl innerhalb der EU, wo die Bewegungsfreiheit garantiert ist, häufiger zu finden. Das Phänomen ist schwer messbar, und seine Auswirkungen sind weitgehend unbekannt. Politische Entscheidungsträger müssen sich jedoch dieser Tatsache bewusst sein und eine Bewertung ihrer Bedeutung und Folgen für das nationale Personalangebot im Gesundheitswesen anstreben.

36. Im Dezember 2008 veröffentlichte die Europäische Kommission das Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa und leitete diesbezüglich eine Debatte mit allen maßgeblichen Akteuren ein (35). Das Grünbuch soll die Probleme der Gesundheitsberufe in der EU stärker in den Vordergrund rücken, ein klareres Bild zeichnen, inwieweit Gesundheitsmanager auf nationaler Ebene vor denselben Herausforderungen stehen, und eine bessere Grundlage für Überlegungen darüber bilden, was auf EU-Ebene zur wirksamen Lösung dieser Probleme unternommen werden kann – und zwar in der Weise, dass keine negativen Auswirkungen auf Gesundheitssysteme außerhalb der EU eintreten. Neben anderen Herausforderungen bezüglich der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen nennt das Grünbuch die Zu- und Abwanderung von Beschäftigten des Gesundheitswesens in die und aus der EU, die ungleiche Mobilität innerhalb der EU und insbesondere die Migration von Beschäftigten des Gesundheitswesens aus den ärmeren in reichere Länder innerhalb der EU sowie die Abwanderung von Fachkräften („Brain Drain“) aus den Entwicklungsländern.

Auswirkungen der Finanzkrise auf die Arbeitsmärkte

37. Die gegenwärtige Finanzkrise wird sich auf den Gesundheitssektor im Allgemeinen und auf die im Gesundheitswesen Beschäftigten im Besonderen auswirken. Zwar sind ihre vollen Auswirkungen bisher weder eingetreten noch dokumentiert, doch dürfte die Nachfrage nach bestimmten Leistungen zu einer Zeit steigen, in der die zu ihrer Erbringung notwendigen Finanzmittel möglicherweise nicht in voller Höhe bereitstehen. Die derzeitige Nachfragesenkung aufgrund von Angebotsknappheit oder mangelnder Zahlungsfähigkeit wird wahrscheinlich in Zukunft zu einer stärkeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen, was durch den Zielkonflikt zwischen Investitionen in die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften für die Zukunft und der Verwendung der begrenzten Mittel zur Bewältigung der derzeitigen Haushaltszwänge verschärft werden kann.

38. In vielen westeuropäischen Ländern hat die Zahl der Arbeitsplätze im Gesundheitssektor noch bis 2008, dem Beginn der Krise, zugenommen. So verzeichnete beispielsweise das österreichische Bundesland Tirol einen Anstieg der Beschäftigung in diesem Sektor um 10%. Deutschland meldete einen Anstieg der Beschäftigtenzahl um insgesamt 33 000 (3,2%), wengleich die Arbeitslosigkeit bei Ärzten, Zahnärzten und anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe seit November 2008 tendenziell ansteigt (36). Kurzfristig dürfte das Gesamtangebot an Gesundheitsfachkräften wohl ansteigen, da diejenigen, die bisher nicht am Arbeitsmarkt aktiv waren, nach einer Beschäftigung suchen, und die bereits Beschäftigten mehr Stunden zu arbeiten bereit sind. Längerfristig jedoch würden sich finanzielle Engpässe in einer größeren Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage auswirken. Darüber hinaus wird die Arbeitsbelastung des einzelnen Beschäftigten aufgrund des Drucks zur Kosteneindämmung wohl ansteigen, was zu berufsbedingtem Stress führen kann. Auch wenn hierzu keine Statistiken vorliegen, so könnte die Krise doch Veränderungen der Mobilitätsmuster auslösen, wenn es Arbeitnehmer (und ihre Familien) aus den schwerer betroffenen Ländern zunehmend in Länder mit besseren Beschäftigungsaussichten zieht oder wenn sie aufgrund einer verschlechterten Arbeitsmarktlage das Land, in das sie abgewandert waren, verlassen.

39. Hinsichtlich des Entlohnungsniveaus im Gesundheitssektor werden verschiedene Maßnahmen ergriffen. In Bulgarien und Ungarn etwa wurden die Löhne und Gehälter in staatlichen Krankenhäusern eingefroren. Ungarn hat die Zahlung eines dreizehnten Monatsgehalts eingestellt. Auch Irland und Litauen erwägen Lohn- und Gehaltssenkungen. Auf der anderen Seite haben Länder wie Finnland und Griechenland das Lohn- und Gehaltsniveau angehoben, und Rumänien erwägt eine Anhebung um 7% (37).

40. Insgesamt gehen weniger Gesundheitsfachkräfte verfrüht in den Ruhestand, und in den Krankenhäusern sind mehr feste Planstellen besetzt. So verschieben offenbar viele ältere Pflegekräfte den Eintritt in den Ruhestand, während Teilzeitkräfte mehr Schichten arbeiten. Viele Krankenhäuser verschieben Expansionsprojekte. Manche Krankenhausverwaltungen melden, dass mehr Patienten fakultative chirurgische Eingriffe aufschieben, wodurch der Stundenbedarf für Pflegekräfte sinkt. Die Verschiebung des Eintritts in den Ruhestand könnte auf den Wunsch von Arbeitgebern zurückzuführen sein, dass ältere Arbeitskräfte noch ein paar Jahre weiterarbeiten, um dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken. Dies kann sich jedoch rasch ändern, wenn sich die wirtschaftliche Lage bessert.

41. Eine weitere Folge wäre, dass nicht mehr alle Berufseinsteiger eine Stelle finden, da aufgrund von Einstellungskürzungen in den Krankenhäusern Einstiegsstellen seltener werden, was im krassen Gegensatz zur jüngsten Vergangenheit steht, als Berufseinsteiger rasch eingestellt wurden, um den Arbeitskräftemangel in der Krankenpflege zu beheben. Die Krankenhausverwaltungen räumen eine vorübergehende Verlagerung des Arbeitsmarkts ein, bei der die Entscheidungsträger aufgrund der wirtschaftlichen Lage Kosten und Personalbestand einer genaueren Prüfung unterziehen. Es gibt keine Anreize, Pflegepersonal ohne Berufserfahrung einzustellen, nicht zuletzt weil die Einarbeitung so zeit- und kostenintensiv ist.

42. Schließlich gibt es vereinzelte Anzeichen dafür, dass infolge der Finanzkrise sowie der Bestrebungen, mehr Gesundheitsfachkräfte im Inland auszubilden und die grenzüberschreitende Anwerbung zu „disziplinieren“, die Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften nach Irland und ins Vereinigte Königreich sich möglicherweise abgeschwächt hat; jedoch stellt die Dokumentation solcher Trendänderungen eine große Herausforderung dar, was erneut die Bedeutung der Erhebung von Daten zu den Mustern und Trends der Migration unterstreicht.

Zukunftsausblick

43. Im Hintergrundpapier *Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region*, das für die 57. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa erstellt wurde (38), sind die wesentlichen Herausforderungen zusammengefasst, denen die Mitgliedstaaten heute beim Übergang von Informationen zum Handeln, bei der Verbesserung der Ausbildung mit dem Ziel einer Leistungsverbesserung und bei der Personalführung im Gesundheitswesen gegenüberstehen; ferner wird betont, wie wichtig die Regulierung des Fachkräfteangebots im Gesundheitsbereich, einschließlich der internationalen Koordinierung, ist. Diese Herausforderungen haben nichts an Aktualität eingebüßt, sondern angesichts der derzeitigen Finanzkrise eher sogar noch an Bedeutung gewonnen. Es ist wichtig, dass die Mitgliedstaaten auch künftig Wert auf die Entwicklung langfristiger personalpolitischer Konzepte und Pläne mit dem Ziel der Gewährleistung von Nachhaltigkeit legen und gleichzeitig erkennen, dass Autarkie in einer zunehmend globalisierten Welt mit wachsenden Strömen von Gütern, Dienstleistungen und eben auch Arbeitskräften wohl nicht zu verwirklichen sein wird. Damit würden die Einrichtung und Pflege einer Datenbank und die Verwendung eines vergleichbaren Katalogs von Indikatoren zu Gesundheitspersonal und Migration erforderlich.

44. Eine umfassende Konsultation innerhalb der Europäischen Region wie auch mit internationalen und regionalen Stellen ist bereits im Gange. Derzeit findet eine lebhaft inhaltliche

Debatte über das EU-Grünbuch und die Durchführung des Europäischen Aktionsprogramms von 2007 zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmanagements in den Entwicklungsländern statt. Die Europäische Region der WHO ihrerseits ist im Rahmen ihrer Beteiligung an verschiedenen politischen und fachlichen Gremien wie der Global Health Worker Migration Initiative aktiv an dem Prozess der Ausarbeitung des Verhaltenskodex sowie an der Sammlung von Informationen über Migrationsströme in der Europäischen Region und an anderen Formen von Überzeugungsarbeit, insbesondere mit wie auch gegenüber den Berufsverbänden, beteiligt. Die verbleibende Herausforderung besteht jedoch darin, sicherzustellen, dass der globale Kodex für die Migration von Gesundheitspersonal in seiner endgültigen Form die europäischen Werte Gerechtigkeit, Solidarität und Teilhabe sowie die Grundsätze der Transparenz, der Ethik, der Fairness und des gegenseitigen Nutzens widerspiegelt. Dies würde die Herstellung eines Gleichgewichts zwischen dem Recht des Gesundheitspersonals auf Migration und den Rechten, Erwartungen und Verpflichtungen der betroffenen Staaten, Personalvermittler und Arbeitgeber bedeuten, sodass der Gesamtnutzen für den Einzelnen wie für die Staaten auf Gegenseitigkeit beruht und ausgewogen ist, dass die Beschäftigungsbedingungen Ausbeutung verhindern und dass einheitlich wirksamere Maßnahmen zur Bindung an die Herkunftsländer, insbesondere diejenigen mit extremem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, angestrebt werden.

45. Das Regionalbüro arbeitet im Rahmen seiner zweijährlichen Kooperationsvereinbarungen mit 15 Mitgliedstaaten und deren Berufsverbänden ständig daran, verwertbare Erkenntnisse für fachliche Hilfsmaßnahmen zu sammeln und mit den Mitgliedstaaten einen Grundsatzdialog über Gesundheitspersonal zu führen³. Ferner werden in Partnerschaft mit dem Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) sowie der OECD an Indikatoren für medizinisches Personal gearbeitet und gemeinsam mit dem WHO-Hauptbüro Lösungen für geografische Ungleichgewichte hinsichtlich des Personaleinsatzes angestrebt. Das Regionalbüro wird auch weiterhin in Bezug auf grenzüberschreitende Fragen der Personalpolitik im Gesundheitswesen, z. B. die Migration von Gesundheitsfachkräften, Konsultationen mit allen Mitgliedstaaten führen und zusammen mit seinen Partnern seine Anstrengungen auf dem Gebiet der Überzeugungsarbeit und der Abstimmung bei der Ausarbeitung und letztendlichen Annahme des Verhaltenskodex sowie bei der Harmonisierung und Standardisierung von das Gesundheitspersonal betreffenden Indikatoren für die Überwachung der Migration in die Europäische Region sowie innerhalb der und aus der Region fortsetzen.

Literatur⁴

1. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>).
2. *The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond?* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/25/15/41509236.pdf>).
3. *Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009 (OECD Working Papers No 44; [http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/\\$FILE/JT03261422.PDF](http://www.oilis.oecd.org/oilis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000F0A/$FILE/JT03261422.PDF)).

³ Beispielsweise das vom Regionalbüro veranstaltete Symposium über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften nach ethischen Grundsätzen, das während der Jahrestagung des Europäischen Forums der Ärzteverbände im April 2009 in Bratislava (Slowakei) stattfand.

⁴ Alle Websites eingesehen am 15. Juli 2009.

4. Dubois C, McKee M, Nolte E. *Human resources for health in Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (<http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf>).
5. Vaitheeswaran V. *Health care and technology: Medicine goes digital*. Special Report. *The Economist*, 16 April 2009 (http://www.economist.com/specialreports/displaystory.cfm?story_id=13437990).
6. *Migration of health personnel in the WHO European Region (draft)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (in press).
7. Dussault G, Dubois C. *Human resources for health policies: a critical component in health policies*. Washington, DC, World Bank, 2004 (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>).
8. Birch S et al. *Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework*. *Canadian Public Policy*, 2007, 33(Suppl.):1–16.
9. Bourgeault IL et al. *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_epb_11.pdf).
10. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*; Geneva, World Health Organization, (http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf).
11. *Report of the first expert consultation on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention, Geneva, 2–4 February 2009*. Geneva, World Health Organization (in press).
12. Buchan J. *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_epb_10.pdf).
13. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources (ACHDHR). *A framework for collaborative pan-Canadian health human resources planning*. Ottawa, Health Canada, 2007 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2007-frame-cadre/index-eng.php>).
14. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, Office of the High Commissioner for Human Rights, 1966 (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm).
15. *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment no. 14 (2000)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council, 2000 ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.EN?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.EN?OpenDocument)).
16. *World Health Assembly resolution WHA57.19 on international migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf).
17. *International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. Report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization, 2006 (document A59/18; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_18-en.pdf).
18. *WHO-Regionalkomitee für Europa Resolution EUR/RC57/R1, Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8?language=German).

19. *International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. Report by the Secretariat.* Geneva, World Health Organization, 2008 (document EB122/16 Rev.1; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB122/B122_16Rev1-en.pdf).
20. *Health Workers for All and All for Health Workers. The Kampala Declaration and Agenda for Global Action.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/workforcealliance/Kampala_declaration_final.pdf).
21. *Recruitment and retention of health workers: Policy options towards global solidarity. Report of WHO round table, Kampala, Uganda, 6 March 2008.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E91417.pdf>).
22. *Die Charta von Tallinn: „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438g.pdf>).
23. *WHO-Regionalkomitee für Europa Resolution EUR/RC58/R4, Steuerung und Führung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Region.* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (http://www.euro.who.int/document/RC58/RC58_gres04.pdf).
24. *International recruitment of health personnel: a draft code of practice. Summary of the public hearing.* Geneva, World Health Organization, 2008 (document EB124/Inf.Doc/2; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_ID2-en.pdf).
25. *International recruitment of health personnel: draft global code of practice. A report by the Secretariat.* Geneva, World Health Organization, 2008 (document EB124/13; http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-en.pdf).
26. *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. Recommendations of the meeting, Oslo 1-2 April 2009.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 (http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_crisis_mtg_rec.pdf).
27. *G8 Hokkaido Toyako Summit Leaders Declaration.* Tokyo, Ministry of Foreign Affairs of Japan, 2008 (http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/doc080714__en.html).
28. *Promoting Global Health L'Aquila G8 Health Experts' Report.* Rome, Prime Minister's office, 2009, (http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Health_Experts_Report_and_Accountability,0.pdf).
29. *G8 Leaders Declaration: Responsible leadership for a sustainable future.* Rome, Prime Minister's office, 2009, (http://www.g8italia2009.it/static/G8_Allegato/G8_Declaration_08_07_09_final,1.pdf).
30. *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel: Background paper.* Geneva. World Health Organization, 2009, (http://www.who.int/entity/hrh/migration/code/background_paper_code.pdf).
31. *Recruitment of health workers: towards global solidarity.* Oslo, Directorate for Health and Social Affairs, 2007 (http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf).
32. *European Health for All database [online database].* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfadb>).
33. *OECD health data 2007.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.

34. *International migration outlook 2007*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
35. *Green paper on the European workforce for health*. Brussels, European Commission, 2008 (COM(2008) 725 final) (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:EN:PDF>).
36. *Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region. Overview of the situation in the WHO European Region (background paper)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.
37. Country analysis and forecasts [web site]. London, Economist Intelligence Unit, 2009 (<http://countryanalysis.eiu.com/>) or <http://www.eiu.com/index.asp?rf=0>.
38. *Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region* Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/RC57/gdoc09.pdf>).