



Europäische Ministerkonferenz
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:
„GESUNDHEITSSYSTEME,
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

Wie kann die Migration von Gesundheitsfachkräften gesteuert werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot zu verhindern?

James Buchan



Schlüssel Wörter:

HEALTH PERSONNEL - trends

HEALTH MANPOWER - trends

EMIGRATION AND
IMMIGRATION

DELIVERY OF HEALTH CARE -
organization and
administration

HEALTH POLICY

EUROPE

Dieses Grundsatzpapier wurde für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (25. bis 27. Juni 2008, Tallinn, Estland) verfasst. Es erscheint in einer neuen Reihe, die sich an politische Entscheidungsträger und Gesundheitssystemmanager wendet.

In ihrem Rahmen sollen zentrale Aussagen entwickelt werden, welche die Gestaltung von Politik auf der Grundlage von Erkenntnissen unterstützen. Die Herausgeber beabsichtigen, die Reihe durch kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Autoren auszubauen und die Berücksichtigung von Grundsatzoptionen und Umsetzungsfragen weiter zu verbessern.

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2008

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/ Übersetzen aus
(<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Inhalt

| | Seite |
|--|-------|
| Zentrale Aussagen | |
| Kurzfassung | |
| Grundsatzpapier | |
| Das Thema: Wie lassen sich die Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal steuern? | 1 |
| Die Voraussetzungen für grundsatzpolitische Reaktionen verstehen | 6 |
| Grundsatzpolitisch relevante Ansätze zur Migrationssteuerung entwickeln | 19 |
| Fazit | 26 |
| Literatur | 26 |

Autor

James Buchan, Faculty of Social Sciences and Health Care, Queen Margaret University, Musselburgh, Edinburgh, Vereinigtes Königreich

Herausgeber

WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Redakteur

Govin Permanand

Ko-Redaktion

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Redaktionsassistentz

Kate Willows
Jonathan North

Der Autor und die Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

ISSN 1998-4219

Zentrale Aussagen

- Die internationale Migration von Gesundheitsfachkräften ist ein Thema, das auf der globalen Gesundheitsagenda seit dem Ende der 1990er Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. In Europa hat der Beitritt von mehr Ländern zur Europäischen Union (EU) seit 2004 Gesundheitsfachkräften mehr Mobilität ermöglicht und innerhalb des europäischen Kontextes zusätzliche Probleme aufgeworfen.
- Die Wechselwirkungen von internationaler Mobilität, Migration und Anwerbung sind komplex. Dazu tragen auch die individuellen Motive und die unterschiedlichen Ansätze von Regierungen zur Steuerung, Unterstützung oder versuchten Begrenzung der Ab- oder Zuwanderung von Gesundheitskräften bei.
- Die Migration von Gesundheitspersonal kann positive und negative Aspekte haben. In manchen Ländern kann sie eine Lösung für Personal-mangel sein, sie kann Ländern helfen, die ein Personalüberangebot haben, und sie kann einzelnen Gesundheitskräften ermöglichen, ihre Chancen und ihren Lebensstandard zu verbessern. In Ländern, in denen es bereits zu wenig Gesundheitskräfte gibt, kann sie hingegen den Personal-mangel (weiter) verschärfen sowie die Qualität der Gesundheitsversorgung und den Zugang dazu untergraben. Sie kann sich auch auf die Motivation des Gesundheitspersonals auswirken.
- Es gibt verschiedene Arten von Migration, die unterschiedliche Auswirkungen haben können und unterschiedliche Reaktionen vonseiten der Politik erfordern. Außerdem spielt es eine Rolle, ob ein Land Herkunfts- oder Zielland von Gesundheitskräften ist.
- Die Migration von Gesundheitspersonal ist Teil des umfassenden Wechselspiels von Veränderung und Mobilität innerhalb der Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen, und die grundsatzpolitischen Reaktionen sollten nicht isoliert erfolgen.
- Um die grundsatzpolitischen Herausforderungen zu bewältigen und die Migration zu steuern, sind Maßnahmen in drei Bereichen erforderlich:
 - Damit die Trends bei den Migrationsbewegungen von Gesundheitsfachkräften wirksamer überwacht werden können, muss die Verfügbarkeit von Daten über diese Migrationsbewegungen verbessert werden.
 - Um negative Auswirkungen auf das Angebot an Gesundheitsfachkräften zu vermeiden, muss den Optionen zur Steuerung der Migrationsprozesse mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

- In allen betroffenen Ländern muss eine wirksame Personalpolitik, -planung und -praxis im Gesundheitsbereich sichergestellt und so die Aufrechterhaltung des Angebots besser ermöglicht werden.
-

Kurzfassung

Die Migration qualifizierter Fachkräfte nimmt generell zu. Im Gesundheitssektor haben Ärzte, Pflegekräfte und anderes Gesundheitspersonal auf der Suche nach neuen Chancen und besseren beruflichen Aussichten immer schon die Möglichkeit genutzt, ins Ausland zu gehen. In den letzten Jahren ist das Ausmaß dieser Migration jedoch signifikant größer geworden.

Herkunftsländer, die qualifiziertes Gesundheitspersonal durch Abwanderung ins Ausland verlieren, müssen vielleicht feststellen, dass ihre Gesundheitssysteme unter Personalmangel, einer schlechteren Motivation des verbliebenen Personals sowie einer verringerten Qualität oder Quantität der erbrachten Gesundheitsleistungen leiden. Die Migration von Gesundheitspersonal kann jedoch auch positive Auswirkungen haben. Beispielsweise kann sie Ländern helfen, die ein Personalüberangebot haben, und sie kann eine Lösung für den Personalmangel in Zielländern bieten. Sie kann es auch einzelnen Gesundheitskräften ermöglichen, ihre Qualifikationen, ihre Aufstiegschancen und ihren Lebensstandard zu verbessern.

Die Migration von Gesundheitspersonal ist Teil des umfassenden Wechselspiels von Veränderung und Mobilität innerhalb der Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen, und die grundsatzpolitischen Reaktionen sollten deshalb nicht isoliert erfolgen. Die Wechselwirkungen von internationaler Mobilität, Migration und Anwerbung sind zudem komplex. Sie beziehen sich auf die individuellen Rechte und Entscheidungen, die Motive und Einstellungen von Gesundheitspersonal, die unterschiedlichen Ansätze von Regierungen zur Steuerung, Unterstützung oder versuchten Begrenzung der Ab- oder Zuwanderung von Gesundheitskräften sowie die Rolle von Anwerbungsagenturen als Mittler.

In der Europäischen Region der WHO hat der Beitritt weiterer Länder zur Europäischen Union (EU) in den Jahren 2004 und 2007 Gesundheitsfachkräften mehr Mobilität ermöglicht. Manche Länder, insbesondere diejenigen im Osten, sind besorgt über die Abwanderung von Gesundheitspersonal als Resultat des Beitritts.

Dieses Grundsatzpapier geht auf die grundsatzpolitischen Implikationen der internationalen Migration von Gesundheitspersonal in Europa ein und befasst sich mit der Frage, wie die Migration von Gesundheitsfachkräften so gesteuert werden kann, dass negative Auswirkungen auf das Angebot verringert werden. Der Schwerpunkt liegt auf drei zusammenhängenden Aspekten:

- der Überwachung von Migration (Trends und Migrationsbewegungen verstehen),
- den Migrationsmotiven (den Gründen für die Migration von Gesundheitspersonal und den Implikationen für die Ausarbeitung von Grundsatzmaßnahmen) und

- der Migrationssteuerung (was die Ziele sind, und was im Hinblick auf die angemessene Steuerung der Migration machbar ist).

Überwachung

Bei jeder Untersuchung der Migration von Gesundheitspersonal muss die Zahl der Personen, die in das jeweilige Land kommen oder es verlassen, zur Gesamtzahl derjenigen in Bezug gesetzt werden, die aufhören, als Gesundheitspersonal zu arbeiten. Beispielsweise bleiben vielleicht viele Gesundheitskräfte tatsächlich im Land, scheiden aber aus dem Gesundheitssektor aus. Es gibt auch verschiedene Arten von Migration, die berücksichtigt werden müssen. So gibt es in Bezug auf Migration zwei wichtige Messgrößen, die die Politik beachten sollte: den Bestand an Arbeitsmigranten im Land, ausgedrückt als prozentualer Anteil am Gesamtbestand, der verfügbar ist, um zu arbeiten oder zu praktizieren (dieser Wert signalisiert, in welchem Umfang das Land im Gesundheitsbereich auf Migranten angewiesen ist) sowie die Migrationsbewegungen von Arbeitnehmern in das und/oder aus dem Land (entscheidend für die Bewertung der Frage, wie folgenschwer die Abwanderung sein könnte). Die Messung der Migrationsbewegungen kann auch Einblick in die aktuellen Migrationsverbindungen zwischen Ländern geben.

In der Gesamtbetrachtung lassen die verfügbaren Daten erkennen, dass die Migrationsbewegungen von Gesundheitsfachkräften zugenommen haben, und zwar sowohl aus anderen Regionen nach Europa als auch aus den EU-Beitrittsländern nach Westeuropa und darüber hinaus. Bislang hat die Abwanderung aus den Beitrittsländern in die alten EU-Mitgliedstaaten allerdings nicht den vor dem Beitritt prognostizierten Umfang erreicht.

Motive

Personen haben unterschiedliche Motive für die Migration. Die Migration verläuft jedoch nicht nur einmalig und unidirektional vom Herkunfts- in das Zielland. Gesundheitskräfte verlassen vielleicht ein Land, um in einem zweiten zu arbeiten, und kehren dann entweder in ihr Herkunftsland zurück oder setzen die Migration in ein drittes Land fort oder tun beides. Es kann sogar sein, dass sie in einem Land leben und regelmäßig dessen Außengrenze überschreiten, um in einem anderen zu arbeiten. Wenn die Politik Grundsatzmaßnahmen für eine wirksame Steuerung der Angebotsströme entwickeln will, muss sie die Treibkräfte der Migration von Gesundheitspersonal verstehen.

Steuerung

Um zur Abschwächung jeglicher negativer Auswirkungen auf das Angebot an Gesundheitspersonal beizutragen, sollte die Politik drei Arten von Maßnahmen prüfen.

Maßnahmen zur besseren Überwachung der Migration von Gesundheitspersonal

Die Politik sollte sicherstellen, dass die zwei wichtigsten Indikatoren für die Einschätzung der relativen Bedeutung der Migration und der Anwerbung aus dem Ausland verfügbar sind: Trends in Bezug auf die Zuwanderung von Gesundheitspersonal in das jeweilige Land aus anderen Herkunftsländern (und/ oder die Abwanderung in andere Länder) und in Bezug auf die tatsächliche Zahl der ausländischen Gesundheitskräfte im jeweiligen Land zu jedem Zeitpunkt.

Maßnahmen zur Steuerung von Migrationsbewegungen

Mehrere grundsatzpolitische Interventionen können aktiv zur Steuerung der Zu- oder Abwanderung von Gesundheitskräften aus dem Ausland genutzt werden. Dazu zählen beispielsweise bilaterale Abkommen und Verhaltenskodexe. Der derzeitige Mangel an Forschungsergebnissen und Evaluierungen in diesem Bereich stellt jedoch eine große grundsatzpolitische Beschränkung dar. Die Politik muss deshalb prioritär einen Beitrag zur Verbesserung der Erkenntnisgrundlage leisten, indem sie über Erfahrungen Bericht erstattet und Evaluierungen ihrer Wirkung in Auftrag gibt.

Maßnahmen zur Verbesserung der Personalpolitik und -praxis

Die Migration von Gesundheitsfachkräften erfolgt nicht isoliert von anderen Veränderungen auf den Arbeitsmärkten im Gesundheitssektor. Die Migration kann ein Symptom für tiefer verwurzelte Probleme von Gesundheitssystemen sein. Zu diesen zählen etwa Schwierigkeiten der Bindung von Gesundheitsfachkräften oder bei der Verbesserung der Personalplanung zur Verringerung eines Über- oder Unterangebots. Deshalb muss der allgemeineren Personalpraxis in Gesundheitssystemen Aufmerksamkeit gewidmet werden und insbesondere der fairen und gleichen Behandlung aller Gesundheitsfachkräfte (ob im Inland oder Ausland ausgebildet) sowie der effizienten Nutzung ihrer Fertigkeiten. Dies erfordert die Zusammenarbeit unterschiedlicher staatlicher Stellen und mit anderen Akteuren. Verbesserungen in diese Richtung werden dazu beitragen, mögliche negative Auswirkungen der Migration auf die Leistung von Gesundheitssystemen abzuschwächen.

Grundsatzpapier

Das Thema: Wie lassen sich die Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal steuern?

Die Anwerbung aus dem Ausland und die Migration von Gesundheitspersonal sind Themen, die auf der globalen Gesundheitsagenda seit dem Ende der 1990er Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen haben (1–6). Ärzte, Pflegekräfte und anderes Gesundheitspersonal haben immer schon die Möglichkeit genutzt, auf der Suche nach neuen Chancen und besseren beruflichen Aussichten die Grenzen ihres Herkunftslandes zu überschreiten (7). Wenngleich die Migration qualifizierter Arbeitnehmer in einer Reihe von Sektoren zunimmt (8), hat der signifikante Anstieg der Zahl der Migranten unter den Gesundheitsfachkräften international bestimmte grundsatzpolitische Fragen aufgeworfen und sich zu einem Bereich entwickelt, den die Länder besonders aufmerksam verfolgen.

Dieses Grundsatzpapier präsentiert einen Überblick über die grundsatzpolitischen Implikationen der internationalen Migration von Gesundheitspersonal in der Europäischen Region der WHO. Es stützt sich auf eine Sichtung der Literatur in Form von veröffentlichten Berichten und grauer Literatur sowie auf verfügbare Datenreihen und konzentriert sich auf die internationale Migration (die Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal über Landesgrenzen). Aus dem europäischen Blickwinkel bedeutet dies die Migration innerhalb Europas, zwischen europäischen Ländern sowie nach Europa aus anderen Teilen und aus Europa in andere Teile der Welt. Die letztgenannte Form der Migration war von besonderer Bedeutung für einige europäische Länder, bei denen weiterhin enge postkoloniale Verbindungen zu Ländern in Afrika, Asien und Südamerika bestehen. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Binnenmigration von Gesundheitspersonal (das heißt die Arbeitsmigration innerhalb von Ländern) für manche Länder ebenfalls ein wichtiger grundsatzpolitischer Faktor ist. Sie verschärft häufig bestehende Probleme der geografischen Ungleichverteilung, ist aber nicht Gegenstand dieses Grundsatzpapiers.

Die Auswirkungen der Migration von Gesundheitsfachkräften auf die Leistung von Gesundheitssystemen sind zu einem wichtigen Aspekt der internationalen gesundheitspolitischen Debatte sowohl innerhalb Europas als auch weltweit geworden. Im Weltgesundheitsbericht 2006 (9) wurde auf die potenziellen negativen Auswirkungen der Abwanderung von Gesundheitspersonal aus manchen Entwicklungsländern hingewiesen, und auf der Weltgesundheitsversammlung (10) wurde das Thema erörtert. Innerhalb Europas haben sich sowohl die Europäische Union (EU) als auch der Europarat damit befasst. Es wurde als ein wichtiger Faktor für die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal in der Europäischen Region der WHO eingestuft und stand auf der Tagesordnung

der 57. Tagung des WHO-Regionalkomitees für Europa im September 2007 in Belgrad (6).

Die Landesgrenzen überschreitende Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal in Europa und darüber hinaus wirft für nationale Regierungen und internationale Organisationen eine Reihe grundsatzpolitischer Fragestellungen auf, die in Kasten 1 zusammengefasst sind.

Die internationale Migration von Gesundheitspersonal wird häufig unter dem einfachen Gesichtspunkt einer unidirektionalen linearen Abwanderung von Fachkräften betrachtet, die zur Folge hat, dass die Gesundheitssysteme der Länder, die qualifiziertes Gesundheitspersonal durch Abwanderung verlieren, Personalmangel, eine Verschlechterung der Motivation des verbliebenen Personals sowie eine Abnahme der Qualität und der Quantität von Leistungen sowie des Zugangs dazu verzeichnen (4, 12). Die Wechselwirkungen von internationaler Mobilität, Migration und Anwerbung sind jedoch komplex. Sie beziehen sich auf die individuellen Rechte und Entscheidungen (13), die Motive und Einstellungen von Gesundheitspersonal, die unterschiedlichen Ansätze von Regierungen zur Steuerung, Unterstützung oder versuchten Begrenzung der Ab- oder Zuwanderung von Gesundheitskräften sowie die Rolle von Anwerbungsagenturen als Mittler in dem Prozess (14).

Die Migration kann zeitlich begrenzt oder dauerhaft sein, freiwillig oder erzwungen oder von verschiedenen Faktoren im Ziel- und/oder Herkunftsland ausgelöst sein (2). Unterschiedliche Arten von Migrationsbewegungen können unterschiedliche Treibkräfte, Wirkungen und grundsatzpolitische Implikationen haben. Die verfügbaren Daten gestatten jedoch keine einfache Unterscheidung zwischen Arten von Migrationsbewegungen. Die Dokumentation zur Migration ist international wenig vereinheitlicht, was es schwierig macht, den Umfang der allgemeinen Migrationsbewegungen zwischen Staaten zu vergleichen (15). Häufig fehlen auch separate Daten zu Gesundheitsfachkräften (16). Deshalb ist es mit den verfügbaren Daten nicht möglich, ein detailliertes gesamtregionales, geschweige denn ein internationales Bild der Trends in Bezug auf die Ab- und Zuwanderung von Ärzten, Pflegekräften und anderem Gesundheitspersonal zu zeichnen oder zu beurteilen, ob das Verhältnis zwischen temporären und dauerhaften Migranten ausgewogen ist.

Ein weiterer Faktor, der in Europa eine Rolle spielt, ist der Beitritt weiterer Mitgliedstaaten zur EU in den Jahren 2004 und 2007, wodurch sich die Mobilität von Ärzten, Pflegekräften und anderem Personal erhöht hat. Manche Länder, insbesondere solche im Osten, sind besorgt entweder über die Abwanderung von Gesundheitspersonal als Resultat ihres Beitritts oder darüber, dass die Abwanderung zunehmen wird, weil sie jetzt Teil eines viel größeren freien Marktes für mobile Gesundheitsfachkräfte sind. Ein vor der Erweiterung von 2004 fertig gestellter Bericht enthielt die Angabe, dass im Jahr 2000 in

Kasten 1: Migration von Gesundheitspersonal: grundsatzpolitische Fragestellungen und die notwendige Erkenntnisgrundlage

Herkunftsländer

Grundsatzpolitik

- Sollte die Abwanderung unterstützt oder gefördert werden (um Einkommen aus Überweisungen aus dem Ausland zu sichern oder das Überangebot abzubauen)?
- Sollte die Abwanderung beschränkt oder gemindert werden (um den Fachkräfteverlust zu verringern)? Wenn ja, wie, und was ist wirksam und ethisch?
- Sollten Anwerbungsagenturen reguliert werden?

Erkenntnisgrundlage

- Welche Arten von Arbeitskräften wandern ab, und wie hoch sind die Zahlen?
- Was sind die Zielländer bei der Abwanderung?
- In welchem Umfang ist die Abwanderung dauerhaft beziehungsweise zeitlich begrenzt (kurz- oder langfristig)?
- In welchem Umfang finden abwandernde Gesundheitskräfte in anderen Ländern Arbeit im Gesundheitssektor oder seinem Umfeld oder nehmen eine Aus- oder Weiterbildung auf, und in welchem Umfang treten sie in andere Sektoren als dem Gesundheitssektor ein?
- Wie groß ist der Umfang der Abwanderung in andere Länder im Vergleich zur Abwanderung in andere Sektoren innerhalb des Landes?
- Was sind die Auswirkungen der Abwanderung?
- Warum wandert Gesundheitspersonal ab?
- Wie sollte die Arbeitsmigration überwacht werden?

Zielländer

Grundsatzpolitik

- Erfolgt die Zuwanderung auf Dauer?
- Ist die Zuwanderung ein kostenwirksamer Weg zur Behebung von Fachkräftemangel?
- Ist die Zuwanderung ethisch vertretbar?
- Sollten Anwerbungsagenturen reguliert werden?

Erkenntnisgrundlage

- Was sind die Herkunftsländer der Zuwanderer?
- In welchem Umfang ist die Zuwanderung dauerhaft beziehungsweise zeitlich begrenzt?
- In welchem Umfang finden zuwandernde Gesundheitskräfte im Land Arbeit im Gesundheitssektor oder seinem Umfeld oder nehmen eine Aus- oder Weiterbildung auf? Welcher Anteil tritt in andere Sektoren als dem Gesundheitssektor ein?
- Wird die Zuwanderung wirksam gesteuert?
- Warum wandert Gesundheitspersonal zu?
- Wie sollten Migrationsbewegungen überwacht werden?

Kasten 1: Migration von Gesundheitspersonal: grundsatzpolitische Fragestellungen und die notwendige Erkenntnisgrundlage (fortgesetzt)

Internationale Organisationen

- Wie sollte die internationale Arbeitsmigration von Gesundheitspersonal überwacht werden?
- Sollten die Organisationen in den Prozess eingreifen (beispielsweise einen ethischen Rahmen entwickeln, zwischenstaatliche Kontakte fördern, die Einführung der Rechtskonformität unterstützen)?

Quelle: Buchan (11).

den 15 EU-Mitgliedstaaten 13 Millionen Ausländer lebten, von denen die Hälfte Bürger anderer EU-Länder waren. Außerdem belief sich im Jahr 2000 der Zuzug von Migranten in die EU auf 680 000 oder 2,2 pro 1000 Einwohner. Das Einkommensgefälle zwischen den Beitrittsländern in Mittel- und Osteuropa und den etablierten Mitgliedstaaten wurde auf 60% geschätzt und war damit deutlich größer als bei der vorhergehenden EU-Erweiterung (17).

Die EU hat ihre Besorgnis über die Auswirkungen der Migration von Gesundheitspersonal auf die Gesundheitssysteme in den Entwicklungsländern zum Ausdruck gebracht, wo der Verlust von Fachkräften besonders schwer wiegt (18). Der 1999 begonnene Bologna-Prozess, mit dem bis 2010 ein gemeinsamer europäischer Hochschulraum geschaffen werden soll, um die Anerkennung von Qualifikationen innerhalb Europas zu erleichtern, hat ebenfalls einen Einfluss auf die Mobilität von Gesundheitsfachkräften (4). Erst jüngst hatten führende EU-Vertreter laut über die Einführung eines EU-weiten Kartensystems ähnlich dem für die Green Card in den Vereinigten Staaten nachgedacht. Sie würde für hoch qualifizierte Fachkräfte aus Nicht-EU-Ländern einen einheitlichen Zugang zum gesamten Arbeitsmarkt der EU darstellen – Berichten zufolge auch für Ärzte und Pflegekräfte. Das System wurde von mehreren Seiten kritisiert, und seine Ratifizierung durch alle 27 Mitgliedstaaten ist deshalb auf kurze Sicht unwahrscheinlich (19).

Das WHO-Regionalkomitee für Europa befasste sich auf seiner 57. Tagung mit der Gesundheitspersonalproblematik einschließlich der Migration und verabschiedete die Resolution EUR/RC57/R1 (20). Darin werden die Mitgliedstaaten eindringlich um Folgendes gebeten:

- die Daten- und Wissensgrundlage über Gesundheitspersonal zu verbessern und auszuweiten,
- personalpolitische Konzepte im Gesundheitsbereich als Teil der Entwicklung des Gesundheitssystems zu erarbeiten, einzubetten und zu integrieren,
- die maßgeblichen Trends bei der Migration von Gesundheitspersonal sowie deren Auswirkungen zu bewerten und

- die Planung des Personalangebots im Gesundheitswesen gegebenenfalls auf die Verwirklichung von Gesundheit für alle auszurichten.

Einige der Probleme im Zusammenhang mit der Migration von Gesundheitspersonal innerhalb Europas sind in Kasten 2 veranschaulicht, der ausgewählte Beispiele für die grundsatzpolitischen Herausforderungen präsentiert, vor denen die Regierungen derzeit stehen.

Die Migration von Gesundheitskräften kann positive und negative Aspekte haben. In manchen Ländern kann sie eine Lösung für Personalmangel sein, und sie kann Herkunftsländern helfen, die ein Personalüberangebot haben. Sie kann auch die Aussichten auf Einkommen aus Überweisungen erhöhen, die in das Herkunftsland transferiert werden, und es einzelnen Gesundheitsfachkräften ermöglichen, ihre Qualifikationen, ihre Aufstiegschancen und ihren Lebensstandard zu verbessern. Die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland hat in manchen Ländern den Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachkräften gelindert. Sie bietet jedoch nur eine kurzfristige Lösung. Weil die Ausbildung einer Pflegekraft drei bis fünf und die eines erfahrenen Oberarztes 15 bis 20 Jahre dauert, kann sie aber für die Politik durchaus attraktiv sein. Die Anwerbung aus dem Ausland führt zu einer wesentlich rascheren Verfügbarkeit benötigten Personals, und die Ausbildungskosten wurden zudem von anderen getragen. Diese aktive Anwerbung von Pflegekräften, Ärzten und anderem Personal erfolgt zusätzlich zu natürlichen Migrationsbewegungen.

Kasten 2: Beispiele grundsatzpolitischer Herausforderungen in der Europäischen Region

In Kroatien ergaben Erhebungen der Einstellung von Medizinstudenten im letzten Studienjahr, dass 76% die Auswanderung erwägen würden, wenn sie im Land selbst die gewünschte Spezialisierung nicht einschlagen könnten. Als bevorzugtes Ziel wurde die EU genannt und als Hauptgrund für die Auswanderung ein höheres Gehalt.

In der Tschechischen Republik sind keine Statistiken mit konkreten Zahlen zur Migration von Gesundheitspersonal verfügbar.

Viele rumänische Pflegekräfte arbeiten derzeit mit zeitlich begrenzten Verträgen im Ausland. Es ist nicht klar, ob sie beabsichtigen, bei Vertragsende nach Rumänien zurückzukehren. Die Qualifikationen, die sie im Ausland erwerben, würden sich jedoch positiv auf das rumänische Gesundheitssystem auswirken.

In Serbien dürften Mechanismen zur Registrierung von sowohl ins Ausland abwandernden Fachkräften als auch Arbeitsmigranten im Gesundheitsbereich allgemein erforderlich werden, wenn der Trend zur Arbeitslosigkeit bei Ärzten anhalten sollte.

Quelle: Wiskow (21).

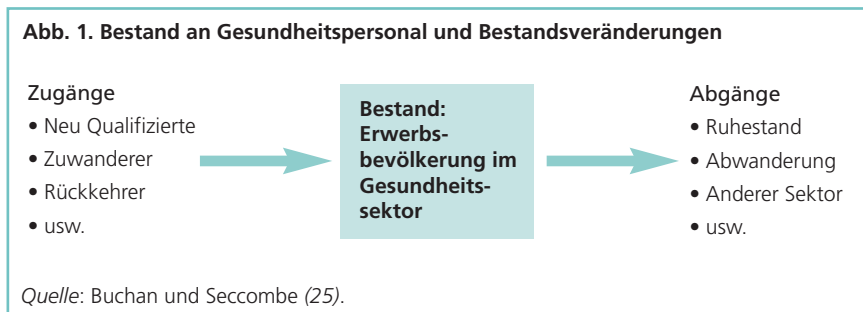
Im restlichen Teil dieses Grundsatzpapiers wird auf die Frage eingegangen, wie die Migration von Gesundheitsfachkräften so gesteuert werden kann, dass negative Auswirkungen auf das Angebot verringert werden. Der Schwerpunkt liegt auf drei zusammenhängenden Aspekten: der Migrationsmessung (Trends und Bestände/Bestandsveränderungen verstehen), den Migrationsmotiven (den Gründen der Migration von Gesundheitspersonal und den Implikationen für die Ausarbeitung von Grundsatzmaßnahmen) und der Migrationssteuerung (was ist erwünscht, und was ist notwendig sowie angemessen, wenn die Migration gesteuert werden soll).

Die Voraussetzungen für grundsatzpolitische Reaktionen verstehen

Migration messen

Bei jeder Untersuchung der Migration von Gesundheitspersonal sollte das Ausmaß des Problems verstanden werden: Das heißt, es sollte Klarheit darüber bestehen, wie viele Gesundheitskräfte das Land verlassen (oder zuwandern) im Verhältnis zur Gesamtzahl derjenigen, die aufhören als Gesundheitspersonal zu arbeiten (oder hinzukommen). Beispielsweise bleiben viele Gesundheitskräfte, die aus dem Gesundheitssektor ausscheiden, dennoch im Land. Die Arbeitsmärkte im Gesundheitssektor sind gewöhnlich dynamisch: Personal tritt ein und aus oder wechselt zwischen Organisationen innerhalb eines Arbeitsmarktes. Jedes Verfahren zur Messung von Trends in Bezug auf Arbeitsmärkte für Gesundheitspersonal muss diese Dynamik erfassen können (22–24).

Personen, die zum Gesundheitspersonal in einem Land dazu stoßen, können Migranten aus anderen Ländern sein. Es wird jedoch auch Personalzugänge aus der Ausbildung, anderen Beschäftigungsarten und so weiter geben. Gleichermäßen wird ein Teil des aus dem Gesundheitssektor ausscheidenden Personals ins Ausland gehen; andere Teile werden jedoch in den Ruhestand eintreten oder eine Beschäftigung in anderen Sektoren aufnehmen und so weiter. Abb. 1 zeigt eine einfache Darstellung des Gesundheitssektors als ein



einheitliches System. Parallel dazu können komplexere Modelle mit unterschiedlichen Kästen für jede Organisation innerhalb des Sektors entwickelt werden.

Die Migration ins Ausland ist vielleicht der augenfälligste Aspekt des Personalverlusts im Gesundheitssektor; in Zahlen ausgedrückt muss sie jedoch nicht die größte Bestandsveränderung ausmachen. Andere Abgänge beispielsweise in den Ruhestand oder in andere Landesteile können zahlenmäßig bedeutender sein. Die Politik muss die Migration von Gesundheitskräften im weiter gefassten Kontext der Dynamik des Gesundheitspersonals beurteilen (14). Der erste Schritt muss deshalb sein, Klarheit über die relative Größenordnung der Zuwanderung und/oder Abwanderung zu gewinnen. Zu diesem Zweck kann eine Einschätzung der Auswirkungen der Migration auf die Gesamtzahl (den Bestand) der Arbeitskräfte im System und des Umfangs der Migration im Vergleich zu anderen Bestandsveränderungen vorgenommen werden.

Auch muss berücksichtigt werden, dass die Migration die nationalen Arbeitsmärkte miteinander verknüpft und der aktuelle Personalbestand dieser Arbeitsmärkte stark differieren kann. Daten zum Gesamtumfang und zur Dichte des Gesundheitspersonalbestands in unterschiedlichen Ländern in der Region belegen beträchtliche Ungleichheiten. Schätzungen der WHO zufolge gibt es in der Europäischen Region mehr als 16,6 Millionen Gesundheitskräfte, was einem Durchschnitt von 18,9 pro 1000 Einwohner entspricht. Dies entspricht etwa 10% der Erwerbsbevölkerung (26). Die WHO hat auch detailliertere Schätzungen veröffentlicht, für die sie neuere Daten verwendet hat, die große Unterschiede der Zahl der Gesundheitskräfte pro 100 000 Einwohner deutlich machen. Die Dichte der Gesundheitskräfte ist im Allgemeinen am höchsten in den EU-Ländern (Tabelle 1). Bei Ländern mit geringerer Dichte ist die Wahrscheinlichkeit am größten, dass sie anfällig für negative Auswirkungen der Abwanderung von Gesundheitskräften sind.

In einem Bericht für die Internationale Arbeitsorganisation wurde vermerkt, dass die Beschäftigung im Gesundheitssektor im Zeitraum von 1995 bis 2000 in den westeuropäischen Volkswirtschaften im Allgemeinen zugenommen hat. Die Volkswirtschaften im Übergang zur Marktwirtschaft verzeichneten dagegen bestenfalls einen marginalen Anstieg und viele sogar einen Rückgang (21). Neuere Berichte des WHO-Regionalbüros für Europa prognostizieren jedoch für die nächsten Jahre einen Mangel an qualifizierten Gesundheitskräften und nicht einfach nur aufgrund von Migration. 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 (26).

Tabelle 1: Gesundheitsfachkräfte pro 100 000 Einwohner, 2002

| Ländergruppe | 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 | 293,14 | 767,68 | 66,90 | 16,38 |
| Gemeinschaft Unabhängiger Staaten | 373,55 | 794,18 | 54,15 | 18,44 |

Quelle: WHO-Regionalbüro für Europa (26).

Der Bestand an Arbeitsmigranten im Gesundheitsbereich und Bestandsveränderungen

Wie in Abb. 1 gezeigt, gibt es in Bezug auf Migration zwei wichtige Messgrößen, die die Politik berücksichtigen sollte:

- Den Bestand an Arbeitsmigranten im Land, ausgedrückt als prozentualer Anteil am Gesamtbestand, der verfügbar ist, um zu arbeiten oder zu praktizieren. Dieser Wert signalisiert, in welchem Umfang das Land im Gesundheitsbereich auf Migranten angewiesen beziehungsweise von ihnen abhängig ist.
- Die Migration von Arbeitnehmern in das und/oder aus dem Land. Dabei handelt es sich um ein Maß für die Dynamik des Prozesses, welches für die Bewertung der Frage entscheidend ist, wie folgenschwer die Abwanderung von Gesundheitskräften für die Herkunftsländer sein kann. Es kann auch Einblick in die aktuellen Migrationsverbindungen zwischen Ländern geben.

Die Politik muss den Umfang der Abwanderung von Gesundheitskräften in andere Länder mit Bewegungen zwischen Sektoren und Regionen innerhalb des Landes vergleichen können. Nur dann kann sie beurteilen, ob die Migration aus dem Land ein signifikantes Problem darstellt (14).

Die vier wichtigsten Datenquellen für Bestände und Bestandsveränderungen sind a) Volkszählungen, b) Arbeitserhebungen (die bei der Bestimmung des Bestands nützlich sein können), c) berufsbezogene Registrierungs-, Bescheinigungs- und Verifizierungsprozesse sowie d) Daten über Arbeitsgenehmigungen und Auswanderung (die bei der Bestimmung von Zugängen/ Abgängen nützlich sein können). Kein europäisches Land ist in der Lage, genaue, vollständige und aktuelle Angaben zum Gesamtbestand an ausländischen Gesundheitsfachkräften und dessen Veränderungen zu machen. Die Länder verwenden auch unterschiedliche Definitionen und Bezeichnungen, beispielsweise „im Ausland geboren“, „im Ausland ausgebildet“ und „Herkunftsland“. Jede dieser vier Quellen kann nur eingeschränkt verwendet werden, was Ländervergleiche von Migrationsumfang und Migrationsbewegungen sehr erschwert (3, 16). Beispielsweise wurde in der in Kasten 2 erwähnten Studie zur Migration von Gesundheitspersonal in vier Ländern (21) Folgendes festgestellt:

- In Kroatien waren aus offiziellen statistischen Quellen keine Daten zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal oder zur Überwachung innerstaatlicher Bewegungen verfügbar.
- In der Tschechischen Republik gab es keine statistischen Ressourcen zur Überwachung des Umfangs der Ab- und Zuwanderung von Gesundheitspersonal. Mit Hilfe der Ärztekammer und von Berufsverbänden konnten jedoch in gewissem Umfang Informationen zu Auswanderungsabsichten verifiziert werden.
- In Rumänien waren Daten zur Migration von Gesundheitspersonal nicht öffentlich verfügbar, und die Informationen, die zugänglich waren, waren „fragmentiert, spärlich und von schlechter Qualität“.
- In Serbien konnten Informationen zur Migration von Gesundheitspersonal aus Volkszählungsdaten abgeleitet werden. Sie ließen darauf schließen, dass Pflegekräfte im Allgemeinen auf Dauer abwandern (die Mehrheit hält sich mehr als zehn Jahre im Ausland auf), während die Trends bei Ärzten uneinheitlicher sind.

Eine andere Beschränkung bezüglich der verfügbaren Informationen ergibt sich aus dem Umstand, dass es so gut wie unmöglich ist, die Abwanderung zu verfolgen, wenn die Betroffenen nicht eine ähnliche Tätigkeit im Zielland aufnehmen. Beispielsweise wird eine polnische Krankenschwester, die Polen verlässt und im Vereinigten Königreich eine Stelle als Pflegeassistentin annimmt, in den Daten zur Registrierung/Verifizierung des Berufsnachweises nicht als Migrantin erfasst (14). Außerdem erkennt man vielleicht nicht die grundsatzpolitischen Implikationen der Abwanderung bestimmter Spezialisten in einem Gesundheitsberuf wie Anästhesisten oder Intensivpflegekräfte, wenn man sich nur auf die Gesamtzahlen in jedem Gesundheitsberuf konzentriert.

Datenbeschränkungen machen es sehr schwierig, Migrationsbewegungen so detailliert mit irgendeinem Anspruch von Genauigkeit zu beurteilen.

Was den Bestand betrifft, so berichtet die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dass die Zahl der im Ausland ausgebildeten Ärzte in manchen westeuropäischen Ländern in den letzten 30 Jahren beträchtlich zugenommen hat. Zwischen 1970 und 2005 stiegen beispielsweise die Anteile der im Ausland ausgebildeten Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte in Frankreich und den Niederlanden von 1% auf 6%, in Dänemark von 3% auf 11%, in Schweden von 5% auf 16,1% und im Vereinigten Königreich von 26% auf 33% (4). Die OECD hat die neuesten verfügbaren Daten gesammelt, die einige Schätzungen des Anteils (Bestands) „im Ausland geborener“ Pflegekräfte und Ärzte liefern, die in OECD-Ländern arbeiten (Tabelle 2).¹

Zwischen unterschiedlichen europäischen OECD-Ländern variieren die Anteile der im Ausland geborenen Pflegekräfte und Ärzte am Gesamtbestand erheblich. Beispielsweise weist Finnland nur 0,8% seiner Pflegekräfte als im Ausland geboren aus, während es in Irland, Österreich und dem Vereinigten Königreich 14–15% sind. Nur 4% der Ärzte in Finnland und 7,5% in Spanien werden als im Ausland geboren ausgewiesen, verglichen mit mehr als einem Drittel in Irland und dem Vereinigten Königreich. Während der Prozentsatz im Ausland geborener Pflegekräfte in OECD-Ländern dem allgemeinen Muster bei allen Berufen mit hohen Qualifikationsanforderungen entspricht, liegt der Prozentsatz der Ärzte gewöhnlich wesentlich höher. Der Anteil im Ausland geborener Apotheker ist verbreitet niedriger als bei anderen Kategorien von Gesundheitsfachkräften. Die OECD macht auch Angaben zu Expatriierungsraten: dem Anteil von in OECD-Ländern arbeitenden Pflegekräften und Ärzten aus anderen Ländern am Gesamtbestand im jeweiligen Herkunftsland (Tabelle 3).

Wie Tabelle 3 zeigt, variieren die Expatriierungsraten aus Ländern in anderen Regionen in Bezug auf den Bestand, der in OECD-Ländern arbeitet, beträchtlich (Tabelle 3). Die Rate kann in manchen Ländern wie Bangladesch, in denen es relativ wenige Pflegekräfte oder Ärzte insgesamt gibt, deutlich höher sein. Andere Länder weisen einen hohen Gesamtbestand aus, sodass selbst bei einer hohen Zahl ins Ausland abwandernder Gesundheitskräfte nur ein relativ kleiner Prozentsatz des Gesamtbestands das Land verlassen hat. Beispielsweise arbeiten Berichten zufolge mehr als 20 000 indische Pflegekräfte in OECD-Ländern. Dies macht jedoch nur 2,6 % der Gesamtzahl der Pflegekräfte in Indien aus.

¹ Diese Schätzungen beziehen sich auf das Geburtsland, das sich von dem Land unterscheiden kann, in dem die Ausbildung absolviert wurde. Die Daten beziehen sich auf unterschiedliche Jahre. Sofern nicht anders vermerkt, stammen alle Daten in diesem Abschnitt von der OECD (4).

Tabelle 2: Schätzungen zu im Ausland geborenen, ihren Beruf ausübenden Gesundheitsfachkräften, ausgewählte OECD-Mitgliedsländer, um 2000

| Wohnsitzland | Im Ausland geborene Pflegerkräfte | | Im Ausland geborene Ärzte | |
|---------------------------|--------------------------------------|------|------------------------------|------|
| | Anz. | % | Anz. | % |
| Österreich | 8 217 | 14,5 | 4 400 | 14,6 |
| Finnland | 470 | 0,8 | 575 | 4,0 |
| Frankreich | 23 308 | 5,5 | 33 879 | 16,9 |
| Deutschland | 74 990 | 10,4 | 28 494 | 11,1 |
| Irland | 6 204 | 14,3 | 2 895 | 35,3 |
| Norwegen | 4 281 | 6,1 | 2 761 | 16,6 |
| Spanien | 5 638 | 3,4 | 9 433 | 7,5 |
| Vereinigtes Königreich | 81 623 | 15,2 | 49 780 | 33,7 |

Die OECD stellt bezüglich der Migration von Gesundheitskräften spezielle Verbindungen zwischen Ländern und Regionen fest. Beispielsweise erfolgt die Arbeitsmigration aus Lateinamerika primär nach Spanien sowie in die Vereinigten Staaten und die aus Nordafrika überwiegend nach Frankreich. Schätzungen zufolge wiesen in der Gesamtbetrachtung afrikanische und karibische Länder relativ hohe Raten der Abwanderung in OECD-Länder aus; dies gilt vor allem für afrikanische Länder, die im letzten Jahrzehnt von größeren Konflikten betroffen waren (4,27).

Mit Blick auf die Auswirkungen der Zuwanderung wird darauf hingewiesen, dass zwischen 1970 und 2005 die Zahl der im Ausland ausgebildeten Ärzte in den meisten OECD-Ländern (außer Kanada) rasch zugenommen hat und folglich ihr Anteil drastisch gestiegen ist. Der Bericht enthält die Schlussfolgerung, dass diese Langzeittrends bis zu einem gewissen Grad auf die Zunahme der Migration in jüngerer Zeit zurückzuführen sind (4).

Tabelle 3: Schätzungen von Expatriierungsraten von Ärzten und Pflegekräften aus ausgewählten europäischen und afrikanischen/asiatischen Ländern, um 2000

| Land | In OECD-Ländern arbeitende Pflegekräfte | | In OECD-Ländern arbeitende Ärzte | |
|-------------|--|---------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| | Anz. | Expatriierungsrate (%) | Anz. | Expatriierungsrate (%) |
| Albanien | 415 | 3,5 | 271 | 6,2 |
| Bulgarien | 789 | 2,6 | 1856 | 6,2 |
| Zypern | 706 | 19,1 | 627 | 25,2 |
| Ungarn | 2117 | 2,4 | 2538 | 7,2 |
| Polen | 9153 | 4,6 | 5821 | 5,8 |
| Rumänien | 4440 | 4,9 | 5182 | 10,9 |
| Bangladesch | 651 | 3,1 | 2127 | 5,2 |
| Kamerun | 1338 | 4,9 | 572 | 15,5 |
| Kongo | 452 | 12,3 | 539 | 41,6 |

Hinweis. Für viele Länder, die aus der Auflösung der früheren UdSSR hervorgegangen sind, sind keine vollständigen Daten verfügbar.

Abwanderung aus Beitrittsstaaten

Wie weiter oben bereits erwähnt, sind die Auswirkungen des EU-Beitritts auf die Migration von Gesundheitspersonal aufgrund von Datenbeschränkungen schwer genau zu beurteilen. Dennoch scheint es gewisse Erkenntnisse dahingehend zu geben, dass die Abwanderung aus den zehn der EU 2004 beigetretenen Staaten nicht den Umfang erreicht hat, der von der Politik zum Zeitpunkt des Beitritts befürchtet wurde. Beispielsweise wurde in einem 2006 veröffentlichten WHO-Bericht auf der Grundlage von Länderstudien darauf hingewiesen, dass es zwar Anzeichen für eine Zunahme der Abwanderung

von Gesundheitsfachkräften aus Estland, Litauen und Polen gab, die Zahlen jedoch nicht so hoch wie vorhergesehen ausgefallen waren, weil die tatsächliche Abwanderungsabsicht vieler Gesundheitsfachkräfte in damals durchgeführten Erhebungen überschätzt worden war. Die Autoren warnten jedoch, dass der Beitritt dieser Länder erst zwei Jahre zurückliegen würde und alle drei mit verstärkter Abwanderung rechnen müssten (14). Berichte zu anderen Beitrittsländern und zu osteuropäischen Ländern kamen zu ähnlichen Ergebnissen (4,21,28). In Kasten 3 sind einige der zentralen Ergebnisse zum Thema EU-Beitritt und Migration von Gesundheitspersonal zusammengefasst.

Kasten 3: Beispiele für die Auswirkungen des EU-Beitritts und der EU-Erweiterung

Im Vereinigten Königreich waren zwischen Mai 2004 und Dezember 2006 530 Krankenhausärzte, 340 Zahnärzte, 950 Pflegekräfte (einschließlich 300 Zahnarztthilfskräften) und 410 Krankenpflegehilfs- und -assistentenkräfte bei der Arbeitnehmerregistrierungsstelle (*Worker Registration Scheme*) als aus den neuen EU-Mitgliedstaaten stammend registriert.

In Irland verdoppelte sich die Zahl der im Gesundheitssektor beschäftigten Bürger von EU-Ländern zwischen September 2004 und 2005 von 700 auf etwa 1300.

In Schweden stieg die Zahl der Ärzten aus anderen EU-Ländern erteilten Arbeitsgenehmigungen von 230 im Jahr 2003 auf 740 im Jahr 2004.

In Polen wurden zwischen Mai 2004 und Juni 2006 mehr als 5000 Ärzte (4,3 % der aktiven Erwerbsbevölkerung) und 2800 Krankenschwestern (1,2 %) neu zugelassen. Der größte Teil der Zunahme der Abwanderung in EU-Länder war nicht von Dauer.

In Kroatien, Rumänien, Serbien und der Tschechischen Republik schien die Mobilität des Gesundheitspersonals „entgegen den Befürchtungen über eine Massenmigration im Kontext der EU-Erweiterung“ niedrig zu sein.

Quellen: Dumont und Zurn (4), Wiskow (21).

Migrationstomotive

Wenn die Politik Grundsatzmaßnahmen entwickeln will, die den Problemen der Steuerung der Angebotsströme gerecht werden sollen, muss sie die Treibkräfte der Migration von Gesundheitspersonal verstehen (12, 14, 29, 30). Diese Treibkräfte werden häufig als Push- und Pull-Faktoren bezeichnet. In der nachstehenden Tabelle 4 sind einige der möglichen Push- und Pull-Faktoren für Gesundheitspersonal zusammengefasst. Bis zu einem gewissen Grad präsentieren diese Faktoren ein Spiegelbild der Herkunfts- und Zielländer – in Bezug auf relative Vergütung, Aufstiegschancen, Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld. Wo der relative Unterschied (oder der empfundene Unterschied) groß ist, wird sich die Sogwirkung des Ziellandes bemerkbar machen.

Tabelle 4: Wichtige Push- und Pull-Faktoren für die Migration und die internationale Anwerbung von Gesundheitspersonal

| Push-Faktoren | Pull-Faktoren |
|---|---|
| Niedrige Vergütung (absolut und/oder relativ) | Möglichkeiten, zurückgebliebenen Angehörigen Geld zu überweisen |
| Schlechte Arbeitsbedingungen | Bessere Arbeitsbedingungen |
| Fehlende Ressourcen für effektive Arbeit | Besser ausgestattete Gesundheitssysteme |
| Begrenzte Aufstiegschancen | Aufstiegschancen |
| Begrenzte Bildungsmöglichkeiten | Bildungsmöglichkeiten über die Grundschule hinaus |
| Folgen von HIV/Aids | Politische Stabilität |
| Instabile/gefährliche Arbeitsumgebung | Reisemöglichkeiten |
| Wirtschaftliche Instabilität | Möglichkeiten zur Mitarbeit bei Hilfsorganisationen |

Im Allgemeinen spielt das Einkommensniveau eine wichtige Rolle für die Gesamtlebenszufriedenheit und wurde als eine maßgebliche Triebkraft für Migration ermittelt (31). Untersuchungen zum Gehaltsgefälle zwischen Gesundheitspersonal in Industrie- und Entwicklungsländern offenbaren in der Tat große Unterschiede, die nicht leicht zu überbrücken sind (32). Außerdem war das „Zufriedenheitsgefälle“ zwischen den Beitrittsländern und den 15 etablierten EU-Mitgliedstaaten besonders ausgeprägt in Bezug auf die finanzielle und die Beschäftigungssituation, das Gesundheitssystem sowie die persönliche Sicherheit: Personen in den Beitrittsländern zeigten sich in diesen Bereichen deutlich weniger zufrieden (33).

Unabhängig davon können in bestimmten Ländern zu bestimmten Zeiten andere Faktoren wie Sorge um die persönliche Sicherheit in Krisengebieten und wirtschaftliche Instabilität wichtige Push-Faktoren darstellen. Andere Pull-Faktoren wie die Möglichkeit, zu reisen oder bei einer Hilfsorganisation zu arbeiten, werden für manche Personen eine Rolle spielen. Folglich wird eine Reihe von Faktoren den Entscheidungsprozess beeinflussen. Beispielsweise ergab

eine in den Niederlanden durchgeführte Studie, dass für die 1500 befragten Pflegekräfte aus anderen EU-Ländern und Beitrittsländern persönliche Gründe (einschließlich Eheschließung) am wichtigsten waren (34). Forschungsarbeiten zu aus dem Ausland angeworbenen Pflegekräften im Vereinigten Königreich (und insbesondere in London) zeigten derweil, dass Aufstiegschancen und Bildungsmöglichkeiten für deren Kinder zu den wichtigsten Motiven für das Verlassen des Herkunftslandes zählten (35).

Personen haben unterschiedliche Motive für die Migration, und die Zusammensetzung der Gesundheitskräfte, die sich dafür entscheiden, kann in unterschiedlichen Ländern und zu unterschiedlichen Zeiten ebenfalls variieren. Die Migration von Gesundheitspersonal verläuft jedoch nicht nur einmalig und unidirektional vom Herkunfts- in das Zielland. Gesundheitskräfte verlassen vielleicht ein Land, um in einem zweiten zu arbeiten, und kehren dann entweder in ihr Herkunftsland zurück oder setzen die Migration in ein drittes Land fort. Es kann sogar sein, dass sie in einem Land leben und regelmäßig dessen Außengrenze überschreiten, um in einem anderen zu arbeiten. Verbesserte Reise- und Kommunikationsmöglichkeiten in Verbindung mit dem Vorhandensein freier Stellen können diese zirkuläre Migration begünstigen. Beispielsweise wurden aus Australien aktiv in Irland arbeitende philippinische Pflegekräfte angeworben (36).

Fragen der beruflichen und kulturellen Anpassung müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Ärzte und Pflegekräfte, die von einem Land in ein anderes ziehen, mögen über die notwendigen Sprachkenntnisse und anerkannte Qualifikationen verfügen. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass sie sich in einer Anpassungsphase an die speziellen klinischen Abläufe und Verfahren sowie die allgemeine Organisationskultur im Zielland gewöhnen müssen. Diesbezüglich ist bislang zu wenig Forschung betrieben worden (37–39). Andere, für den Gesundheitssektor spezifische Themen betreffen die Regulierung der Gesundheitsberufe auf der nationalen Ebene. Unterschiedliche Länder haben für die Erteilung einer Arbeitserlaubnis unterschiedliche Anforderungen in Bezug auf Qualifikationen, Standards und Sprachkenntnisse. Manche Länder wie jene in der EU haben die gegenseitige Anerkennung ihrer Qualifikationen vereinbart, was die grenzüberschreitende Migration erleichtern kann.

Allgemeinere Faktoren (die auch nicht auf Gesundheitskräfte beschränkt sind) wie geografische Nähe, gemeinsame Sprache und Sitten sowie ein gemeinsames Bildungscurriculum können die Auswahl des Ziellandes beeinflussen (Kasten 4). Für manche EU-Länder wie Portugal und das Vereinigte Königreich können auch postkoloniale Bindungen eine Rolle spielen (wobei in den Ländern in den früheren Kolonien häufig noch ein ähnliches Bildungscurriculum anzutreffen ist und dieselbe Sprache gesprochen wird).

Kasten 4: Faktoren, die Migrationsverbindungen bestimmen und aufrechterhalten

- Gemeinsame Sprache
- Gemeinsame oder ähnliche Kultur
- Gemeinsames oder ähnliches Bildungscurriculum
- Gegenseitige Anerkennung von (ähnlichen) Qualifikationen
- Geografische Nähe, gemeinsame Grenze oder gute Erreichbarkeit
- Vorhandensein einer Migrantendiaspora

Migrationssteuerung

Herkunftsländer

Die politisch Verantwortlichen in europäischen Ländern, die mit einer Nettoabwanderung von Gesundheitspersonal konfrontiert sind, müssen beurteilen können, was ihre Gründe sind und welche Auswirkungen sie auf die Gesundheitsversorgung im jeweiligen Land hat. Sie müssen den relativen Personalverlust aufgrund von Abwanderung in andere Länder im Vergleich zu innerstaatlichen Abgängen (beispielsweise aufgrund des Wechsels von Gesundheitspersonal aus dem öffentlichen Dienst in den Privatsektor oder der Aufgabe des Berufs wegen der Aufnahme einer anderen Beschäftigungsform) einschätzen können. In manchen Fällen ist die Abwanderung ins Ausland vielleicht recht augenfällig, macht aber im Vergleich zu innerstaatlichen Abgängen von Gesundheitskräften, die den öffentlichen Sektor verlassen, um einer anderen Beschäftigung nachzugehen, zahlenmäßig nur einen relativ kleinen Personalverlust aus.

Die ungeplante oder ungesteuerte Abwanderung von Gesundheitsfachkräften kann sich negativ auf das Gesundheitssystem auswirken, Planungsprognosen untergraben sowie die derzeitige und zukünftige Qualifikationsbasis im Land erodieren. Wenn die Politik zu dem Schluss kommt, dass die Abwanderung solche schädlichen Folgen hat, muss sie entscheiden, wie sie die negativen Auswirkungen auf das Angebot an Gesundheitsfachkräften und anderem Personal abschwächen kann. Sie wird die Kosten und den Nutzen von Maßnahmen einschätzen müssen, die Negativfaktoren wie niedrigem Gehalt, schlechten Aufstiegschancen, ungünstigen Arbeitsbedingungen und hoher Arbeitsbelastung entgegenwirken sollen. Ebenso wird sie auf Befürchtungen in Bezug auf Arbeitsplatzverlust, begrenzte Bildungsmöglichkeiten und Gefährdungen der persönlichen Sicherheit reagieren müssen. Im Hinblick auf

die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Beschäftigungsaussichten oder der Aufstiegschancen und Bildungsmöglichkeiten kann sie in manchen Fällen vielleicht Unterstützung von internationalen Organisationen oder den Regierungen von Zielländern erhalten (30). Einige dieser Reaktionen der Politik sind vielleicht mit hohen Folgekosten verbunden, aber sie müssen berücksichtigt werden. Dies geschieht beispielsweise in den baltischen Staaten, wo die Gehälter und die Arbeitsbedingungen überprüft und zum Beitrittszeitpunkt angepasst wurden (14).

Wie bereits erwähnt, gibt es auch ein alternatives Szenario, bei dem die Politik die Abwanderung fördert, um entweder ein Überangebot an bestimmten Kategorien von Gesundheitsfachkräften zu verringern oder einem Teil der Erwerbsbevölkerung zu ermöglichen, vor einer späteren Rückkehr zusätzliche Fertigkeiten oder Qualifikationen zu erwerben. Diese Politik wurde insbesondere in Indien und auf den Philippinen verfolgt (40), aber es gibt auch einige begrenzte Beispiele aus Europa. Dazu zählen das bilaterale Abkommen zwischen Spanien und dem Vereinigten Königreich, das es spanischen Pflegekräften ermöglicht, für eine festgelegte Dauer im Vereinigten Königreich zu arbeiten (39), und ein ähnliches Abkommen auf der Provinzebene zwischen Rumänien und Italien über die Arbeitsmigration von Pflegekräften (41).

Zielländer

Zielländer, das heißt Länder, bei denen die Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften den Umfang der Abwanderung deutlich übersteigt, stehen ebenfalls vor einer Reihe von Problemen. Im Wesentlichen sind sie ein Spiegel der Probleme, mit denen die Herkunftsländer konfrontiert sind. Die Fähigkeit, Trends in Bezug auf die Zuwanderung überwachen zu können (was den Umfang in Zahlen und die Herkunftsländer betrifft), ist entscheidend, wenn ein Land in der Lage sein soll, ein allgemeines Bild von der Personalsituation im Gesundheitsbereich sowie insbesondere ihrer Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu gewinnen und diese Informationen in seinen Planungsprozessen zu integrieren. Solche Daten werden beispielsweise dazu beitragen, klar zu machen, in welchem Maß ein Land zur Behebung seines Fachkräftemangels auf im Ausland angeworbene Gesundheitsfachkräfte angewiesen ist. Genauso wichtig ist es, zu verstehen, warum eigenes qualifiziertes Personal fehlt.

Um das wirksamste Verhältnis zwischen den ihnen zur Verfügung stehenden Interventionen ermitteln zu können, müssen Zielländer, die aktiv Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland anwerben, den relativen Beitrag dieses Vorgehens im Vergleich zu anderen wichtigen Maßnahmen (wie der Anwerbung im Inland, der Verbesserung der Personalbindung und der Reaktivierung ausgeschiedener Gesundheitsfachkräfte) einschätzen können. Ein neueres Grundsatzpapier des Direktoriums für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten in Norwegen beschreibt die Möglichkeiten eines Ziellandes, seine Gesamtpersonalplanung

und seinen grundsatzpolitischen Rahmen mit Blick darauf zu untersuchen, die Abhängigkeit von Fachkräften aus dem Ausland zu verringern, und somit auch zu gewährleisten, dass es die Gesundheitssysteme in Entwicklungsländern nicht unangemessen beeinträchtigt (30). Der Schlüssel zu einem solchen Ansatz besteht darin, im Zusammenspiel aller zuständigen Stellen ein wirksames Maß an Übereinstimmung und Kooperation zu erreichen, sodass unter anderem Finanz-, Regulierungs-, Auslandshilfe-, Gesundheits- und Einwanderungsbehörden einer gemeinsamen grundsatzpolitischen Ausrichtung folgend zusammenarbeiten.

Die Zielländer müssen die Zuwanderung von Gesundheitskräften auch in einer Weise steuern und unterstützen, dass davon ein positiver Beitrag zum Gesundheitssystem ausgeht und die Gleichbehandlung sowie die Chancengleichheit ausländischer Gesundheitsfachkräfte gewährleistet sind. Zu den grundsatzpolitischen Maßnahmen, die die wirksame Anwerbung erleichtern, zählen die folgenden: Anträge auf die Erteilung einer Arbeitserlaubnis beschleunigt zu bearbeiten, koordinierte Ansätze zur Anwerbung im Unternehmensverbund zu entwickeln, um Skaleneffekte im Anwerbungsprozess zu erreichen, Ansätze zur koordinierten Vermittlung von Gesundheitskräften im Agenturverbund nach deren Ankunft im Zielland zu entwickeln und die Voraussetzungen für begleitete Einarbeitungs- oder Anpassungsphasen sowie für Sprachkurse, kulturelle Orientierung und soziale Unterstützung zu schaffen, um sicherzustellen, dass sich die neu eingetroffenen Arbeitsmigranten wirksam assimilieren können (14). Eine andere Zielsetzung in diesem Zusammenhang kann darin bestehen, zu versuchen, im Ausland angeworbene Fachkräfte in die geografischen oder Fachgebiete zu lenken, in denen am dringendsten mehr Personal benötigt wird.

Was die Gewährleistung der Gleichbehandlung und der Chancengleichheit von Gesundheitsfachkräften betrifft, die im Ausland angeworben wurden – was auch dazu beiträgt, eine hohe Motivation im Gesundheitssektor aufrechtzuerhalten –, haben manche Länder wie England (42), Irland (43) und Schottland (44) Verhaltenskodexe eingeführt. Diese Kodexe enthalten Grundsätze für die ethische und wirksame Anwerbung im Ausland, betonen, dass die Auswirkungen von Anwerbungsagenturen ermittelt werden müssen, und bekräftigen, dass Arbeitsmigranten fair und gleich behandelt werden sollten. In den Kodexen in England und Schottland ist auch angegeben, in welchen Ländern keine aktive Anwerbung betrieben werden sollte, und der Letztgenannte umfasst die explizite Zusage zur Überwachung der Anwerbungsaktivitäten des Nationalen Gesundheitsdienstes in Schottland. In manchen Zielländern muss auch untersucht werden, wie nicht erwerbstätige Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland (beispielsweise Flüchtlinge) unterstützt und ermutigt werden können, eine Beschäftigung aufzunehmen. Einige internationale Vereinigungen von Gesundheitsfachkräften haben ebenfalls Anwerbungsprinzipien und -protokolle festgelegt (45–47).

Die Zielländer müssen sicherstellen, dass sie über einen geeigneten Regulierungsrahmen verfügen, der Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland unterstützt, aber auch die Voraussetzungen für die Beurteilung ihrer Qualifikationen schafft. Die Risikofaktoren für die Patientensicherheit aufgrund der Beschäftigung von Gesundheitspersonal aus vielen Ländern mit unterschiedlichen Muttersprachen, Ausbildungen und kulturellen Ansätzen zur Patientenversorgung müssen ebenfalls ermittelt werden.

Die WHO bemüht sich derzeit, einen globalen Konsens über einen Rahmen und einen möglichen Kodex für die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland herbeizuführen. Multilaterale Kodexe liegen bereits für die Commonwealth-Staaten und die pazifischen Inselstaaten vor. Der *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Professionals* („Verhaltenskodex für die Commonwealth-Staaten bezüglich der Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland“) (48) gibt den Regierungen dieser Staaten einen Rahmen an die Hand, innerhalb dessen die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland stattfinden sollte. Er beschreibt faire und gerechte Anwerbungspraktiken und soll die gezielte Anwerbung von Gesundheitskräften aus Ländern mit Personalmangel verhindern. Außerdem soll er die Rechte der Angeworbenen und die Arbeitsbedingungen bei der Berufsausübung in den anwerbenden Ländern sichern. In dem Kodex wird betont, dass die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland transparent sein sollte und Agenturen sowie Arbeitgeber die Beschäftigungsbedingungen für potenzielle Arbeitsmigranten klarstellen sollten. Er fordert zu fairem Verhalten auf und empfiehlt, dass Agenturen potenzielle Arbeitsmigranten umfassend und genau informieren. Von der Anwerbung von Personen, die eine besonders große Verpflichtung gegenüber ihrem Herkunftsland haben, sollte abgesehen werden. Der Kodex betont auch den gegenseitigen Nutzen und legt anwerbenden Unternehmen und Agenturen nahe, darüber nachzudenken, wie sie die Herkunftsländer unterstützen könnten. Darüber hinaus fordert der Kodex dazu auf, sicherzustellen, dass angeworbene Arbeitsmigranten die Bedingungen in ihren Verträgen vollends verstanden haben, und sie über Regulierungsstellen und spezielle Anforderungen zu informieren. Er appelliert an die Commonwealth-Staaten, zusätzliche Strategien mit dem Ziel, ausgebildetes Personal im Land zu halten, zu erforschen und zu verfolgen. Der Kodex ist jedoch nicht rechtsverbindlich.

Grundsatzpolitisch relevante Ansätze zur Migrationssteuerung entwickeln

Ganz allgemein gibt es zwei grundsatzpolitische Optionen für Länder und Regionen, die mit der Zuwanderung und/oder Abwanderung von Gesundheitspersonal konfrontiert sind. Eine besteht darin, selbst nichts zu unternehmen und es dem Markt zu überlassen, die Ausrichtung, den Umfang und die

Dynamik der Migration von Gesundheitspersonal zu bestimmen. Die andere beinhaltet, Grundsatzmaßnahmen zur Unterstützung oder Steuerung des Migrationsprozesses zu entwickeln, um so nahe wie möglich an eine für beide Seiten Nutzen bringende Situation heranzukommen (oder zumindest eine Situation zu vermeiden, die jene Länder benachteiligt, die sich dies am wenigsten leisten können). In Tabelle 5 sind die potenziellen Chancen und Probleme der betroffenen Länder zusammengefasst.

In diesem Abschnitt wird auf drei wichtige und einander ergänzende Bereiche eingegangen, in denen die Politik das Potenzial für Maßnahmen untersuchen sollte, die dazu beitragen könnten, negative Auswirkungen der Migration auf das Personalangebot abzuschwächen.

Grundsatzmaßnahmen zur besseren Überwachung der Migration von Gesundheitspersonal

Solide Politikgestaltung erfordert Informationen. Die Politik muss die Auswirkungen der Migration auf die Gesamtzahl der Beschäftigten im System und den Umfang der Migration im Vergleich zu anderen Zu- und Abgängen einschätzen können. Es bestehen jedoch zwei grundlegende Probleme aufgrund der derzeitigen Verfügbarkeit von Daten zur Migration von Gesundheitspersonal: Für jedes Land gilt, dass sie bestenfalls unvollständig sind, und sie sind von Land zu Land gewiss nicht kompatibel. Unter Verwendung von nationalen Daten

Tabelle 5: Migration von Gesundheitspersonal: Chancen und Probleme für die Beteiligten

| Akteure | Chancen | Probleme |
|---------------------------------------|--|--|
| Arbeitgeber in Zielländern | Behebung von Personal­mangel | Effiziente (und ethische?) Anwerbung |
| Arbeitgeber in Herkunftsländern | Zufluss von Geld aus Überweisungen an Angehörige und von anderen Ressourcen Migranten kehren mit vermehrten Fertigkeiten zurück | Abwanderung verursacht Fachkräftemangel |
| Mobiles Gesundheitspersonal/Migranten | Höhere Bezahlung und bessere berufliche Aussichten | Gewährleistung von Chancengleichheit im Zielland |
| Nicht mobiles Gesundheitspersonal | Mehr freie Stellen (bei einem Überangebot) | Höhere Belastung, geringere Motivation |

(vorwiegend zur beruflichen Zulassung) hat die EU in einem begrenzten Umfang Daten zur grenzüberschreitenden Migration von Ärzten und Pflegekräften zusammengestellt. Diese Bemühungen wurden jedoch dadurch erschwert, dass die Daten unvollständig sind und nicht in einem Format vorliegen, welches eine grundsatzpolitische Einschätzung unterstützen würde (11).

Die Politik muss anstreben, sicherzustellen, dass die zwei wichtigsten Indikatoren für die Einschätzung der relativen Bedeutung der Migration und der Anwerbung aus dem Ausland verfügbar sind: Trends in Bezug auf die Zuwanderung von Gesundheitspersonal in das jeweilige Land aus anderen Ländern (und/oder die Abwanderung in andere Länder) und auf die tatsächliche Zahl der ausländischen Gesundheitskräfte im jeweiligen Land zu jedem Zeitpunkt. Diese Daten können einer oder mehr Quellen aus einer ganzen Reihe von solchen wie Berufsregistern, Volkszählungen und Arbeitsgenehmigungen entnommen werden. Tabelle 6 enthält Empfehlungen für die Datensammlung zur Unterstützung der Überwachung.

Eine isolierte Mindestdatenreihe zur Überwachung der internationalen Migration zu entwickeln, wäre nicht so effektiv, wie ein integriertes System zur Erfassung der vollständigen Daten zum Personal im Gesundheitssektor zu etablieren. Insbesondere wenn die grenzüberschreitende Migration isoliert überwacht würde, wäre es nicht möglich, ihre relativen Auswirkungen im Verhältnis zu Abgängen in

Tabelle 6: Empfehlungen zu einer Datenreihe auf Landesebene zur Überwachung der grenzüberschreitenden Migration von Gesundheitspersonal

| Personal | Mindestdaten | Zusätzliche Daten |
|-----------------------------|--|--|
| Zuwanderung/ Abwanderung | Abwanderung in Zahlen pro Beruf (nach Zielland) | Qualifikationen der ab-/zuwandernden Gesundheitskräfte |
| | Zuwanderung in Zahlen pro Beruf (nach Herkunftsland) | Ort, an dem abwandernde Gesundheitskräfte ihren Beruf ausgeübt haben |
| | Geschlecht Altersprofil | |
| Bestand | Gesamtzahl pro Beruf | Qualifikationen |
| | Zahlen pro Beruf der im Sektor Tätigen | Geografische Verteilung Ort der Berufsausübung |
| | Geschlecht | Aufenthaltsdauer |

Quelle: Buchan, Parkin und Sochalski (3).

innerstaatliche Zielgebiete und Zugängen aus innerstaatlichen Herkunftsgebieten einzuschätzen. Länder können auch daran interessiert sein, über detailliertere Informationen über die Migrationsgründe von Pflegekräften und ihre beruflichen Pläne zu verfügen. Diese werden am besten durch Umfragen erhoben (beispielsweise in Zusammenarbeit mit Berufsverbänden, Registrierungsstellen und Gewerkschaften oder durch Nutzung strukturierter Fokusgruppen).

Es wird auch von Bedeutung sein, die unterschiedlichen Migrationsarten berücksichtigen zu können, die jeweils andere grundsatzpolitische Implikationen haben können. Beispielsweise könnte die temporäre Migration von Gesundheitsfachkräften zunehmen. Bessere (und billigere) Verbindungen ermöglichen es einem estnischen Arzt, am Wochenende in Finnland zu arbeiten, oder einem deutschen Allgemeinmediziner, einige Tage im Vereinigten Königreich seinen Beruf auszuüben. Die Gesundheitsversorgung ist eine 24-Stunden-Aufgabe, und temporäre Migranten können wichtiger werden, um in Zielländern wie dem Vereinigten Königreich die Versorgung zu ungünstigen Arbeitszeiten oder zu Spitzenzeiten hinsichtlich der Belastung aufrechtzuerhalten.

Beiträge zur Steuerung von Migrationsbewegungen

Länder können auch grundsatzpolitische Interventionen mit einem Einfluss auf die Zu- oder Abwanderung von Gesundheitskräften aus dem Ausland entwickeln. In Tabelle 7 sind einige der möglichen grundsatzpolitischen Optionen zusammengefasst. Alle wurden erörtert, und die meisten wurden irgendwo in der Welt genutzt. Ihre Auswirkungen innerhalb des Gesundheitssektors wurden bislang jedoch kaum von unabhängiger Seite erforscht und evaluiert.

Was die Frage betrifft, welche Intervention oder Kombination von Interventionen für ein bestimmtes Herkunfts- oder Zielland am wirksamsten sein wird, sollte darauf hingewiesen werden, dass so gut wie keine veröffentlichten Forschungsarbeiten zur Auswirkung von bilateralen Abkommen oder Verhaltenskodexen im Gesundheitssektor oder zu anderen verwandten grundsatzpolitischen Interventionen vorliegen. Die Forschung hat sich im Wesentlichen auf die Trends und die Auswirkungen der Abwanderung aus Afrika konzentriert, und insofern muss eine detailliertere Untersuchung dieser Fragen innerhalb des europäischen Kontextes dringend stärker unterstützt werden. Der Mangel an Forschungsergebnissen und Evaluierungen stellt eine große grundsatzpolitische Beschränkung dar (12, 14, 49, 50); die Politik muss prioritär einen Beitrag zur Verbesserung der Erkenntnisgrundlage leisten, indem sie über Erfahrungen bei der Nutzung dieser Interventionen Bericht erstattet und Evaluierungen ihrer Wirkung in Auftrag gibt.

Wie weiter oben bereits erwähnt, besteht ein zentraler Aspekt eines solchen Ansatzes darin, innerhalb von nationalen Regierungen ein wirksames Maß an

Übereinstimmung und Kooperation zu erreichen, sodass unter anderem Finanz-, Regulierungs-, Auslandshilfe-, Gesundheits- und Einwanderungsbehörden einer gemeinsamen grundsatzpolitischen Ausrichtung folgend zusammenarbeiten. Ein anderes, damit zusammenhängendes Thema ist die Anerkennung der Rolle, die Anwerbungsagenturen als Vermittler häufig spielen, indem sie Gesundheitskräften die Migration von einem Land in ein anderes ermöglichen. Diese Agenturen sollten als Interessengruppe in den Prozess eingebunden werden. Manche Länder regulieren mittlerweile Anwerbungsagenturen oder haben eine Liste „bevorzugter Anbieter“ von Agenturdienstleistungen erstellt, die sich verpflichtet haben, ihre Tätigkeit im Einklang mit der Migrationspolitik des jeweiligen Landes auszuüben.

Verbesserung der Personalpolitik und -praxis

Die Migration von Gesundheitspersonal erfolgt nicht isoliert von anderen Veränderungen auf den Arbeitsmärkten im Gesundheitssektor. Die Migration muss nicht selbst das Problem sein, ist aber vielleicht ein Symptom für tiefer verwurzelte Probleme von Gesundheitssystemen. Diese können die Bindung von Gesundheitsfachkräften (Motivation, Bezahlung) betreffen, das Arbeitsumfeld sowie Schwierigkeiten bei der Verbesserung der Personalplanung zur Verringerung des Über- oder Unterangebots von Gesundheitsfachkräften.

Der dritte Bereich, auf den sich die Politik konzentrieren muss, ist deshalb die allgemeinere Personalpolitik, -planung und -praxis in Gesundheitssystemen. Dazu zählen faire und gleiche Behandlung aller Gesundheitsfachkräfte (ob im Inland oder Ausland ausgebildet) sowie die effiziente Nutzung ihrer Fertigkeiten. Verbesserungen der allgemeinen Personalpolitik im Gesundheitssektor werden dazu beitragen, mögliche negative Auswirkungen der Migration auf die Leistung von Gesundheitssystemen abzuschwächen. Die Bewältigung der Aufgabe, die Wirksamkeit des Personals im Gesundheitssektor zu verbessern, erfordert Anstrengungen auf breiter Basis (51), denen eine systembasierte Einschätzung zugrunde liegen sollte, die die wichtigen Akteure sowie zentrale grundsatzpolitische Verknüpfungen und Schnittstellen berücksichtigt (22,52).

Schlussendlich sollte betont werden, dass das Ziel bestehender und potenzieller grundsatzpolitischer Maßnahmen nicht darin besteht, die Migration von Gesundheitspersonal zu unterbinden (was auch ohnehin nicht möglich wäre und Vorstellungen über individuelle Rechte und Freiheiten zuwiderlaufen würde). Vielmehr sollte angestrebt werden, eine Situation herbeizuführen, in der die betroffenen Personen und Länder die Möglichkeit haben, ein positives Ergebnis zu erreichen. Das grundsatzpolitische Ziel jeglicher zukünftiger Optionen muss sein, sich eröffnende mögliche Chancen zu nutzen und ermittelte Probleme zu lösen.

Tabelle 7: Beispiele potenzieller grundsatzpolitischer Interventionen zur Steuerung der Migration von Gesundheitspersonal

| Ebene | Merkmale |
|--|---|
| Partnerschaften | Verbindungen zwischen Trägern der Gesundheitsversorgung in Herkunfts- und Zielländern auf der Grundlage von Personalaustausch, Personalunterstützung und Ressourcenflüssen in das Herkunftsland |
| Personalaustausch | Strukturierte temporäre Abstellung von Personal zu anderen Organisationen zur beruflichen oder persönlichen Entwicklung oder zur Organisationsentwicklung |
| Ausbildungsunterstützung | Abstellung von Ausbildern und/oder Überlassung von Ausbildungsressourcen und/oder Finanzierung für einen begrenzten Zeitraum aus dem Zielland zugunsten von Organisationen in Herkunftsländern |
| Bilaterales Abkommen auf Regierungsebene | Abkommen zwischen einem Zielland und einem Herkunftsland, in dem sich das Zielland verpflichtet, die Kosten der Ausbildung von zusätzlichem Personal zu tragen und/oder Gesundheitskräfte für einen festgelegten Zeitraum einzustellen, auszubilden und zu entwickeln, bevor diese in das Herkunftsland zurückkehren, oder bei einem Überangebot Personal im Herkunftsland anzuwerben |
| Beschleunigte Abwicklung der Zuwanderung von Gesundheitspersonal auf Landesebene | Prioritärer Status oder Vorzugsbehandlung für Gesundheitskräfte in Bezug auf Zuwanderungsvoraussetzungen zur Beschleunigung des Zuwanderungsprozesses und zur Unterstützung der aktiven Anwerbung ausländischen Personals |
| Anwerbekodex auf Landesebene | Einführung eines Kodex durch Zielländer mit Beschränkungen für Arbeitgeber in Bezug auf die Auswahl der Herkunftsländer und/oder die Aufenthaltsdauer im Ausland angeworbener Gesundheitskräfte; Geltungsbereich, Inhalt und Verbindlichkeit müssen klar und explizit sein |

| | |
|--|--|
| Autarkie auf Landesebene | Ausarbeitung einer expliziten Politik der Autarkie bei der Ermittlung des zukünftigen Personalbedarfs und der Entwicklung von Ansätzen zur Deckung dieses Bedarfs aus den eigenen Ressourcen durch ein Land |
| Bilaterales oder multilaterales Abkommen über die gegenseitige Anerkennung auf Landesebene | Abkommen über die gegenseitige Anerkennung der Qualifikationen/der Ausbildung von Gesundheitspersonal zur Erleichterung der grenzüberschreitenden Migration von Gesundheitsfachkräften |
| Kompensation | Entschädigung des Herkunftslandes oder eine andere Form der Kompensation durch das Zielland für die Auswirkungen von dessen aktiver Anwerbung (viel diskutiert, aber kaum Belege aus der Praxis) |
| Ausbildung von Migrantinnen | Explizite Entscheidung der Regierung oder des privaten Sektors zur Entwicklung einer Ausbildungsinfrastruktur zur Ausbildung von Gesundheitsfachkräften für den Exportmarkt, um den Zufluss von Geld aus Überweisungen in das Herkunftsland oder aus Gebühren herbeizuführen |
| Internationaler Kodex | Ein Ethikkodex für eine Reihe von Ländern, dessen Relevanz von seinem Inhalt, seinem Geltungsbereich und seiner Einhaltung abhängen wird; die WHO arbeitet derzeit an einem globalen Kodex |

Quellen: Dumont und Zurn (4); Buchan und Perflieva (14).

Fazit

In diesem Grundsatzpapier wurden die entscheidenden grundsatzpolitischen Fragen im Zusammenhang mit der Abschwächung negativer Auswirkungen der Migration auf das Angebot an Gesundheitsfachkräften auf der Landesebene in Europa untersucht. Die unvollständigen verfügbaren Daten lassen auf eine Zunahme der internationalen Migration von Gesundheitsfachkräften schließen. Es gibt Belege dafür, dass manche Länder versuchen, frei gewordene Stellen durch die Förderung der Zuwanderung aus angrenzenden oder weiter entfernten Ländern zu besetzen.

Die demografischen Trends in vielen der wohlhabenderen europäischen Länder, insbesondere in Bezug auf eine wachsende ältere Bevölkerung und ein alterndes Gesundheitspersonal, könnten es wahrscheinlicher machen, dass diese Länder in den nächsten Jahren die Zuwanderung von mehr Gesundheitskräften aktiv unterstützen werden.

Die Bedeutung der Zuwanderung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland durch Vergleiche mit dem Bestand oder den Zugängen aus innerstaatlichen Quellen einzuschätzen, kann einem Land helfen, zu bestimmen, wie abhängig es von Migranten aus dem Ausland ist. Die Abwanderung in ähnlicher Weise zu beurteilen, wird es ermöglichen, einzuschätzen, ob der Verlust qualifizierter Gesundheitsfachkräfte schädliche Auswirkungen haben wird.

Eine absolute Mindestvoraussetzung für eine wirksamere Überwachung der Migrationstrends besteht darin, die verfügbaren Daten über die Migration von Gesundheitsfachkräften zu verbessern. Dies wird es ermöglichen, das zweite Ziel zu erreichen: zu ermitteln, welche Länder möglicherweise detailliertere grundsatzpolitische Beachtung in Form von Maßnahmen zur Steuerung benötigen werden, um negative Auswirkungen auf das Angebot an Gesundheitsfachkräften zu verringern. Für alle Länder gilt noch ein drittes Gebot: sicherzustellen, dass ihre Personalpolitik, -planung und -praxis im Gesundheitssektor wirksam sind und es gestatten, das Angebot besser aufrechtzuerhalten.

Literatur

1. *International mobility of the highly skilled*. Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2002.
2. Stilwell B et al. Developing evidence based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health*, 2003, 1:8.
3. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. *International nurse mobility: trends and policy implications*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2003 (http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf, eingesehen am 15. April 2008).

4. Dumont J, Zurn P. Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. In: *International migration outlook*, SOPEMI (Hrsg.), Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2007.
5. Finding solutions to the human resources for health crisis. *Lancet*, 2008, 371:623–696.
6. *Personalpolitische Konzepte im Gesundheitswesen der Länder der Europäischen Region*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/rc57/gdoc09.pdf>, eingesehen am 5. Mai 2008).
7. Mejía A, Pizurki H, Royston E. *Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Report on a WHO study*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1979.
8. Findlay A, Lowell L. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Genf, Internationale Arbeitsorganisation, 2002 (International Migration Papers, Nr. 43).
9. *The world health report 2006 – working together for health*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, eingesehen am 15. April 2008).
10. Resolution WHA57.19. International migration and health personnel: a challenge for health systems in developing countries. In: *Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
11. Buchan J. Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois C-A, McKee M, Nolte E, Hrsg. *Human resources for health in Europe*. Buckingham, Open University Press, 2005.
12. Robinson R. *The costs and benefits of health worker migration from East and Southern Africa (ESA): a literature review*. Harare, EQUINET, 2007 (EQUINET Discussion Paper 49; <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/DIS49HRrobinson.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
13. Bueno de Mesquita J, Gordon M. *The international migration of health workers: a human rights analysis*. London, Medact, 2005 (<http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Bueno%20de%20Mesquita%20and%20Gordon.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
14. Buchan J, Perfilieva P. *Health worker migration in the European Region: country case studies and policy implications*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
15. Auriol L, Sexton J. Human resources in science and technology: measurement issues and international mobility. In: *International mobility of the highly skilled*. Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2002:13–39.

16. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:559–636.
17. Krieger H. *Migration trends in an enlarged Europe*. Dublin, Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 2004.
18. *Council conclusions on EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries*. (General Affairs and External Relations Council meeting, Luxembourg, 10 April 2006). Brüssel, Rat der Europäischen Union, 2006 (http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/gena/89195.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
19. *EU "blue card" plans criticised*. London, British Broadcasting Corporation, 2008 (<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7132366.stm>, eingesehen am 22. April 2008).
20. *WHO Regional Committee resolution EUR/RC57/R1 on health workforce policies in the European Region*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 2007 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2007/20070920_8?language=German, eingesehen am 5. Mai 2008).
21. Wiskow C, Hrsg. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Genf, Internationale Arbeitsorganisation, 2006 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
22. Karashkevica J, Maurita A. Medical staff manpower reform in Latvia: estimation of the current situation and future needs. In: Rotem A et al., Hrsg. *National health workforce assessment of the past and agenda for the future*. Paris, Centre de Sociologie et de Demographie Médicales, 2006.
23. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, Hrsg. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/document/e89156.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
24. Vujicic M, Zurn P. The dynamics of the health labour market. *International Journal of Health Planning and Management*, 2006, 21:101–115.
25. Buchan J, Seccombe I. *Nursing futures, future nurses*. London, Royal College of Nursing, 2008 (http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/145781/Nursing_Futures,_Future_Nurses_report.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
26. *Investitionen in das Gesundheitspersonal machen die Gesundheitssysteme stärker*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2007 (Faktenblatt 06/07; <http://www.euro.who.int/Document/Mediacentre/fs0607g.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
27. Clemens MA, Pettersson G. New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 2008, 6:1 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-1.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).

28. Gerlinger T, Schmucker R. Transnational migration of health professionals in the European Union. *Cadernos de Saúde Pública*, 2007, 23(Suppl. 2):S184–S192.
29. *Health worker retention and migration in east and southern Africa. Regional meeting report, March 17th to 19th, Arusha, Tanzania*. Harare, EQUINET, 2007 (<http://www.equinet africa.org/bibl/docs/REPMTG0307HRH.pdf>, eingesehen am 14. April 2008).
30. *Recruitment of health workers. Towards global solidarity*. Oslo, Direktorat für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten, 2007 (http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1490E_18611a.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
31. Delhey J. *Life satisfaction in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004.
32. Vujicic M et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2004, 2:3.
33. Alber J, Fahey T. *Perceptions of living conditions in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2004 (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/113/en/1/ef03113en.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
34. De Veer A, Den Ouden D, Francke A. Experiences of foreign European nurses in the Netherlands. *Health Policy*, 2004, 68:1.
35. Buchan J et al. Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. *Human Resources for Health*, 2006, 4:14 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1526449&blobtype=pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
36. Marino M. Foreign nurses hired as shortage bites. *The Age*, 15. Dezember 2002.
37. Daniel P, Chamberlain A, Gordon F. Expectations and experiences of newly recruited Filipino nurses. *British Journal of Nursing*, 2001, 10:254–265.
38. Simmgen M. Why German doctors enjoy British medicine. *Clinical Medicine*, 2004, 4:57–59.
39. Blitz B. 'Brain circulation': the Spanish medical profession and international medical recruitment in the United Kingdom. *Journal of European Social Policy*, 2005, 15:363–379.
40. Brush B, Sochalski J. International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2007, 8:37–46.
41. Galan A (2006) Romania case study. In: Wiskow C, Hrsg. *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Genf, Internationale Arbeitsorganisation, 2006 (<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).

42. *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals*. London, Gesundheitsministerium, 2004 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4097730, eingesehen am 15. April 2008).
43. *The nursing and midwifery resource – guidance for best practice on the recruitment of overseas nurses and midwives*. Dublin, Ministerium für Gesundheit und Kinder, 2002 (http://www.dohc.ie/publications/recruitment_of_overseas_nurses_and_midwives.html, eingesehen am 15. April 2008).
44. *Code of practice for the international recruitment of healthcare professionals in Scotland*. Edinburgh, Schottische Exekutive, 2006 (www.bda.org/about/docs/Code%20of%20Prac%20for%20Int%20Recruit%20of%20Hcare%20Prof.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
45. *Position statement on ethical nurse recruitment*. Genf, International Council of Nurses, 2001 (<http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>, eingesehen am 15. April 2008).
46. *A Code of Practice for the International Recruitment of Health Professionals: the Melbourne Manifesto*. Singapur, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 2002 (http://nrha.ruralhealth.org.au/cms/uploads/publications/melbourne_manifesto.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
47. *EFN good practice guidance for international nurse recruitment*. Brüssel, European Federation of Nurses, 2004 (<http://www.efnweb.org/version1/en/documents/EFNGoodPracticeGuidanceforRecruitment.doc>, eingesehen am 15. April 2008).
48. *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*. London, Commonwealth-Sekretariat, 2003 (http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/{7BDD970B-53AE-441D-81DB-1B64C37E992A}_CommonwealthCodeofPractice.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
49. Pagett C, Padarath A. *A review of codes and protocols for the migration of health workers*. Harare, EQUINET, 2007 (EQUINET Discussion paper No. 50; <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis50HRpagett.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
50. McIntosh T, Torgerson R, Klassen N. *The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada*. Ottawa, Canadian Policy Research Networks, 2007 (Research Report H/11 Health Network; http://www.cprn.org/documents/46781_en.pdf, eingesehen am 15. April 2008).
51. Buchan J. What difference does (“good”) HRM make? *Human Resources for Health*, 2004, 2:6 (<http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-2-6.pdf>, eingesehen am 15. April 2008).
52. Dal Poz M et al. Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources for Health*, 2006, 4:21 (<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/21>, eingesehen am 15. April 2008).

Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Kopenhagen Ø,
Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).