



Diskussionspapier Fachkräftemangel

12/03/2013

Diskussionspapier Fachkräftemangel

12/03/2013

Fachkräftemangel im Gesundheitswesen

PN 2011.2061.7

Auftraggeber Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)
GmbH

Durchführung evaplan GmbH am Universitätsklinikum Heidelberg

Diskussionspapier Fachkräftemangel

März 2013

evaplan GmbH am Universitätsklinikum Heidelberg
Ringstraße 19b
D-69115 Heidelberg
Tel. 0049 (0) 6221 138320

Abkürzungsverzeichnis

AAAH	Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health
AIDS	Acquired immune deficiency syndrome
AU	African Union
CARICOM	Caribbean Community and Common Market
CHW	Community Health Worker
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation
GHI	Global Health Initiatives
GHWA	Global Health Workforce Alliance
HIV	Human immunodeficiency virus
HRH	Human resources for health
ILO	International Labour Organization
MDGs	Millenium Development Goals
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NEPAD	Neue Partnerschaft für die Entwicklung Afrikas
NGO	Non-Governmental Organization
NHS	National Health Service
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PAHO	Pan American Health Organization
SVR	Sachverständigenrat des Bundesministeriums für Gesundheit
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

Inhaltsverzeichnis

	Abkürzungsverzeichnis	
	Inhaltsverzeichnis	
1	Problemdarstellung	1
1.1.	Globale Dimension des Fachkräftemangels	1
1.2.	Ausmaß des Fachkräftemangels in der EU und Deutschland	3
2	Datenlage und Definitionen	3
3	Ursachen und verschärfende Faktoren im Überblick	6
4	Migration von Gesundheitsfachkräften	7
5	Strategie und Optionen zur Verminderung des Fachkräfteproblems	11
5.1	Internationale Strategien und Akteure	11
5.2	Aus- und Weiterbildung	14
5.3	Skill-Mix und Task-Shifting	14
5.4	Kooperation mit dem Privatsektor	15
6	Fachkräfteplanung und Stellenbesetzung im Kontext internationaler Migration	16
6.1	Bilaterale und regionale Ansätze zur Regulierung der Migration von Fachkräften	17
6.2	Der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel	18
7	Ansätze auf Europäischer Ebene	21
8	Ansätze der Bundesrepublik Deutschland	23
9	Implikationen aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit	25
10	Literaturverzeichnis	26

Annexes

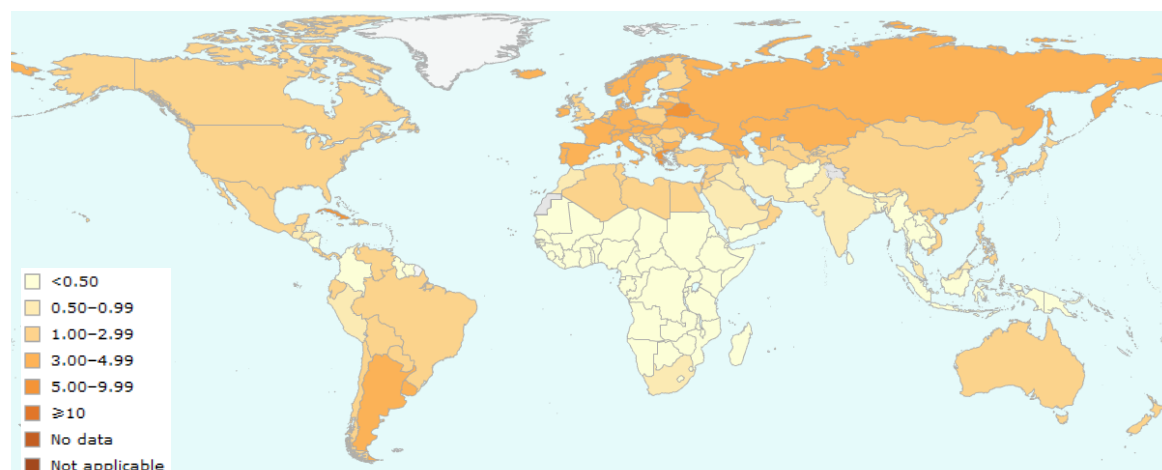
Annex 1	Länderbeispiel Tansania - Ausmaß des Fachkräftemangels, Strategien und „Lessons Learned“
Annex 2	Länderbeispiel Philippinen - ein Model für Gesundheitsfachkräfte-Migration?
Annex 3	Länderbeispiel Kamerun - Observatorium für Gesundheitsfachkräfte
Annex 4	Kambodscha - Weideraufbau des Fachkräfte-Pools
Annex 5	Zirkuläre Migration
Annex 6	DRAFT in Process (Implikationen aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit)

1 Problemdarstellung

1.1. Globale Dimension des Fachkräftemangels

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen hat sich über die vergangenen Jahrzehnte zu einer veritablen Krise entwickelt. Die WHO schätzt in ihrem Weltgesundheitsbericht von 2006, dass weltweit mehr als 4 Millionen Ärzte/-innen, Hebammen und Krankenschwestern/-Pfleger, nötig wären, um die derzeitigen Lücken zu schließen. Hierbei legt die WHO ein Minimum von 2,3 Fachkräften pro 1000 Einwohner zugrunde. Diese sind notwendig, um die minimale Versorgung zur Erreichung der Millenniumsziele (MDGs) zu erreichen, z.B. um 80% der Entbindungen durch qualifiziertes Personal durchführen zu können oder eine sachgerechte Abdeckung mit Masern-Impfungen sicher zu stellen. Tatsächlich ist der Fachkräftemangel aber deutlich größer, da nicht alle Gesundheitsberufe erfasst sind (z.B. Gesundheitshandwerk, Pharmazeutische Industrie, Gesundheitsmanagement u.a.). Nach offiziellen Angaben der WHO sind zurzeit weltweit 57 Staaten, vor allem in Asien und Afrika, mit einer ernsthaften Krise der Arbeitskräfte im Gesundheitssektor konfrontiert. Afrika südlich der Sahara ist davon am stärksten betroffen: Während Afrika mit einem Anteil von 11% an der Weltbevölkerung 24% der globalen Krankheitslast zu tragen hat, stellt es gerade mal 3% des weltweiten Gesundheitspersonals und hat hierbei weniger als 1% der globalen Gesundheitsausgaben zur Verfügung (WHO 2006).

Abb.1. Ärzte/-innendichte (Anzahl an Ärzte/-innen pro 1000 Einwohner)



Dargestellt ist die Anzahl an Ärzten pro 1000 Einwohner. Die Verhältnisse errechnen sich aus den jeweils aktuellsten Daten des Global Health Observatory der WHO und beziehen sich größtenteils auf den Zeitraum 2005-2010. Quelle: WHO, Global Health Observatory (GHO);
URL: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/index.html

Um auch nur eine annähernd ausreichende Versorgungsdichte zu erreichen müssten die 36 am stärksten betroffenen Länder Afrikas südlich der Sahara ihre Personalstärke im Gesundheitswesen um kurzfristig 140% erhöhen (Anyangwe & Mtonga 2007) (siehe hierzu auch Annex 1. Länderbeispiel Tansania).

Das Ausmaß der globalen Ungleichverteilung wird besonders deutlich, wenn man die Relation zwischen Fachkräftedichte im Gesundheitswesen und der Krankheitslast (burden of disease) darstellt (Abb. 2). Länder mit dem niedrigsten relativen Bedarf besitzen gleichzeitig die größte Verfügbarkeit an Gesundheitsfachkräften, während umgekehrt jene mit der größten Krankheitslast dieser nur wenig Personal entgegenstellen können. Canada und die Vereinigten Staaten (in der Abbildung: Americas) tragen so beispielsweise 10% der globalen Krankheitslast und begegnen dieser mit 37% der verfügbaren Gesundheitsfachkräfte und mehr als 50% der globalen Gesundheitsausgaben.

Abb. 2. Verteilung der Gesundheitsfachkräfte im Verhältnis zur Krankheitslast (burden of disease)



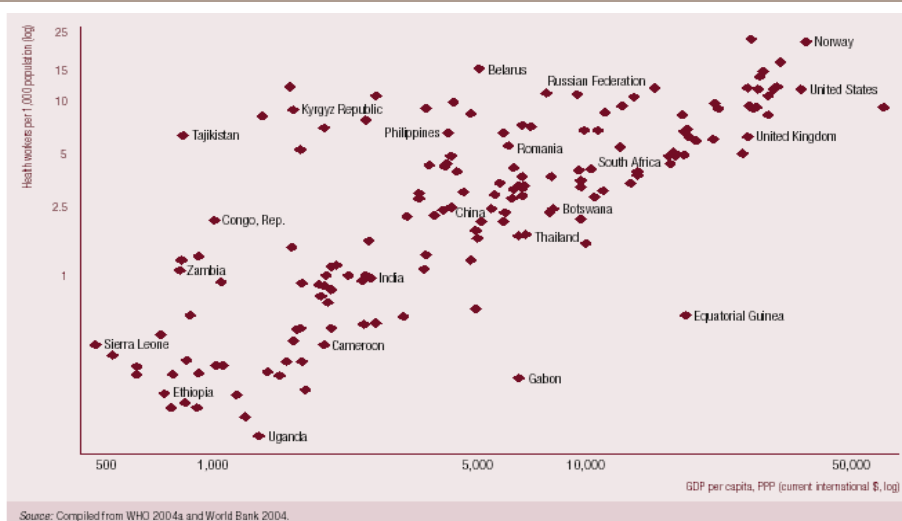
Die vertikale Achse zeigt die Krankheitslast (burden of disease) und die horizontale Achse die Anzahl an Gesundheitsfachkräften. Die Größe der Kreise repräsentiert die Gesundheitsausgaben.

Quelle: WHO, World Health Report 2006

URL: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf

Afrika, insbesondere die Länder südlich der Sahara, befindet sich somit laut WHO Bericht im „Epizentrum“ des krisenhaften Fachkräftemangels im Gesundheitswesen (WHO 2006). Der Zusammenhang zwischen Fachkräftedichte und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit eines Landes ist dabei klar gegeben, was sich beispielsweise durch die deutliche positive Korrelation mit dem Bruttosozialprodukt ausdrückt (Abb. 3).

Abb. 3. Fachkräftedichte im Gesundheitswesen im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt



Source: Compiled from WHO 2004a and World Bank 2004.

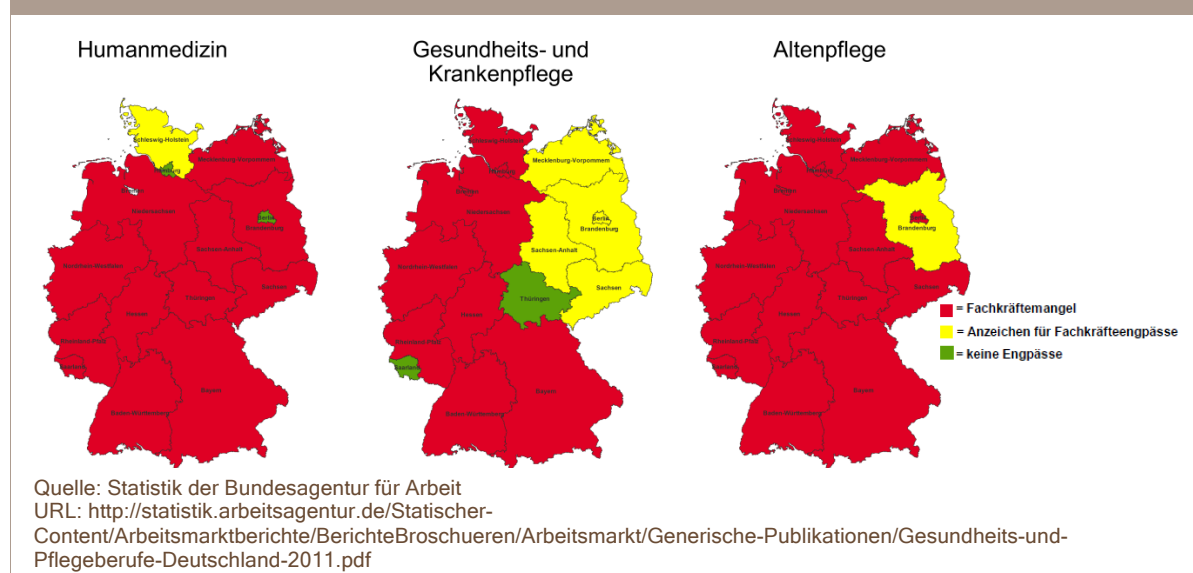
Quelle: (Anyangwe & Mtonga 2007)

1.2. Ausmaß des Fachkräftemangels in der EU und Deutschland

Die Dimension des Fachkräftemangels hat weltweit eine noch viel größere Dimension, wenn man die Bedarfsentwicklung auch der weiter entwickelten Länder betrachtet. So erwartet die Europäische Union bis 2020 einen Fachkräftemangel von 1 Mio. mit weiter steigender Tendenz (European Observatory on Health Systems and Policies 2011).

Der Sachverständigenrat des Bundesministeriums für Gesundheit (SVR) geht davon aus, dass in Deutschland bereits bis 2019 37000 Ärzte/-innen fehlen werden (Blum & Loeffert 2010), bis 2030 sogar 165 000 Vollzeitkräfte (PriceWaterhouseCoopers & WifOR 2010). Im Pflegebereich werden im Jahr 2025 voraussichtlich über 110 000 bis 195 000 Vollzeitstellen nicht besetzt werden können (Statistisches Bundesamt 2010).

Abb. 4. Fachkräfteengpässe in Gesundheits- und Pflegeberufen (BRD; 12.2011)



Die Bundesagentur für Arbeit geht bereits heute von einem deutlichen Mangel an Fachkräften in Gesundheits- und Pflegeberufen aus. Eine Studie von PriceWaterhouseCoopers sieht einen Mangel von 56 000 Ärzten/-innen und 140 000 nicht-ärztlichen Fachkräften im Jahr 2020 und eine Personallücke von fast einer Million im Jahr 2030 voraus (PriceWaterhouseCoopers & WifOR 2010).

2 Datenlage und Definitionen

Es wurden bereits große Anstrengungen unternommen, das Problem des Fachkräftemangels zu definieren, zu messen und seine Dynamik zu verstehen. Als Gesundheitspersonal wurden all diejenigen definiert „deren oberstes Ziel es ist, Gesundheit zu verbessern“ (WHO 2006). Hierbei haben sich Indikatoren über die Dichte von Personal im Gesundheitsbereich bezogen auf jeweils 1000 Einwohner als Näherungsmaß für den Zugang zu Gesundheitsdiensten bewährt. Die Berechnung ist einfach und praktikabel, da meist verfügbare Datensätze vorliegen. Auch Verteilungsunterschiede von Fachkräften lassen sich so gut aufzeigen (Abb. 5).

Abb. 5. Globale Gesundheitsfachkräfte(-dichte) nach Regionen

WHO region	Total health workforce		Health service providers		Health management and support workers	
	Number	Density (per 1000 population)	Number	Percentage of total health workforce	Number	Percentage of total health workforce
Africa	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Eastern Mediterranean	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
South-East Asia	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Western Pacific	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Americas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
World	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Quelle: (WHO 2006)

Als Reaktion auf den steigenden Bedarf an Informationen zur Verfügbarkeit von Fachkräften im Gesundheitswesen hat das *Department of Human Resources for Health* der WHO Daten erhoben und zusammengetragen und hierbei auch eine Vergleichbarkeit zwischen unterschiedlichen Mitgliedsstaaten anhand formulierter Kriterien ermöglicht. Die in dieser Datenbank benutzte Klassifizierung des Gesundheitspersonals beinhaltet Kriterien wie fachbezogene Ausbildungsinhalte, gesundheitspersonalspezifische Ausbildungsregeln und Arbeitsplatzbeschreibungen. Die Kriterien fußen im Wesentlichen auf internationalen Klassifizierungs-Systemen der International Labour Organization (ILO) und anderer UN-Organisationen.

Die für den *Global Atlas of the Health Workforce* hauptsächlich verwendeten Quellen umfassen nationale Erhebungen zur Bevölkerung und zum Arbeitsmarkt aber auch Untersuchungen zur Infrastruktur von Gesundheitseinrichtungen und routinemäßig gesammelte Verwaltungsdaten. Das Resultat ist eine Sammlung von Datensätzen, die über den *Global Atlas of the Health Workforce* bezogen werden können und somit eine wichtige Grundlage für informierte Entscheidungen auf nationaler und internationaler Ebene darstellen (WHO 2011).

Je nach Datensatz liegen die Informationen hierbei in unterschiedlichem Maße aufgeschlüsselt vor. Grundsätzlich werden bis zu 9 unterschiedliche Berufsgruppen unterschieden: 1) Ärzte/-innen; 2) Pflegepersonal und Hebammen 3) zahnärztliches Personal; 4) pharmazeutisches Personal; 5) Labormitarbeiter/-innen; 6) Personal für öffentliches Gesundheitswesen und Umweltgesundheit, Laborpersonal, sowie 7) Personal für Gemeindegesundheit und traditionelle Heilkunde; 8) Gesundheitssystemmanager/-innen und 9) sonstiges Gesundheitspersonal (medizinische Assistenzberufe, Ernährungsberatung, Medizintechniker/-innen, Physiotherapeut/-innen usw.).

Nach neuestem Stand gibt es weltweit ca. 59,2 Mio. im Gesundheitssektor tätige Menschen (WHO 2011). Etwa zwei Drittel der Gesamtzahl von 59,2 Mio. Gesundheitsarbeitern (39,5 Mio.) zählen zu den direkten Gesundheitsdienstleistern, während ein Drittel davon (19,8 Mio.) im Management und weiteren unterstützenden Bereichen arbeiten (WHO 2011).

Für manche Länder lässt sich dies noch detaillierter und auf bis zu 18 verschiedene Berufsgruppen aufschlüsseln, womit Unterschieden im Qualifizierungsgrad und unterschiedlichen Spezialisierungen Rechnung getragen wird. Weitere Aspekte wie Alter, Geschlecht und Anstellung in ländlichen bzw. urbanen Gebieten sind ebenfalls für einige ausgewählte Länder bereits heute verfügbar.

Die oben aufgeführte Vielseitigkeit der verwendeten Quellen bedeutet jedoch auch die Inkaufnahme teils erheblicher Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern, insbesondere in Bezug auf Vollständigkeit, Qualität oder aber Aktualität der Daten. Daten zur Verfügbarkeit von ärztlichem oder Personal aus der Krankenpflege sind im Allgemeinen meist in hohem Maße vollständig und daher am besten für vergleichende Analysen geeignet. Informationen zum Vorhandensein von Gesundheitssystemmanager/-innen sind dagegen in weit geringerem Ausmaß erhältlich (Tabelle 1).

Insgesamt stellt der Atlas jedoch eine enorme Verbesserung zu seinen Vorläufermodellen dar, die mit weit weniger als den genannten Berufsgruppen arbeiteten (Dal Poz, Kinfu, Draeger, & Kunjumen 2007). Trotzdem können die absoluten Zahlen der oben genannten groben Kategorien immer noch verschleiern, dass einzelne Fachgruppen stärker betroffen sind als andere. Das gilt z.B. für das chirurgische Personal in Afrika südlich der Sahara (Ozgediz et al. 2008), medizinische Untergruppen (sub-cadres), examinierte Krankenschwestern/-Pfleger, Gesundheitsmanager/-innen, Gesundheitstechniker/-innen und Gesundheitsforscher/-innen. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich: bestimmte Fachkräfte bzw. Fähigkeiten sind stärker gefragt, quasi marktgängiger und besser für den Export geeignet. Für eine ausgewogene, strategische Personalplanung bzw. Personalaufstockung ist eine differenzierte Analyse der aktuellen und der zu erwartenden Bedarfe erforderlich. Die Nachfrage nach Fachkräften für den Gesundheitssektor wird dabei über die verschiedenen Akteursgruppen definiert, wie etwa den Kernbereich der stationären und ambulanten Versorgung, die Vorleistungs- und Zulieferindustrien, das Gesundheitshandwerk, den Groß- und Facheinzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Produkten sowie Nachbarbranchen und Randbereiche des Gesundheitswesens. Entsprechend kann die Nachfrage aus dem Gesundheitssektor über Berufe im Gesundheitssektor definiert werden. Berufsklassifikationen zeigen die potentielle Vielfalt der im Arbeitsmarkt des Gesundheitssektors benötigten Qualifikationen und Kompetenzen auf.

Tabelle 1. Verfügbarkeit von Informationen zu ausgewählten Charakteristika von Gesundheitsfachkräften im Global Atlas of the Health Workforce der WHO

Charakteristika	Anzahl der Länder mit verfügbaren Informationen (gesamt=192)	%
Ärzte/-innen	192	100
Krankenpflegekräfte	191	99
Hebammen	108	56
Zahnärztliches Personal	188	98
Pharmazeutisches Personal	161	84
Laborpersonal	73	38
Öffentliches Gesundheitswesen und Umweltgesundheit	70	36
Gemeindegesundheitswesen und traditionelle Heilkunde	40	21
Gesundheitssystemmanager/-innen	76	40
Sonstige	84	44
Alter *	65	34
Geschlecht *	98	51
Ländliches oder urbanes Arbeitsumfeld *	55	29
Staatliche oder private Anstellung *	61	32
Beschäftigungslos *	11	6

* entspricht Anzahl an Ländern für die das Charakteristikum für mindestens eine Berufsgruppe vorliegt. Quelle: (Dal Poz et al. 2007;WHO 2011).

3 Ursachen und verschärfende Faktoren im Überblick

Die Ursachen des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen sind vielschichtig und umfassen ein disziplinübergreifendes Spektrum an Faktoren. Eine der meistgenannten Gründe ist die steigende Krankheitslast (burden of disease) bei gleichzeitig chronisch unterfinanzierten Gesundheitssystemen, die weder in der Lage sind, Personal zu halten, noch ausreichend in Ausbildung und Personalentwicklung zu investieren (Kolehmainen-Aitken 2004). Weitere Aspekte schließen mangelnde Kompetenz und Kapazität im Bereich Management und strategischer Bedarfsplanung ebenso ein, wie die HIV/AIDS Epidemie oder aber die Ungleichverteilung von Gesundheitsfachkräften auf nationaler und internationaler Ebene (Chen et al. 2004; Mullan 2005; Orach 2008). Letztere kann häufig auf Migrationsbewegungen zurückgeführt werden.

In Bezug auf das Management von Gesundheitsfachkräften fehlt es vielfach an den erforderlichen Kompetenzen (Fachwissen, Fähigkeiten, Standpunkten und Verhaltensweisen). Im Rahmen der Dezentralisierung des Gesundheitssektors werden in vielen Ländern hauptsächlich die Schwächen im Bereich der Managementkapazitäten auf lokaler Ebene als Hemmnis für die Verbesserung der Gesundheitsdienste und zum Erreichen der MDGs genannt. Leider verschärfen Weiterbildungsmaßnahmen das Problem des Fachkräftemangels oft ungewollt, indem sie zu weiteren Abwesenheiten des Personals beitragen.

In Bezug auf die Krankheitslast hat die HIV-Epidemie die Lage weiter verschlimmert, da sich viele Gesundheitsfachkräfte infizierten und so die Zahl des Gesundheitspersonals weiter dezimiert wurde. Dies geschah bei gleichzeitiger Zunahme der Arbeitsbelastung durch den erhöhten Pflege- und Behandlungsbedarf der Bevölkerung. Der schlechte Gesundheitszustand der aktiven Bevölkerung, die Todesfälle und das damit verbundene menschliche Leid wirken sich desaströs auf die Personalsituation der Gesundheitsdienste aus.

Die Situation wurde aber auch durch die Notwendigkeit verschärft, in den 1980er und 1990er Jahren aus wirtschaftlichen Gründen Strukturanpassungsprogramme im öffentlichen Dienst umzusetzen. Aufgrund der daraus resultierenden Verknappung öffentlicher Mittel konnten beispielsweise in Tansania zwischen 1995 und 2005 nur etwa 16% der Absolventen/-innen medizinischer Ausbildungszentren in eine Anstellung im öffentlichen Dienst übernommen werden (Songstad et al. 2012). In der Folge wanderten viele Gesundheitsfachkräfte vor allem in die Länder aus, die zu den Geberländern der internationalen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) zählen. Tatsächlich legen die Gründe und Auswirkungen dieser Situation die gegenseitigen Abhängigkeiten unserer globalisierten Welt offen: in den industrialisierten Ländern stellen immer älter werdende Bevölkerungen sowie die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts hohe Anforderungen an die medizinische Versorgung und überfordern sogar gut entwickelte Gesundheitssysteme, andererseits ziehen diese Länder Gesundheitspersonal aus ärmeren Ländern an und verschlimmern somit den bereits bestehenden Mangel an Personal in Ländern des Südens. In den letzten Jahren ist der Einfluss von Migrationsbewegungen auf die Effizienz von Gesundheitssystemen immer stärker in das Bewusstsein politischer Entscheidungsträger sowie einer Vielzahl akademischer Fachrichtungen getreten (Dodani & Laporte 2005; Connell *et al.* 2007; Diallo 2004) und wird daher im Folgenden weiterführend erläutert.

4 Migration von Gesundheitsfachkräften

Hinter den oben genannten Zahlen zum Fachkräftemangel verbergen sich große regionale Unterschiede, da das Personal oft ungleich verteilt ist, sowohl zwischen Ländern als auch in den Ländern selbst. Die Migration von Gesundheitsfachkräften spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Es kann zwischen drei grundsätzlichen Migrationsformen unterschieden werden (Abb. 6): 1. *Interne Migration*, 2. *Cross-industry Migration* (gemeint ist das Verlassen des Gesundheitssektors zugunsten einer Tätigkeit innerhalb eines anderen Themenfeldes) und 3. *Internationale Migration* (Diallo 2004).

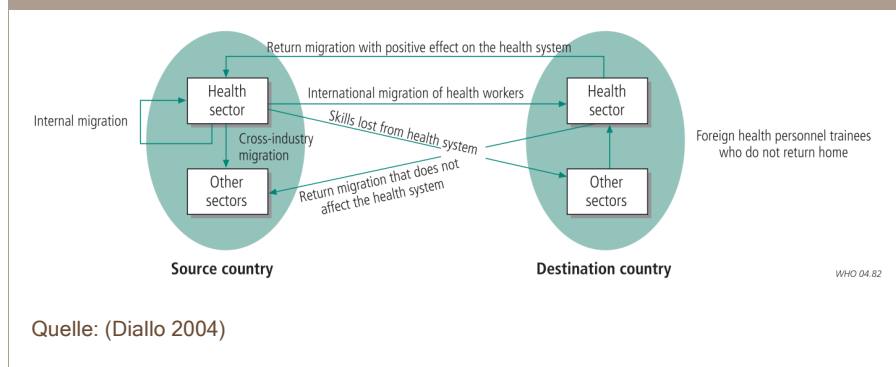
Interne Migration bezieht sich meist auf die Abwanderung aus ländlichen hin zu urbanen Gebieten, welche zwar innerhalb der Landesgrenzen stattfindet, jedoch eine Überkonzentration von Gesundheitsfachkräften in Städten und Ballungsräumen nach sich zieht. Während die

Hälfte der Weltbevölkerung in ländlichen Gegenden lebt, wohnen und arbeiten 75% der Ärzte/-innen und 60% der Krankenschwestern/-Pfleger in Stadtgebieten. Die ungleiche Verteilung des Personals im öffentlichen und privaten Sektor wirkt sich zudem negativ auf den Zugang der oft armen Bevölkerung zu bezahlbaren und qualitativ guten Gesundheitsdiensten aus.

Mehrere Studien stimmen darin überein, dass angemessen ausgebildete Fachkräfte eine Schlüsselrolle zum Erreichen verbesserter Resultate im Gesundheitswesen spielen (Anand & Barnighausen 2004). Der politische Druck, Fortschritte im Sinne von ‚Quick Wins‘ aufzuzeigen, führte anfangs dazu, dass viele globale Gesundheitsinitiativen (Global Health Initiatives, GHI) einen krankheitsfokussierten Ansatz führten und das Personal der Basisversorgung für gezielte Programmzwecke, zum Beispiel für Voluntary Counselling and Testing, oder die Behandlung von AIDS-Kranken, abgeworben haben. Diese Rekrutierungspraxis hat somit ebenfalls einen Beitrag zu der internen Ungleichverteilung von Fachkräften geleistet. Einer aktuellen Studie aus Mozambique zufolge ist die aktive Rekrutierung von Gesundheitspersonal durch Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und Geber insgesamt sogar für einen größeren Verlust an ärztlichem Personal verantwortlich als internationale Migration (Sherr *et al.* 2012). Die Erkenntnis, dass heute nicht mehr die finanziellen Mittel, sondern der Mangel an Fachkräften als „die wirkliche Bremse zur Erreichung der gesundheitsbezogenen MDGs“ (Schatz 2008) betrachtet werden kann, bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass Geber und NGOs ihre Rekrutierungspraxis einer strengeren Reflektion unterziehen sollten, da sonst eben jene Systeme geschwächt werden, um deren Stärkung man bemüht ist. Eine solche Prüfung ist ebenfalls in Bezug auf internationale Migration angezeigt, da hier traditionellen Geberländern ebenfalls eine entscheidende Rolle in der Rekrutierung zukommt.

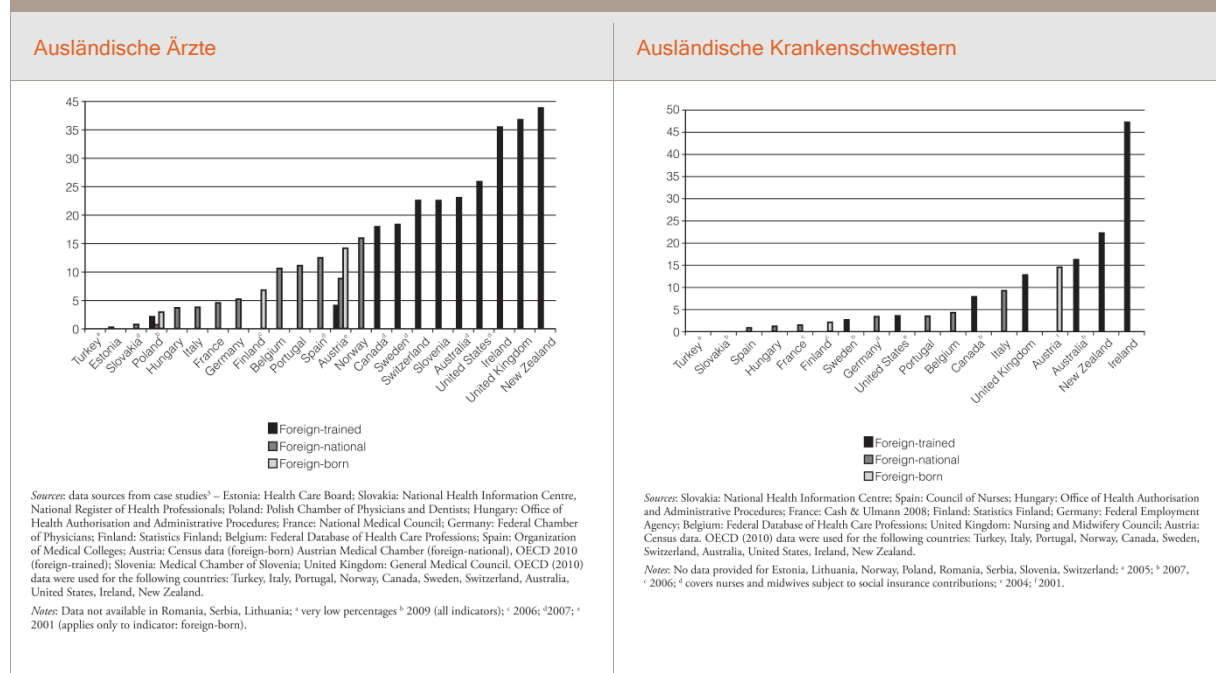
Von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wurden im Rahmen des Vorhabens *Health Workforce and Migration Project* gezielt Anstrengungen

Abb. 6. Modell unterschiedlicher Migrationstypen von Gesundheitsfachkräften



unternommen, um die Migration besser zu erfassen und die Migrationsstatistiken zu verbessern. Das bisherige Ergebnis zeigt, dass alle OECD-Länder gleichermaßen darum kämpfen, genug Personal auszubilden, um den landeseigenen Bedarf zu decken. Dabei setzt man stark auf zusätzliche ausländische Arbeitskräfte. Im Jahr 2000 waren 11% der in Deutschland arbeitenden Mediziner/-innen und 10% der Krankenschwestern/-Pfleger in Übersee ausgebildet. In Großbritannien ist der Anteil noch höher: 34% der Ärzte/-innen und 15% der Krankenschwestern/-Pfleger sind ausländische Fachkräfte (OECD 2007). Die Ströme von Arbeitskräften im Gesundheitswesen in ein Land ziehen Ströme von anderen Ländern nach sich. Als die OECD eine starke Emigration von kanadischem Gesundheitspersonal in die Vereinigten Staaten meldete, stellte Kanada eine große Anzahl von Gesundheitsfachkräften aus Südafrika ein. Südafrika wiederum glich diesen Mangel mit Fachkräften aus den ärmeren Nachbarstaaten aus und wurde somit zum wichtigsten Einwanderungsland für afrikanisches Gesundheitspersonal (Clemens & Pettersson 2008).

Abb. 7. Anteil ausländischer Gesundheitsfachkräfte in ausgewählten OECD oder nicht-OECD Ländern (2008 oder zuletzt verfügbare Daten)



Quelle: (Maier *et al.* 2011)

Bei der Analyse der Migration von Gesundheitsfachkräften in Europa wird deutlich, dass die Abhängigkeit von Migranten/-innen in den verschiedenen Gesundheitssystemen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. So sind in Ländern wie Estland, der Slowakei, Polen, Ungarn, Italien und Frankreich weniger als 5% der Ärzte/-innen aus dem Ausland, in der Schweiz, Slowenien, Irland und Großbritannien aber über 22,5 % (Maier, Glinos, Wismar, Bremner, Dussault, & Figueras 2011). Bei Pflegefachkräften ist die höchste Abhängigkeit in England, Österreich und Irland festzustellen. Studien aus den Jahren 2004 -2006 belegen, dass Entwicklungsländer einen hohen Anteil der Migranten/-innen im Gesundheitssektor stellen. So waren 2004 zwischen 23 und 28 % der Ärzte in USA, UK, Canada und Australien ausländischer Herkunft und 40-75% derselben kamen aus einkommensschwachen Ländern (Mullan 2005).

Zu den führenden „Exporteuren“ von Gesundheitspersonal gehören die Philippinen (siehe Annex 2. Länderbeispiel Philippinen), Pakistan und Indien. So produzieren zum Beispiel die 258 Medizinischen Fakultäten Indiens über 27 000 Ärzte/-innen, von denen ein Drittel auswandert, allein 1500 jährlich in die USA (Supe & Burdick 2006). Neun der 20 wichtigsten „Export-Länder“ lagen in der Karibik und in Subsahara-Afrika (Mullan 2005). Ein großer Teil afrikanischer Ärzte/-innen arbeitet im Ausland. Ärzte/-innen, die in der Region südlich der Sahara ausgebildet wurden und in OECD-Ländern arbeiten, stellen ca. ein Viertel der Ärzte/-innen (23%) der Herkunftsländer dar (WHO 2006). Krankenschwestern/-Pfleger, die in der Region südlich der Sahara ausgebildet wurden und in OECD-Ländern arbeiten, stellen ca. 1/20 der Krankenschwestern (5%) der Herkunftsländer dar, jedoch mit unterschiedlich großen Spannen (z.B. 34% in Simbabwe, 0,1% in Uganda) (WHO 2006). Bezieht man sich nicht ausschließlich auf die OECD-Länder, ist der Anteil von im Ausland arbeitenden Ärzten/-innen und Krankenschwestern/-Pflegerinnen sogar noch höher; bis zu 70% der angolanischen Ärzte/-innen arbeiten derzeit außerhalb ihres Landes.

Hinsichtlich der Migration von Gesundheitsfachkräften innerhalb Europas wird höheres Einkommen als wichtigster Grund genannt, danach folgen Arbeitsplatzverhältnisse, Arbeits- und Vertragsbedingungen und Zugang zu Infrastruktur (European Observatory on Health Systems and Policies 2011).

Eine Studie zur Migration von Gesundheitsfachkräften aus Afrika südlich der Sahara nach Kanada identifiziert entsprechend der Migrationstheorie von E.S. Lee (Tabelle 2) die folgenden „push und pull“ Faktoren (Labonte *et al.* 2006) die wohl für die meisten aufnehmenden Länder gelten dürften (siehe folgende Seite).

Die Migration von Fachkräften muss beobachtet und analysiert werden. „Geber“ und „Nehmer“-Länder müssen gemeinsam Kompensationsmechanismen entwickeln, um extreme Verwerfungen zu beheben. Hierbei müssen aber auch die Menschenrechte und individuellen Rechte auf Freizügigkeit und Berufsausbildung Berücksichtigung finden.

Tabelle 2. Push- und Pull-Faktoren in der internationalen Migration

Das **Push-Pull-Modell der Migration** stellt den Kern der ökonomisch motivierten Migrationstheorie dar, die Everett S. Lee in den 1960er Jahren aufstellte. Die Theorie geht davon aus, dass Menschen aus einem ursprünglichen Gebiet „weggedrückt“ werden (engl.: „to push“, „drücken“), während sie von einem anderen Gebiet „angezogen“ (engl.: „to pull“, „ziehen“) werden.

	Push-Faktoren	Pull-Faktoren
Arbeitsplatzsicherheit	Arbeitslosigkeit, keine Stellenangebote	Viele Arbeitsplatz-Angebote
	Angst vor Verlust von Arbeitsplätzen wegen unsicherer Stellenfinanzierung	Positive Berichte von emmigrierten Kollegen/-innen und Arbeitskräfteagenturen
	Mangelnde Karriere-Aussichten	
Arbeitsbedingungen	Niedrige Löhne	Gute Verdienstmöglichkeiten
	Unregelmäßige Zahlung der Gehälter und Zulagen	
	Schlechte Arbeitsplatz-Infrastruktur, fehlende Arbeitsmittel (Medikamente, Ausrüstungsgüter)	Gute Arbeitsplatzausstattung
	Zu viele Überstunden und ständige Arbeitsüberlastung (die in Dauerstress und ggf. burnout resultieren)	Adequate Arbeitszeiten und -belastung
	Unzureichende Organisation der Gesundheitsdienste)	Gutes Gesundheitssystem
	Unzureichende Personalplanung	
Gesellschaftliche Probleme	Generelle Armut	Gesellschaftlicher Reichtum
	Politische Instabilität und Unruhen	Stabile Demokratien
	Ethnische Auseinandersetzungen	Wenig Korruption
	Gender-Diskriminierung	
Sicherheitsaspekte	Hohe Kriminalität	Hohe Sicherheit in Empfängerländern
	Häufige Überfälle	
	Autodiebstahl	
	Sexuelle Gewalt	
	Hohes HIV Infektions Risiko durch Patientenkontakte	
Lebensqualität	Schlechte Wohnverhältnisse	Gute Wohnmöglichkeiten
	Unzureichender Lebensstandard	Hoher Lebensstandard
	fehlende Transportmittel	
Erziehung		Bessere Chancen für die Kinder
	Verschlechterung der Schulumöglichkeiten	Bessere Schulen
		Bessere Berufsaussichten

Quelle: adapted from (Labonte, Packer, & Klassen 2006)

Fachkräftemigration stellt ein schwerwiegendes Problem in der aktuellen globalen Krise des Gesundheitswesens dar. Sie ist aber nur bedingt ursächlich für das Problem, Faktoren wie

veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. Überalterung), Unterfinanzierung des Gesundheitssektors, Austeritätsprogramme, unzureichende Ausbildung und Ausbildungsqualität und verfehlte Gesundheits- und Gesundheitspersonalplanung sind von wesentlich größerer Bedeutung. Allerdings kann Fachkräftemigration in betroffenen abgebenden Ländern diese Krise (erheblich) verschärfen.

5 Strategie und Optionen zur Verminderung des Fachkräfteproblems

Um die gegenwärtige weltweite Krise der Gesundheitsversorgung zu überwinden stehen vier Bereiche im Mittelpunkt, nämlich die Adaptation und Reorganisation der Versorgungssysteme, Verbesserung von Zugang und Gleichheit, Erhöhung der Effizienz und Steigerung der Qualität. Daraus resultieren vier Handlungsbereiche bezüglich der Humanressourcen: Aus- und Weiterbildung, Fachkräfte-Planung und Stellenbesetzung, Performance-Management und Arbeitsbedingungen (Dussault & Dubois 2003; Martinez & Martineau 1998). Dabei muss der übliche fragmentierte Ansatz im Humanressourcenmanagement überwunden werden, um alle möglichen Synergie-Effekte bei der Transformation der Gesundheitssysteme zu nutzen (European Observatory on Health Systems and Policies 2006b).

5.1 Internationale Strategien und Akteure

Der Fachkräftemangel bedarf globaler, übergreifender Problemlösungen. Hierbei steht die Gesundheitssystemstärkung im Mittelpunkt der gegenwärtigen weltweiten Gesundheitsagenda. In diesem Zusammenhang wird oft auf die sechs von der WHO definierten Bausteine verwiesen, die sich auf folgende Themengebiete beziehen: *Führung, Information, Finanzierung, Dienstleistungserbringung, Arzneimittelversorgung* und *Medizintechnik*, sowie *Gesundheitspersonal*. Ausreichendes Gesundheitspersonal ist nach heutigem Verständnis das Schlüsselement für das Funktionieren der anderen Bausteine (WHO 2007a).

Im Kontrast zu Maßnahmen zur Unterstützung des Gesundheitssystems stehen Maßnahmen zur Stärkung des Gesundheitssystems. Erstere zielen meist auf einzelne akute Probleme ab und könne kurzfristig Erfolge zeitigen, z.B. Baumaßnahmen, Verteilung von Moskitonetzen, auch als Systemunterstützung bezeichnete Maßnahmen verschiedener selektiver Krankheitsprogramme. Einer Stärkung des Gesundheitssystems dienen umfangreiche Maßnahmen, die dauerhafte Veränderungen erzielen sollen, z.B. der organisatorischen Struktur, eines effizienten Managements oder der Kompetenzentwicklung des Personals. Erfolge sind meist nur langfristig erreichbar. Ein systemischer Ansatz sollte vor allem das gute Zusammenspiel der Bausteine bewirken.

Der Weltgesundheitsbericht 2008 fordert eine Rückkehr zu den Werten der Primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care): *Verbesserung der Führung, gerechtere Gesundheitsversorgung, personenzentrierte Gesundheitssysteme* und *Förderung und Schutz der Gemeindegesundheit*. Ohne eine deutliche Verbesserung der Situation des Gesundheitspersonals können die genannten Werte jedoch nicht verwirklicht werden.

Im Jahr 2002 wurden im Rahmen der *Joint Learning Initiative*, die von der Rockefeller Foundation finanziert wurde, mehrere politische Initiativen angestoßen. Die Joint Learning Initiative setzte besonders im Jahr 2004 durch zwei hochrangige Foren zur Erreichung der MDGs for Health (im

Januar in Genf, im Dezember in Abuja) deutliche Akzente und räumte dem Thema Humanressourcen im Gesundheitsbereich (HRH) höchste Priorität ein.

Im Juli 2005 organisierte die WHO ein Treffen in Brazzaville, bei dem die Grundlage für HRH-Aktivitäten und entsprechende operationale Strukturen (Observatorien) für diese WHO-Region gelegt wurden (WHO Regional Office for Africa 2010). Einen Monat später erfolgte eine ähnliche Konferenz in Bangkok, auf der die *Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health* (AAAH) ins Leben gerufen wurde. Das regionale Observatorium des östlichen Mittelmeerraumes wurde ebenfalls 2006 gegründet (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean 2013). Die Pan American Health Organization (PAHO)-Observatorien zu HRH konzentrieren sich stark auf die nationale Ebene - 22 Staaten Nord-, Mittel- und Südamerikas haben bereits nationale Observatorien eingerichtet. 2007 lancierte die *Global Health Workforce Alliance* (GHWA) Taskforce eine *Health Worker Migration Policy Initiative* zur Migration, die in dem *International Code of Practice* zur Migration von Gesundheitsarbeiter/-innen mündete (siehe unten).

Infobox 1. Gesundheitspersonal ist nach heutigem Verständnis das Schlüsselement für das Funktionieren der anderen Bausteine. Die Koordination der vorrangigsten HRH Interventionen sollte gemäß der Kampala Declaration and Agenda for Global Action angelegt sein und deren sechs Strategien folgen:

1. Aufbau nationaler und globaler Führung für Lösungen im Bereich HRH
2. Aufbau von Kapazitäten für adäquate Antworten, die auf Evidenz und gemeinsamem Lernen basieren
3. Aufstockung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal
4. Bereitstellung und Halten eines leistungsbereiten, verantwortlichen und gerecht verteilten Gesundheitspersonals
5. Dem Druck des internationalen Gesundheitsarbeitsmarktes intelligente Lösungen entgegensetzen und Migration steuern
6. Sicherstellung zusätzlicher relevanter Investitionen in HRH

Auch die *Health Workforce Advocacy Initiative*, ein von Zivilgesellschaften geführtes Netzwerk der GHWA, arbeitet dieser Initiative zu. Der *Health Worker Migration Global Policy Advisory Council* sucht nach kreativen Ansätzen, die konkurrierenden Rechtslagen in Einklang zu bringen, wie das Recht des Gesundheitspersonals, ihr Land zu verlassen, das Arbeitsrecht, und das Recht auf Bildung, das Recht auf Nichtdiskriminierung und das Recht der Bevölkerungen auf Gesundheitsversorgung (Ogilvie *et al.* 2007). In Zusammenarbeit mit der WHO versucht das Gremium, einen Rahmen für einen globalen Leitfaden für die Migration des Gesundheitspersonals zu erarbeiten.

Die Weltgesundheitsorganisation ist ebenfalls federführend bei der Analyse und Datenpflege zur HRH Lage, wie man am Global Health Atlas (WHO 2011) und dem WHO Statistical Information System (WHO 2013b) ablesen kann. Sie hat ebenfalls eine Kernfunktion bei der Entwicklung der globalen Antwort auf die HRH Problematik und verwaltet die GHWA. Die 2006 gegründete GHWA ist eine Partnerschaft nationaler Regierungen, der Zivilgesellschaft, internationalen Agenturen und Experten/-innen und dient als Plattform zur Adressierung der Fachkräftekrise im Gesundheitssektor und Entwicklung bzw. Verfechtung von Lösungsansätzen (WHO 2013a). Mit der Gründung der GHWA und der Annahme zweier wichtiger HRH Resolutionen (59.23 und 59.27) durch die Weltgesundheitsversammlung wurde im Jahre 2006 das Jahrzehnt der Aktion für HRH eingeleitet. Über die Zusammenarbeit mit Regierungen hinaus genießt die GHWA die starke Unterstützung diverser Partner einschließlich internationaler NGOs, der *Clinton Foundation*, *Global Alliance for Vaccines and Immunisation* (GAVI) u.a. Die finanzielle Förderung der GHWA durch die Bill und

Melinda Gates Stiftung ist dabei besonders erwähnenswert. Die Stiftung hat erheblichen Einfluss auf dieses Thema gewonnen, was verständlich wird vor dem Hintergrund, dass sie jährlich 800 Millionen Dollar für Global Health zur Verfügung stellt und Ausbildung von Gesundheitspersonal zu einem zentralen Förderschwerpunkt gemacht hat.

Die GHWA verfügt über derzeit acht unterschiedliche Task-Forces zu Themen wie *Mitarbeiterbindung, Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals, Arbeitsmotivation* usw. Die Task-Force *Bessere Aus- und Weiterbildung für Gesundheitspersonal* hat ihre Untersuchungsergebnisse in dem Bericht *Scaling Up, Saving Lives* vorgestellt (GHWA 2008). Die GHWA hat die Etablierung der oben beschriebenen regionalen Gesundheitspersonal-Observatorien als einen Mechanismus zur Verbesserung des Informationsflusses angeregt. Es geht ihr dabei um eine Verbesserung des Dialogs und des Austausches über Erfolgsrezepte besonders im Hinblick auf Evaluierungsansätze und eine mögliche Rückfütterung erfolgreicher Konzepte in nationale HRH-Politik.

Die WHO unterstützt die Kapazitätsentwicklung von Governance-Strukturen, die Verbesserung globaler Informationen und Evidenz um den bestehenden Herausforderungen bei Humanressourcen für Gesundheit begegnen zu können durch sechs sogenannte *Human Resources for Health Regional Observatories*.

Infobox 2. Die WHO unterstützt die Kapazitätsentwicklung von Governance-Strukturen, die Verbesserung globaler Informationen und Evidenz um den bestehenden Herausforderungen bei HRH begegnen zu können durch sechs sogenannte Human Resources for Health Regional Observatories. Die Ziele der Observatorien sind:

- Beiträge für die Verbesserung der Informationen und Daten zum Gesundheitspersonal.
- Information, Gestaltung, Validierung und Evaluation von HRH Policies.
- Verbesserung der Kooperation zwischen den Gesundheitsfachkräften, der Finanzierung und der Organisation von Dienstleistungen sowie den Wirkungen.

Auch die *Clinton Group Initiative* hat auf ihrem jährlichen Kongress im Jahr 2008 nachdrücklich betont, die Ausbildung und numerische Stärkung des Gesundheitspersonals fördern zu wollen. Darauf folgten die Zugeständnisse des Japanischen Premierministers, Yasuo Fukuda, die Ausbildung von 100.000 neuen Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen in Afrika im Laufe der nächsten fünf Jahre zu übernehmen.

Angesichts der Fülle von Initiativen und Programmen zur Lösung des HRH-Problems müssen sich Geber mehr denn je mit den Prinzipien der *Paris Deklaration* (Alignment, Harmonisierung) auseinander setzen. Alleinstehende, kleine Interventionen - außer zum Zwecke der Erprobung - werden als wenig effektiv, zeitraubend und kostspielig angesehen. Die Herausforderung besteht darin, global übergreifende Problemlösungen über Lobbyarbeit, gemeinsames Lernen, verbesserte Kommunikation, internationale Politik, fiskalische Maßnahmen und Regulierung des Privatsektors zu realisieren. Dabei kann die Bearbeitung des Themas Humanressourcen nicht losgelöst vom Gesamtkontext der Gesundheitssysteme gesehen werden.

Afrikanische Regierungen haben ihre Unterstützung für die Lösung der HRH-Krise durch die Aufforderung an alle Länder der Afrikanischen Union (AU) im Jahre 2002, realistische HRH Pläne zu entwickeln, betont. Hierbei stellt jedoch insbesondere die Implementierung verlässlicher Gesundheitsinformationssysteme mit aktuellen mit abrufbaren Informationen zur Personalsituation eine wichtige Hürde dar, deren Überwindung Grundvoraussetzung für jede sinnvolle Bedarfsplanung darstellt (siehe auch Annex 3. Länderbeispiel Kamerun). Weitere Schritte in diese Richtung waren das Jahr der Humanressourcenentwicklung in Afrika 2004, die *Deklaration von Gaborone* (Roadmap towards Universal Access to Prevention, Treatment and Care), die von allen Gesundheitsministern/-

innen der AU unterschrieben wurde und die *Neue Partnerschaft für die Entwicklung Afrikas* (NEPAD). Untermauert wird dieses Bekenntnis durch Beispiele wie das *Maputo Action Plan* der Gesundheitsminister/-innen der AU, und das Inkrafttreten einer afrikanischen Gesundheitsstrategie für die Jahre 2007-2015. Viele Sitzungen der GHWA hatten insbesondere die Situation in Afrika im Auge, so zum Beispiel die sub-regionale Konferenz zu den *HRH- Herausforderungen im frankophonen Afrika*, Douala 2007, die Konferenz *Scaling up Health Workforce Education and Training*, Addis Abeba 2007 und die internationale Konferenz zu *Task Shifting in Response to Health Workforce Shortages and the HIV Epidemic* und die daraus resultierende *Addis Abeba Deklaration* vom Januar 2008.

5.2 Aus- und Weiterbildung

Wesentliche Mechanismen zur Behebung von Fachkräftemangel sind eine Steigerung der inländischen Fachkräfteproduktion durch quantitative und qualitative Verbesserung der Ausbildung, die Erhöhung von Verbleiberaten durch Verbesserung von Gehältern, Verbesserung der Infrastruktur, Anpassung der Arbeitsbedingungen und Einführung moderner Unterstützungstechnologien.

In der Aus- und Weiterbildung ist die ständige Anpassung zwischen Trainingsprogrammen (quantitativ und qualitativ), den sich verändernden Bedürfnissen der Gesundheitsdienste, sowie den sich ändernden Rollen und Arbeitspraktiken der Fachkräfte erforderlich. Da viele Problemlösungen im Gesundheitswesen interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern, sollte die Arbeit im Team und fachübergreifende Kooperation wesentlicher Bestandteil der Ausbildungsgänge sein (European Observatory on Health Systems and Policies 2006a).

Eine nicht zu unterschätzende Problematik hinsichtlich der Steigerung der Ausbildung in einkommensschwachen Ländern stellt die teilweise unzureichende Schulausbildung dar. Insbesondere für eine lokale Rekrutierung von Auszubildenden im Gesundheitsbereich sind oft die erforderlichen Präqualifikationen nicht vorhanden, so dass selbst bei bestehender Ausbildungskapazität, nicht genügend Fachkräfte ausgebildet werden können (Süd-Tansania, Süd-Sudan) (Wakabi 2011). Ferner werden in der Ausbildung selbst häufig nicht die nationalen Standards erreicht. So bestanden 2009 von ca. 95 000 Abgängern/-innen von Pflegefachschulen in den Philippinen nur knapp 40% den Zulassungstest.

5.3 Skill-Mix und Task-Shifting

Die Produktivität der Gesundheitsdienste kann bei relativem Fachkräftemangel durch Änderung des *Skill-Mix* und das sog. *Task-Shifting* erreicht werden. Hierbei werden weniger qualifizierte Fachkräfte durch spezielle Weiterbildungen so qualifiziert, dass sie ursprünglich nur höher qualifizierten Fachkräften vorbehaltene Maßnahmen durchführen können. So werden z.B. viele allgemeinärztliche Tätigkeiten seit langem in Tansania von qualifizierten Pflegekräften (sog. Medical Assistants) durchgeführt. In einem weiteren Schritt werden entsprechende Mitarbeiter/-innen mittlerweile in einfachen Operationstechniken, insbesondere Kaiserschnitten ausgebildet, um die hier bestehenden dramatischen Versorgungsengpässe zu überwinden.

In Deutschland werden fachfremde Arbeitskräfte um- oder angelernt, um ausgebildete Pflegekräfte zu ersetzen oder um diese in ihren Aufgaben zu unterstützen (Afentakis & Maier 2010). In England erhalten Pflegekräfte zusätzliche Ausbildungen, um ärztliche Funktionen übernehmen zu können. Es besteht allerdings die Gefahr, dass hierdurch zwar der Ärzte/-innenmangel gemildert wird, aber gleichzeitig der Mangel an nicht-medizinischen Fachkräften verstärkt wird (European Observatory on

Health Systems and Policies 2006a). Auch muss eine qualitativ hochwertige Supervision und Coaching gewährleistet sein, um eine risiko-behaftete Qualitätsminderung zu vermeiden.

Mit dem zunehmenden Mangel qualifizierter Gesundheitsfachkräfte insbesondere im ländlichen Raum hat der Rückgriff auf unzureichend ausgebildete Hilfskräfte wieder zugenommen.

Auch ist es zu einer Wiederbelebung der Debatte um sog. *Community Health Worker* (CHW) als Ersatz für Gesundheitsfachkräfte gekommen. Hier wird der dem Community Health Worker zugrunde liegende Gedanke der Alma Ata Deklaration für eine stärkere Bevölkerungsorientierung der Gesundheitsdienstleister pervertiert. In dieser Debatte wird der CHW zu einer billigen und schlecht ausgebildeten Hilfskraft, die in der Regel auf sich gestellt arbeiten muss und ohne ein entsprechendes Supervisionssystem zum Scheitern verurteilt ist. In einer bereits prekären Personalsituation ist eine regelmäßige Supervision und Coaching von Hilfskräften per se aber nicht zu leisten, d.h. es besteht die Gefahr, dass die Rekrutierung sog. CHWs etc. die Fachkräfte-Problematik noch erhöht. Eine qualifizierte Leistungsverbesserung der Gesundheitsdienste kann auf diese Weise nicht erreicht werden.

Infobox 3. Die WHO hat 2008 Empfehlungen und Richtlinien zum Task-Shifting herausgegeben (WHO et al. 2008), die vor allem den eklatanten Mangel ausreichend ausgebildeter Fachkräfte für die HIV-Bekämpfung im Visier hatten. Die wesentlichen Empfehlungen beinhalten:

- Strategische Konsensbildung zur Einführung geänderter Normen und Regelwerke
- Den Aufbau oder die Stärkung nationaler Qualitätssicherungssysteme, einschließlich verbesserter unterstützender Supervision , kontinuierlicher Weiterbildung und Performance-orientierter Mitarbeiter/-innenbewertung
- Die Einführung von finanziellen und nicht-finanziellen, performance-abhängigen Anreizen und adäquaten Basisgehältern
- Die konsequente an den lokalen Verhältnissen orientierte Delegation von primär ärztlichen Aufgaben an Hebammen und Pflegefachkräfte, sowie von einfacheren pflegerischen und sozialen Aufgaben an (freiwillige) Hilfskräfte

5.4 Kooperation mit dem Privatsektor

Ein Ansatz, mit der Personalknappheit in staatlichen Gesundheitsdiensten fertig zu werden und eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen sicher zu stellen, ist das Kontrahieren privater (gemeinnütziger) Gesundheitsdienstleister. In diesem Kontext kommt kirchlichen Trägern ein besonderer Stellenwert zu, da diese auf eine lange Tradition in der Gesundheitsversorgung in strukturschwachen Ländern zurückblicken. Schätzungen zufolge stellen kirchliche Organisationen und Dachverbände allein in Afrika zwischen 30 und 70% der verfügbaren Gesundheitsinfrastruktur (Krankenhäuser, Gesundheitsstationen, Trainingseinrichtungen etc.) (WHO 2007b). Allerdings stellen sich dabei mittel- bis langfristig unter Umständen unabwägbare Finanzierungsprobleme ein. Auch kann die Qualitätssicherung nur dann sichergestellt werden, wenn Qualitätsstandards durch entsprechende Akkreditierungs- und Kontrollverfahren gewährleistet werden können.

In der Regel ist in Entwicklungsländern das Phänomen der internen Migration vom öffentlichen in den privaten Sektor zu verzeichnen, da im privaten Sektor üblicherweise höhere Einkommen erzielt werden können. In einigen Ländern ist es durch Verbesserung der Gesundheitssysteme im öffentlichen Sektor zu einer paradoxen Entwicklung gekommen, in der insbesondere gemeinnützige (kirchliche) Gesundheitsdienste ihr Personal an den öffentlichen Dienst verlieren. Hierdurch ist die

Funktionsfähigkeit dieser Einrichtungen dramatisch gefährdet. Da diese Einrichtungen oft die Versorgung der ärmeren ländlichen Regionen sicherstellen kann es zu schwerwiegenden Störungen der Gesundheitsversorgung kommen.

Infobox 4. Um extrem niedrige Gehälter zu kompensieren haben Fachkräfte im Gesundheitswesen eine Reihe von Coping Strategies (Überlebensstrategien) entwickelt:

- Viele Mitarbeiter/-innen in Kliniken und Krankenhäusern des öffentlichen Dienstes nehmen legal oder illegal bezahlte Nebentätigkeiten auf und/oder versorgen privat zahlende Patienten/-innen außerhalb der Dienstzeiten.
- Dazu gehört dann oft die Überweisung des/der Patienten/-innen aus dem öffentlichen (kostenfreien) Gesundheitsdienst in den privaten, profitorientierten.
- Ethisch besonders fragwürdig sind Methoden der passiven Bestechung, bei denen dem Patienten/-innen Dienstleistungen, die normalerweise kostenfrei gewährt werden, erst nach Zahlung eines Bestechungsgeldes erbracht werden.
- Eine andere weitverbreitete Methode der Einkommensverbesserung ist der Besuch bezahlter Weiterbildungen und die Durchführung von Sonderaufgaben für spezielle (von internationalen Gebern geförderte) Programme. Hier können Fachkräfte im Gesundheitswesen in wenigen Tagen Seminar-Besuch ggf. das Mehrfache eines Monatslohns „verdienen“.

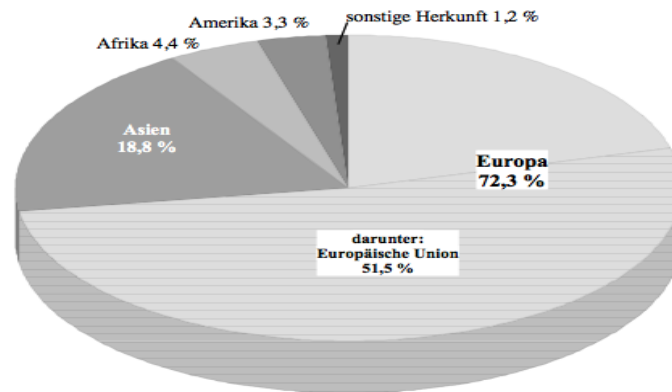
6 Fachkräfteplanung und Stellenbesetzung im Kontext internationaler Migration

In einigen wirtschaftlich fortgeschrittenen Ländern erfolgt eine Kompensation des Fachkräftemangels durch Import von Fachkräften. Etliche OECD Länder mit Fachkräftemangel haben Fehler bei der Fachkräfte-Planung im Gesundheitswesen und unzureichende einheimische Trainingskapazitäten durch Import von Medizinern und Gesundheitsfachkräften kompensiert. Hier stehen bei der Abhängigkeit von Ärzten/-innen aus dem Ausland Neu Seeland, England, Irland, USA und Australien an der Spitze, bei nicht-medizinischen Fachkräften Irland, Neu Seeland, Österreich, Australien und England.

Deutschland liegt bei der Abhängigkeit von ausländischen Ärzten/-innen derzeit noch im unteren Drittel, bei der von nicht-medizinischen Fachkräften in der Mitte. Allerdings hat sich seit 2002 die Zuwanderung ausländischer Ärzte/-innen deutlich erhöht (insbesondere aus Osteuropa und Österreich) (Abb. 9&10) (Kopetsch 2010).

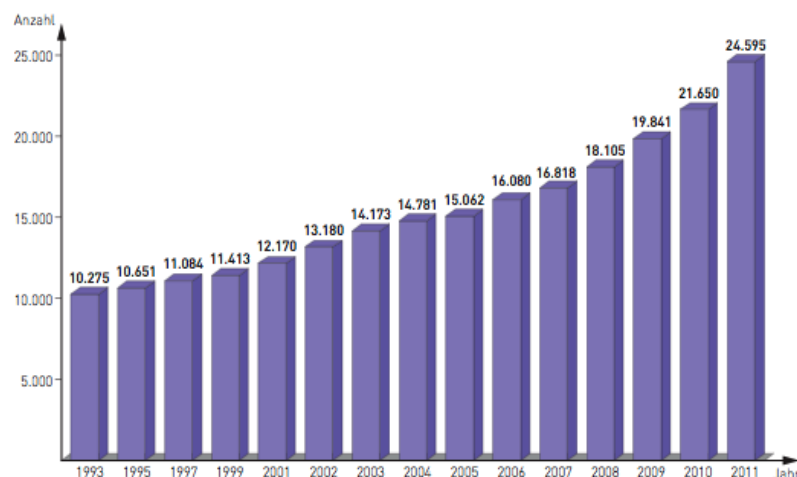
Mehrere Fallstudien in Europa belegen, dass ausländische Ärzte/-innen, Zahnärzte/-innen und Pflegekräfte in England, Spanien, Österreich und Italien zur Verbesserung der Kapazität der Gesundheitsdienstleistungen gebraucht werden. Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in (Ost-) Deutschland werden zunehmend Vakanzen durch ausländische Ärzte/-innen gefüllt (Verdreifachung von 2000 bis 2008) (European Observatory on Health Systems and Policies 2011) (siehe auch Abschnitt: *Migration von Gesundheitsfachkräften*).

Abb. 9. Herkunft der ausländischen Ärzte/-innen in Deutschland 2009



Die Aufgliederung nach Ländern zeigt, dass die meisten ausländischen Ärzte/-innen, die in Deutschland leben, aus Österreich, Griechenland, Russland und Polen kommen. Quelle: (Kopetsch 2010)

Abb. 10. Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzte/-innen in Deutschland



Quelle: (Bundesärztekammer 2011b)

6.1 Bilaterale und regionale Ansätze zur Regulierung der Migration von Fachkräften

Neueste Untersuchungen der OECD befassen sich weitgehend mit der Notwendigkeit, die Effektivität und Effizienz verschiedener Methoden im Bereich HRH nachzuweisen. Der Beirat betont, dass bilaterale Vereinbarungen am vielversprechendsten sind in dem Versuch, die Anwerbung von Personal zu begrenzen und dies besser mit dem Personalmanagement der Entwicklungszusammenarbeit zu harmonisieren. Hierzu gehören auch neue und kreative Konzepte, Arbeitsmigranten/-innen temporär zu re-integrieren und für Ausbildungszwecke einzusetzen (IOM 2005).

Beispiele hierfür sind die gemeinsame Absichtserklärung von Südafrika und Großbritannien, das zu den Hauptimmigrationsländern gehört, sowie regionale Vereinbarungen wie der *Pazifik-Code* und die Vereinbarung der Gemeinschaft *Caribbean Community and Common Market* (CARICOM) (Robinson

& Clark 2008), in der Fachleute im Gesundheitswesen „[...] ermutigt werden, auf Rotationsbasis für jeweils ungefähr drei Jahre ins Ausland zu gehen und danach zurückzukehren“ (Stilwell *et al.* 2004). Derzeit setzen Migrationsexperten/-innen der internationalen Organisationen und der Weltbank auf befristete Migrationsprogramme als eine Möglichkeit, für alle Beteiligten eine (Triple) Win-Win Situation herzustellen (Abdella 2006; GCIM 2005) (siehe hierzu auch Annex 3. Zirkuläre Migration)

Auf der anderen Seite stellen Migrationsrechtsaktivisten/-innen diese Programme in Frage, da sie den Eindruck haben, dass Migranten darin nicht als freie Menschen, sondern als Handelsware auf dem globalen Marktplatz behandelt werden (Sen 2006). Einige sprechen sich dafür aus, das Thema im Rahmen der Außenpolitik anzugehen, da es den Bereich Gesundheit bei weitem überschreitet. Am ehrgeizigsten erscheint der *Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers* von 2003, eine Richtlinie zwischen Commonwealth-Staaten über die Anwerbung von Arbeitskräften im Gesundheitssektor. Im Code werden ethische Rahmenrichtlinien definiert, nach denen von der Anwerbung medizinischer Fachkräfte aus solchen Ländern abgesehen werden soll, die ihrerseits Engpässe durchlaufen. Die entscheidende Frage ist jedoch, ob solche bilateralen oder regionalen Abkommen auch in globalen Kontexten nachhaltig wirken können, die letztlich maßgeblich durch die Welthandelsprotokolle der WTO bestimmt werden (Stewart *et al.* 2007a).

Einige Erfahrungen mit bilateralen Abkommen liegen vor. In Großbritannien hat DFID mit dem Gesundheitsministerium zusammen gearbeitet, um die Attraktivität des National Health Service (NHS) als Arbeitgeber durch Erlassen eines Regelwerkes für Neueinstellungen abzumildern. Leider arbeiten private Rekrutierungsfirmen immer noch außerhalb dieses Regelwerks. Norwegen und Kanada haben sich bereit erklärt, Personal abziehende Faktoren zu minimieren und versuchen nun, auf der einen Seite genug Personal für den Eigenbedarf auszubilden, auf der anderen Seite gezielte Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitssystemen in ärmeren Ländern umzusetzen, um sie für das Personal attraktiver zu machen (Kabene *et al.* 2006).

6.2 Der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

Um eine globale Antwort auf das Problem der Migration von Gesundheitspersonal zu finden, forderte die Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2004 die WHO auf, einen Verhaltenskodex für die internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal zu erarbeiten. Der WHO *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* wurde im Mai 2010 verabschiedet. Der Kodex fördert freiwillige Prinzipien für eine ethisch verantwortliche internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal. Die internationale Abteilung des Bundesministeriums für Gesundheit ist im Ressortkreis federführend für die Umsetzung des WHO-Verhaltenskodexes. Durch die Anwendung des Kodex soll ein gerechter Interessenausgleich bzgl. der Kosten und Nutzen zwischen Zielländern, Herkunftsländern und Arbeitnehmern erreicht werden (Tabelle 3).

Tabelle 3. Kosten und Nutzen Herkunfts- und Zielländern

	Herkunftsländer	Zielländer
Kosten	▪ Abnehmende Krankenpflegekapazitäten vor Ort ▪ Verlust von Investitionen in die Ausbildung von Fachkräften ▪ Verluste bei Konsum und Steuereinnahmen ▪ Schlechtere Arbeitseinstellung und Leistungsbereitschaft sowie Überforderung beim im Land gebliebenen Personal	▪ Anwerbekosten ▪ Eingliederungskosten ▪ Schlechtere Entlohnung und Arbeitsbedingungen für einheimische Arbeitskräfte ▪ Schlechtere Arbeitseinstellung und Leistungsbereitschaft bei einheimischen Arbeitskräften ▪ Weniger Steuereinnahmen von einheimischen Arbeitskräften
Nutzen	▪ Geldsendungen aus dem Ausland (Rücküberweisungen) ▪ Erweiterte Qualifikationen bei Rückkehrern	▪ Behebung von Angebotsmängeln ▪ Verbesserte Krankenversorgung ▪ Steuereinnahmen durch ausländische Arbeitskräfte ▪ Verbesserte Wettbewerbsfähigkeit von Kommunen

Quelle: (Stewart *et al.* 2007b)

Der auf Freiwilligkeit basierte Kodex zielt auf einen Ausgleich zwischen den Rechten, Pflichten und Erwartungen der Herkunfts- und Zielländer sowie denen der migrierenden Fachkräfte ab und richtet sich an alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen: Gesundheitspersonal, Arbeitgeber, NGOs, Fachverbände, regionale, globale, öffentliche oder private Organisationen.

Er soll dazu beitragen, den erforderlichen gesetzlichen und institutionellen Rahmen für Fachkräftemigration zu schaffen oder zu verbessern und soll als Grundlage sowohl für die Entwicklung weiterer internationaler Vereinbarungen als auch für die Erarbeitung nationaler Gesundheitsstrategien dienen. Er empfiehlt technische und finanzielle Unterstützung für Entwicklungsländer und ist bestrebt, Gesundheitssysteme in Entwicklungs- und Schwellenländern zu stärken. Hierbei plädiert er für Transparenz, Gerechtigkeit und gegenseitigen Nutzen und gleicht zwischen dem Grundsatz der Bewegungsfreiheit der Fachkräfte und dem individuellen Menschenrecht von Patienten/-innen auf Gesundheit aus.

Im Rahmen des Kodex sollen auch Planungs-, Bildungs-, Fortbildungs- und Verbleibestrategien entwickelt und die Datenerfassung und der Informationsaustausch über die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften ausgebaut werden. Es wird empfohlen die Zusammenarbeit mit nationalen und lokalen Behörden sowie die legale Verantwortung von Gesundheitspersonal dem eigenen Gesundheitssystem gegenüber zu beachten und möglichst Fachkräfte, die schon im Herkunftsland arbeiten, nicht abzuwerben.

Mitgliedstaaten sollen soweit möglich ihren Bedarf an Fachkräften im eigenen Land decken, ihre Bildungsinstitutionen stärken und auf die aktive Anwerbung aus Entwicklungsländern, die vom Fachkräftemangel stark betroffen sind, verzichten. Im Rahmen des Kodex erfolgt ein Plädoyer für faire Einstellungsprozesse und dafür, dass migrierende Fachkräfte die gleichen Rechte, Arbeitsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen wie einheimische Arbeitskräfte genießen sollen.

Es wird empfohlen, nationale, für Migration und Implementierung des WHO-Kodex zuständige Behörden zu nominieren. Hierbei soll die Entwicklung von bilateralen Abkommen sowie Partnerschaften gefördert werden. Der Kodex bildet auch einen Rahmen für internationale technische und finanzielle Unterstützung.

Die Implementierung der Empfehlungen des Kodex sollen regelmäßig überprüft werden. Maßnahmen, erreichte Ergebnisse, Erfahrungen und Schwierigkeiten bei der Umsetzung sollen in entsprechenden Berichten dargestellt werden. Ein erster Bericht ist für 2013 vorgesehen. Der Text des Kodex wird als dynamisch betrachtet und soll dementsprechend bei Bedarf aktualisiert werden.

Die Entwicklung von Instrumenten zum globalen und länderbezogenen Monitoring der Implementierung der im Rahmen des Kodex vorgesehenen Maßnahmen sowie der erzielten Ergebnisse (wie auch unerwünschter Effekte) mit einem konkreten Berichtschema wird Druck auf die Länder ausüben, die vorgesehenen Maßnahmen in Angriff zu nehmen und dazu beitragen, dass die Thematik der Personalressourcen im Gesundheitswesen insgesamt ein zentrales Thema der internationalen Debatte im Gesundheitsbereich bleiben wird.

Dabei ist das globale Monitoring sowohl als ein technischer wie auch als politischer Prozess zu betrachten. Hierzu sind Kapazitätsbildung für und wissenschaftliche Begleitung der Prozesse in den einzelnen Ländern notwendig. Dies gilt insbesondere auch für die Einrichtung der entsprechenden Behörden, denen die Koordination der Maßnahmen und der Informationsaustausch auf Landesebene obliegen soll. Nur wenn die Länder ihren Informationspflichten nachkommen wird es gelingen einen konsistenten Fortschrittsbericht für die World Health Assembly (WHA) 2013 (2015 und folgende) zu erstellen. Einerseits wurde die Verabschiedung des Kodex, der überhaupt erst der 2.

Infobox 5. Die politisch-ethische Bedeutung des Kodex lässt sich in drei Elementen würdigen:

- Der Bann von Personalwerbung in Entwicklungsländern, die selbst einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften verzeichnen
- Die Betonung der fairen Behandlung von migrierenden Gesundheitsfachkräften im Sinne der Gleichbehandlung und der Gleichstellung mit nationalen Fachkräften
- Die Feststellung, dass Migration von Gesundheitsfachkräften in der Verantwortung aller Länder liegt, um eine nachhaltige globale Gesundheitsversorgung mit effizientem Personalmanagement sicherzustellen.

Infobox 6. Kosten der internationalen Rekrutierung am Beispiel Großbritanniens

Das GHWA Mitglied Save the Children UK schätzt, dass zwischen 1998 und 2005 Großbritannien alleine ca. 65 Millionen Pfund Ausbildungskosten durch das Rekrutieren von Gesundheitspersonal aus Ghana eingespart hat. Die UN Conference on Trade and Development hat geschätzt, dass jede in Afrika ausgebildete akademische Fachkraft (z.B. Ärzte/-innen) ca. 140 000 € kostet (Naicker et al. 2009). Daher wurde u.a. von der britischen Organisation Medact gefordert, dass ein Kostenausgleich für diejenigen Entwicklungsländer erfolgt, die Gesundheitspersonal durch Migration in Industrieländer verloren haben (Gordon & Bueno de Mesquita 2005; Mensah et al. 2005). Dies fand allerdings in der Verabschiedung des *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment* im Mai 2010 keine Berücksichtigung. Nach Unterzeichnung des WHO Kodexes hat (unter anderem) Großbritannien allerdings die aktive Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern eingestellt (NHS Employers 2012).

Verhaltenskodex der WHO in ihrer gesamten Geschichte, ist enthusiastisch begrüßt. Andererseits sind bereits jetzt eine Reihe von Schwächen deutlich. So ist die Unverbindlichkeit der Empfehlungen natürlich insbesondere für die Länder, die unter dem brain-drain leiden, unbefriedigend. Darunter haben bereits frühere Kodices gelitten. Insbesondere die Afrikanischen Länder hatten sich darüber hinaus einen konkreteren und substantiellen finanziellen Ausgleich erhofft. Hier bleibt der Kodex mit der Empfehlung für technische und finanzielle Unterstützung der betroffenen Länder weit hinter den Erwartungen zurück (siehe auch Infobox 6).

7 Ansätze auf Europäischer Ebene

Im Jahr 2005 hat die Europäische Kommission ein Papier mit dem Titel *European Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for HRH in Developing Countries* verabschiedet. Diese Stellungnahme fand im April 2006 Unterstützung durch den Europäischen Rat. Zur gleichen Zeit veröffentlichte die Europäische Union eine Erklärung, in der sie auf die Bereitschaft Europas hinwies, sich des Themas HRH anzunehmen. Die deutsche EU Ratspräsidentschaft 2007 hatte die Entwicklungsrelevanz dieses Themas hervorgehoben und weitere Aktivitäten angeregt. Der Europäische Rat bat die Europäische Kommission, ein entsprechendes Aktionsprogramm zu entwickeln. Das Resultat dieser Bemühungen war das *European Programme for Action*, das Unterstützung für lokal entwickelte Programme verspricht, die in Armutsbekämpfungsprogramme eingebettet sind. Es bietet Unterstützung bei der Entwicklung von nationalen HRH-Entwicklungsplänen und deren Finanzierung an. Es schlägt ferner die Unterstützung der regionalen HRH-Observatorien vor, die sich auf lange Sicht zu Observatorien für die Entwicklung von Gesundheitssystemen formen könnten (Commission of the European Communities 2006).

Ferner ruft es die EU-Länder auf, ausreichend in die Ausbildung von Gesundheitspersonal zu investieren. Mittlerweile liegt ein Arbeitspapier der europäischen Kommission zum „Action Plan for the EU Health Workforce“ vor. Hierin geht die EU von 8 Millionen zu besetzenden Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor bis 2020 aus - davon alleine 1 Millionen neu geschaffene Positionen für Fachkräfte. Sie geht dabei von einer Wachstumsrate von jährlich 5% im Gesundheitssektor aus.

Die Nachfrage nach Fachkräften wird insbesondere aufgrund der älter werdenden Bevölkerung steigen. So wird die Bevölkerungsgruppe der über 60jährigen sich von 87 Millionen im Jahr 2010 auf über 152 Mio. im Jahr 2060 verdoppeln. Hierdurch werden neue Formen der Gesundheitsversorgung notwendig in deren Mittelpunkt chronische Erkrankungen stehen werden. Dies wiederum wird neue Kompetenzen und Arbeitsweisen bei den Gesundheitsfachkräften bewirken. Gleichzeitig gehen durch Eintritt ins Rentenalter viele Fachkräfte verloren. So waren 2009 ein Drittel der europäischen Ärzte/-innen über 55 Jahre alt. Andererseits ist die Zahl der nachwachsenden Fachkräfte nicht ausreichend, um die entstandenen Lücken zu schließen. So standen 2008-09 in Italien nur 8500 neu graduierte Schwestern/Pfleger zur Verfügung um 13 500 ausscheidende Fachkräfte zu ersetzen. In vielen Ländern sind Ausbildungsplätze im Gesundheitswesen unbesetzt (z.B. Frankreich, Rumänien, Ungarn und Österreich).

Die Kommission geht davon aus, dass bis 2020 in der EU etwa 1 Mio. Fachkräfte fehlen werden (Abb. 11), längerfristig sogar bis zu 2 Mio., d.h. dass auf der Basis von 2010 ca. 15% der Stellen im Gesundheitswesen zukünftig nicht besetzt werden können.

Der Fachkräftemangel in den Ländern der EU hat zu einer hohen Abhängigkeit von Personalrekrutierung außerhalb der EU geführt. So kommen 80% der ausländischen Fachkräfte in England und Irland, 60% in Frankreich und Italien und 30% in Österreich, Belgien, Dänemark, den Niederlanden, Deutschland und Polen aus Ländern außerhalb der EU.

Tabelle 4. Geschätzter Mangel im Gesundheitsfachwesen im Jahr 2020 (Europa)

Fachkräfte	Geschätzter Mangel im Jahr 2020	Geschätzter Anteil an nicht abgedeckten Gesundheitsdienstleistungen
Ärzte/-innen	230 000	13,5%
Zahnärztliches & pharmazeutisches Personal, Physiotherapeuten/-innen	150 000	13,5%
Krankenpflegepersonal	590 000	14,0%
Gesamt	970 000	13,8%

Quelle: (European Commission 2012)

Zur besseren Anpassung der Anforderungsprofile von Gesundheitsfachkräften an die zukünftigen Entwicklungen werden ein „*EU skills council in the area of nursing and care*“ und ein „*pilot health care assistants expert network and database*“ etabliert. In einer „EU sector skills alliance in the health care sector“ sollen die Möglichkeiten für neu sektor-spezifische Kurrikula und innovative Formen von „vocational teaching and training“ getestet werden.

Auch der kontinuierlichen Weiterbildung räumt die Kommission hohe Bedeutung bei. Die Kommission geht davon aus, dass in den Mitgliedsstaaten mehr getan werden muss, um junge Leute in die Gesundheitsberufe zu ziehen. Dabei stellen adäquate Gehaltsniveaus, aber auch verbesserte Arbeitsbedingungen – insbesondere hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie – und ausreichende Arbeitssicherheit eine große Rolle.

Infobox 7. Um eine nachhaltige Lösung des Fachkräfteproblems zu erreichen setzt die Europäische Kommission auf:

- Eine verbesserte Trendanalyse für Gesundheitspersonal in allen EU Ländern
- eine Verbesserung der Zusammenarbeit zur effizienteren Nutzung und Entwicklung von EU weiten Ausbildungs- und Qualifizierungskapazitäten
- Die Entwicklung innovativer Modelle für integrierte, umfassende Gesundheitsdienste
- Die Stärkung neuer Technologien, inklusive der Ausweitung von Telemedizin

Hinsichtlich der ethischen Aspekte der Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften unterstützt die EU-Kommission den Kodex der WHO voll. Sie empfiehlt den Mitgliedsstaaten eine Rekrutierung von

Fachkräften aus Ländern mit eigenem Fachkräfte-Mangel zu vermeiden. Hierzu wird von den Mitgliedsstaaten eine Rückmeldung verlangt und ein Berichtstermin im Jahr 2014 erfolgen (European Commission 2012).

8 Ansätze der Bundesrepublik Deutschland

In Deutschland ist mit einem steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung zu rechnen (Alterung der Bevölkerung, Änderung der Gesundheitsbedürfnisse, Behandlung chronischer Krankheiten, Einführung neuer medizinischen Technologien, etc.). Es existieren bereits heute Versorgungslücken. So formuliert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Vorwort der Broschüre *Fachkräftesicherung, Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung*, dass „schon heute vielerorts Fachkräfte händeringend gesucht werden, vor allem Ingenieure/innen und Ärzte/-innen“. Dabei stellt der Mangel an nichtärztlichen Fachkräften eine größere Herausforderung dar als an Ärzten/-innen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). In Deutschland ist zudem ein strukturelles Problem zu beobachten: Großstädte wie München oder Hamburg sind mit Gesundheitspersonal überversorgt, währenddessen in Ost-Deutschland Ärzte/-innenmangel besteht.

Die Strategie zur Fachkräftesicherung der Bundesregierung benennt den Fachkräftemangel vor dem Hintergrund des demografischen und Strukturwandels als einer der größten Herausforderung der nächsten Jahrzehnte. Vielerorts werden Fachkräfte bereits heute gesucht, insbesondere Ingenieure/-innen und Ärzte/-innen. Gesundheits- und Pflegefachkräfte werden hierbei als unverzichtbar für die Versorgung der Bevölkerung und ihrer Lebensqualität hervorgehoben.

Die Bundesregierung hat fünf Pfade zur Sicherstellung der Fachkräftesicherung definiert: (1) Aktivierung und Beschäftigungssicherung; (2) Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf; (3) Bessere Bildungschancen für alle von Anfang an; (4) Qualifizierung und Weiterbildung; sowie (5) Integration und qualifizierte Zuwanderung. Um Bedarfe zukünftig verlässlich einschätzen zu können wurde ein Jobmonitor entwickelt. Das Bundesministerium für Soziales und Arbeit begleitet das Konzept der Bundesregierung mit einer Fachkräfteoffensive, deren Willkommensportal *Make it in Germany* inländische Maßnahmen der Offensive für internationale Fachkräfte bereitstellt.

Mit der Blauen Karte hat Deutschland zum 01. August 2012 einen neuen befristeten Aufenthaltstitel eingeführt, der EU-Drittstaatsangehörigen den Aufenthalt zur Ausübung einer hochqualifizierten Beschäftigung in Deutschland ermöglichen soll. Voraussetzung zum Erhalt der Blauen Karte ist, dass der Bewerber ein Arbeitsverhältnis mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von mind. 44.800 € vorweisen kann. Eine Ausnahmeregelung gilt für Ärzte/-innen, naturwissenschaftliche Berufe, Mathematiker/-innen, Ingenieure/-innen und IT-Kräfte, bei diesen Berufsgruppen gilt eine Mindestgrenze für das Bruttoeinkommen von knapp 35.000 € pro Jahr.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz des Bundesministeriums für Gesundheit werden die Bedingungen für Ärzte/-innen, insbesondere in ländlichen Gebieten, verbessert. Das Gesetz baut Bürokratie ab und schafft auf allen Ebenen mehr Flexibilität, mehr Spielräume, mehr Steuerungsmöglichkeiten für diejenigen, die vor Ort die medizinische Versorgung gestalten. Zudem wird die vertragsärztliche Vergütung reformiert, um regionalen Gegebenheiten besser Rechnung tragen zu können. Des Weiteren ist ein Abbau von überflüssiger Bürokratie zur Verbesserung des Arbeitsalltags von Pflegekräften besonders wichtig. Weiterhin hat die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern und Verbänden im Mai 2011 eine *Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege* gestartet. Ziel

dieser konzertierten Aktion ist es, über möglichst konkrete Ziele aller Beteiligten die Aus- und Weiterbildung der Altenpflege zu stärken und die Attraktivität des Beschäftigungsfeldes zu steigern. Der Sachverständigenrat des Bundesministeriums für Gesundheit sieht weitere Handlungsoptionen in der Entlastung von Ärzten/-innen von Verwaltungsaufgaben und Dokumentationstätigkeiten durch Einstellung von Verwaltungskräften und verbesserter Nutzung von Informationssystemen. Eine einfache Delegation von nicht unbedingt ärztlichen aber derzeit von Ärzten/-innen ausgeführten Tätigkeiten (scaling down) sieht der SVR nicht als zielführend an. Hier sollte eher eine umfassende strukturelle Neustrukturierung des Aufgabenzuschnitts und der Aufgabenverteilung im Team und im System erfolgen.

In Anbetracht des steigenden Frauenanteils in der ärztlichen Versorgung sind werden neben einer arbeitsplatznahen flexiblen Kinderbetreuung, verbesserte Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach einer Erziehungs- oder Pflegepause innovative Modelle einer familienfreundlichen Flexibilisierung von Arbeitszeit und Arbeitsorganisation (späterer Arbeit Beginn, um Kinder zur Schule bzw. zum Kindergarten zu bringen, Abend- und Samstagsprechstunden in Medizinische Versorgungszentren (MVZ), kleinere Operationen und apparative Leistungen in Teilzeit, Jobsharing, Heimarbeitsplätze für administrative Aufgaben etc.) genannt. Im pflegerischen Bereich sieht der SVR die vordringlichste Aufgabe darin, die Zahl der Fachkräfte in der Pflege zu erhöhen. Dazu sind neben einer quantitativen Steigerung der beruflichen und akademischen Ausbildungsplätze differenzierte Ausbildungskonzepte erforderlich, die auf entsprechende Qualifikationsprofile gerichtet sind, die dem demografischen und epidemiologischen Wandel sowie dem technischen Fortschritt Rechnung tragen. Darüber hinaus sind Verbesserungen von Arbeitsbedingungen und -klima, Wertschätzung sowie vor allem auf die Schaffung einer angemessenen Personalausstattung (quantitativ und qualitativ) notwendig, um Zeitdruck und Arbeitsverdichtung, Über- und Unterforderung abzubauen (Deutscher Bundestag Drucksache 17/10323 2012).

Zwar hat laut dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Nutzung und Förderung inländischer Potenziale Vorrang in der Fachkräftesicherungspolitik, wird aber mit Blick auf die Folgen des demografischen Wandels nicht ausreichen. So beklagt die Bundesärztekammer, dass eine *„Nachwuchsgewinnung in Deutschland aus eigener Kraft weiterhin ungenügend ist und Vakanzen nur durch Zuwanderung ausländischer Ärzte und Ärztinnen behoben werden können“* (Bundesärztekammer 2011a). Deshalb wird verstärkt auch auf qualifizierte Zuwanderung gesetzt. So soll etwa die Vorrangprüfung der Bundesagentur für Arbeit nach dem Arbeitsgenehmigungsrecht für die Berufsgruppe der Ärzte/-innen unverzüglich ausgesetzt werden. Bei ärztlichen Berufen sei diese Maßnahme erforderlich, da trotz insgesamt nach wie vor steigender Arztzahlen bereits heute nicht mehr in allen Bereichen und Regionen Ärzte/-innen in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Es werde damit auch der Bedeutung des Arztberufs für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Rechnung getragen.

Die bestehenden Zugangsmöglichkeiten für ausländische Hochqualifizierte und ihre Familienangehörigen aus Drittstaaten zum deutschen Arbeitsmarkt werden mit der Umsetzung der Hochqualifizierten-Richtlinie der Europäischen Union (Blaue Karte EU) erweitert (Deutscher Bundestag Drucksache 17/8682 2012). Dabei ist auch die Einführung eines schnelleren Weges zur Niedererlassungserlaubnis explizit vorgesehen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). Beim Gesetzgebungsverfahren zur Umsetzung der EU Richtlinie zur „blue card“ wurde die Problematik der Fachkräftemigration aus Ländern mit eigenem Fachkräftemangel im Anhörungsverfahren zwar angeschnitten, aber nicht ausführlich behandelt. Interessant ist dabei, dass dies auch nicht in der Stellungnahme des Sachverständigenrates deutscher Stiftungen für Integration

und Migration erfolgte. Dementsprechend fand sie auch keinen Niederschlag in der verabschiedeten Gesetzgebung. Dem gegenüber stehen jedoch Maßnahmen wie z.B. das sog. „Rückkehrerprogramm“ (siehe Infobox 8).

Die Bundesregierung leistet über das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung im Rahmen der Technischen und Finanziellen Entwicklungszusammenarbeit derzeit einen Beitrag zum Auf- und Ausbau von Gesundheitssystemen in rund 35 Entwicklungsländern, einschließlich 15 Schwerpunktpartnerländern und zwei Regionalprogrammen die jeweils mehrere Länder umfassen. In fast allen Programmen ist die Unterstützung von Strategien zur Ausbildung von Gesundheitsfachkräften wichtiger Bestandteil.

Infobox 8. Rückkehrerprogramm

Über das Programm Rückkehrende Fachkräfte werden jährlich über 600 hochqualifizierte und Rückkehrwillige, in Deutschland ausgebildete oder seit langem hier tätige Arbeitnehmer bei der Reintegration in ihre Heimatländer gefördert, davon ca. 11% im Gesundheitssektor. Die Spezialisten stammen vor allem aus Äthiopien, Ghana, Kamerun, Indonesien, China, Vietnam, Marokko, Palästina und Syrien und werden unter anderem bei der Arbeitssuche im öffentlichen Dienst und der Bewältigung von administrativen Hürden unterstützt. Ein anderes Beispiel ist das Ärzteprogramm, das u.a. an der Universität Heidelberg durchgeführt wird. Der Kurs wendet sich an Medizinstudenten aus Übersee und bietet dabei zusätzliches Know-how im Bereich der Tropenmedizin und Public Health sowie Seminare über angepasste Technologie und Gesundheitsmanagement an. Die Studierenden werden auch dabei unterstützt, Famulaturen in ihren Heimatländern durchführen zu können. Diese Interventionen vereinfachen die Rückkehr in ihr Heimatland nach Abschluss des Studiums.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung eine informelle Arbeitsgruppe Gesundheitsfachkräfte in Entwicklungsländern gegründet, der das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Durchführungsorganisationen der Entwicklungszusammenarbeit und Organisationen der Zivilgesellschaft angehören. Ziel dieser Gruppe ist es u. a., Ansätze und Erfahrungen zur Umsetzung des Verhaltenskodexes zu diskutieren und die Umsetzung des Verhaltenskodexes soweit möglich flankierend zu unterstützen.

9 Implikationen aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit

DRAFT in process (siehe Annex 5)

10 Literaturverzeichnis

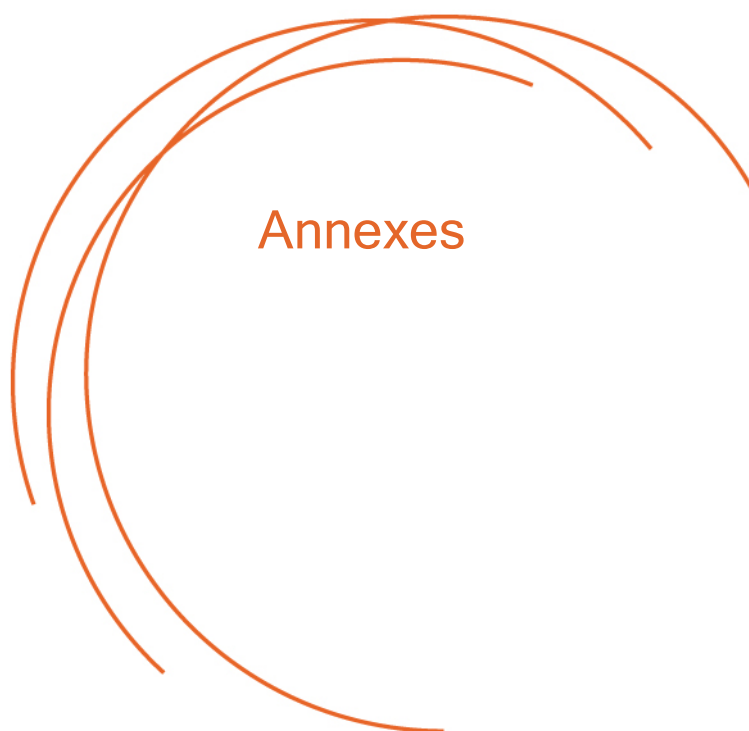
1. Abdella, M. Policies and Best Practices for Management of Temporary Migration. Paper presented at the International Symposium on International Migration and Development. Turin 28-30 June. 2006. *Available at:* http://www.un.org/esa/population/migration/turin/Symposium_Turin_files/P03_SYMP_Abella.pdf [accessed: 06.03.2013]
2. Afentakis A & Maier T (2010) Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik* p 990-1002.
3. AHWO. HRH - Factsheet Tanzania. 2010. African Health Workforce Observatory. *Available at:* <http://www.hrh-observatory.afro.who.int/en/component/content/article/6-country-monitoring/89-tanzania.html> [accessed: 06.03.2013]
4. Anand S & Barnighausen T (2004) Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *Lancet* **364**, p 1603-1609.
5. Anyangwe SC & Mtonga C (2007) Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int.J. Environ. Res. Public Health* **4**, p 93-100.
6. Blum, K. and Loeffert, S. Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen - Forschungsgutachten im auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. 2010. Deutsches Krankenhaus Institut. *Available at:* http://www.dkgev.de/media/file/8324.2010_10_11_Aerztemangel_Endbericht_1.pdf [accessed: 06.03.2013]
7. Bundesärztekammer. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2011. 2011a. Bundesärztekammer. *Available at:* <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.10275.10276> [accessed: 06.03.2013]
8. Bundesärztekammer. Entwicklung der Berufstätigen ausländischen Ärzte in Deutschland. 2011b. Bundesärztekammer. *Available at:* <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat11Abb091.pdf> [accessed: 06.03.2013]
9. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Fachkräftesicherung - Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung. 2011. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. *Available at:* http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/fachkraeftesicherung-ziele-massnahmen.pdf?__blob=publicationFile [accessed: 06.03.2013]
10. Chen L, Evans T, Anand S *et al.* (2004) Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* **364**, p 1984-1990.
11. Clemens MA & Pettersson G (2008) New data on African health professionals abroad. *Hum. Resour. Health* **6**, p 1.
12. Comission of the European Communities. A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007-2013). 2006. *Available at:* <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0870:FIN:EN:PDF> [accessed: 06.03.2013]
13. Connell J, Zurn P, Stilwell B, Awases M, & Braichet JM (2007) Sub-Saharan Africa: beyond the health worker migration crisis? *Soc. Sci. Med.* **64**, p 1876-1891.
14. Dal Poz, M. R., Kinfu, Y., Draeger, S., and Kunjumen, T. Counting health workers: definitions, data, methods and global results. 2007. WHO. HRH Discussion Paper Series. *Available at:* http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf [accessed: 06.03.2013]

15. Deutscher Bundestag Drucksache 17/10323. Unterrichtung durch die Bundesregierung, Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. 2012. Deutscher Bundestag. *Available at:* <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> [accessed: 06.03.2013]
16. Deutscher Bundestag Drucksache 17/8682. Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Hochqualifizierten-Richtlinie der Europäischen Union. 2012. Deutscher Bundestag. *Available at:* <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/086/1708682.pdf> [accessed: 06.03.2013]
17. Diallo K (2004) Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bull. World Health Organ* **82**, p 601-607.
18. Dodani S & Laporte RE (2005) Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? *J.R.Soc.Med.* **98**, p 487-491.
19. Dussault G & Dubois CA (2003) Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum.Resour.Health* **1**, p 1.
20. European Commission. Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce. 2012. Strasbourg, European Commission. *Available at:* http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_workforce_en.pdf [accessed: 06.03.2013]
21. European Observatory on Health Systems and Policies. Human resources for health in Europe. Dubois, C. A., McKee, M., and Nolte, N. 2006a. Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series. *Available at:* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf [accessed: 06.03.2013]
22. European Observatory on Health Systems and Policies. The Health Care Workforce in Europe - Learning from experience. Rechel, B., Dubois, C. A., and McKee, M. 2006b. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. European Observatory on Health Systems and Policies Series. *Available at:* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf [accessed: 06.03.2013]
23. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European Countries. Wismar, M., Maier, C. B., Glinos, I. A., Dussault, G., and Figueras, J. 2011. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series. *Available at:* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf [accessed: 06.03.2013]
24. GCIM. Migration in an Interconnected World: New Directions for Action. Report of the Global Commission on International Migration. 2005. Geneva. *Available at:* <http://www.unhcr.org/refworld/docid/435f81814.html> [accessed: 06.03.2013]
25. GHWA. Scaling Up, Saving Lives. 2008. *Available at:* http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf [accessed: 06.03.2013]
26. Gordon, M. and Bueno de Mesquita, J. The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis. 2005. London, Medact. *Available at:* <http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Bueno%20de%20Mesquita%20and%20Gordon.pdf> [accessed: 06.03.2013]
27. Institute of Health Policy and Development Studies. Migration of Health Workers: Country Case Study Philippines. 2005. International Labour Organization. Working Paper. *Available at:*

- http://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_161163/lang--en/index.htm
[accessed: 06.03.2013]
28. IOM. World Migration 2005: Costs and Benefits of International Migration. 2005. Geneva.
Available at:
http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/book_s/wmr_sec02.pdf [accessed: 06.03.2013]
 29. Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, & Leduc R (2006) The importance of human resources management in health care: a global context. *Hum. Resour. Health* 4, p 20.
 30. Kolehmainen-Aitken RL (2004) Decentralization's impact on the health workforce: Perspectives of managers, workers and national leaders. *Hum. Resour. Health* 2, p 5.
 31. Kopetsch, T. Dem Deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung - 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. 2010. Berlin, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Available at:*
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf [accessed: 06.03.2013]
 32. Kurowski, C., Wyss, K., Abdulla, S., Yémadji, N., and Mills, A. Human Resources for Health: Requirements and Availability in the Context of Scaling-Up Priority Interventions in Low-Income Countries - Case Studies from Tanzania and Chad. 2003.
 33. Labonte R, Packer C, & Klassen N (2006) Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: a stakeholder inquiry into policy options. *Hum. Resour. Health* 4, p 22.
 34. Maier, C. B., Glinos, I. A., Wismar, M., Bremner, J, Dussault, G., and Figueras, J. Chapter 2 Cross-country analysis of health professional mobility in Europe. Erschienen in Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European Countries. 2011. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series. *Available at:* http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf [accessed: 06.03.2013]
 35. Martinez J & Martineau T (1998) Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy Plan.* 13, p 345-358.
 36. Mensah, K., Mckintosh, M., and Henry, L. The 'Skills Drain' of Health Profesionals from the Developing World: a Framework for Policy Formulation. 2005. Medact. *Available at:*
<http://www.medact.org/content/Skills%20drain/Mensah%20et%20al.%202005.pdf> [accessed: 06.03.2013]
 37. Mullan F (2005) The metrics of the physician brain drain. *N.Engl.J.Med.* 353, p 1810-1818.
 38. Naicker S, Plange-Rhule J, Tutt RC, & Eastwood JB (2009) Shortage of healthcare workers in developing countries--Africa. *Ethn.Dis.* 19, p S1-S4.
 39. NHS Employers. Code of Practice for International Recruitment. 27-11-2012. NHS Employers. *Available at:*
<http://www.nhsemployers.org/RecruitmentAndRetention/Internationalrecruitment/code-of-practice/Pages/Code-practice-international-recruitment.aspx> [accessed: 06.03.2013]
 40. O'Shea, A., Rawls, A., Golden, A., Cecil, R., Slota, E., and Biezychudek, K. Action now on the Tanzanian health workforce crisis - Expanding health worker training - The Twiga Initiative. 2009. Touch Foundation. *Available at:*
http://touchfoundation.org/uploads/assets/documents/Twiga%20Initiative_6xvT2ZIH.pdf [accessed: 06.03.2013]

41. OECD. Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration. 2007. OECD. Available at: <http://www.oecd.org/els/mig/41515701.pdf> [accessed: 06.03.2013]
42. Ogilvie L, Mill JE, Astle B, Fanning A, & Opare M (2007) The exodus of health professionals from sub-Saharan Africa: balancing human rights and societal needs in the twenty-first century. *Nurs.Inq.* **14**, p 114-124.
43. Orach SO (2008) Challenges of Retaining Health Workers in the PNFP Sector: the Case of Uganda Catholic Health Network. *Health Policy and Development Journal* **6**.
44. Ozgediz D, Kijjambu S, Galukande M *et al.* (2008) Africa's neglected surgical workforce crisis. *Lancet* **371**, p 627-628.
45. PriceWaterhouseCoopers and WifOR. Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. 2010. Available at: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> [accessed: 06.03.2013]
46. Robinson M & Clark P (2008) Forging solutions to health worker migration. *Lancet* **371**, p 691-693.
47. Schatz JJ (2008) Francis Omaswa: tackling the shortage of health workers. *Lancet* **371**, p 643.
48. Sen, B. Legalizing Human Trafficking, Dollars & Sense. 265, 22-26. 2006. Available at: <http://news-business.vlex.com/vid/legalizing-human-trafficking-62966379> [accessed: 06.03.2013]
49. Sherr K, Mussa A, Chilundo B *et al.* (2012) Brain drain and health workforce distortions in Mozambique. *PLoS.One.* **7**, p e35840.
50. Songstad NG, Moland KM, Massay DA, & Blystad A (2012) Why do health workers in rural Tanzania prefer public sector employment? *BMC.Health Serv.Res.* **12**, p 92.
51. Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 449: Demographischer Wandel:engpässe beim Pflegepersonal werden zunehmen. 2010. Statistisches Bundesamt. Available at: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2010/12/PD10_449_23_621.html [accessed: 06.03.2013]
52. Stewart J, Clark D, & Clark PF (2007a) Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und Politische Reaktionen. *Kurzdossiers Focus Migration*.
53. Stewart J, Clark D, & Clark PF (2007b) Abwanderung und Anwerbung von Fachkräften im Gesundheitswesen: Ursachen, Konsequenzen und Politische Reaktionen. *Kurzdossiers Focus Migration*.
54. Stilwell B, Diallo K, Zurn P *et al.* (2004) Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull. World Health Organ* **82**, p 595-600.
55. Supe A & Burdick WP (2006) Challenges and issues in medical education in India. *Acad.Med.* **81**, p 1076-1080.
56. Wakabi W (2011) South Sudan faces grim health and humanitarian situation. *Lancet* **377**, p 2167-2168.
57. WHO. The World Health Report 2006 - Working Together for Health. 2006. The World Health Organisation. Available at: <http://www.who.int/whr/2006/en/> [accessed: 06.03.2013]

58. WHO. Everybody's Business - Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO Framework for Action. 2007a. Geneva, WHO. *Available at:*
http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf [accessed: 06.03.2013]
59. WHO. Faith-Based Organizations Play a Major Role in HIV/AIDS care and Treatment in sub-Saharan Africa. 2007b. 5-12-2012b. *Available at:*
<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np05/en/index.html> [accessed: 06.03.2013]
60. WHO. Global Atlas of the Health Workforce. 2011. WHO. *Available at:*
<http://apps.who.int/globalatlas/default.asp> [accessed: 06.03.2013]Ref Type: Online Source
61. WHO. WHO Global Health Workforce Alliance. 2013a. *Available at:*
<http://www.who.int/workforcealliance/en/> [accessed: 06.03.2013]
62. WHO. WHO Statistical Information System. 2013b. WHO. *Available at:*
<http://www.who.int/whosis/en/> [accessed: 06.03.2013]
63. WHO, PEPFAR, and UNAIDS. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. 2008. WHO. *Available at:*
<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf> [accessed: 06.03.2013]
64. WHO Regional Office for Africa. Africa Health Workforce Observatory. 2010. WHO. *Available at:* <http://www.hrh-observatory.afro.who.int/> [accessed: 06.03.2013]
65. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Human Resource for Health Observatory. 2013. WHO. *Available at:* www.emro.who.int/hrh-obs/ [accessed: 06.03.2013]



Annex 1 Länderbeispiel Tansania - Ausmaß des Fachkräftemangels, Strategien und „Lessons Learned“

Tansanias Gesundheitssektor kämpft seit Jahren mit einer dramatischen Krise im Bereich der Humanressourcen, die die Leistungsfähigkeit des Sektors gravierend beeinträchtigt. Mit einer Arztdichte von weniger als 0,9 Ärzte/-innen pro 10 000 Einwohner ist Tansania vom Ärztemangel in Afrika am stärksten betroffen (Tabelle A 1). Bei Abzug der in der Ausbildung tätigen Gesundheitsfachkräfte fehlen (bezogen auf die nationalen Stellenpläne) im öffentlichen Sektor knapp 65% des Personals, im privaten gemeinnützigen Bereich sogar 87% (Tanzania MoHSW 2008a).

Tabelle A 1. Dichte ausgewählter Gesundheitsfachkräfte in Tansania (2007)

	Anzahl	Dichte pro 1000 Einwohner	Dichte pro 100 Einwohner / WHO African Region
Ärzte/-innen	3456	0,09	0,22
Pflegepersonal und Hebammen	9258	0,24	1,17
Zahnärztliches Personal	225	0,01	0,04
Pharmazeutisches Personal	177	0,00	0,06
Personal für öffentliches Gesundheitswesen und Umweltgesundheit	113	0,00	0,05
Laborpersonal	517	0,01	0,06
Andere	3597	0,09	0,17
Personal für Gemeindegesundheit	20	0,00	0,45
Gesundheitssystemmanager/-innen und unterstützendes Personal	8457	0,21	0,41
Gesamt	25 820	0,66	2,63
Ärzte/-innen	3456	0,09	0,22
Pflegepersonal und Hebammen	9258	0,24	1,17
Zahnärztliches Personal	225	0,01	0,04
Pharmazeutisches Personal	177	0,00	0,06
Personal für öffentliches Gesundheitswesen und Umweltgesundheit	113	0,00	0,05

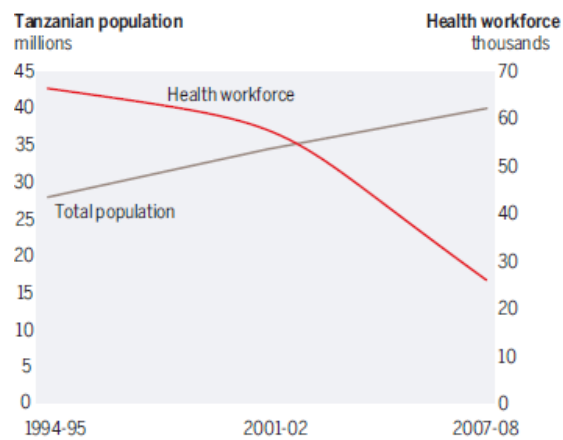
Quelle: (AHWO 2010)

Dabei hat sich die Situation seit den 90ern ständig verschlechtert. Die Fachkräftedichte ist von 1994 bis 2008 von 28 auf 15 pro 10 000 - d.h. um 75% gefallen (O'Shea et al. 2009). Von den zwischen 1959 und 2006 eingestellten Fachkräften im (öffentlichen) Gesundheitssektor waren 2006 nur noch 14% dort tätig (Abb. A 1).

Zu den Gründen des Fachkräftemangels gehören:

- Von den internationalen Finanzagenturen empfohlenen Austeritätsprogramme, die zu einem Einfrieren der Rekrutierung von Gesundheitspersonal in den öffentlichen Dienst führten,
- Unzureichende Finanzierung des Gesundheitssektors
- Unzureichende Ausbildung
- politisch forcierte Ausweitung der Gesundheits-Infrastruktur
- Unzureichende Absorption der ausgebildeten Fachkräfte (von den ca. 4000 jährlich ausgebildeten Gesundheitsfachkräften arbeiten rund 20% nie im Gesundheitssektor)
- Jährliche Verlust von Fachkräften in Höhe von 13 -15% aufgrund von Eintritt in die Rente, Tod, Abwanderung in nicht klinische Tätigkeiten, und zeitweiliges Ausscheiden für Weiterbildung (O'Shea, Rawls, Golden, Cecil, Slota, & Biezychudek 2009)
- Internationaler und nationaler brain-drain (Tanzania MoHSW 2008b)

Abb. A 1. Entwicklung der verfügbaren Fachkräfte und Bevölkerung in Tansania



Quelle: (O'Shea *et al.* 2009)

Eine Besonderheit in der Entwicklung der Humanressourcenkrise in Tanzania ist der Wanderungsprozess von Gesundheitsfachkräften aus dem privaten gemeinnützigen Sektor in den öffentlichen Sektor, der in den letzten Jahren durch die Verbesserung der Arbeits- und Einkommensbedingungen im öffentlichen Dienst einsetzte (Isangula 2012; Songstad *et al.* 2012).

Obwohl dem Gesundheitssektor als Ganzes hierdurch keine Fachkräfte verloren gehen, hat dieser Prozess gravierende Folgen. Die privaten gemeinnützigen Gesundheitsdienste, die ca. 40% der Gesundheitsdienstleistungen in Tanzania erbringen, geraten an den Rand ihrer Funktionsfähigkeit. Dies ist von noch größerer Bedeutung, da die privaten gemeinnützigen Gesundheitsdienste insbesondere im Süden Tansanias (fast ausschließlich) die Versorgung der ländlichen Bevölkerung sicherstellen.

Neben dem absoluten Mangel an Fachkräften führt die unzureichende Produktivität zu einer weiteren Einschränkung der gesundheitlichen Dienstleistungen insbesondere im ländlichen Tanzania. Eine Studie des Ifakara Health Instituts stellte in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen im Süden Tansanias fest, dass nur 14% der Stellen von Krankenschwestern und nur 20% der klinischen Fachkraftpositionen besetzt waren. Darüber hinaus waren aber auch nur 44% des klinischen Personals am Tag der Untersuchung am Arbeitsplatz. Dabei waren 46% abwesend wegen Weiterbildungsmassnahmen, 25% auf Dienstreisen und 20% in Urlaub (Tabelle. A 2) (Manzi *et al.* 2012).

Tabelle A 2. Gründe für Abwesenheit von Gesundheitsfachkräften in primären Gesundheitseinrichtungen

Gründe für Abwesenheit	Klinische Fachkräfte (n=40) %	Krankenschwestern/Pfleger (n=45) %
Seminare	38 (n = 15)	29 (n = 13)
Dienstreisen *	24 (n = 10)	25 (n = 11)
Urlaub	20 (n = 8)	20 (n = 9)
Längerfristige Weiterbildung	8 (n = 3)	4 (n = 2)
In einer anderen Schicht	5 (n = 2)	4 (n = 2)
Outreach Programm	0 (n = 0)	2 (n = 1)
Krankheit	3 (n = 1)	9 (n = 4)
Andere	2 (n = 1)	7 (n = 3)

* z.B. Abholung von Impfstoffen, Medikamenten oder Gehältern aus den Distrikt Büros

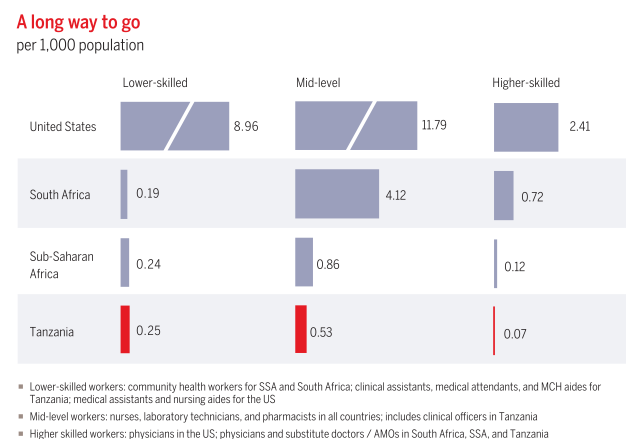
Quelle: (AHWO 2010) (Manzi, Schellenberg, Hutton, Wyss, Mbuya, Shirima, Mshinda, Tanner, & Schellenberg 2012)

Und in einer time-motion Studie stellten die Forscher fest, dass die anwesenden Fachkräfte weniger als 60% ihrer Arbeitszeit mit produktiven Aufgaben beschäftigt waren (Manzi, Schellenberg, Hutton, Wyss, Mbuya, Shirima, Mshinda, Tanner, & Schellenberg 2012). Der dramatische Mangel an ausgebildeten Fachkräften im ländlichen Tansania ist bereits früher beschrieben worden. Die Konsequenz ist, dass medizinische Dienstleistungen von nicht-ausgebildeten Hilfskräften (Gärtner, Wächter) durchgeführt werden (Kurowski et al. 2003).

Gemessen an internationalen und selbst an afrikanischen Indikatoren, hat Tansania noch einen sehr weiten Weg vor sich, um eine einigermaßen ausreichende Versorgung mit Gesundheitsfachkräften zu erreichen (Abb. A 2).

Die tansanische Regierung und die im Gesundheitswesen engagierten Geber haben bereits seit Jahren die gravierende Problematik des Fachkräftemangels erkannt. Entschlossenen Massnahmen kamen

Abb. A 2. Fachkräftedichte nach „Skill-Level“ im regionalen und internationalen Vergleich



Quelle: (O'Shea, Rawls, Golden, Cecil, Slota, & Biezuchudek 2009)

aber nur schleppend in Gang. Immerhin wurde die Entwicklung des Fachkräfte-Pools als prioritäre Strategie bereits Ende der 90er Jahre in die nationale Gesundheitsstrategie aufgenommen.

Kurowski benannte schon 2003 prioritäre Maßnahmen, die neben einer Ausweitung der Ausbildung schnelle Wirkung erzielen könnten: (1) die regionalen Ungleichheiten bei der Personalausstattung müssen ausgeglichen werden, um gleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten sicher zu stellen (2) verbessertes Personalressourcenmanagement kann wesentliche Verbesserungen bei der Produktivität des Personals erzielen, und (3) der Personalschwund (u.a. durch interne und internationale Migration) muss erfasst und bekämpft werden (Kurowski *et al.* 2003).

Nach einer Reihe von Analyse-Schritten wurde 2007 ein Strategie Papier HUMAN RESOURCE FOR HEALTH STRATEGIC PLAN 2008 - 2013 verabschiedet, der Bestandteil der nationalen Gesundheitsplanung ist (Primary Health Service Development Plan (PHADP) 2007/08 - 2016/17). Dieser sieht folgende Ziele vor (Tanzania MoHSW 2008b):

- Verbesserung der Fachkräfte-Planung und Verbesserung der Policy Development Capacity
- Stärkung der Managementfähigkeit (Leadership & Stewardship) für Humanressourcen im Gesundheitswesen
- Verbesserung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften und deren Weiterentwicklung
- Verbesserung des Personalressourcenmanagements
- Stärkung der Zusammenarbeit im Bereich Humanressourcen im Gesundheitswesen (Partnership)
- Stärkung von Forschung und Entwicklung im Bereich HRH, und nicht zuletzt
- Verbesserung der Finanzierung und des Finanzmanagements in Bezug auf Humanressourcen im Gesundheitswesen

Zur Koordination wurde bereits 2003 eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Leitung des Gesundheitsministeriums eingerichtet, in der alle Interessengruppen (stakeholder) - vor allem auch die Geber - vertreten sind, die über die Kohärenz der Aktivitäten im Bereich Humanressourcen im Gesundheitswesen wachen und die Umsetzung der Planung fördern soll.

Nachdem die HR-Krise insbesondere bei der Bekämpfung von AIDS, TB und Malaria überdeutlich hervortrat, waren auch die Geber zunehmend bereit, in diesen Bereich zu investieren (Drager *et al.* 2006). Der Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria fördert Tansania mit mehr als 1 Mrd. US\$ (GFTATM 2013), davon gehen mittlerweile nicht unerhebliche Anteile in den Bereich Humanressourcen. So wird im „grant proposal 9“ die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften mit dem Ziel gefördert, die Zahl von Auszubildenden bis 2019 von 3500 auf 6885 (Jährlich) zu erhöhen, um das Fachkräfteverhältnis auf 0,84 pro 1000 zu erhöhen. Weitere Aktivitäten zielen auf die Verbesserung von Leadership, um die Fachkräfte besser zu motivieren, regelmäßig zu supervidieren und ihre Effizienz zu steigern. (Dies entspricht den Empfehlungen des IHRI zur Verbesserung des HR- Managements und der Supervision durch die CHMTs in o.g. Studie). Ferner sollen Engpässe bei der Rekrutierung in Landkreisen überwunden werden (revolvierende Fonds zur Überbrückung der Gehälter von neu angestellten Fachkräften, Schaffung von adäquatem Wohnraum, spezielle Förderung von Fachkräften im ländlichen Raum in den ersten zwei Jahren (s.Mkapa Foundation) und Unterstützung eines

beschleunigten Einstellungsprogramms (Physicians for Human Rights 2010).

Ein wichtiger Schritt auf ein verbessertes Fachkräfte-Management ist der Aufbau eines Human Ressourcen Informations-Systems, in welchem Informationen aus unterschiedlichen Quellen zusammengefasst werden müssen, wodurch der Aufbau trotz internationaler Unterstützung nur zögerlich vorangeht.

Da eine Gesundheitsversorgung insbesondere des ländlichen Raumes mit staatlichen Institutionen alleine nicht erreicht werden konnte hat Tansania bereits früh eine Politik der Kontrahierung nicht staatlicher Gesundheitsdienstleister verfolgt. Hierbei ist ein besonders ausgewogenes Vorgehen bei der Personalpolitik im öffentlichen Sektor notwendig, um die gewünschte win-win-Situation nicht zu kompromittieren.

Die forcierte Ausbildung von Gesundheitsfachkräften wird von der Regierung mit Unterstützung der internationalen Geber vorangetrieben. Im Rahmen des PHADP wurde die Zahl der Ausbildungsplätze an den 135 Ausbildungsstätten (62 staatlich, 47 gemeinnützig, 5 privat, 10 Hochschulen) deutlich erhöht und die Dauer der Ausbildung in einigen Fachkräftekategorien verkürzt. Hier besteht ein erhebliches Risiko für Qualitätsverluste in der Ausbildung, zumal die Mängel in der Infrastruktur und Ausstattung nur langsam verbessert werden können und die Besetzung mit qualifizierten Lehrkräften natürlich auch vom allgemeinen Fachkräftemangel betroffen ist.

Die forcierte Ausbildung und Rekrutierung von Fachkräften hat zwischen 2006 und 2011 zu einem Anstieg der Fachkräftezahl von 47 000 auf 56 000 geführt. Durch den parallelen Anstieg der Bevölkerungszahl hat sich allerdings an der dramatischen Unterversorgung (ausgedrückt in Fachkräften pro 1000 Einwohner) wenig geändert. Da der Rekrutierungs- und Anstellungsprozess recht komplex ist, mehrere Institutionen involviert und insbesondere im ländlichen Raum erhebliche Schwächen hinsichtlich des Personalmanagement und des Arbeitsumfeldes zu verzeichnen ist, arbeiten nur etwa die Hälfte der Gesundheitsfachkräfte für drei Viertel der Bevölkerung im ländlichen Raum. 2006 nahmen von 700 frisch-graduierten Gesundheitsfachkräften nur 189 eine Stelle in ländlichen Gebieten an.

Mit speziellen Programmen, wie dem von der Benjamin Mkapa Foundation geförderten *Tanzania Human Resource Project* werden spezielle Anreize für Fachkräfte geschaffen, in unterversorgten Regionen zu arbeiten, dadurch konnten die Vakanzen in 18 betroffenen Landkreisen um 15% gesenkt und die Verbleiberate von 75% auf 85% erhöht werden. Teilnehmer am Programm müssen sich für eine Periode von drei Jahren verpflichten und erhalten dafür eine Gehaltszulage, Ausstattung mit Arbeitsmitteln inkl. Laptop und regelmäßige Teilnahme an Motivations-/Weiterbildungs-Seminaren.

Das Fazit aus der Länder-Erfahrung Tansanias ist:

Seit ca. 30 Jahren versucht Tansania seine prioritären Gesundheitsprobleme in den Griff zu bekommen und die Primär-Gesundheitsdienste auszuweiten, um allen Bürgern einen adäquaten Zugang zu gewähren. Trotz des festen politischen Willens, trotz breiter gesellschaftlicher Unterstützung gelang es nicht, dies zu erreichen, da makroökonomische Hindernisse die nachhaltige Finanzierung unmöglich machten. Es wird deutlich, dass die der Aufbau umfassender, nachhaltiger Primärgesundheitsdienste

nur mit Unterstützung durch die internationalen Geber erfolgen kann, die langfristig gesichert ist. Andernfalls droht der Verlust der Investitionen (in die Infrastruktur) und die Demoralisierung des Personals (Kurowski *et al.* 2003). Um Verbesserung in der Gesundheitsversorgung entsprechend der Millenniumsziele zu erreichen benötigen Länder wie Tansania Fachkräfte weit über die Quantität und Qualität hinaus, wie sie wahrscheinlich 2015 zu Verfügung stehen werden. Um den zukünftigen Fachkräftemangel zu beheben, muss das Verhältnis von Personalzuwachs zu Personalschwund dramatisch verbessert werden, müssen die Produktivität der Fachkräfte und der Dienste insgesamt gesteigert werden, müssen die Fähigkeiten der Fachkräfte und die Aufgabenbeschreibungen den tatsächlichen Erfordernissen angepasst werden.

Aber selbst unter der Annahme günstiger Entwicklungen ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Fachkräften der limitierende Faktor sein wird, der die Ausweitung prioritärer Programme - wie der HIV-Bekämpfung - beschränken wird. Entsprechend werden Regierungen die globalen Versorgungs- und Gesundheits-Ziele an die lokalen Gegebenheiten und Prioritäten anpassen müssen (Kurowski *et al.* 2007), bzw. muss *eine langfristige und berechenbare Unterstützung durch die Gebergemeinschaft erfolgen.*

Annex 2 Länderbeispiel Philippinen - ein Model für Gesundheitsfachkräfte-Migration?

Die Philippinen sind die wichtigste Quelle für (nicht-medizinische) Gesundheitsfachkräfte auf dem internationalen Gesundheitsmarkt. 25% aller ausländischen Schwestern/Pfleger in Ländern der OECD stammen aus den Philippinen. Fast die Hälfte der graduerten philippinischen Schwestern/Pfleger geben an in den nächsten fünf Jahren ins Ausland gehen zu wollen. Aus entsprechenden Studien geht hervor, dass es sich dabei im Wesentlichen um langfristige bzw. endgültige Migration handelt. Um aus der Not eine Tugend zu machen, hat die Philippinische Regierung bereits in den 1980er Jahren begonnen, die Migration von Gesundheitsfachkräften zu systematisieren. 1995 wurde ein Gesetz verabschiedet, welches die Verfahren für Rekrutierung und Einstellung von Gesundheitsfachkräften spezifiziert und Regeln für die Verwaltung, Sicherstellung und Verbesserung der sozialen Sicherung von Philippinischen Fachkräften im Ausland und ihrer Familien beinhaltet. Ohne aktiv die Migration von Gesundheitsfachkräften fördern zu wollen, wurden zwei Institutionen (*Philippine Overseas Employment Agency & Overseas Workers Welfare Administration*) geschaffen, welche die Bedeutung der Fachkräfte-Migration unterstreichen und auswandernde Fachkräfte und ihre Familien unterstützen sollen. Darüber hinaus hat die philippinische Regierung einen Masterplan zu Gesundheitsfachkräften erstellt. Hierin werden eine umfassende Planung sowie Management-Strategien für alle Kategorien von Gesundheitsfachkräften erstellt, mit Schwerpunkten auf Verbesserung der Personalwerbung und Einstellung, Karriere-Planung, Verbesserung der Einkommenssituation, etc.

Faktoren welche die Migration befördern sind ökonomisch („Das Einkommen reicht nicht für ein adäquates Leben der Familie“), Arbeitsbedingungen und sozio-politische Aspekte. Die (im Ausland erwartete) finanzielle und physische Sicherheit für die Kinder wird dabei am häufigsten genannt. Die finanziellen Rückflüsse von migrierten Gesundheitsfachkräften stellen einen wesentlichen Beitrag zum philippinischen Bruttonationaleinkommen dar. Ein Teil der Migranten/-innen kehrt (oft allerdings nur zeitweise) in ihre Heimat zurück und bringt die neu gewonnen Erfahrungen und Kompetenzen in das philippinische Gesundheitswesen ein. Dies stellt einen (technischen) Gewinn für das Land dar. Dem gegenüber stehen allerdings auch erhebliche gesellschaftliche Verluste. Durch den hohen Personal-Umsatz und permanenten Verlust qualifizierter Fachkräfte wird das Gesundheitssystem geschwächt, die Behandlungskontinuität (continuity of care) unterminiert und die Qualität der Dienste gefährdet. Unkontrollierte Migration führt darüber hinaus zur Gefährdung der Erneuerung des Fachkräftepools, da ja auch qualifizierte Ausbilder und Trainer migrieren und dem System verloren gehen. Dem Gesundheitssystem werden darüber hinaus Ressourcen entzogen die ggf. für die Weiterentwicklung von Infrastruktur benötigt werden, da sie für die permanente Ausbildung von Personal zur Substitution migrierender Fachkräfte benötigt werden. Individuelle und familiäre Risiken, die ggf. in sozialen Problemen wie Alkohol und Drogenkonsum von Familienmitgliedern münden, stellen einen weiteren Malus der Fachkräftemigration dar. Internationale Gutachter gehen daher davon aus, dass auch in den Philippinen alle möglichen ökonomischen Gewinne durch gesellschaftliche Verluste aufgehoben werden.

Quelle: (Institute of Health Policy and Development Studies 2005)

Annex 3 Länderbeispiel Kamerun - Observatorium für Gesundheitsfachkräfte

Um die Probleme des Fachkräftemangels in Kamerun zu beheben, hat die Regierung ein "Observatorium" für Gesundheitsfachkräfte eingerichtet. Ziele sind: eine Analyse der Ist-Situation vorzunehmen, eine systematische Übersicht der politischen Rahmenbedingungen, der Strategien und des Managements der Gesundheitsfachkräfte zu erstellen sowie deren Tendenzen darzustellen, das Informationssystem über Gesundheitsfachkräfte zu stärken, um jederzeit verlässliche Informationen hierzu generieren zu können, die Kommunikation der im Gesundheitswesen engagierten Kräfte bzgl. der Fachkräfte-Entwicklung zu verbessern und entsprechende Informationen international verfügbar zu machen und entsprechende Vergleiche zu erlauben.

In der Darstellung des Gesundheitssystems wird das Zusammenspiel des öffentlichen Sektors, des privaten nicht-gewinn-orientierten und des privaten gewinn-orientierten sowie des traditionellen Sektors abgebildet und gewürdigt. Dabei wird auch auf Aspekte der Gesundheitsdienstleistungen, der Gesundheitsfinanzierung und der Gesundheitsinformation eingegangen. Es wird aber deutlich, dass wesentliche Informationen zur Personalsituation im Gesundheitswesen fehlen. So fehlen sowohl eine umfassende Strategie wie auch ein übergeordneter Plan zum Personalmanagement und zur Personalplanung im Gesundheitswesen. Entsprechend steht keine Abschätzung des aktuellen und zukünftigen Bedarfs zur Verfügung. Daten aus den privaten Sektoren sind nicht vollständig vorhanden, wie auch Informationen zur Migration ungenügend sind.

Allerdings ist auffällig, dass von 1990 bis 2008 ca. 31 000 nicht-medizinische Gesundheitsfachkräfte ausgebildet worden sind, von denen nur ca. 5000 in den öffentlichen Dienst übernommen wurden. Es wird davon ausgegangen, dass aufgrund der Stabilitätsprogramme der 80er Jahre eine kontinuierliche Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften nicht mehr stattgefunden hat. Rekrutierungsinitiativen der Jahre 2002, 2004 und 2007 konnten dementsprechend die Lücken, die durch Renteneintritt, Krankheit und Tod aufgetreten waren nicht schließen.

Annex 4 Kambodscha - Wiederaufbau des Fachkräfte-Pools

Die Prioritäten des nationalen Programmes für Gesundheitsfachkräfte, das im nationalen Gesundheitsplan 2008 - 2015 enthalten ist, sehen an erster Stelle die Verbesserung der Kompetenz und Leistungsfähigkeit der Fachkräfte, das Verbleiben und die angemessene Verteilung von Gesundheitsfachkräften in besonders kritischen Bereichen sowie die Verbesserung der Einkommen von Gesundheitsfachkräften¹.

Als wichtigste Probleme werden gesehen die relativ kleine Zahl von Gesundheitsfachkräften, der hohe Anteil an Doppelfunktionen im öffentlichen und privaten Sektor, die schlechte Personalverteilung zwischen ländlichen und urbanen Räumen, unzureichende Kenntnisse, Kompetenzen und Fertigkeiten der Fachkräfte aufgrund schlecht entwickelter Ausbildungs-Institutionen und mangelnder Kompetenz der Ausbilder, niedrige Gehälter und unzureichende Anreiz-Systeme sowie Management-Probleme (Performance-Management, mangelnde Koordination der Ausbildung, mangelhafte Akkreditierungs- und Lizenzierungs-Verfahren.²

einige Kern-Indikatoren:

2,5 Ärzte pro 10 00 Einwohner
9 Krankenpfleger/Schwestern pro 10 000 Einwohner
44% der Geburten werden durch ausgebildete Fachkräfte unterstützt
Neugeborenen-Sterblichkeit (neonatal death): 30 pro 1000 Lebendgeburten
Müttersterblichkeit 290 pro 100 000 Lebendgeburten

TABLE 3. HEALTH WORKER DISTRIBUTION IN CAMBODIA

(Adapted from WPRO 2009)

CADRE	NUMBER	RATIO TO EVERY 1,000 PEOPLE
Community health workers	1,638	0.13
Registered nurse	8,491	0.63
Midwife	3,245	0.24
Doctor	3,393	0.25

Seit 2005 sind eine Reihe von Schritten in die Wege geleitet worden, um diese Probleme zu lösen (Health Strategic Plan 2008-2015, Minimum Standard Guidelines for HEIs of ACC 2010, Fast Track Initiative Road Map for Reducing Maternal Mortality Handbook 2010, MPA Guideline of the MOH (2008-2015) and CPA Guidelines (2006-2010), Safe Motherhood Clinical Management Protocols for Hcs, National Policy for Quality in Health 2005, Master Plan for Quality Improvement in Health 2010-2015, Health Workforce Plan 2006-2015, National Policies and Strategies for Human Resource for Health 2006-2010)³.

Nur wenige Gesundheitsfachkräfte überlebten die Jahre des Genozids (1975 -1979) in Kambodscha. In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts begann Kambodscha mit dem Wiederaufbau seines

¹ Cambodia Progress Report on HRH Development Activities AAAH Conference, Sri Lanka, 12-15 Oct. 08

² Asante, A, Hall, J and Roberts, G 2011, A review of health leadership and management capacity in Cambodia, Human Resources for Health Knowledge Hub

³ Cambodia Ministry of Health & EPOS Health Management, Cambodian-German Social Health Protection Program (SHPP), Human Resources Development Component; Final Report August 2007-June 2011

Gesundheitssysteme. Aber erst in den 90ern begann das Land mit Hilfe internationaler Agenturen und Nicht-Regierungs-Organisationen mit dem Aufbau institutioneller Kapazität und nachhaltiger Strukturen für die Personalentwicklung. 1993 existierten 22 000 Gesundheitsfachkräfte mit höchst unterschiedlichen Kompetenzen, keiner formalen Registrierung und ohne jede Karrierestruktur. Eine besondere Form mit der Krise umzugehen, bestand in Kambodscha darin, die Versorgung ganzer Gesundheitsdistrikte an private (gemeinnützige, meist geber-unterstützte) Organisationen zu vergeben. Dabei wurden dann auch performance-orientierte Vergütungssysteme eingeführt. 1995 entwickelte das Gesundheitsministerium einen Wiederaufbauplan für das Gesundheitswesen. Aber das Interesse der Entwicklungshilfepartner für den Aufbau eines Gesundheitsfachkräfte-Pools lies leider nach und von 1996 bis 2003 sanken die Zahlen für Hebammen um 10% und Krankenschwestern/-Pfleger um 5%. Die Personalbereitstellung für Krankenhäuser und Gesundheitstationen insbesondere im ländlichen Bereich war damit nicht mehr gewährleistet.

Daraufhin verstärkte das Gesundheitsministerium die Ausbildung von Hebammen und Krankenschwestern/Pflegern im ländlichen Raum durch gezielte lokale Rekrutierung und Arbeitsverpflichtungen nach Abschluss der Ausbildung.

Während in den 90ern die Gehälter sehr niedrig waren und unregelmäßig ausgezahlt wurden, stiegen die Gehälter seit 2003 um ca. 20% jährlich und ihre Auszahlung erfolgt recht regelmäßig. In den 90ern waren korruptive Zusatzzahlungen üblich, durch die Einführung von Patientengebühren werden jetzt offizielle Prämienzahlungen möglich und das korruptive Verhalten ist rückläufig. Trotzdem reichen die Einkommen aus der regulären Arbeit im öffentlichen Dienst nicht aus, den Familien einen ausreichenden Lebensunterhalt zu sichern. Daher arbeiteten viele Gesundheitsfachkräfte noch zusätzlich in privaten Praxen oder in anderen Berufen. Zahlreiche qualifizierte Fachkräfte wanderten in spezifische

Krankheitsbekämpfungsprogramme, die von der internationalen Gebergemeinschaft unterstützt wurden, oder zu Nicht-Regierungs-Organisationen ab und gingen damit der Allgemeinversorgung verloren. Darüber hinaus gibt es dramatische Verteilungsprobleme, so praktiziert über die Hälfte der Ärzte in der Hauptstadt Phnom Penh, weniger als ein Zehntel der Bevölkerung Kambodschas ausmacht⁴. Die absolute und relative Unterversorgung mit Gesundheitsfachkräften hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und letztlich auf den Gesundheitsstatus in Kambodscha (s.Abb.)

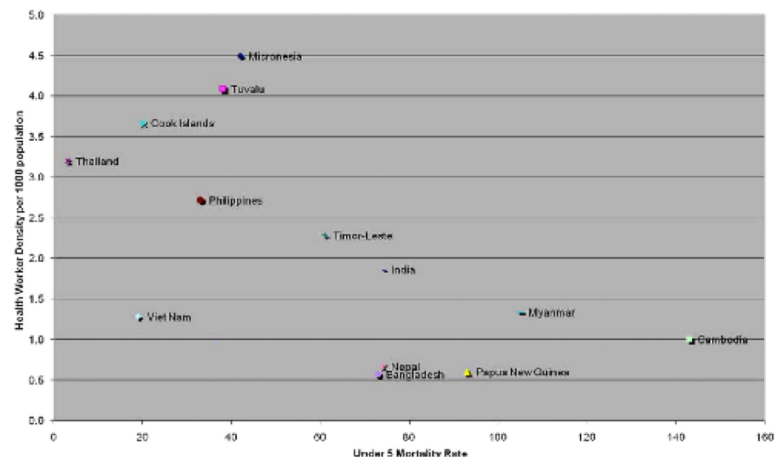


Abbildung 1: Einfluss der Gesundheitsfachkräftedichte auf die Kindersterblichkeit in ausgewählten asiatischen Ländern, Quelle: WHO Global Atlas of the Health Workforce und UNICEF Monitoring & Statistics

⁴ Oum S, Keat P, Saphonn V, Oum P. Country reviews: Human resources for health and child survival in Cambodia. Bangkok: Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health, 2005.

Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist nach wie vor prekär. Obwohl sich seit 2005 der Fokus von einer Performance-orientierten Bezahlung des Subkontraktoren auf eine Performance-orientierte Bezahlung des Personals verschoben hat und viele unterschiedliche Verfahren getestet wurden, zeichnet sich noch immer keine kohärente Politik ab, es fehlt ein regulatorisches Rahmenwerk ebenso wie die nachhaltige Sicherung der Finanzierung.⁵

Soeters und Griffith haben dargestellt, dass durch die Einführung höherer Patientengebühren und die dadurch ermöglichte Einführung rigoros gemanagter Performance-abhängiger Prämien die Qualität und die Inanspruchnahme der Dienstleistungen gesteigert werden konnte.⁶ Paradoxe Weise ist die Doppelbeschäftigung im öffentlichen und privaten Sektor ein wesentlicher Anreiz für Gesundheitsfachkräfte im ländlichen Raum zu verbleiben. (Dadurch sinkt aber die Qualität der Dienstleistungen in den staatlichen Institutionen und es kommt zu schwerwiegenden Verstößen gegen die Ethik). Institutionelle Reformen sind gefährdet, wenn es nicht zu einer Stabilisierung von Gesundheitsfachkräften auf dem Land kommt. Um Fachkräfte nachhaltig im ländlichen Raum zu halten, müssen nicht-finanzielle und finanzielle Anreize sowie eine adäquate Arbeitslast in ein vernünftiges Verhältnis gebracht werden.⁷

⁵ A Comprehensive Framework for Human Resources for Health System Development in Fragile and Post-Conflict States
Noriko Fujita, Anthony B. Zwi, Mari Nagai, Hidechika Akashi
PLoS Medicine, Volume 8, Issue 12, December 2011

⁶ Soeters R, Griffiths F: Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. Health Policy Plan 2003, 18(1):74-83.

⁷ © C Chhea, N Warren, L Manderson, „Health worker effectiveness and retention in rural Cambodia 2010

Annex 5 Zirkuläre Migration

2003 hob die vom UN-Generalsekretär eingesetzte Kommission für Internationale Migration in ihrem Abschlussbericht das Potential der temporären Migration für die wirtschaftliche Entwicklung sowohl der Aufnahmeländer als auch der Herkunftsländer hervor. Die Migranten/-innen sollen in diesem Zusammenhang die Möglichkeit haben, mehrfach ein- und ausreisen zu können. Das Konzept der mittlerweile so genannten Zirkulären Migration wird dabei als eine *triple-win* Situation für die aufnehmenden Länder, die Heimatländer und die Migranten/-innen selbst beschrieben. Beim Aufenthalt in den Empfängerländern sollen Migranten/-innen zusätzliche Kenntnisse und Erfahrungen erwerben, die sie nach Rückkehr im Herkunftsland einsetzen können. Gewinne werden beim wirtschaftlichen Wachstum sowohl der aufnehmenden Volkswirtschaft als auch des Herkunftslandes erwartet. Erhöhte Rücküberweisungen in das Herkunftsland stärken dort die Kaufkraft. Die Migranten/-innen können relativ hohe Einkommen und einen damit verbundenen besseren Lebensstandard erwerben sowie Wissens- und Kompetenzzuwachs. Die entwicklungspolitischen Effekte werden allerdings von Autoren wie Skeldon in Zweifel gezogen. Auch internationale Organisationen wie die ILO sehen mittlerweile dieses Konzept eher kritisch.

In Europa waren entsprechende Konzepte erstmals unter dem Begriff Ko-Entwicklung in Frankreich und 1999 durch den Europarat diskutiert worden. Das Konzept zielte darauf ab „*Migration und Entwicklung so miteinander zu verknüpfen, dass Migranten/-innen durch aktives Engagement dazu beitragen, die Kooperation zwischen Ursprungs- und Zielländern nachhaltig zu stärken, um Entwicklung zu fördern*“. Zirkuläre Migration und Ko-Entwicklung sollten in dem Maße miteinander kombiniert werden, dass beide Regionen – sowohl der Entsende- als auch der Gaststaat – gleichwertig die gestärkten bilateralen Beziehungen zu effektiver Entwicklung nutzen können. Entsprechend des Ansatzes der europäischen Kommission vom Sommer 2007 soll nunmehr die Zirkuläre Migration nur noch aus solchen Ländern zugelassen werden, die eine Mobilitätspartnerschaft mit der EU abgeschlossen haben. Hiermit verbunden sein soll eine weitreichende Zusammenarbeit zur Verhinderung „illegaler“ Migration und von Fluchtbewegungen. Migranten/-innen sollen sich temporär, etwa drei bis fünf Jahre, zum Arbeiten in Europa aufhalten dürfen, um so durch den Erwerb von Kompetenzen zur Entwicklung ihrer Herkunftsländer beizutragen.

Bisher wird die Dynamik in der Programmentwicklung zum Thema Migration in Deutschland noch nicht ausreichend von den Erfordernissen der Entwicklungspolitik sondern maßgeblich von der Innenpolitik bestimmt. Insbesondere unter dem Menschenrechtsansatz des BMZ müssen allerdings die Migranten/-innen und gesellschaftspolitische Gruppen der Herkunftsländer in die Ausgestaltung der Mobilitätspartnerschaften einbezogen und die Lebensbedingungen und damit die Menschenrechtssituation in den Herkunftsländern verbessert werden. Zirkuläre Migration muss also die Außen-, Wirtschafts- und die Entwicklungspolitik verknüpfen, um die o.g. Wirkungen zu erzielen. Die so gebildete Kompetenz wird durch Investitionshilfen, erleichterte Rücküberweisungen und Reintegrationsmaßnahmen gefördert. Das Herkunftsland erhält gleichzeitig Fördermittel, um seine institutionellen Rahmenbedingungen verbessern zu können.

Annex 6 DRAFT in Process (Implikationen aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit)

Mitwirkung EU und v.a. WHO (Stärkung der Policy-Elemente, Unterstützung des Codex in Partnerländern, ...) ? konkrete Maßnahmen?

Systematische Zusammenarbeit mit akademischer und beruflicher Bildung und Migration bei der Gestaltung von Sektorvorgaben / -konzepten / Länderstrategien ...? Konkrete Maßnahmen? / Darstellung der arbeitsmarktpolitischen Hintergründe in EL (Ref. 113, Fr. Schenk-Dornenbusch)

Fallbeispiele / potentielle Ansätze

Beratung von Partnerländern bei der Gestaltung nationaler Fachkraftsplanungen einschließlich der Chancen und Risiken von Migration (zirkulär, temporär, dauerhaft)

Bei der Humanressourcen-Krise im Gesundheitswesen handelt es sich um ein globales Problem, von dem die entsprechenden Empfängerländer ebenso betroffen sind, wie die Bundesrepublik Deutschland. Hieraus können sich unter Umständen erhebliche Interessenskonflikte ergeben.

Strategien und Massnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels müssen also die Außen-, Wirtschafts-, Sozial- und die Entwicklungspolitik verknüpfen, um nachhaltige Wirkungen zu erzielen. Die Schaffung der interministeriellen Arbeitsgruppe (unter Einbezug relevanter zivilgesellschaftlicher Gruppen) ist hier ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung.

Darüber hinaus wird von großer Bedeutung sein, gemeinsam mit der EU-Kommission eine kohärente Politik zur Entwicklung des gemeinsamen Europäischen Gesundheitsfachkräfte-Marktes zu erreichen, die die relevanten Aspekte der internationalen Fachkräfte-Migration berücksichtigt. Dies kann von den Entwicklungshilfe relevanten Institutionen und Ministerien nur bedingt beeinflusst werden - aber deren Beteiligung an entsprechenden Politik-Entwicklungen ist unabdingbar, um weitere Verwerfungen der globalen Gesundheitsversorgung zu vermeiden. Darüber hinaus ist eine konzeptionelle Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Strategie der EU für die Unterstützung der Personalentwicklung im Gesundheitswesen der Partnerländer anzustreben.

Eine Kooperation mit WHO bietet sich an

- auf internationalem Niveau
- bei der Kontrolle der Einhaltung des Kodex zur Gesundheitsfachkräfte-Migration
- der Stärkung der regionalen Observatorien für Gesundheitsfachkräfte
- der Stärkung der Informations- und Management-systeme für Gesundheitsfachkräfte in ausgewählten Ländern
- in Europa
- bei der Analyse von Migrationsströmen von Gesundheitsfachkräften innerhalb und außerhalb der Mitgliedsstaaten der EU
- der Harmonisierung von Strategien zur Entwicklung ausreichender Pools von Gesundheitsfachkräften

Aus einer 2008 durchgeführten systematischen Analyse ergeben sich für die deutsche EZ eine Reihe von Verantwortungen und Handlungsoptionen. Diese beinhalten Organisationsmodelle- und -

Instrumente, welche

- die Wirksamkeit steigern können (Substitution, Aufgabenverlagerung innerhalb der verschiedenen Fachkräftegruppen im Gesundheitsbereich oder Ausdehnung ihrer Aufgabengebiete),
- die Leistung des Gesundheitspersonals verbessern sollen (Qualitätsverbesserung oder Weiterbildungsstrategien) und
- die sowohl die Effizienz steigern als auch die Leistung aufwerten können (wie z.B. die Förderung von Teamarbeit und Veränderungen der Arbeitsabläufe).

Es herrscht weitgehend Übereinstimmung darüber, dass eine adäquate Antwort auf diese Probleme mehrschichtige Ansätze erfordert und folgende Aspekte berücksichtigt werden müssen:

- sozio-politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen eines Landes,
- Tarifreformen (öffentlicher Dienst, Gesundheits- und Bildungssektor),
- die Umsetzung von kohärenten HRH-Strategien auf Landesebene, die auf objektiven Daten zur Bevölkerungssituation, zur Krankheitslast und zum Arbeitsmarkt basieren. Diese Angaben beziehen sich auf Anzahl, Zusammensetzung, Verteilung und Leistung des Gesundheitspersonals, Führungs- und Ordnungsmechanismen, Finanzmechanismen, die Gehälter und finanzielle Anreize berücksichtigen Verbesserung der Ausbildung und Forschungseinrichtungen (Wyss, 2004).

Unter anderem werden folgende Strategien vorgeschlagen:

Vermeidung aggressiver Anwerbungsstrategien, Bereitstellung von Wohnraum, erleichterte Wiedereinstellung nach dem Verlassen des öffentlichen Sektors, die Stärkung von *Interessenverbänden des Gesundheitspersonals, sowie Finanzausgleich für Ausbildungskosten, die Entwicklungsländern entstehen (ILO, 2005). Es ist allerdings fraglich, ob eine rein finanzielle Kompensation an das Land einen positiven Effekt auf die Krise der Gesundheitsfachkräfte hätte. Dadurch könnte sogar im Gegenteil ein Anreiz geschaffen werden, noch mehr Fachkräfte ziehen zu lassen. Besser wäre eventuell, mehr Mittel direkt für den Aufbau oder Ausbau von Krankenpflegeschulen und medizinischen Fakultäten in den betroffenen Ländern einzusetzen. So genannte Good Practice-Erfahrungen sind bislang selten (Pick, 2008). Als viel versprechende Ansätze gelten jedoch das scaling up von Gesundheitspersonal, wie z.B. in Äthiopien und Uganda und die Verbesserung der Aufteilung von Dienstleistungen zwischen öffentlichen, privaten, kirchlichen und NRO-Akteuren. Ferner kann man in diesem Zusammenhang an die Entwicklung regionaler Gesundheitspersonalpläne denken, um dem Migrationsproblem zu begegnen.*

In der Beratung der Partnerländer sollten die Eckpunkte der Strategie der Global Health Workforce Alliance berücksichtigt werden. Dabei geht es um die sechs Bereiche (1) Leadership, (2) Partnerschaften, (3) Politikgestaltung, (4) Finanzierung (5) Ausbildung und (6) Personalressourcen Management.

- Bei Leadership geht es darum die Führungskapazitäten zu stärken für eine verbesserte Lenkungscompetenz und für eine zweckgerichtete Ressourcenmobilisation, sowie für eine bessere Ziel- und Ergebnisorientierung. Außerdem soll Fähigkeit verbessert werden, Menschen auf gemeinsame Ziele auszurichten.

Die deutsche EZ hat hier im Rahmen des CBEH ein Instrument entwickelt, dass spezifisch für den Bereich Humanressourcenmanagement weiter ausgebaut werden kann.

- Partnerschaften sollen die formale und informale Koordination der wichtigsten Beteiligten (key stakeholder, z.Bsp. Gesundheitsdienste, andere beteiligte Sektoren, (vertikale)

Gesundheitsprogramme), Geber, Kommunen, relevante Vertreter der Zivilgesellschaft) verbessern, um die optimale Nutzung von Ressourcen für HRH sicher zu stellen.

Hierbei sind verschiedene Instrumente der GIZ zum Prozessmanagement und zur Beteiligtenmobilisierung und Koordination einsetzbar. Die Erfahrungen der Geberkoordination und aus der Beteiligung an SWAPs können hier einfließen.

- Bei der Politikgestaltung geht es um Gesetzgebung und Regelwerke in Bezug auf Arbeits- und Anstellungsbedingungen, Leistungs- und Arbeitsstandards, und Personalentwicklung

GIZ?

- Im Bereich Finanzierung sollen die für Humanressourcenentwicklung sowie für den Erhalt der Workforce nötigen Finanzmittel mobilisiert, diese zielgerichtet zugewiesen und sachgerecht ausgezahlt werden.

Die deutsche EZ kann hier über zielgerichtete Intervention bei den multilateralen Geldgebern (EU, WB, GFATM, etc.) oder direkte Finanzierung (z.Bsp. KfW im Bereich Ausbildung in Ostafrika) wirksam werden. Von großer Bedeutung ist die technische und finanzielle Unterstützung der Durchführung qualifizierter Finanzierungsanalysen mit besonderer Betrachtung der HRH (z.Bsp. National Health Accounts). Die Beteiligung an SWAPs und Gemeinschaftsfinanzierungen bieten einen weiteren Ansatz, die HRH Problematik zu lindern.

- Der Bereich Ausbildung befasst sich mit der ausreichende Produktion von Gesundheitsfachkräften und der Aufrechterhaltung eines ausreichenden Fachkräftepools

Die deutsche EZ fördert hier bereits den Aufbau und die Stärkung von Aus- und Weiterbildungsstätten für Gesundheitspersonal. Sie unterstützt Massnahmen zur kontinuierlichen Weiterbildung und Qualitätsverbesserung. (z.Bsp. KfW / Aga Khan; GIZ: Zonal Health Resource Centers in Tansania; MPH-Kurs Muhimbili University Health Care Sciences, Dar-es-Salaam, verschiedene Universitäts-Partnerschaften, u.s.w.)

- Das Personalressourcenmanagement umfasst das ganze Spektrum von der gründlichen Nutzung ausführlicher Personalinformationen und der Entwicklung relevanter Strategien (policies) bis zur Umsetzung von Personalplanung, -Werbung, -Anstellung, -Einsatz, -Entwicklung und -Motivation.

Deutsche EZ

Die deutsche Entwicklungspolitik engagiert sich im Rahmen ihrer bilateralen finanziellen und technischen Zusammenarbeit mit Partnerländern mit Hilfe von unterschiedlichen Instrumenten und Ansätzen bei der Lösung des Fachkräfteproblems im Gesundheitswesen.

i Joint Learning Initiative Human Resources for Health: „overcoming the crisis“, (2004)