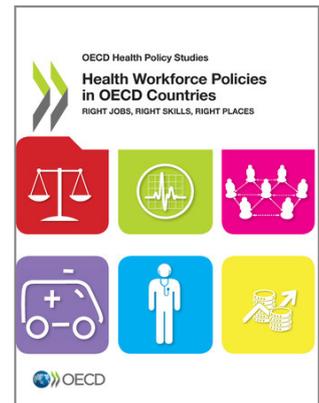


# OECD *Multilingual Summaries*

## Health Workforce Policies in OECD Countries

### Right Jobs, Right Skills, Right Places

*Summary in German*



Die komplette Publikation finden Sie unter: [10.1787/9789264239517-en](https://doi.org/10.1787/9789264239517-en)

## Die personalpolitischen Strategien der OECD-Länder für das Gesundheitswesen

### Die richtigen Kompetenzen am richtigen Platz

*Zusammenfassung in Deutsch*

Das Gesundheitspersonal ist der Grundpfeiler des Gesundheitssystems. Trotz des großen Interesses an Selbstbehandlung und der zunehmenden Bedeutung von E-Health und M-Health ist es nach wie vor – in ganz überwiegendem Maße – das Gesundheitspersonal, das Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung erbringt. Die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen macht in vielen OECD-Ländern heute über 10% der Gesamtbeschäftigung aus. 2013 arbeiteten in den OECD-Ländern 3,6 Millionen Ärzte und 10,8 Millionen Krankenpflegekräfte, gegenüber 2,9 Millionen Ärzten und 8,3 Millionen Krankenpflegekräften im Jahr 2000.

Trotz dieses Zuwachses steht bei Diskussionen über Beschäftigung nach wie vor häufig der Mangel an Gesundheitsfachkräften im Vordergrund, wobei die Besorgnis anhält, dass der bevorstehende Renteneintritt der geburtenstarken Jahrgänge der Ärzte und Krankenpflegekräfte den Personalmangel verstärken könnte. Die vorliegende Publikation stellt fest, dass die OECD-Länder diese Verrentungswelle antizipiert haben, indem sie die Zahl der Zulassungen zu medizinischen Fakultäten und Krankenpflegesschulen in den vergangenen zehn Jahren erhöht haben. Daher wird mit dem Arbeitsmarkteintritt zahlreicher Nachwuchsärzte und -krankenpflegekräfte gerechnet. Sie werden diejenige Fachkräfte ersetzen, die in Rente gehen. Zudem haben Rentenreformen und andere Maßnahmen die Verweildauer von Ärzten und Krankenpflegekräften im Beruf verlängert, was ebenfalls zur Stabilität bzw. zur Erhöhung des Arbeitskräfteangebots beigetragen hat. Dies hat auch die Diskussion über die Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen verändert. Anstelle der Befürchtungen eines allgemeinen Mangels an Gesundheitspersonal rücken zunehmend spezifische Fragen über den richtigen Mix an Gesundheitsfachkräften mit den richtigen Kompetenzen, die am richtigen Ort eingesetzt werden sollen, um den sich verändernden medizinischen Bedürfnissen der Bevölkerung besser Rechnung zu tragen, in den Mittelpunkt.

In dieser Publikation werden die jüngsten Trends und von den OECD-Ländern ergriffenen Maßnahmen untersucht, die sich auf das Angebot an und die Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften auswirken. In Anbetracht der dominierenden Rolle, die Ärzte und Krankenpflegekräfte nach wie vor spielen, liegt das Hauptaugenmerk dabei zwar auf diesen Berufsgruppen, es wird aber auch auf aktuelle Bemühungen zur Überwindung solcher traditionellen Berufsabgrenzungen eingegangen. Um dem zukünftigen medizinischen Bedarf einer alternden Bevölkerung, in der immer mehr Menschen an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leiden, gerecht zu werden, bedarf es größerer Innovationen im Bereich der medizinischen Leistungserbringung als bisher erfolgt sind. Die neuen Technologien und die Kompetenzen der verschiedenen Kategorien von Gesundheitsfachkräften müssen auf allen Ebenen effizienter eingesetzt werden, und es muss ein effektiverer Zugang der Menschen zu den entsprechenden Dienstleistungen, unabhängig von ihrem Wohnort, gesichert werden.

### *Numerus-clausus-Regeln sollten sich auf belastbarere Daten zu den künftigen Beschäftigungsaussichten stützen*

- Numerus-clausus-Regeln (d.h. die Festlegung jährlicher Quoten für die Zahl der Studierenden, die zu verschiedenen Studiengängen zugelassen werden) sind für die Regierungen nach wie vor ein wichtiges Instrument, um das Angebot an Gesundheitsfachkräften an der voraussichtlichen Nachfrage auszurichten, die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals anzupassen und gleichzeitig die Kosten unter Kontrolle zu halten. Dieses Politikinstrument muss jedoch besser genutzt werden.
- Nahezu alle OECD-Länder haben seit dem Jahr 2000 aus Sorge über den aktuellen bzw. möglichen zukünftigen Personalmangel beschlossen, die Zahl der zugelassenen Teilnehmer an medizinischen Bildungsgängen und Krankenpflegeausbildungen zu erhöhen. Daher wird in den kommenden Jahren eine steigende Zahl neu examinierter Mediziner und Krankenpflegekräfte in den Arbeitsmarkt eintreten, die diejenigen ersetzen werden, die aus dem Arbeitsmarkt austreten.
- Wenigstens ein Land, Australien, hat den mutigen Schritt unternommen, seine Numerus-clausus-Regeln für Bildungsgänge im Bereich der Krankenpflege und anderen Bereichen (allerdings mit Ausnahme der Medizinstudiengänge) abzuschaffen, um den Zugang zur Hochschulbildung zu öffnen. Wie erwartet, hat sich die Zahl der Studierenden im Bereich der Krankenpflege nach der Abschaffung der betreffenden Quote im Jahr 2009 erhöht (im Zeitraum 2009-2013 um 25%). Interessanterweise ist sie jedoch nicht stärker gestiegen als in den Vorjahren, als es noch einen Numerus clausus gab (der Anstieg betrug im Zeitraum 2005-2009 40%). Dies kann auf begrenzte Ausbildungskapazitäten und einen Mangel an geeigneten Studienbewerbern zurückgeführt werden.
- Ein entscheidendes Element der Planung des Arbeitskräftebedarfes im Gesundheitswesen wie auch der Entscheidungsfindung potenzieller Studierenden und Auszubildenden ist die Verfügbarkeit belastbarer Arbeitsmarktdaten über den zukünftigen Kompetenzbedarf. Für die Personalplanung im Gesundheitsbereich ist es zudem wichtig, einen umfassenderen Ansatz zu verfolgen, der mögliche Substitutionen zwischen den unterschiedlichen Arbeitskräftekategorien berücksichtigt, um zu vermeiden, dass zu viele Arbeitskräfte in einer Kategorie ausgebildet werden, deren Aufgaben sinnvollerweise durch andere Beschäftigte erledigt könnten.
- Eine Reihe von Ländern, z.B. England, Frankreich und Kanada, hat bewusst die Zahl der Plätze für die allgemeinmedizinische Fortbildung erhöht, um einem Mangel an Hausärzten zu begegnen. Allerdings war es nicht immer einfach, dafür eine ausreichende Zahl von Kandidaten zu gewinnen. Ergänzende Maßnahmen sind notwendig, um den Beruf des Hausarztes als Option für Nachwuchsärzte attraktiver zu machen. Dazu gehört u.a. die Verringerung des Verdienstgefälles im Vergleich zu anderen Fachgebieten.
- Die Vereinigten Staaten, Kanada und die Niederlande haben auch die Zahl der Zulassungen zu weiterführenden Studiengängen für Krankenpflegekräfte erhöht (z.B. Nurse-Practitioner-Studiengänge), um das Angebot an Dienstleistungserbringern auf der „mittleren Versorgungsebene“ zu erhöhen und damit den Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu verbessern. Evaluierungen zeigen, dass angemessen ausgebildete Krankenpflegekräfte mit höherem Fachabschluss den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern und u.a. für Patienten mit leichteren Erkrankungen und bei Routinenachuntersuchungen dieselbe Versorgungsqualität leisten können wie Hausärzte. Wenn Krankenpflegekräfte mit höherem Fachabschluss einen Teil derjenigen Aufgaben übernehmen, die zuvor von Ärzten wahrgenommen wurden, kann dies die Ärzte zeitlich entlasten und die Kosten für diese Gesundheitsleistungen senken.

### *Die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Gesundheitsfachkräften verringern*

- Der von allen Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2010 angenommene internationale Verhaltenskodex für die Anwerbung von Gesundheitspersonal im Ausland (Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel) soll die Länder dazu bewegen, ihre Personalplanung im Gesundheitsbereich zu verbessern und ihren künftigen Bedarf zu decken, ohne dabei über Gebühr auf die Ausbildungsanstrengungen anderer Länder zu setzen. Insbesondere Länder mit niedrigen Einkommen, die selbst unter akuten Versorgungsengpässen leiden, sollen damit von Abwanderung von Gesundheitspersonal verschont werden.
- Im Zeitraum 2013-2014 arbeiteten in den OECD-Ländern rd. 460 000 im Ausland ausgebildete Ärzte und 570 000 im Ausland ausgebildete Krankenpflegekräfte. Dies entsprach im Durchschnitt etwa 17% der Ärzte und 6% der Krankenpflegekräfte. Über ein Drittel dieser im Ausland

ausgebildeten Ärzte und Krankenpflegekräfte kam aus anderen OECD-Ländern. In vielen Ländern hat sich die absolute Zahl der im Ausland ausgebildeten Ärzte zwischen 2006 und 2013-2014 erhöht, ihr Anteil ist jedoch gesunken, da die Zahl der im Inland ausgebildeten Ärzte und Krankenpflegekräfte rascher gestiegen ist.

- Die Vereinigten Staaten sind in absoluten Zahlen das mit Abstand wichtigste Zielland für im Ausland ausgebildete Gesundheitsfachkräfte, wobei im Jahr 2013 über 200 000 Ärzte und nahezu 250 000 Krankenpflegekräfte über eine im Ausland erworbene Ausbildung verfügten. Die Zuzüge von im Ausland ausgebildeten Ärzten und Krankenpflegekräften in die Vereinigten Staaten sind gegenüber ihrem Höchststand vor rund zehn Jahren jedoch gesunken, da die Zahl der inländischen Absolventen zugenommen hat, insbesondere bei den Krankenpflegekräften. Die wichtigsten Herkunftsländer der in den Vereinigten Staaten tätigen, im Ausland ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte sind Indien (für Ärzte) und die Philippinen (für Krankenpflegekräfte), auch wenn die Neuzuzüge aus diesen beiden Ländern in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen sind.
- Das Vereinigte Königreich ist mit über 48 000 im Ausland ausgebildeten Ärzten und 86 000 im Ausland ausgebildeten Krankenpflegekräften im Jahr 2014 das zweitwichtigste Zielland. Wie in den Vereinigten Staaten sind die jährlichen Zuzüge von im Ausland ausgebildeten Ärzten und Krankenpflegekräften ins Vereinigte Königreich auf Grund der steigenden Zahl der inländischen Absolventen gegenüber ihrem Höchststand vor rund zehn Jahren gesunken. Allerdings haben sich die Zuzüge von im Ausland ausgebildeten Krankenpflegekräften in das Vereinigte Königreich in jüngster Zeit wieder erhöht, da der Bedarf unerwartet gestiegen ist und nicht sofort mit inländischen Kräften gedeckt werden konnte. Die Zusammensetzung der im Ausland ausgebildeten Ärzteschaft im Vereinigten Königreich hat sich erheblich verändert, da die Ärzte zunehmend aus anderen EU-Ländern, insbesondere Griechenland, Italien und Rumänien, anstatt aus Asien oder Afrika stammen. Auch bei den Krankenpflegekräften ist der jüngste Anstieg der Zahl der im Ausland ausgebildeten Fachkräfte hauptsächlich auf die Zuwanderung aus Spanien und Portugal zurückzuführen.
- Einige neue EU-Staaten in Mittel- und Osteuropa verzeichneten eine starke Zunahme der Auswanderung von Ärzten und Krankenpflegekräften in andere EU-Länder. In vielen Fällen hatte diese Abwanderung schon vor dem EU-Beitritt der betreffenden Länder begonnen. Sie beschleunigte sich jedoch unmittelbar danach durch die mit dem EU-Beitritt verbundene Verringerung der Mobilitätshindernisse. Dies hat Länder wie die Tschechische Republik, die Slowakische Republik, Ungarn und Rumänien dazu veranlasst, Maßnahmen zu ergreifen, um den „Push“-Faktor zu verringern, indem sie trotz knapper öffentlicher Kassen die Gehälter und die Arbeitsbedingungen der Ärzte und Krankenpflegekräfte verbesserten.

### *Technologieinsatz und Änderung der Aufgabenbereiche zur Deckung des Bedarfs der Bevölkerung in unterversorgten Gebieten*

- In allen OECD-Ländern ist die Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl in ländlichen/ abgelegenen Gebieten sowie in sozioökonomisch benachteiligten städtischen Gebieten in der Tendenz deutlich geringer. In Ländern wie Frankreich und Kanada ist das Zahlenverhältnis Ärzte/ Einwohner auf dem Land mindestens zweimal niedriger als in der Stadt.
- Die Länder haben eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um eine bessere geografische Verteilung der Ärzte zu erreichen und einen angemessenen Zugang zu Gesundheitsleistungen für Menschen in unterversorgten Gebieten zu sichern – allerdings mit unterschiedlichem Erfolg. Das Spektrum dieser Maßnahmen reicht von der gezielten Auswahl von Medizinstudenten aus unterversorgten Gebieten (z.B. in Japan) bis zur Gewährung verschiedenartiger finanzieller Anreize, um mehr Ärzte in diese Gebiete zu locken und dort zu halten (z.B. Australien, Kanada, Frankreich). Einige Länder (z.B. Deutschland) setzen auf gesetzliche Regelungen, um die Niederlassungsfreiheit von neuen Ärzten in bereits ausreichend versorgten Gebieten zu beschränken, und kombinieren diese mit finanziellen Anreizen, um sie zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu bewegen. Ein solcher Policy Mix könnte der wirkungsvollste Ansatz sein, um das gewünschte Ziel zu erreichen.
- Viele Länder fördern darüber hinaus verschiedene Arten von Innovationen im Bereich der medizinischen Leistungserbringung, um einen angemessenen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung mit weniger vor Ort tätigen Ärzten zu gewährleisten. Diese Innovationen umfassen z.B. Kompetenzübertragungen von Ärzten an Krankenpflegekräfte und andere Gesundheitsfachkräfte vor Ort oder die Entwicklung der Telemedizin, um Patienten und Ärzte über eine größere Distanz miteinander zu verbinden. Letzteres wurde erfolgreich in Kanada, Australien und Finnland umgesetzt.

## **Förderung einer besseren Abstimmung und effizienteren Nutzung der Kompetenzen der Gesundheitsfachkräfte**

- Dem vorliegenden Datenmaterial zufolge bestehen erhebliche Diskrepanzen zwischen den Kompetenzen der Gesundheitsfachkräfte und den Kompetenzanforderungen ihres Arbeitsplatzes. In der PIAAC-Erhebung von 2011-2012 gaben rd. 50% der Ärzte und 40% der Krankenpflegekräfte an, für einen Teil der ihnen übertragenen Aufgaben unterqualifiziert zu sein. Ein noch größerer Anteil (70-80% der Ärzte und Krankenpflegekräfte) gab zugleich an, überqualifiziert zu sein, was auf eine starke Vergeudung von Humankapital schließen lässt.
- Unterqualifizierung kann mit zwei großen Kategorien von Maßnahmen begegnet werden: 1. Reformen der Lehrpläne der beruflichen Erstausbildung, um zu gewährleisten, dass Gesundheitsfachkräfte diejenigen Kompetenzen erwerben, die sie benötigen, um im Rahmen neuer medizinischen Versorgungsmodelle gute Arbeit zu leisten; dies beinhaltet auch stärkere Kompetenzen für die Zusammenarbeit im Team; 2. Förderung gut konzipierter Angebote der kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung, um sicherzustellen, dass die Kompetenzen der Ärzte und Krankenpflegekräfte neuen Aufgaben und Arbeitsplatzanforderungen gerecht werden.
- In Gesundheitssystemen, in denen verlangt wird, dass Ärzte und Krankenpflegekräfte ihre Approbation bzw. Zulassung in regelmäßigen Abständen erneuern haben Gesundheitsfachkräfte einen starken Anreiz, ihre Kompetenzen während des gesamten Berufslebens stetig zu aktualisieren. Von 31 OECD-Ländern hatten im Zeitraum 2012-2013 nur zwölf obligatorische Maßnahmen zur Sicherung einer kontinuierlichen beruflichen Weiterbildung für Ärzte mit Auflagen für eine regelmäßige Neuzulassung eingerichtet.
- Krankenpflegekräfte mit abgeschlossener Hochschulbildung geben mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit an, für ihre berufliche Tätigkeit überqualifiziert zu sein, als diejenigen mit einem niedrigeren Abschluss. Eine Ausweitung des Aufgabenbereiches dieser höher qualifizierten Krankenpflegekräfte würde ihnen erlauben, ihre Kompetenzen umfassender zu nutzen.
- In Anbetracht der Höhe der öffentlichen Mittel, die für die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften verwendet werden, sind angemessen konzipierte Bildungsgänge, einschließlich einer besseren Anerkennung der praktischen Ausbildung am Arbeitsplatz, von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass sich diese öffentlichen Investitionen stärker auszahlen.

© OECD

### **Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD.**

Die Wiedergabe dieser Zusammenfassung ist unter Angabe der Urheberrechte der OECD sowie des Titels der Originalausgabe gestattet.

**Zusammenfassungen in Drittsprachen enthalten auszugsweise Übersetzungen von OECD-Publikationen, deren Originalfassungen in englischer und französischer Sprache veröffentlicht wurden.**

**Sie sind unentgeltlich beim Online-Bookshop der OECD erhältlich unter Bookshop [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)**

Wegen zusätzlicher Informationen wenden Sie sich bitte direkt an die OECD Rights and Translation Unit, Public Affairs and Communications Directorate unter: [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org) oder per Fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Besuchen Sie unsere Website [www.oecd.org/rights](http://www.oecd.org/rights)



## **Die komplette englische Fassung erhalten Sie bei OECD iLibrary!**

© OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264239517-en