



THE HUMAN RESOURCES FOR HEALTH CRISIS

MAPPING POLICIES

DIE KRISE IM GLOBALEN GESUNDHEITS- PERSONALWESEN: **HERAUSFORDERUNGEN FÜR DEUTSCHLAND**

SIEHE BEILIEGENDEN REPORT FÜR EINEN VERGLEICH DER AFGH-MITGLIEDSLÄNDER





Die Krise im globalen Gesundheitspersonalwesen: eine Herausforderung für die EU

Im Jahr 2006 stellte die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) in 57 Ländern, 36 davon in Afrika, einen erheblichen Mangel an ausreichend ausgebildetem und unterstütztem Gesundheitspersonal fest. Die internationale und teilweise gezielte Anwerbung von Gesundheits- und Pflegepersonal aus Ländern, die diese selbst dringend benötigen, ist eine der Hauptursachen dieser Krise.

Am 21. Mai 2010 unternahm die 63. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) den lang erwarteten Schritt, einen globalen Leitfadens zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal einzuführen (WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel). Gesundheitsminister sicherten zu, kein weiteres Gesundheitspersonal aus Entwicklungsländern anzuwerben, wenn es dort nicht Vereinbarungen zum Schutz der Beschäftigten in diesem Bereich gibt, und diese Länder technisch und finanziell darin zu unterstützen, ihre Gesundheitssysteme auszubauen. Aber selbst eine völlige Umsetzung des WHO-Leitfadens wird den „Brain Drain“, die Abwanderung von Fachkräften, nicht ganz verhindern können oder ausreichend ausgebildetes Personal bereitstellen oder binden, vor allem wenn weitere Faktoren jenseits des Leitfadens nicht berücksichtigt werden.

In diesem Bericht werden außen- und innenpolitische Strategien des Gesundheitspersonalwesens in den fünf EU-Staaten miteinander verglichen, in denen das Netzwerk Action for Global Health (AfGH) beheimatet ist und deren Dichte an Ärzte und Pflegepersonal weltweit zu den höchsten zählt. Er untersucht die Gründe für den Mangel an Gesundheitsfachkräften sowohl der Quellen- als auch der Zielländer und fragt, was getan werden muss, um die Vorgaben des WHO-Leitfadens zu erfüllen und

die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer zu stärken. El Salvador und Madagaskar, beides Länder, in denen das Verhältnis von Gesundheitspersonal und Bevölkerung unter dem von der WHO empfohlenen Minimum liegt, werden ebenfalls untersucht. Dort hat der chronische Mangel an Investitionen im Gesundheitssektor sowohl dazu geführt, dass unter frisch approbierten Ärzten eine hohe Arbeitslosigkeit herrscht, als auch dazu, dass die Armen die medizinische Versorgung der Reichen finanzieren, weil sie auf der Suche nach besseren beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten nach Europa und in andere Regionen auswandern.

AfGH ruft die Mitgliedstaaten der Europäischen Union dazu auf, unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, die gleichzeitig alle Push-und-Pull-Faktoren beseitigen, die zur internationalen Migration von Gesundheitspersonal führen. Dabei sind zunächst der WHO-Leitfaden und das EU-Aktionsprogramm zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmangels in den Entwicklungsländern vollständig umzusetzen. Die EU-Mitgliedstaaten sollten die Stärkung von Gesundheitssystemen finanziell unterstützen und dafür Sorge tragen, dass 25% aller öffentlichen Gelder für die Entwicklung von Gesundheitssystemen auf nationale Personalstrategien verwendet werden. Bis 2015 sollte die Zielmarke von 3,5 Millionen zusätzlichen Gesundheitsfachkräften erreicht werden. Am Ende dieses Berichts findet sich eine Auflistung sämtlicher Empfehlungen.

Wie begegnet die deutsche Entwicklungspolitik der Krise im Gesundheitspersonalwesen?

Deutschland hat sich in verschiedensten Foren verbal stark für die Bewältigung des Personalmangels im Gesundheitswesen der Entwicklungsländer eingesetzt. Als ein Mitgliedstaat der EU ist Deutschland Unterzeichner des Ak-



tionsprogramms zur Bekämpfung des Personal mangels in den Entwicklungsländern sowie Mitglied der International Health Partnership und verwandter Initiativen (IHP+), die nationale Gesundheitspläne unterstützen sollen. Deutschland ist G8-Mitglied und das deutsche Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ist einer der Partner in der Global Health Workforce Alliance (GWhA). Zudem ist Deutschland Unterzeichner des WHO-Leitfadens zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal.

Deutschland ist einer der größten Geber in der Entwicklungszusammenarbeit und stellte 2008 knapp über 1 Milliarde US-Dollar für weltweite Gesundheitsprogramme bereit. Und doch ist es noch ein weiter Weg bis zum Soll von 0,1% des BNE. Zurzeit rangiert Deutschland mit 0,03 knapp vor Italien.

Das BMZ kalkuliert die finanzielle Unterstützung für das Gesundheitspersonalwesen (Human Resources for Health, HRH) nicht gesondert. Schätzungen gehen davon aus, dass ein Anteil von 25 bis 50% der für das Gesundheitswesen vorgesehenen Entwicklungsgelder dem Kapazitätenaufbau von Gesundheitsfachkräften zugute kommt. Das entspricht für 2009 einem Betrag zwischen 15,6 und 31,25 Millionen US-Dollar.

Durchaus positiv zu bewerten ist, dass die Stärkung von Gesundheitssystemen (Health Systems Strengthening, HSS) eine strategische Priorität der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) ist, wobei Schwerpunkte hier auf der Reform der Gesundheitssysteme und dem Ausbau der Belegschaften liegen. Die Ansätze für den Gesundheitssektor sehen vor allem Anstrengungen im Bereich HRH als wesentlichen Teil der deutschen HSS-Strategie vor. Diese Aspekte werden in die makroökonomischen und gesundheitspezifischen Rahmenbedingungen in vier Bereichen integriert: Politik, Management, Arbeitsmarkt und Bildung. Ein Diskussionspapier zur HRH-Krise

wurde 2010 veröffentlicht.

Die Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) unterstützt zurzeit ihre Partnerländer bei der Formulierung von gesundheitspolitischen Strategien und Personalentwicklungsplänen. Sie berät hinsichtlich der Anpassung von rechtlichen Rahmenbedingungen und arbeitet darauf hin, die Kompetenz des Gesundheitspersonals in den Bereichen Management, Verwaltung und Planung zu steigern. Weitere wichtige deutsche HSS-Aktivitäten sind die Dezentralisierung des Gesundheitswesens und die Entwicklung von Sozialversicherungsinstrumenten sowie die Verbesserung der Infrastruktur im Gesundheitssektor. Das deutsche Engagement im Bereich HRH ist in breiter angelegte Gesundheitsprogramme integriert; HRH-Unterstützung wird sowohl in Projekten als auch in der sektoralen Budgethilfe berücksichtigt. Beide Instrumente sind in existierenden Koordinationsstrukturen integriert, so z.B. in den sektorweiten Ansätzen (Sector Wide Approach - SWaP), wo Deutschland nach eigenen Angaben dem Management und der Planung von Personal Vorrang einräumt.

Deutschland engagiert sich direkt in Reformprozessen der Gesundheitssysteme von 16 Ländern (Bangladesch, Kambodscha, Kamerun, Indonesien, Kenia, Kirgisistan, Malawi, Nepal, Pakistan, Rwanda, Südafrika, Tadschikistan, Tansania, Ukraine, Usbekistan und Vietnam). Zusätzlich gibt es zwei Regionalprogramme, in der Karibik (Dominikanische Republik, Haiti und Kuba) sowie in Westafrika (Côte d'Ivoire, Guinea, Sierra Leone und Liberia). Manche Länderprogramme sehen HRH als ein übergreifendes Thema, während andere spezielle Programmkomponenten entwickeln. Zu diesen speziellen Komponenten für Gesundheitspersonal gehören u.a. Training vor und während des Einsatzes durch Universitäten und andere Ausbildungsinstitutionen, die Entwicklung von Lehrplänen für E-learning und andere Informationssysteme, die Entwick-



lung von Qualitätssicherung und Standards, die Schaffung von finanziellen und anderen Anreizen, um Personal zu schaffen und an das Heimatland zu binden und Sektorfinanzierung. Auch private Dienstleistungen und gemeindegestützte Dienste verbessern den Bereich HRH, vor allem in ländlichen und abgelegenen Gebieten.

Berücksichtigt die innerdeutsche Gesundheitspolitik die HRH-Krise?

Das deutsche Gesundheitssystem stammt aus dem Jahr 1883 und ist damit europaweit das älteste. Über 10% des Staatshaushalts (pro Kopf \$ 4.200) kommen der Gesundheitsvorsorge zugute.

Auf dem Papier erscheint das deutsche Zahlenverhältnis zwischen Gesundheitspersonal und Bevölkerung durchaus positiv; die Dichte liegt hier über dem europäischen Durchschnitt. Trotz dieser hohen Deckung wird der Mangel an ganztätig arbeitenden Ärzten für 2010 mit 17.000 beziffert. Dieser Mangel wird bis 2020 auf 56.000 und bis 2030 auf 166.000 Ärzte ansteigen. Beim übrigen Pflegepersonal gab es 2010 sogar eine geringe Überversorgung von 30.000. Trotzdem wird für 2020 ein Mangel von 14.000 Vollzeitbeschäftigten vorausgesagt, der bis 2030 auf 786.000 ansteigen wird. Deutschland ist bei der Migration von Gesundheitspersonal in erster Linie Quellenland. Es gibt eine signifikante Abwanderung von deutschen Ärzten und deutschem Pflegepersonal, hauptsächlich nach Skandinavien, in die Schweiz und die USA, aber auch nach Italien und Frankreich, wie in den Profilen dieser Länder im ausführlichen Bericht zu lesen ist.

Momentan wird durch die Bundesregierung kein Gesundheitspersonal im Ausland angeworben. Pflegepersonal aus Nicht-EU-Ländern kann nur dann eine deutsche Arbeitserlaubnis erlangen, wenn die Bundesagentur für Arbeit mit dem Herkunftsland eine Übereinkunft

getroffen hat (zurzeit gilt dies nur für Kroatien). Hochqualifizierte Fachkräfte (auch im Gesundheitssektor) erhalten nur dann eine Arbeitserlaubnis, wenn sie ein Jahreseinkommen von mindestens €63.000 nachweisen können. Diese Regel bewirkt, dass momentan nur Ärzte und andere Gesundheitsspezialisten Aussichten auf eine deutsche Arbeitserlaubnis haben.

Und doch wurden 11% aller Ärzte und 10% des in Deutschland tätigen Pflegepersonals in Übersee ausgebildet. Im Jahr 2006 waren von allen Beschäftigten im Gesundheitssektor 4,5% Ausländer und 4,6% Eingebürgerte. Der Anteil an Ausländern war bei den Ärzten am geringsten (3,9%) und bei weniger qualifizierten Berufen, wie bei Pflegern und Altenpflegehelfern, am höchsten (6,1%).

Auch wenn Deutschland momentan ausländisches Gesundheitspersonal nicht aktiv anwirbt, zeigen die Prognosen, dass sich dies in der näheren Zukunft ändern wird und dass proaktive Strategie-Entwicklung nötig ist, um einem kritischen Mangel vorzubeugen. Als Antwort auf den erwarteten Fachkräftemangel nicht nur im Gesundheitssektor entwickelt die Bundesregierung gegenwärtig eine neue Strategie zur Anwerbung von Fachkräften aus Nicht-EU-Ländern und zur Anerkennung von ausländischen Zeugnissen und Abschlüssen.

Das Bundesministerium für Gesundheit führte die Verhandlungen bezüglich des WHO-Leitfadens, aber auch zahlreiche andere Institutionen werden an seiner Umsetzung beteiligt sein, darunter das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesinnenministerium, das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und das BMZ. Das BMZ trägt durch seine Entwicklungsprogramme (s.o.) zur Bekämpfung des Defizits an Gesundheitspersonal bei. Die Regulierung der Anwerbung von ausländischem Gesundheitspersonal für die lokale Gesundheitsversorgung ist ein ressortübergreifendes Thema mit Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die Gesundheits- und



Einwanderungspolitik.

Bisher wurden von den Ministerien noch keine konkreten Maßnahmen ergriffen. Die Abstimmung zwischen den Ministerien steckt noch in den Anfängen; es gibt noch keine ressortübergreifende Arbeitsgruppe und es ist noch nicht klar, welche Abteilung des Gesundheitsministeriums mit der Umsetzung des WHO-Leitfadens beauftragt wird. Das gleiche gilt für Maßnahmen, die momentan international unter dem Stichwort „zirkuläre Migration“ diskutiert werden. Darunter versteht man die befristete Beschäftigung und Ausbildung von ausländischem Gesundheitspersonal in Deutschland und die befristete Entsendung von deutschen Gesundheitsexperten in Entwicklungsländer. Das Ziel ist, damit dringendem kurzfristigem Bedarf an Gesundheitspersonal in Entwicklungsländern zu begegnen und gleichzeitig ausländische Fachkräfte in Deutschland auszubilden, die die HRH-Lücken in diesen Ländern mittelfristig schließen sollen. Es ist zurzeit noch nicht klar, welche Haltung die Bundesregierung zur zirkulären Migration einnimmt und wie die damit verbundenen Austausch- und Ausbildungsprogramme in Angriff genommen werden.

Zu Hause sollte die Bundesregierung:

1. unverzüglich einen **nationalen Aktionsplan** entwickeln zur Umsetzung des **WHO-Leitfadens zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal** und des **EU-Aktionsprogramms zur Bekämpfung des akuten Gesundheitspersonalmangels in den Entwicklungsländern**. Dieser sollte bindende Zeitvorgaben sowie messbare Ziele und Indikatoren enthalten. Die Rollen der beteiligten Ministerien müssen festgelegt und ressortübergreifende Abstimmung gewährleistet werden.

2. auf nationaler Ebene gewährleisten und auf EU-Ebene fördern, dass **Mechanis-**

men und Richtlinien für eine „zirkuläre Migration“ von Gesundheitsfachkräften aus Nord und Süd geschaffen werden.

3. kohärente, nachhaltige und gendersensible Strategien für das deutsche Gesundheitspersonal entwickeln, um die **Deckung des eigenen Bedarfs zu gewährleisten und der Notwendigkeit der aktiven internationalen Anwerbung vorzubeugen**. Darunter fallen z.B.:

a. die **Ausbildung einer ausreichenden Anzahl von Gesundheitsfachkräften** zur Deckung des Bedarfs der deutschen Bevölkerung.

b. eine **ausgeglichene landesweite Verteilung des Gesundheitspersonals**. Die Abstimmung und die Zusammenarbeit zwischen den Bundesländern sollte durch eine gemeinsame Datenbank und ein gemeinsames System von Monitoring und Evaluierung gestärkt werden.

c. vermehrte Anstrengungen zur Bindung von vorhandenem Gesundheitspersonal durch die **Verbesserung von Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten**.

d. auch in Zeiten der knappen Haushalte die **Investitionen im Gesundheitssystem und angemessene Gehälter für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst gewährleisten**.

4. **Informationssysteme über das nationale Gesundheitspersonal** einführen, die die Beobachtung von Migrationstrends und die Entwicklung von beweisgestützten Strategien ermöglichen.

5. die **internationale Anwerbung** von Gesundheitspersonal von privaten Agenturen regulieren, die derzeit nicht den Weisungen des WHO-Leitfadens unterliegen.



Als Geber sollte die Bundesregierung:

1. sicherstellen, dass **50% aller neuen Gelder im Gesundheitsbereich der Stärkung des Systems** zugute kommen, wobei gemäß den WHO-Empfehlungen **25% direkt für Bindung und Ausbildung von Personal** verwendet werden sollten.

2. für **Transparenz und Rechenschaftspflicht** sorgen, durch die **Veröffentlichung von nachvollziehbaren und detaillierten Zahlen zu EZ-Strategien im Bereich HRH** und besonders zu **HRH-Ausgaben aus öffentlichen Entwicklungsgeldern** im Bereich Gesundheit.

3. einen **finanziellen und politischen Beitrag** zum weltweiten Ziel von **Ausbildung, Einsatz und Verwaltung von mindestens 3,5 Millionen zusätzlichen Beschäftigten im Gesundheitssektor** bis 2015 in Ländern mit akutem Mangel leisten. Nach Berechnungen der WHO sind dafür von 2009-2015 zusätzlich 62 Milliarden US Dollar notwendig.

4. finanzielle **Hilfe langfristig und nachhaltig gestalten**, um eine vorausschauende Planung zu ermöglichen.

5. gemäß der Erklärung von Kampala und dem Accra Aktionsplan die **Entwicklung und Einführung von umfassenden, beweis- und bedarfsgestützten, vollständig kalkulierten und finanzierten nationalen Gesundheitsvorhaben** und dazugehörigen Strategien für Gesundheitspersonal unterstützen. Dies beinhaltet z.B.: Deutschland sollte besonderes Augenmerk auf Bevölkerungen, Gruppen und Zusammenhänge richten, wo der Zugang zu qualifiziertem Gesundheitspersonal schwierig ist, so z.B. Frauen und Heranwachsende, Randgruppen, gefährdete und diskriminierte Gruppen, ländliche oder abgelegene Gegenden oder fragile Staaten.

6. gemäß den Prinzipien von Ergänzung und Abstimmung, die in der Pariser Deklaration zum effektiven Einsatz der Entwicklungshilfe festgelegt wurden, **internationale NROs und multilaterale Initiativen darin bestärken, Anreize in der Gesundheitsmigration zu reduzieren**, indem die Bundesregierung sie zur Einhaltung von freiwilligen Verhaltenskodizes aufruft, z.B. dem NRO- Verhaltenskodex zur Stärkung von Gesundheitssystemen.