



Bundesministerium für
wirtschaftliche Zusammenarbeit
und Entwicklung



Beschäftigungsförderung im Gesundheitssektor von Entwicklungsländern

Hintergrundpapier zur Qualifizierung von Gesundheitspersonal

Herausgegeben von:

giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Beschäftigungsförderung im Gesundheitssektor von Entwicklungsländern

Hintergrundpapier zur Qualifizierung von Gesundheitspersonal

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Anmerkung:

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit lediglich in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

VORWORT

Über eine Milliarde Menschen haben weltweit keinen Zugang zu einer qualitativ angemessenen Gesundheitsversorgung. Ein wesentlicher Grund hierfür ist u.a. der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, der sich zu einer ernsthaften weltweiten Krise entwickelt hat. Hauptursachen für den Fachkräftemangel sind gestiegene Belastung der Gesundheitssysteme durch Krankheiten, vor allem bedingt durch Bevölkerungswachstum und -alterung, sowie chronisch unterfinanzierte Gesundheitssysteme und fehlende Ausbildungsmöglichkeiten.

Der Gesundheitssektor stellt in den meisten Ländern einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in der Volkswirtschaft dar und ist zugleich einer der größten Arbeitgeber. Dabei arbeiten weltweit rund ein Drittel aller Gesundheitsdienstleister im Privatsektor. Auch in der Ausbildung der Gesundheitsberufe besetzen private Dienstleister im Bereich der beruflichen Bildung zunehmend wichtige Funktionen. Daher ist die Einbindung des Privatsektors im Gesundheits- und Bildungssektor zur Beschäftigungsförderung essentiell.

Das Thema Beschäftigung ist im Gesundheitssektor zentral. Eine gesundheitliche Grundversorgung kann in vielen Kooperationsländern nur gewährleistet und verbessert werden, wenn die Ausbildung im Gesundheitssektor verstärkt und von Reformen im Bildungs- und Gesundheitssystem begleitet wird. Ein multipler und nachhaltiger Ansatz ist notwendig, der es den Kooperationsländern ermöglicht, sowohl bei der Qualifikation von Personal anzusetzen als auch die Rahmenbedingungen für die Ausbildung und Beschäftigung zu verbessern.

Das vorliegende Hintergrundpapier bildet eine erste Diskussionsgrundlage für diese Thematik in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Der integrierte Ansatz zur Beschäftigungsförderung im Gesundheitssektor bietet Anregungen für den Aufbau der Beschäftigungsfähigkeit durch berufliche und akademische Bildung in Verbindung mit der Entwicklung des öffentlichen und privaten Gesundheitssektors und mit einer verbesserten Abstimmung von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt.

Mit diesem integrierten Ansatz kann die quantitative und qualitative Gesundheitsversorgung verbessert werden sowie durch positive Beschäftigungs- und Einkommenseffekte gleichzeitig ein Beitrag zur Verminderung von Arbeitslosigkeit, Unterbeschäftigung und Armut geleistet werden. Dafür ist es wichtig, dass in den Kooperationsländern Berufsbildungs-, Gesundheits-, und Arbeitsmarktpolitik mit Privatwirtschaftsförderung und Wirtschaftspolitik besser koordiniert werden.

An dieser Stelle möchten wir den Sektorvorhaben Berufliche Bildung und Gesundheitssystemstärkung für die Erstellung der Publikation danken. Besonderer Dank geht an die Hauptautorinnen Bianca Rohrbach und Julia Gering sowie an Natalia Melkoserov, Sarah Buch, Yodit Measho und Lisa Reigl. Das Hintergrundpapier wurde unter Einbindung der KfW Entwicklungsbank erstellt.

BMZ Referat Bildung und digitale Welt sowie Referat Gesundheit; Bevölkerungspolitik

INHALT

	VORWORT	3
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
	EINLEITUNG	7
1	ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN	11
	1.1 Fachkräftemangel	12
	1.2 Migration des Personals	13
	1.3 Stadt-Land-Gefälle	13
	1.4 Relevanz der Qualifikationen	14
2	AKTUELLER STAND IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	17
	2.1 Globale Politikansätze und Akteure	18
	2.2 Politikansätze und Akteure in Deutschland	19
3	DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR	21
	3.1 Arbeitskräftenachfrage des Gesundheitssektors	23
	3.2 Abstimmung auf dem Arbeitsmarkt im Gesundheitssektor	26
	3.3 Arbeitsmarktorientierte Qualifizierungsangebote für den Gesundheitssektor	30
4	EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT	35
	4.1 Technische Zusammenarbeit zur Förderung von Beschäftigung im Gesundheitssektor	36
	4.2 Finanzielle Zusammenarbeit zur Förderung von Beschäftigung im Gesundheitssektor	38
	4.3 Perspektiven für die deutsche Entwicklungspolitik	40
5	ANHANG	41
	5.1 Definition von Berufen	42
	5.2 Definition der Einrichtungen	47
	5.3 Literaturverzeichnis	50
	IMPRESSUM	53

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADB	Asian Development Bank
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
EC	European Commission
ETF	European Training Foundation
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
GFATM	Globaler Fonds zur Bekämpfung von HIV, Tuberkulose und Malaria
GHWA	Global Health Workforce Alliance
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
HRH	Human Resources for Health
HSPF	Health Systems Funding Platform
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
ILO	International Labour Organization
ISIC	International Standard Industrial Classification of All Economic Activities
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MDG	Millenniumsentwicklungsziele
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ODA	Official Development Assistance
PPP	Public Private Partnerships
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	Weltgesundheitsorganisation

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1	Verhältnis Krankheitslast und Gesundheitspersonal	8
ABBILDUNG 2	Geschätzter Verbleib von Medical Schools Absolventen nach fünf Jahren, in Subsahara-Afrika, WHO 2011	13
ABBILDUNG 3	WHO 2008 Idealtypus von einem Fachkräftemix	15
ABBILDUNG 4	Der Integrierte Ansatz zur Beschäftigungsförderung	22
ABBILDUNG 5	Globale Kapazitäten an Ausbildungsstätten im Gesundheitssektor	31



EINLEITUNG

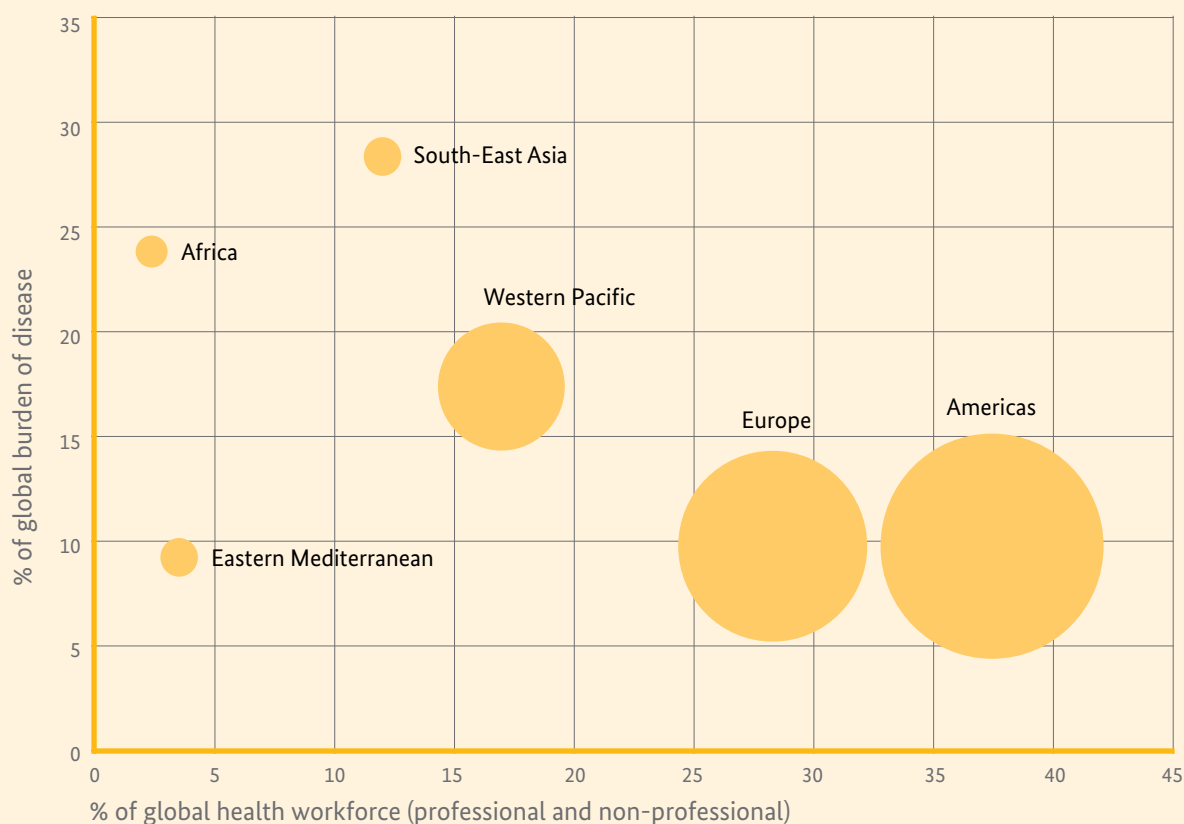
EINLEITUNG

Über eine Milliarde Menschen weltweit haben keinen oder unzureichenden Zugang zu einer qualitativ angemessenen Gesundheitsversorgung. Ein Grund hierfür ist der internationale Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Dieser wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mithilfe eines Indikators zur Fachkräftedichte erfasst, der die Kernberufe Ärzte, Krankenpflegepersonal und Hebammen beinhaltet. Tatsächlich ist in vielen Ländern sogar mit einem höheren Personalmangel im Gesundheitssektor zu rechnen, da der Indikator nicht alle Gesundheitsberufe umfasst, die im Gesundheitssektor nachgefragt werden (Arbeitshypothese).

Weltweit liegt nach neuesten Zahlen die Fachkräftedichte in 83 Ländern unter dem von der WHO definiertem Mindestwert für eine grundlegende medizinische Versorgung der Bevölkerung. Afrika südlich der Sahara ist dabei am stärksten betroffen. Hier leben 11 Prozent der Weltbevöl-

kerung, auf die rund ein Viertel der globalen Krankheitslast (*burden of disease*) entfällt, doch nur drei Prozent des globalen Gesundheitspersonals versorgt diese Menschen (siehe Abb.1). Hinzu kommt, dass, obwohl die Hälfte der Weltbevölkerung in ländlichen Gebieten lebt, 75 Prozent der Ärzte und 60 Prozent des Krankenpflegepersonals in Städten arbeiten.

Die steigende Krankheitslast ist unter anderem auf eine zunehmende Alterung, stetiges Wachstum von Bevölkerungen sowie die Veränderung von Lebensstilen und -bedingungen zurückzuführen. Diese kann von chronisch unterfinanzierten Gesundheitssystemen kaum durch entsprechende Dienstleistungen und Produkte aufgefangen werden. Die Problematik wird zudem dadurch verschärft, dass der Sektor nicht über ausreichende Kapazitäten für Aus- und Fortbildungsstrukturen verfügt und selten eine aktive Arbeitsmarktpolitik umgesetzt wird.



Source: World Health Report 2006 – Working together for health.

Abbildung 1: Verhältnis Krankheitslast und Gesundheitspersonal

EINLEITUNG

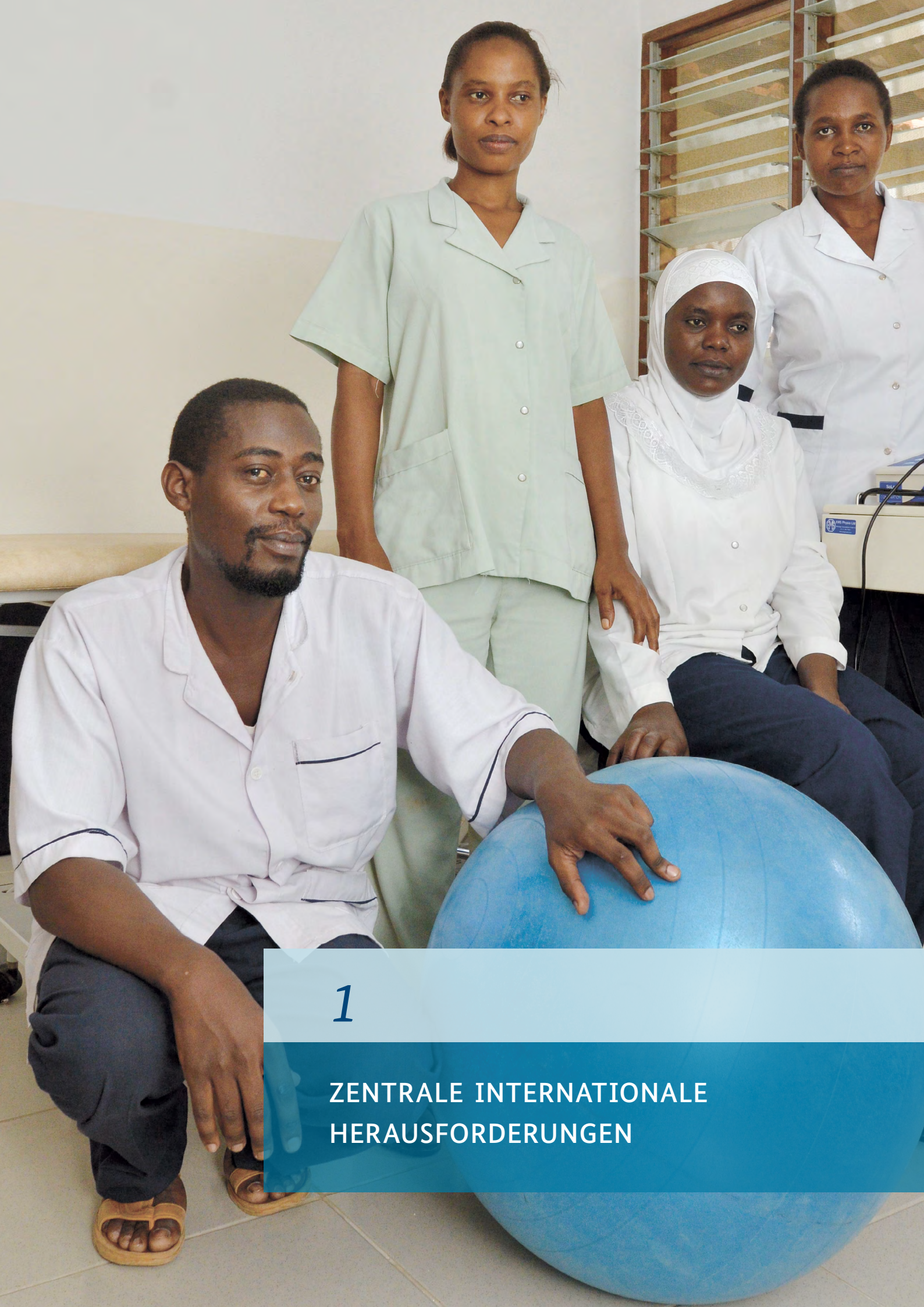
Ein weiterer Aspekt ist eine wachsende internationale Nachfrage nach Gesundheitsfachkräften, die darüber hinaus zu Migrationsbewegungen führt. So kann Personal oftmals nicht langfristig an einem Arbeitsplatz gehalten werden.

Trotz vieler internationaler Vereinbarungen, die auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung abzielen (unter anderem Kampala Deklaration und *Agenda for Global Action*, 2008), konnte die bestehende Fachkräftekrise bisher nicht eingedämmt werden. Es fehlt weiterhin in fast allen Ländern ausreichendes und qualifiziertes Personal für das Gesundheitswesen.

In Deutschland sind für das Thema mehrere Ressorts zuständig. Die entwicklungspolitische Perspektive auf die Problematik wird regelmäßig in der informellen Arbeitsgruppe „Gesundheitsfachkräfte in Entwicklungsländern“ thematisiert. Die Bundesregierung stellte im Jahr 2013 im Rahmen ihrer Entwicklungszusammenarbeit (EZ) mehr als 786 Millionen Euro ODA (*official development assistance*) für Gesundheit zur Verfügung.

Um die Fachkräftekrise in Entwicklungsländern nachhaltig einzudämmen und um Strukturen und Prozesse zu entwickeln sowie zu professionalisieren, braucht es evidenzbasierte Politikentscheidungen und gezielte Strategien und Programme, die nationale und internationale Zusammenhänge aufgreifen. Dazu gehört im Besonderen die Gestaltung einer aktiven Arbeitsmarktpolitik, die den Bedarf des gesamten Gesundheitssektors berücksichtigt, sowie die arbeitsmarktorientierte Gestaltung beruflicher Bildung im sekundären und tertiären Bereich, die dem Bedarf des Gesundheitssektors nach qualifizierten Fachkräften durch verschiedene Qualifikationen in diversen Bereichen und Kompetenzniveaus entgegen kommen kann. Zentral wäre somit auch die Gestaltung von entsprechenden Matching-Mechanismen zur Anpassung von Angebot und Nachfrage.

Der in diesem Papier vorgestellte integrierte Ansatz für Beschäftigungsförderung fungiert als zentrales Konzept der deutschen EZ für die nachhaltige und wirtschaftliche Entwicklung des Gesundheitssektors. Der Fokus liegt hierbei auf der Qualifizierung des Personals für den Gesundheitssektor. Auf dieser Basis zeigt das Hintergrundpapier Möglichkeiten auf, Gesundheitssysteme als Arbeitsmärkte zu reformieren und berufliche Bildung im sekundären und tertiären Bereich als zentrales Element stärker auf den Fachkräftebedarf des Gesundheitssektors auszurichten.



1

ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN

ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN

1.1 FACHKRÄFTEMANGEL

Die WHO schätzt 2013 in ihrem Bericht zu Gesundheitsfachkräften, dass weltweit rund 7,2 Millionen Gesundheitsfachkräfte notwendig wären, um die derzeitigen Lücken zu schließen. Fast die Hälfte davon (3,4 Millionen) fehlt in Süd-Ost Asien, wo mehr als ein Viertel der Weltbevölkerung lebt (27%). Afrika ist ebenfalls stark betroffen mit einem Defizit von 1,8 Millionen Fachkräften im Gesundheitswesen. In Afrika beispielsweise liegt das Verhältnis von medizinischen Fachkräften durchschnittlich bei 2,3 je 1000 Einwohner im Vergleich zu 18,9 in Europa. Während Afrika 24 Prozent der weltweiten Krankheitslast zu tragen hat, sind nur drei Prozent des weltweiten Gesundheitspersonals dort tätig. Ohne angemessene Maßnahmen zur Fachkräftesicherung schätzt die WHO und die Global Health Workforce Alliance (GHWA) (2013) den globalen Fachkräftemangel im Jahre 2035 auf über 12 Millionen. Besonders betroffen sein, werden in Folge der Bevölkerungsdynamik Südostasien (5 Millionen) und Afrika (4,3 Millionen).

Die WHO definiert den Fachkräftemangel mit Hilfe des Indikators der Fachkräftedichte (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen). Die theoretische Grenzlinie¹ liegt bei 2,28 Gesundheitsfachkräften auf 1000 Einwohner. Bei allen Ländern, die unter diesem Grenzbereich liegen, ist eine gesundheitliche Absicherung der Bevölkerung nicht mehr gegeben und die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) können nicht mehr erreicht werden.

Die WHO Definition weist darauf hin, dass hier nur die „Kernberufe“ (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Hebammen) des Gesundheitssektors für die Definition von Fachkräftemangel herangezogen wurden. Tatsächlich ist in vielen Entwicklungsländern mit einem höheren Fachkräftemangel im gesamten Gesundheitssystem zu rechnen. Eine breitere Definition der Nachfrage nach Fachkräften² im Gesundheitsbereich würde die reale Situation auf den Arbeitsmärkten realistischer abbilden. In Entwicklungsländern beruht der Mangel an Fachkräften in der Regel

auf fehlenden finanziellen Ressourcen für die berufliche Bildung im sekundären und tertiären Bereich. Des Weiteren kommen noch andere Aspekte hinzu, die den Fachkräftemangel bedingen, wie zum Beispiel:

- nationale und internationale Nachfragetrends nach bestimmten Fachkräften beziehungsweise Qualifikationen,
- höhere Nachfrage in ländlichen Regionen, die jedoch für Gesundheitspersonal unattraktiv sind,
- schlechte Bezahlung und schwierige Arbeitsbedingungen,
- fehlende politische Programme der aktiven Arbeitsmarktpolitik,
- fehlende Reformprozesse in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal.

Seitdem auch in den Industrieländern, unter anderem aufgrund des demografischen Wandels, ein akuter Engpass an Gesundheitspersonal besteht, sehen sich Entwicklungsländer zudem mit einer zunehmenden Abwanderung von Fachkräften konfrontiert, die durch bessere Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen angelockt beziehungsweise aktiv von den Industrieländern abgeworben werden. Dieser „*brain drain*“ verstärkt bereits existierende Engpässe und hat in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern katastrophale Folgen.

Prekäre Arbeitsbedingungen³

Die Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitswesen zeichnen sich in den meisten Entwicklungsländern durch eine hohe Arbeitsbelastung, schlechte Arbeitsbedingungen, eine geringe Arbeitsplatzsicherheit und verhältnismäßig geringe Bezahlung (vor allem von Pflegekräften und Hilfspersonal) aus. Der Sektor hat eines der höchsten Risiken für Erkrankung am Arbeitsplatz und Arbeitsausfall. In vielen Entwicklungsländern ist das Gesundheitspersonal überdurchschnittlich stark von Gewalt und sexuellen Übergriffen am Arbeitsplatz betroffen. Hinzu kommt die Infektionsgefahr, die vor allem in Subsahara-Afrika aufgrund niedriger Hygienestandards und einem hohen Anteil von HIV/AIDS-Patienten in den Gesundheitseinrichtungen

¹ Aus statistischen Gründen wurde eine Grenzlinie von 2,28/1000 gewählt und die Spanne 2,02- 2,54 als Bereich der statistischen Messunsicherheit definiert

² Übersicht der Gesundheitsberufe im Anhang

³ Siehe: Beschäftigungsförderung durch die Finanzielle Zusammenarbeit - Sektorale Ansätze zu Beschäftigungsförderung, KfW Entwicklungsbank, 2013, S. 25, <https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/Sammelband-Positionspapiere-Besch%C3%A4ftigung.pdf> (20.05.2014)

ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN

erheblich ist. Von diesen schwierigen Arbeitsbedingungen sind in erster Linie Frauen betroffen, die einen Großteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten ausmachen, in einigen Ländern bis zu 80 Prozent.

1.2 MIGRATION DES PERSONALS

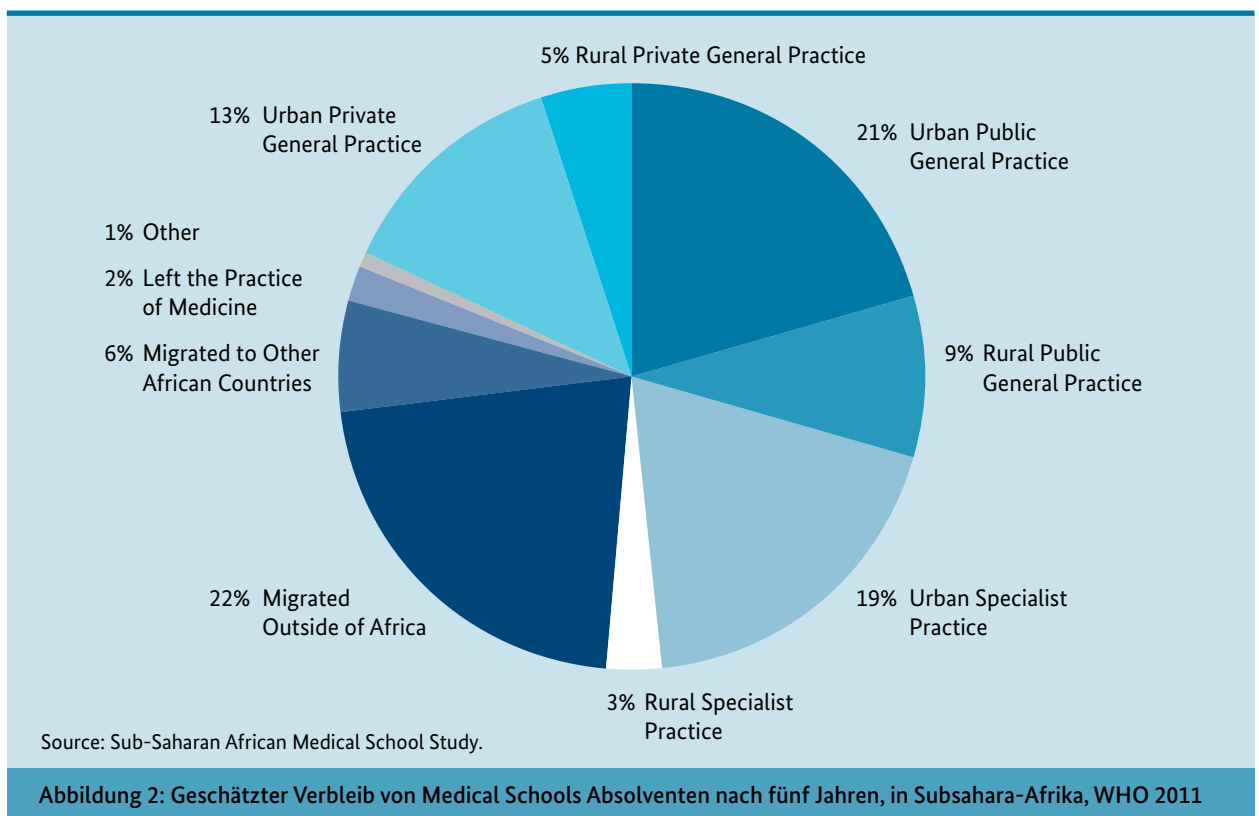
Ein Problem von Entwicklungsländern ist die Abwanderung von qualifiziertem Personal im Gesundheitssektor. Viele Faktoren, wie eine unzureichende Gesundheitsinfrastruktur, schlechte Bezahlung, unzumutbare Arbeitsbelastungen, fehlende Möglichkeiten der Weiterbildung und Karriereperspektiven, fördern die Arbeitsmigration sowohl im Land selbst als auch grenzüberschreitend. Dies gilt besonders für fragile Kontexte und Staaten, in denen schlechte Lebensbedingungen herrschen.

Schätzungen besagen, dass jede Abwanderung eines afrikanischen Arztes den Kontinent fast 140.000 Euro kostet. Um diesen akuten Fachkräftemangel zu kompensieren, geben die afrikanischen Staaten zusammen jedes Jahr über 3,4 Milliarden Euro für ausländische Fachkräfte aus.⁴ Um

die Arbeitsplätze im Land attraktiver zu gestalten, müssen so genannte „Push-Faktoren“, wie unbefriedigende Arbeits- und Lebensbedingungen, minimiert werden. „Pull-Faktoren“ müssen dagegen mehr Berücksichtigung finden, wie beispielsweise stabile sozio-politische Rahmenbedingungen, geeignete Arbeitsbedingungen, Weiterbildungen und angemessene Gehälter.

1.3 STADT-LAND-GEFÄLLE

Der große Unterschied zwischen den Lebensbedingungen auf dem Land und in der Stadt ist ein globales Problem, von dem auch viele Industrieländer betroffen sind. Das Stadt-Land-Gefälle hat zur Folge, dass in ländlichen Gebieten geschätzt eine Milliarde Menschen keinen Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung haben. So sind in Sub-Sahara Afrika nur 17 Prozent der Absolventen von medizinischen Ausbildungseinrichtungen fünf Jahre nach Abschluss in ländlichen Gebieten arbeitstätig (siehe auch Abb. 2).



⁴ Shortage of Healthcare Workers in Developing Countries- Africa, siehe <http://txfvzgw.ishib.org/journal/19-1s1/ethn-19-01s1-60.pdf>

ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN

In Bangladesch arbeiten etwa 30 Prozent des Krankenpflegepersonals in vier Metropolregionen, versorgen dort aber nur 15 Prozent der Gesamtbevölkerung. In Südafrika leben 48 Prozent der Gesamtbevölkerung im ländlichen Raum, die von 12 Prozent der Ärzte und 19 Prozent der Krankenschwestern versorgt werden. Dies zeigt sich auch in einigen frankophonen afrikanischen Staaten, wie der Elfenbeinküste, in Mali oder im Kongo: Dort werden Fachkräfte über den Bedarf des städtischen Gesundheitsmarkts hinaus ausgebildet. Das führt aber nicht zu einer Arbeitsmobilität in die ländlichen Gebiete, sondern zu einer Arbeitslosigkeit von Gesundheitsfachkräften in Städten.⁵

Daraus ergeben sich zwei Fragen: Wie werden die Politik und die Programme gestaltet, um besonders dieses Gefälle auszugleichen? Und wie kann die Arbeit auf dem Land für Ärzte, Krankenpflegepersonal und weiteres Gesundheitspersonal attraktiver gestaltet werden?

Ein Ansatz hierfür sind die *Outreach services*⁶. Sie sollen eine Anreizstruktur für Gesundheitsfachkräfte aus den Städten schaffen, um in unterversorgten und abgelegenen Gebieten eine medizinische Grundversorgung gewährleisten zu können. Bei diesem Modellansatz müssen Fachkräfte nicht permanent in der Nähe einer ländlichen Gesundheitsstation leben, sondern das Fachpersonal arbeitet dort für eine begrenzte Zeitspanne im Wechsel mit anderen Fachkräften. Eine andere Variante ist, in den unterversorgten Regionen Telemedizin anzubieten und auf der Basis von Ferndiagnosen weitere Handlungen (zum Beispiel Überweisung zu Spezialisten in den Städten) anzuweisen.

Die Attraktivität ländlicher Regionen kann nicht alleine durch Reformen im Gesundheitssektor gesteigert werden.

Soziale, ökonomische und politische Faktoren beeinflussen die Entscheidung der Fachkräfte, ebenso wie auch nationale und internationale Rahmenbedingungen. Empfohlen wird daher:⁷

- gezielt Medizinstudenten und Auszubildende aus ländlichen Regionen auszubilden und zu fördern, zum Beispiel durch spezielle Stipendien für diese Zielgruppe
- Ausbildungsstätten auch außerhalb von Metropolregionen zu eröffnen und diese mit Maßnahmen der Beschäftigungsförderung zu verknüpfen,
- während des Studiums oder der Ausbildung einen Praxisteil in ländlichen Regionen zu fördern und
- im Lehrplan die ländliche Gesundheitsversorgung zu verankern.

1.4 RELEVANZ DER QUALIFIKATIONEN

Trotz eines Fachkräftebedarfs gibt es in manchen Entwicklungsländern auch ausgebildete Gesundheitsfachkräfte, die arbeitslos sind.⁸ In vielen Ländern ist die Zusammensetzung der Struktur unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen (Fachkräftemix) limitiert und orientiert sich nicht an den Bedürfnissen der Bevölkerung, des Gesundheitssektors und der Gesundheitswirtschaft. Der Bedarf in absoluten Zahlen an geringer qualifiziertem Personal ist weitaus höher als der Bedarf nach Ärzten mit einer hohen medizinisch-technischen Expertise (siehe auch Abb. 3). Eine bedarfsorientierte Zusammensetzung des Fachkräftemix und der gezielte Einsatz von Gesundheitspersonal sind daher ausschlaggebend für die Effektivität und Effizienz eines Gesundheitssystems. Die WHO schlägt einen Fachkräftemix von 85 Prozent Primärversorgung⁹, etwa 14 Prozent sekundärer Versorgung¹⁰ und circa ein

⁵ ebd.

⁶ ebd.

⁷ ebd.

⁸ *The World Health Report, 2006*, siehe <http://www.who.int/whr/2006/en/>

⁹ Unter Primärversorgung wird die gesundheitliche Grundversorgung und Beratung verstanden, in der auch über weitere Behandlungsschritte in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung befunden wird („Gatekeeper“).

¹⁰ Unter sekundärer Versorgung wird der Bereich der Facharztmedizin verstanden. Die Leistungen des Facharztes können sowohl ambulant als auch stationär im Krankenhaus oder einer Fachklinik erfolgen. Hierzu gehören auch die Behandlungen und Untersuchungen in Notaufnahmen, in Operationssälen und in Intensivstationen, die Untersuchungen im Bereich der Labor- und Röntgendiagnostik sowie alle Formen der physikalischen Therapie.

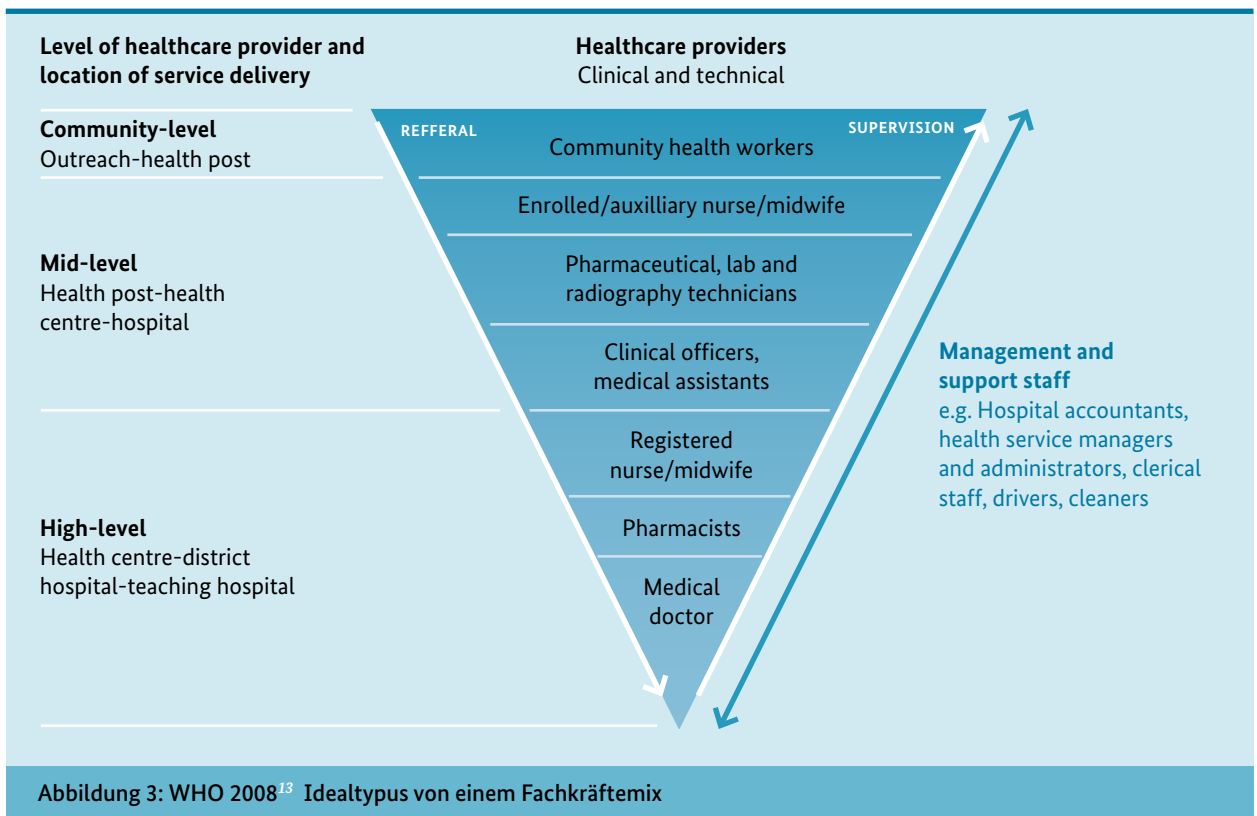
ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN

Prozent tertiärer Versorgung¹¹ vor. Mit den so genannten Gemeindegesundheitshelfern (*Community Health Worker*) soll die Versorgung gerade im ländlichen Raum verbessert werden, indem Personal aus der Region als Fachkräfte gewonnen wird.

Beispielsweise waren in Kenia 2004 etwa 40.080 Personen als Krankenpfleger registriert, 2007 sogar 55.169. Laut der statistischen Daten waren 2004 aber nur 16.146 Krankenpfleger als „beschäftigt“ registriert und 2007 sank die Zahl auf 15.036. Die Arbeitslosenquote von Krankenpflegern betrug im Jahr 2004 somit schätzungsweise circa 60 Prozent, die drei Jahre später sogar auf 78 Prozent stieg.¹²

Ein Grund für dieses Missverhältnis sind häufig fehlende finanzielle Mittel im öffentlichen Sektor, um benötigte Gesundheitsfachkräfte beschäftigen zu können.

Für viele Länder ist es eine Herausforderung den passenden Fachkräftemix zusammenzustellen. Multidisziplinäre Teams, welche die Arbeitsabläufe und -aufgaben untereinander oder unter den verschiedenen Leistungsanbietern organisieren, sind besonders effizient. Dies trifft insbesondere auf die primäre Gesundheitsgrundversorgung zu, wenn verschiedene Aufgabenbereiche durch das gleiche Team abgedeckt werden müssen.



¹¹ Unter tertiärer Versorgung wird eine Maximalversorgung verstanden, die Behandlung und Heilung erfolgt in exponierten Kliniken, die mit besonderen, kostenaufwändigen und medizinisch aufwändigen Leistungen und Methoden den, beziehungsweise die Patienten versorgen. Solche Spezialkliniken können zum Beispiel Krebszentren, Verbrennungs- und Transplantationskliniken oder Zentren der Neonatologie (Früh- und Neugeborenen-Zentren) sein.

¹² Kenya: Taking forward action on Human Resources for Health (HRH) with DFID/OGAC and other partners (2008)

¹³ Siehe: http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf

ZENTRALE INTERNATIONALE HERAUSFORDERUNGEN

In Abbildung 3 sind die verschiedenen Gesundheitsberufe jeweils nach ihren Handlungsebenen im Gesundheitssystem klassifiziert. Diese Zuordnung kann je nach System variieren. Hierbei wird deutlich, dass generell weniger Ärzte oder auch Krankenpflegepersonal in der Gesundheitsversorgung als vielmehr Gemeindegesundheitshelfer von Nöten sind. Aus diesem Grund sollten nationale Pläne für Personalmanagement verstärkt auf die berufliche Bildung von lokalen Gesundheitsfachkräften im sekundären und tertiären Bereich in den Gemeinden ausgerichtet sein. Durch Weiterbildung von Fachkräften wird der Wissensaustausch und die Kooperation unter Kollegen gefördert und die Berufsklassen durchlässiger gestaltet. Dadurch würde ein flexibler und bedarfsorientierter Einsatz von Gesundheitsfachkräften auf nationaler wie regionaler Ebene ermöglicht werden, um so Gesundheitsberufe als Berufs- und Karriereoption attraktiver zu gestalten.

So lernten beispielsweise Hebammen einfache Schnittentbindungen durchzuführen, wodurch auf einen Arzt verzichtet werden konnte. So verringerte sich die Anzahl der Sterbefälle bei der Geburt und mehr Müttern und Kindern kann ein gesunder Start in das Leben ermöglicht werden. Kritik an diesem Konzept ist unter anderem, dass die Übernahme von höher qualifizierten Tätigkeiten nicht mit einer Steigerung des Gehalts einhergeht und keine weitere Berufsperspektive gegeben wird. Zudem werden solche Ansätze wegen ihrer Kleinteiligkeit kritisiert und deren Nachhaltigkeit im Gesamtsystem hinterfragt.

Dem gegenüber steht das systematisierte *Scaling-Up*, das mithilfe von Aus- wie auch Weiterbildung und Training einen gezielten Einsatz von Gesundheitsfachkräften ermöglichen soll. Dadurch kann die Durchlässigkeit zwischen Berufsgruppen erhöht werden und Karriereoptionen können als Motivationsanreiz dienen.



2

AKTUELLER STAND IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

AKTUELLER STAND IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Das Thema Gesundheit steht auf der internationalen Agenda an prominenter Stelle: Bereits 2007 gab es mehr als 40 bilaterale Geber, 26 Agenturen, 20 regionale Fonds und 90 Initiativen im Gesundheitsbereich und deren Anzahl hat seitdem weiter zugenommen. Das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) schätzt, dass die globalen Finanzmittel für Gesundheit von etwa 6 Milliarden US Dollar im Jahr 1990 auf circa 27 Milliarden US Dollar im Jahr 2010 gestiegen sind.

Der rapide Anstieg der Gelder und der Paradigmenwechsel im Gesundheitssektor sind zum großen Teil den gesundheitsbezogenen Millenniumentwicklungszielen (MDGs), insbesondere zur Bekämpfung von HIV und AIDS, geschuldet. In der Folge ist um die Jahrtausendwende eine Vielzahl von öffentlichen und privaten Institutionen sowie multilateralen Organisationen entstanden, zum Beispiel der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM), die Bill and Melinda Gates Foundation oder die Impfallianz (GAVI Alliance). Sie verfolgen jedoch oftmals einen krankheitsbezogenen (so genannten vertikalen) Ansatz. Daher kamen Gelder nur teilweise den Gesundheitssystemen zu Gute und hatten zum Teil sogar negative Auswirkungen auf nationale Gesundheitssysteme und -budgets. Mittlerweile werden immer mehr dieser finanziellen Mittel in die Entwicklung des Gesundheitssystems als Ganzem sowie den Aufbau von Qualifizierungssystemen im Gesundheitssektor investiert.

Weitere Erklärungen für den andauernden Fachkräftemangel im Gesundheitsbereich liefern die folgenden drei Entwicklungen in den vergangenen Jahren:

- Nur wenige Länder haben bisher die notwendige politische Unterstützung und die Auseinandersetzung mit dem Thema als eine nationale Priorität gesehen.
- Eine politische Einsicht hat oftmals nicht zu einem entsprechenden Anstieg der nationalen Budgets und/oder Finanzierungsvolumen der internationalen Geber geführt.
- Die länderbezogene Zusammenarbeit der internationalen Geber ist oftmals unzureichend koordiniert und harmonisiert, sowohl in Bezug auf die nationalen Pläne als auch auf Prioritäten.

Daher sind die Ausrichtung an der *Aid Effectiveness-Agenda* sowie eine Verbesserung der Ausbildungssituation im Gesundheitswesen unter Beachtung folgender Aspekte empfehlenswert:

- Erhöhte und nachhaltige Finanzierung der Aus- und Weiterbildungssysteme.
- Harmonisierung und Koordination der Politik und der Programme.
- Unterstützung des Erfahrungsaustauschs durch gemeinsames Lernen anhand guter Beispiele, um die Umsetzung zu verbessern.
- Entwicklung von nationalen Strukturen, die die Qualität der Aus- und Weiterbildung unterstützen und sicherstellen.
- Auswertung des zukünftigen nationalen, sowie auch des globalen Bedarfs an Gesundheitspersonal, um besonders die Fachkräftemigration systematischer zu gestalten.

2.1 GLOBALE POLITIKANSÄTZE UND AKTEURE

Der Fachkräftemangel bedarf globaler, übergreifender Lösungen. Hierbei steht die Gesundheitssystemstärkung im Mittelpunkt der aktuellen weltweiten Gesundheitsagenda. Eine Basisfunktion des Gesundheitssystems ist eine ausreichende Gesundheitsversorgung durch Fachpersonal. Diese Priorität wurde von der WHO als einer von sechs Bausteinen definiert, denn Gesundheitspersonal ist nach heutigem Verständnis das Schlüsselement für die anderen Bestandteile des Systems. Die Koordination der essentiellen Humanressourcen für Gesundheit (*human resources for health*, HRH) sollte gemäß der Kampala Declaration and Agenda for Global Action¹⁴ von 2008 angelegt sein und deren Strategien folgen.

Auf internationaler Ebene beschäftigt sich eine Vielzahl an Akteuren mit der Herausforderung, insbesondere die 2006 gegründete Global Health Workforce Alliance¹⁵ der WHO. Die Allianz besteht zwischen nationalen Regierungen, der Zivilgesellschaft, internationalen Agenturen und Experten und dient als Plattform zur Adressierung der Fachkräftekrise im Gesundheitssektor. Die WHO unterstützt die Kapazitätsentwicklung von Governance-Strukturen

¹⁴ Kampala Declaration and Agenda for Global Action, siehe http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/

¹⁵ Global Health Workforce Alliance, siehe <http://www.who.int/workforcealliance/en/>

AKTUELLER STAND IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

sowie die Verbesserung globaler Informationen und Evidenz, um dem bestehenden Personalmangel im Gesundheitssystem begegnen zu können. Dafür hat sie sechs so genannte HRH Regional Observatories¹⁶ entwickelt mit dem Ziel:

- Beiträge zur Verbesserung der Informationen und Daten zum Gesundheitspersonal zu leisten;
- Information, Gestaltung, Validierung und Evaluation von HRH Politikansätzen zu dokumentieren sowie
- die Kooperation zwischen den Gesundheitsfachkräften, der Finanzierung und der Organisation von Dienstleistungen zu verbessern.

Das Thema der Qualifizierung von Gesundheitsfachkräften ist zudem innerhalb der WHO¹⁷ in der Abteilung „Education and Training“ verankert. Die WHO vertritt den Standpunkt, dass nicht nur mehr Gesundheitsfachkräfte per se sondern auch unterschiedliche Qualifikationen beziehungsweise Gesundheitsberufe notwendig sind. In diesem Bereich verfolgt die WHO eine Reihe von Aktivitäten, unter anderem die WHO Initiative to transformative scale-up of health professional education¹⁸ oder Masterprogramme mit Fokus auf Personalentwicklung und Forschungsprogramme.

Um eine globale Antwort auf das Problem der Migration von Gesundheitspersonal zu finden, wurde im Mai 2010 der WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personal (im Folgenden als WHO Verhaltenskodex benannt) verabschiedet. Der Verhaltenskodex fördert freiwillige Prinzipien für ein ethisch verantwortliches internationales Anwerben von Gesundheitspersonal. Das Bundesministerium für Gesundheit ist in Deutschland federführend für die Umsetzung des WHO-Verhaltenskodexes.

Die WHO, GAVI, GFATM und die Weltbank sind Mitglieder der *Health Systems Funding Platform* (HSPF), einem Forum für die Abstimmung, Koordination, Zusammenführung und Mobilisierung neuer finanzieller Ressourcen in der Gesundheitssystemstärkung von Entwicklungsländern. Überschneidungen der Arbeitsbereiche und finanzielle Überlappung sollen so vermieden und eine gemeinsame Investitionsstrategie entwickelt werden. Die Ergebnisse des Berichts der Weltbank „Working in Health“¹⁹ wurden in die HSPF eingespeist und die Finanzierung sowie das Management von Gesundheitsfachkräften in der sechsten Finanzierungsrunde des GFATM und GAVI thematisiert.

Die International Labour Organization (ILO) fördert nicht nur die soziale Absicherung im Krankheitsfall, sondern setzt sich auch für bessere Arbeitsbedingungen von Gesundheitsfachkräften ein. Zudem kooperiert die ILO mit der WHO, wenn es um die Arbeitsbedingungen von Gesundheitsfachkräften geht.²⁰ Neben der Verbesserung von Arbeitsbedingungen setzt sich die ILO unter anderem dafür ein, dass auch Gesundheitseinrichtungen, die keine Krankenhäuser sind, als offizielle Arbeitsplätze im Gesundheitssektor anerkannt werden.

2.2 POLITIKANSÄTZE UND AKTEURE IN DEUTSCHLAND

Das Thema Gesundheitsfachkräfte ist eine globale Herausforderung und gewinnt auch in Deutschland an Bedeutung. Zukünftig ist mit einem steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung zu rechnen, gleichzeitig existieren bereits heute Versorgungslücken, insbesondere der Mangel an nichtärztlichen Fachkräften und ein Stadt-Land-Gefälle stellen große Herausforderungen dar. Die unterschiedlichen Ressorts der Bundesregierung, unter anderem das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium des Innern (BMI), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) sowie das Bundesministerium

¹⁶ Siehe: HRH Regional Observatories, siehe <http://www.emro.who.int/entity/human-resources-observatory/index.html>

¹⁷ Siehe: WHO, siehe <http://www.who.int/hrh/education/en/>

¹⁸ Siehe: WHO Initiative to transformative scale-up of health professional education; siehe <http://www.who.int/hrh/education/en/> siehe <http://www.who.int/hrh/education/initiatives/en/>

¹⁹ Siehe: Working in Health, siehe <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22205903~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>

²⁰ Ende 2010 wurden die „WHO-ILO-UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services“ veröffentlicht, siehe http://www.who.int/occupational_health/publications/hiv_tb_guidelines/en/

AKTUELLER STAND IN DER ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), positionieren sich im Rahmen dieser Debatte und erste Lösungsschritte werden bereits verfolgt. Dabei werden die Auswirkungen von innenpolitischen Beschlüssen oftmals nicht ausreichend in Bezug zu Drittstaaten und Entwicklungsländern gesetzt und reflektiert.

Aus diesem Grund wird die Thematik mit einer entwicklungspolitischen Perspektive im Ressortkreis von der durch das BMZ initiierten informellen Arbeitsgruppe „Gesundheitsfachkräfte in Entwicklungsländern“ thematisiert, der das BMZ, das BMG, das BMAS, Durchführungsorganisationen der EZ und Organisationen der Zivilgesellschaft angehören. Ziel dieser Gruppe ist es u. a. Ansätze und Erfahrungen zur Umsetzung des WHO Verhaltenskodexes zu diskutieren und soweit, wie möglich, zu begleiten.

Das BMZ engagiert sich darüber hinaus im Rahmen der technischen (TZ) und finanziellen Zusammenarbeit (FZ) derzeit für den Auf- und Ausbau von Gesundheitssystemen und die Bekämpfung von Krankheiten in knapp 30 Entwicklungsländern, einschließlich 13 Schwerpunktkooperationsländern. Damit setzt sich das Ministerium aktiv für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Stärkung des Gesundheitssystems in der bilateralen Zusammenarbeit ein.



3

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSEKTOR

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Die Gründe für Fachkräftemangel, Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung im Gesundheitssektor sind - wie schon dargestellt - vielfältig. Sie resultieren aus fehlenden, gut ausgebildeten Arbeitskräften, aus begrenzten Arbeitsplätzen und aus ineffizienten Arbeitsmarktinstitutionen. Ungünstige politische Rahmenbedingungen können zudem die Situation für Arbeitgeber und -nehmer im Gesundheitssektor verschärfen.

Der integrierte Ansatz zur Beschäftigungsförderung baut auf der entwicklungspolitischen Strategie nach der *Aid Effectiveness Agenda* auf und blickt ganzheitlich auf die Herausforderungen der Arbeitslosigkeit und des Fachkräftebedarfs in Entwicklungsländern.

Somit sind nicht nur die Arbeitnehmerseite und deren Qualifizierung zu betrachten, sondern auch die Arbeitgeberseite und potenzielle Beschäftigungsstellen. Dazwischen liegt die Herausforderung, das Angebot an Fachkräften mit der Nachfrage der Wirtschaft abzustimmen.

Zur Funktionsfähigkeit des Arbeitsmarktes trägt die aktive Gestaltung der Arbeitsmarktpolitik maßgeblich bei. Ist die sektorale Arbeitsmarktpolitik eingeschränkt, weil Informationen über Nachfrage und Angebot nicht erhoben

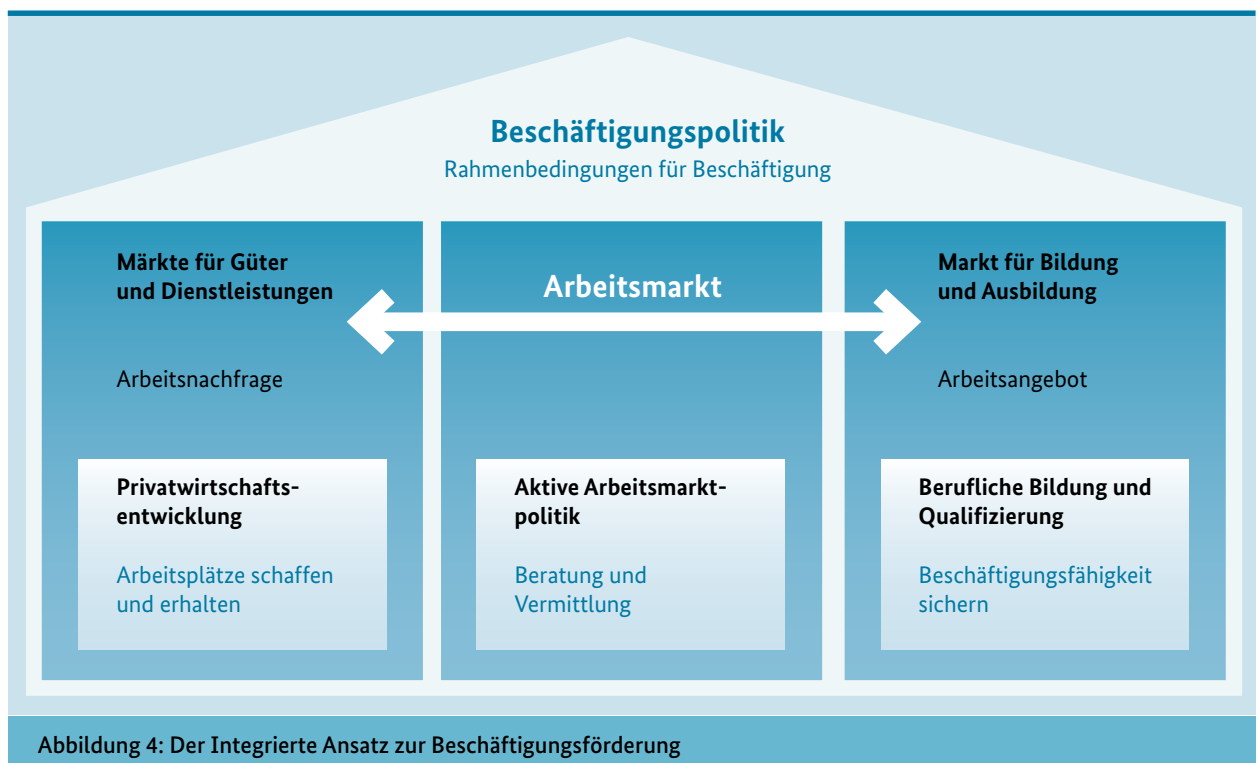
werden, Arbeitsmarktinstitutionen ineffektiv arbeiten oder für viele Arbeitsmarktteilnehmer erhebliche Mobilitätsbarrieren bestehen, kann eine nachhaltige und wirtschaftliche Entwicklung des Gesundheitssektors nicht gewährleistet werden. (Abb. 4)

Daher müssen alle drei Dimensionen, Arbeitsnachfrage, -angebot und -vermittlung bei der Entwicklung eines marktorientierten Gesundheitssektors betrachtet werden.

Sie werden in den weiteren Ausführungen auf den Gesundheitssektor bezogen und nach den folgenden Bereichen aufgeschlüsselt:

- **Arbeitskräftenachfrage des Gesundheitssektors**
- **Arbeitsmarktentwicklung durch Koordination und Vermittlung**
- **Arbeitsmarktorientierte Qualifizierungsangebote für den Gesundheitssektor**

Die Übertragung des integrierten Ansatzes für Beschäftigungsförderung auf den Gesundheitssektor stellt eine Weiterentwicklung der bisherigen Praxis in der deutschen EZ dar. Hier wurde bisher nicht explizit der Arbeitsmarkt des Gesundheitssektors durch entsprechende Maßnahmen



DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

unterstützt und Qualifizierungsmaßnahmen nur mittelfristig ausgerichtet sowie noch nicht mit einer systemischen Perspektive auf den Bedarf des gesamten Arbeitsmarkts bezogen.

Da im Folgenden die Stärkung der nationalen Systeme in der beruflichen Bildung, im Bereich des Arbeitsmarkts und der Entwicklung des Gesundheitssektors und deren Kooperationsmechanismen im Vordergrund stehen, wird die Ebene der Beschäftigungspolitik zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Beschäftigung (Enabling Environment) außen vor gelassen.

3.1 ARBEITSKRÄFTENACHFRAGE DES GESUNDHEITSSEKTORS

Eine wichtige Voraussetzung, um mehr Menschen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, ist die Professionalisierung und Schaffung von Arbeitsplätzen. In vielen Entwicklungs- und Schwellenländern sind die Berufsstandards im Gesundheitssystem noch nicht genügend ausdifferenziert, weshalb auch teilweise keine klare Nachfrage artikuliert werden kann. Beides hat zur Folge, dass die Produktivität des Gesundheitssektors nicht nachhaltig verbessert werden kann und Beschäftigungspotenziale nicht ausgeschöpft werden.

Zudem sind entsprechende Qualifizierungsprogramme nicht nachfrageorientiert umgesetzt. Wenn über Beschäftigung im Gesundheitssektor diskutiert wird, stehen oftmals nur die akademisch-wissenschaftlichen/medizinischen Berufe im Vordergrund. Weitere Tätigkeiten im Gesundheitssektor bleiben damit außer Acht, wobei auch

hier ein hohes Beschäftigungspotenzial liegt. Im Folgenden wird der Fokus auf die generellen Beschäftigungsmöglichkeiten erweitert.

3.1.1 DEFINITION DER NACHFRAGE DURCH DIE EINRICHTUNGSARTEN

Generell wird die Nachfrage nach Fachkräften von öffentlichen und privaten Akteuren im Gesundheitssektor geprägt. Sie entsteht unter anderem über Einrichtungen, in der das Gesundheitspersonal tätig ist.²¹ Auf einer aggregierten Ebene können sieben Arten von Einrichtungen unterschieden werden: (1) Gesundheitsschutz, (2) ambulante Einrichtungen, (3) stationäre und teilstationäre Einrichtungen, (4) Rettungsdienste, (5) Verwaltung, (6) sonstige Einrichtungen und (7) Vorleistungsindustrien.²²

Eine weitere Unterscheidung des Gesundheitssektors kann durch die Rechtsformen oder Betreibermodelle der Organisationen und Unternehmen erfolgen. Hierbei kann im Wesentlichen zwischen öffentlichen und privaten Organisationen und Unternehmen unterschieden werden.

²¹ Hierbei wird sich wesentlich an den Definitionen vom Statistischen Bundesamt orientiert: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile, siehe auch Definitionen im Anhang unter 5.2. Eine weitere Definition bietet auch die Bundesagentur für Arbeit, *Der Arbeitsmarkt in Deutschland 2011 – Gesundheits- und Pflegeberufe*, siehe hierzu auch <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen-Berufe/generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2011.pdf>

²² Die **Einrichtungen des Gesundheitsschutzes** umfassen kommunale Einrichtungen, wie Gesundheitsämter, Einrichtungen mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene und Umweltmedizin, Gesundheitsbehörden und Ministerien. Zu den **ambulanten Einrichtungen** zählen neben den Praxen von (Zahn-)Ärzten auch die Betriebe des Gesundheitshandwerks sowie die Apotheken und der Einzelhandel. Unter den **Einrichtungen für die stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung** werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Betriebe der stationären und teilstationären Pflege zusammengefasst. **Rettungsdienste** leisten den Krankentransport und die Notfallrettung. Sie können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein. Zur **Verwaltung** zählen die Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie die Institutionen der verfassten Gesundheitswirtschaft (zum Beispiel Vereinigungen, Ärzte- und Zahnärztekammern, Apothekerkammern, Berufsverbände). **Sonstige Einrichtungen** umfassen unter anderem den Arbeitsschutz und Institute für Forschung und Ausbildung. Den **Vorleistungsindustrien** gehören die pharmazeutische, die medizintechnische und die augenoptische Industrie sowie die medizinischen Laboratorien und der Großhandel an. Sie produzieren ausschließlich für das Gesundheitswesen.

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Die Rolle des Privatsektors²³

Der Privatsektor spielt in vielen Entwicklungsländern eine zunehmend wichtige Rolle bei der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen und somit auch als Arbeitgeber. Unter Privatsektor wird dabei ein breites Spektrum nicht-staatlicher Akteure und privater Unternehmen (gemeinnützig, kirchlich und „for profit“) verstanden, die im Gesundheitssektor als Dienstleister und Investoren tätig sind.

Der Privatsektor bietet in der Regel bessere Arbeitsbedingungen und eine bessere Bezahlung als das öffentliche Gesundheitswesen. Rund 30 Prozent aller Ärzte und über 50 Prozent aller anderen Gesundheitsdienstleister in Mittel- und Niedrigeinkommensländern sind im Privatsektor angestellt. Hinzu kommt, dass ein nicht zu unterschätzender Teil der im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzteschaft ihr Einkommen durch privaten Nebenerwerb aufbessert.

Jedoch ist der Privatsektor in vielen Ländern auch schlechter reguliert seitens des Staates. Dadurch fehlen verbindlichen Qualitätsstandards und ein klarer Handlungsrahmen.

Angesichts des hohen Bedarfs und erwarteten Wachstums im Gesundheitssektor bestehen immense Investitionspotenziale und Beteiligungsmöglichkeiten für den Privatsektor. Durch eine effiziente Kooperation zwischen staatlichen Stellen und privaten Unternehmen beziehungsweise gemeinnützigen Betreibern können im Partnerland auf nationaler Ebene Anreize für Investitionen gesetzt und das Wachstum von Unternehmen gestärkt werden. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Schaffung und den Erhalt von Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor aus.

Die EZ unterstützt bereits in einigen Ländern den Dialog zwischen privaten Akteuren und Staat und setzt sich generell für eine effiziente Einbindung des Privatsektors ein. Für die Qualifizierung von Gesundheitspersonal bietet vor allem die sektorübergreifende Vernetzung mit privaten

Berufsbildungsanbietern zukünftig ein großes Potenzial, um Qualifizierungsmaßnahmen an die Arbeitsnachfrage von Einrichtungen anzupassen.

3.1.2 DEFINITION DER NACHFRAGE DURCH BERUFE

In einem weiteren Schritt kann die Nachfrage des Gesundheitssektors auch über die Beschäftigten in den genannten Einrichtungen spezifiziert werden. Dazu zählen sämtliche Personen, die im Gesundheitssektor tätig sind, abgesehen von Ehrenamtlichen und Beschäftigten, die aus anderen Wirtschaftsbereichen (zum Beispiel Reinigungskräfte) in Gesundheitseinrichtungen tätig sind. Die genutzte Klassifizierung des Gesundheitspersonals findet im Folgenden über die Definition von Berufen statt.

Einen Überblick über Berufe im Gesundheitssektor gibt unter anderem die *International Classification of Health Workers*²⁴, welche sich an internationalen Berufe-Klassifizierungs-Systemen der ILO (ISCO), der Klassifizierung von Bildungsstufen der UNESCO (*International Standard Classification of Education*, ISCED) und anderen Klassifikationen der Vereinten Nationen (*International Standard Industrial Classification of All Economic Activities*, ISIC) orientiert. Die folgenden neun aggregierten Kategorien werden dabei genannt:

- Ärzte
- Pflegepersonal und Hebammen
- zahnärztliches Personal
- pharmazeutisches Personal
- Personal für öffentliches Gesundheitswesen und Umweltgesundheit
- Laborpersonal
- Personal für Gemeindegesundheit und traditionelle Heilkunde
- sowie sonstiges Gesundheitspersonal (medizinische Assistenzberufe, Ernährungsberatung, Medizintechniker, Physiotherapeuten usw.)
- und Gesundheitssystemmanager.

²³ Siehe: *Beschäftigungsförderung durch die Finanzielle Zusammenarbeit – Sektorale Ansätze zu Beschäftigungsförderung*, KfW Entwicklungsbank, 2013, S. 25, <https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/Sammelband-Positionspapier-Besch%C3%A4ftigung.pdf>

²⁴ Siehe: WHO, *Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification*, 2008; siehe auch http://www.ghdonline.org/uploads/Classifying_health_workers_-_Mapping_occupations_to_the_international_standard_classification.pdf

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Die spezifischere internationale Klassifikation umfasst die 18 Kategorien:

- Ärzte
- Krankenpersonal
- Hebammen
- Zahnärzte
- Zahnarzttechniker
- Pharmakanten/Apotheker
- Pharmazeutische Techniker und Assistent
- Laboranten
- Laboranten, Techniker und Assistent
- Radiologen
- Öffentliche und Umwelt-Gesundheitsfachkräfte
- kommunale Gesundheitsfachkräfte
- Traditionelle Gesundheitspraktiker
- Traditionelle Geburtshelfer
- Medizinische Assistenten
- Persönliches Pflegepersonal
- andere Gesundheitsfachkräfte
- Gesundheitsmanagement und andere Unterstützungsfachkräfte

In Deutschland werden die Gesundheitsberufe in vier Berufsgruppen klassifiziert²⁵: Gesundheitsdienstberufe, soziale Berufe, Gesundheitshandwerker sowie sonstige Gesundheitsfachberufe.²⁶

Die Differenzierungen nach Einrichtungen, Beschäftigten oder nach Rechtsform der Einrichtung zeigen die potenzielle Vielfalt der Nachfrage des Gesundheitssektors nach qualifiziertem Personal, in Bezug auf Kompetenzen, Qualifikationen und Erfahrungen. Mithilfe dieses Perspektivenwechsels kann eine Kategorisierung der Arbeitskräftenachfrage vorgenommen werden.

Insgesamt ist es von hoher Relevanz, zwischen tatsächlichem und erzeugtem Bedarf in der EZ zu unterscheiden. Die Auflistung der hier genannten Berufe ist von einer internationalen Perspektive geprägt und sollte nicht die Frage verdrängen, welche Strukturen in diversen Entwicklungs- und Schwellenländern existieren und effizient funktionieren. Gerade Krankenkassen und Verbände sind ein Spezifikum in der deutschen beziehungsweise europäischen Versorgungskultur. Entsprechend muss in der EZ immer auf den vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Prozessen aufgebaut werden. In der Umsetzung dieses Ansatzes geht es somit darum, im Gesundheitssektor einen Dialog zu der Definition der Nachfrage an qualifiziertem Personal zu unterstützen und die Entwicklung von Berufsstandards nachhaltig durch Strukturen und Prozesse aufzubauen.

Durch die Gestaltung eines Dialogs zwischen Arbeitgebern und dem Qualifizierungssystem über die Kompetenzniveaus von einzelnen Berufen, durch die Definition von Berufsstandards und die gemeinsame konstante Aktualisierung und Weiterentwicklung von Berufen ist es möglich, die berufliche Bildung im sekundären und tertiären Bereich am Bedarf des Gesundheitssektors auszurichten. Dies kann schließlich dazu führen, dass zwischen dem Qualifizierungssystem für Fachkräfte und der realen Nachfrage im Gesundheitssystem ein Zusammenspiel entsteht. Mittelfristig kann dieser Austausch darin münden, dass offene Stellen besetzt sowie die Produktivität und Qualität der Dienstleistungen und Produkte verbessert werden. Somit finden Menschen Beschäftigung und erlangen Einkommen. Dies wirkt sich auch auf die ökonomische und soziale Entwicklung einer Region beziehungsweise eines Landes aus.

²⁵ Hierbei wird sich wesentlich an den Definitionen vom Statistischen Bundesamt orientiert: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile, siehe auch Definitionen im Anhang unter 5.1.

²⁶ Zu den **Gesundheitsdienstberufen** zählen all diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind. Zum einen sind dies Ärzte, Zahnärzte sowie Apotheker, zum anderen handelt es sich um (zahn-)medizinische Fachangestellte, Diätassistenten, Heilpraktiker, Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Gesundheits- und Krankenpfleger, Hebammen, Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister, medizinisch-technische und pharmazeutisch-technische Assistenten sowie Beschäftigte in therapeutischen Berufen. Unter den **sozialen Berufen** werden Altenpfleger, Heilpädagogen sowie Heilerziehungspfleger verstanden. Zudem sind Sozialarbeiter und Sozialpädagogen im gesundheitlichen Dienstleistungssektor tätig. Die **Gesundheitshandwerker** setzen sich aus Augenoptikern, Orthopädiemechanikern, Zahn Technikern und sonstigen Gesundheitshandwerkern wie Hörgeräteakustikern und Orthopädienschuhmachern zusammen. Die **sonstigen Gesundheitsfachberufe** werden von Gesundheitsingenieuren, Gesundheitstechnikern, Pharmakanten, pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten sowie den gesundheitssichernden Berufen, zum Beispiel Desinfektoren und Gesundheitsaufsehern gebildet. Zu einer fünften Gruppe, den so genannten **anderen Berufen im Gesundheitswesen**, werden all diejenigen Berufe im Gesundheitswesen zusammengefasst, die nicht einer der bereits genannten Berufsgruppen zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern sowie Kurierdienste der Apotheken und Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Positive Effekte für die Beschäftigungssituation in anderen Sektoren²⁷

Aus der Förderung der Gesundheit ergeben sich indirekt auch wichtige positive Effekte für Beschäftigte in anderen Sektoren sowie für die Beschäftigungsförderung im ländlichen Raum und von Frauen. Nicht nur die lokale und regionale Baubranche profitiert von Investitionen in die Gesundheitsinfrastruktur, auch zahlreiche Zulieferer, Produzenten von medizinisch-technischem Gerät und die weltweite Pharmaindustrie sind wichtige Arbeitgeber, die in nicht unerheblichem Maße an den Gesundheitsinvestitionen in Entwicklungsländern partizipieren.

Eine gute gesundheitliche und öffentliche Versorgung ist – vor allem im ländlichen Raum – eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich in einer bestimmten Region Gewerbe ansiedelt und der Migration in die Städte entgegengewirkt werden kann. Vor allem im Bereich HIV und AIDS richtet sich die gesundheitliche Aufklärung und Vorsorge häufig an Berufsgruppen, die aufgrund ihrer Tätigkeit (Fernfahrer, Soldaten, Prostituierte oder Wanderarbeiter) besonders stark von der Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten bedroht sind. Arbeitsplatzprogramme zur Aufklärung der Belegschaft und zur Entstigmatisierung des Themas HIV und AIDS, die Verfügbarkeit von Kondomen und das Angebot freiwilliger HIV-Tests verbessern das Arbeitsumfeld und verringern die eng mit dem Beruf verbundenen verhaltensbedingten Krankheitsrisiken.

Sexuelle Aufklärung und die Verbesserung des Zugangs zu Familienplanungsdiensten führen in der Praxis dazu, dass Frauen in Entwicklungsländern weniger Kinder bekommen und sich ihnen damit Freiräume für eine produktive Beschäftigung eröffnen. Zusammen mit der Verbesserung der Bildungschancen für Frauen ist die Förderung der Mutter-Kind-Gesundheit daher eine Grundvoraussetzung für eine bessere Integration von Frauen in den offiziellen Arbeitsmarkt. Darüber hinaus ist erwiesen, dass eine Verringerung von Krankheiten im Kindesalter den Schulbesuch von Kindern verstetigt und deren Voraussetzungen für einen Zugang zu Beschäftigung verbessert.

3.2 ABSTIMMUNG AUF DEM ARBEITSMARKT IM GESUNDHEITSSEKTOR

Bisher wurde die Nachfrage an Fachkräften im Gesundheitssektor beleuchtet. Für eine koordinierte Abstimmung müssen Ausbildung und Arbeitsmarkt im ständigen Austausch stehen. Die dazu nötigen Instrumente sind Gegenstand des folgenden Kapitels.

3.2.1 ARBEITSMARKTINFORMATIONEN

Klare Informationen, eine systematische Koordination und gezielte Vermittlung von Arbeitskräften stimmen die Nachfrage mit dem Angebot auf dem Arbeitsmarkt ab. Die Kommunikation über Bedarf und Anforderung ist eine wesentliche Voraussetzung, um den Markt zu analysieren. Denn erst daraus entstehen Entscheidungsmöglichkeiten für Arbeitgeber und -nehmer. Standardisierte und umfassende Arbeitsmarktstatistiken sind unerlässlich, damit konkrete Aussagen zu Nachfrage-trends und Beschäftigungspotenzialen getroffen werden können. Sie sind Voraussetzung für

- die gründliche Analyse der Situation auf dem Arbeitsmarkt, im Bildungs- und Berufsbildungssystem und der beschäftigungspolitischen Herausforderungen;
- die Entwicklung und Umsetzung von arbeitsmarktpolitischen Instrumenten und Reformen im Bildungs- und Berufsbildungssystem;
- die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf die Schaffung und Erhaltung von Beschäftigung und
- das Monitoring von (nationalen) Beschäftigungsstrategien und von Beschäftigungswirkungen von Programmen und Projekten.

Die dafür nötigen Daten- und Informationsgrundlagen sind in vielen Kooperationsländern der deutschen EZ jedoch nicht oder nur teilweise vorhanden. Da es bei der Datenerhebung an einheitlichen Vorgaben, einem vorgeschriebenen Erfassungssystem oder auch an Kompetenzen fehlt, bestehen in den Statistiken oft Lücken oder Ungenauigkeiten. Sie eignen sich somit nur begrenzt zur Analyse und für Politikentscheidungen. Die Erfassung von Unterbeschäftigung beziehungsweise informeller Beschäftigung ist dabei ein besonderes Problem.

²⁷ Siehe: Beschäftigungsförderung durch die Finanzielle Zusammenarbeit – Sektorale Ansätze zu Beschäftigungsförderung, KfW Entwicklungsbank, 2013, S. 25, <https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/Sammelband-Positionspapiere-Besch%C3%A4ftigung.pdf>

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Die Erhebung, Verarbeitung und Zurverfügungstellung relevanter Arbeitsmarktinformationen hat jedoch nicht allein technische Aspekte. Sie bedarf auch der strukturierten und institutionalisierten Zusammenarbeit all derer, die über solche Informationen verfügen sowie derer, die solche Informationen benötigen. Grundlegend für die Bereitstellung relevanter Informationen ist dabei ein gemeinsames Verständnis davon, welche Informationen auf welcher Ebene benötigt sowie erhoben und wie sie den Nutzern adäquat zur Verfügung gestellt werden können.

Besonderer Handlungsbedarf wird von der WHO bei der Erhebung von Arbeitsmarktdaten in den folgenden Feldern benannt:²⁸

Stärkung der Datengrundlagen: Um einen umfassenden Überblick über die Zahl der Fachkräfte zu bekommen, muss das Gesundheitspersonal im öffentlichen wie auch im privaten Sektor erfasst werden und ihre Ausbildungs- und Arbeitssituation ausgewertet werden. Nur so können Dynamiken auf dem Arbeitsmarkt erkennbar werden. Voraussetzungen für den Überblick sind einheitliche Quellen, standardisierte Qualität (unter anderem Definitionen und Erhebungsinstrumente) und ein allgemeiner Zugang zu den Daten.

Produktion und Kommunikation der Evidenz: Langfristige Entwicklungen und Anpassung an den Arbeitsmarkt, also der Nachfrage im Gesundheitssektor, entspringen oft der Forschung. Ihre Ergebnisse dürfen jedoch nicht allein stehen, sondern sollten aus dem wissenschaftlichen Umfeld in den Alltag übersetzt und möglichst in der Politik angewendet werden. Informationssysteme und Datensammlungen können damit auch als Frühwarnsystem für die Arbeitsmarktpolitik dienen.

Entwicklung der Governance Strukturen und Prozesse: Die WHO sieht eine klare Verantwortung in der handlungsweisenden Rolle von Datenerhebung und -auswertung. Nicht nur technische und inhaltliche Fähigkeiten müssen vorhanden sein. Sondern auch kritische Beobachtungen sollen in den öffentlichen und politischen Diskurs getragen und verstanden werden, woraus schließlich Netzwerke und Lobbys entstehen. Damit können Handlungsbedarf erkannt und Strategien entwickelt werden.

Da mittlerweile die meisten Datensammlungen, -verarbeitungen und -analysen elektronisch und digital erfolgen, stellt die technische Ausstattung inklusive Internet- und Telefonanschlüsse eine Herausforderung bei den verschiedenen Akteursgruppen dar. Studien zum Verbleib von Absolventen im Gesundheitsbereich werden sehr selten systematisch erhoben.

Schon moderate Investitionen in Informationssysteme zu den Arbeitsmärkten im Gesundheitssektor verbessern die Datenlage signifikant. Als Konsequenz kann die Politik aktiv die Qualifizierung von Gesundheitspersonal steuern. Nur durch den nachhaltigen Aufbau von Kapazitäten in diesem Bereich kann es mittel- bis langfristig zu einer Verbesserung der Datenlage sowie der darauf aufbauenden Analysen und Empfehlungen kommen.

Die direkte Wirkung von aussagekräftigen Beschäftigungsdaten und -informationen besteht darin, dass politische Entscheidungsträger, Arbeitsverwaltungen, Informations- und Beratungszentren die Situation und Trends auf dem Arbeitsmarkt und im Bildungs- und Berufsbildungssystem genauer kennen und sie zur Grundlage ihrer Entscheidungen über arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Maßnahmen und Politiken, Anpassungen im Bildungs- und Berufsbildungssystem sowie über Projektinterventionen machen.

Dadurch erhöht sich die Wirksamkeit der arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitischen Interventionen und Politiken. Es wird ein Beitrag zur Erhöhung von Beschäftigung geleistet, da mehr Arbeitssuchende über Beschäftigungsmöglichkeiten informiert sind und den Unternehmen adäquat qualifizierte Kandidaten für die Besetzung ihrer Vakanzen zur Verfügung stehen.

²⁸ Report of the Global Meeting of the Human Resources of Health Observatories (2011): http://www.who.int/hrh/resources/observatories_meeting_report.pdf, S. 9-10.

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

3.2.2 KOOPERATIONEN ZWISCHEN DEN AKTEUREN

Insgesamt ist es entscheidend, dass Arbeitssuchende und Arbeitgeber sich finden. Die Arbeitsvermittlung findet auf unterschiedliche Weise statt und hängt vor allem von den vorhandenen Arbeitsmarktinformationen ab. Je nach der lokalen oder nationalen Arbeitsmarktsituation sind konventionelle oder internetbasierte Jobbörsen, der direkte Kontakt zwischen Unternehmen und Arbeitssuchenden oder institutionalisierte staatliche oder private Agenturen eine Möglichkeit, Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt zusammen zu bringen.

Die Informationssammlung und Auswertung bilden die Grundlage für eine Abstimmung zwischen Arbeitsnachfrage und -angebot. Hier muss vor allem die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektor und Bildungssystem sowie Berufsbildungseinrichtungen und den Ministerien für Gesundheit, Bildung, Finanzen und Arbeit gefördert werden.

Dementsprechend kann ein Multi-Akteur-Ansatz viel erreichen, an dem zumindest die folgenden Institutionen beteiligt sein sollten:

- nationale Behörden, also unter anderem die verschiedenen Ministerien;
- regulierende Institutionen wie Kammern und Fachverbände;
- Gesundheitsversorgungsanbieter, etwa Krankenhäuser, Ärzte, kommunale Gesundheitsdienste;
- Bildungsanbieter in diesem Bereich,
- Gemeinden und Interessenverbände.

Großes Potenzial für Kooperationen liegt bei den privaten Anbietern von Qualifizierungsangeboten im Gesundheitssektor, denn diese sind nur ungenügend in Ausbildungs- und Weiterbildungspolitiken eingebunden. Das fängt bei einem unzureichenden Informationsfluss zwischen zuständigen öffentlichen Stellen und privaten Anbietern an und reicht bis hin zu einer fehlenden oder schwachen Regulierung durch staatliche Stellen. Gerade im Gesundheitssystem kommt es aber auf die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten an, nicht nur private und öffentliche, sondern auch zivilgesellschaftliche Akteure müssen mit

am Tisch sitzen. Hier fehlen oft die Strukturen und Prozesse oder funktionieren nicht effizient.

Dies erschwert eine strategische, bedarfsorientierte Planung in Bezug auf die Ausbildung von Gesundheitspersonal und die Sicherung von Qualitätsstandards in der Ausbildung (zum Beispiel Curricula), aber auch im Bereich der Weiterbildung; beispielsweise wenn Personal aus privaten Einrichtungen über Trainings- beziehungsweise Weiterbildungsangebote des öffentlichen Sektors nicht informiert oder zugelassen sind.

Die Erfahrungen der deutschen EZ können durch die Orientierung an dualen Ausbildungsgängen einen starken Mehrwert bieten. Hier wird die Gestaltung von arbeitsmarktorientierter beruflicher Bildung im sekundären und tertiären Bereich direkt beachtet, schulische und praktische Bildung gehen Hand in Hand und werden von Akteuren vor Ort in Kooperation geleistet. Schließlich kann diese Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswirtschaft, Bildungssystem und Zivilbevölkerung neue Möglichkeiten für die Finanzierung bieten.

Ein weiteres wichtiges Feld in der Kooperation zwischen den Akteuren ist die Gestaltung einer systematischen Berufsorientierung und -beratung für die Anwerbung. So können persönlich frustrierende und volkswirtschaftlich teure Fehlentscheidungen von an beruflicher Bildung im sekundären und tertiären Bereich interessierten jungen Frauen und Männer vermieden werden. Sie können zudem einen Impuls für Qualifizierungsentscheidungen setzen, die stärker an der Nachfrage des Sektors orientiert sind. Gerade im Gesundheitsbereich muss klar kommuniziert werden, welche Berufe und Qualifikationen für welchen Bereich eine Rolle spielen. Aber nicht nur zu Beginn einer Karriere, sondern auch bereits Beschäftigte können so ihren Berufsweg anpassen und gezielt Weiterbildungsangebote wahrnehmen. Damit kann vor allem im Gesundheitssektor nachhaltig das Angebot an Arbeitskräften gesteuert werden.

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

3.2.3 FINANZIERUNGSMODELLE FÜR DIE QUALIFIZIERUNG

Die Ausbildung der benötigten Fachkräfte erweist sich für alle Staaten als eine enorme finanzielle Herausforderung. Das Ziel kann nur erreicht werden, wenn die benötigten finanziellen Investitionen auch langfristig und durch verschiedene Partner bereitgestellt werden können. Um die Partnerstaaten von deren Notwendigkeit überzeugen zu können, sollten Kosten-Nutzen-Analysen erstellt werden. Momentan besteht eine Diskrepanz zwischen zugesagten Mitteln und den tatsächlichen Zahlungen seitens der Regierungen. Oft sind öffentliche Ausbildungseinrichtungen finanziell schlecht ausgestattet und bilden qualitativ unzureichend aus, was wiederum zu einer schlechten medizinischen Versorgung der Bevölkerung führt. Laut WHO werden in Anlehnung an diese Schätzungen die Gesamtkosten für die 1,5 Millionen zusätzlich benötigten Fachkräfte auf 26,4 Milliarden US Dollar angesetzt. Die Kosten für den Ausbau und die Investitionen in neue Schulen und deren Ausstattung müssen je nach Staat noch hinzugefügt werden.

Aufgrund dieser Zahlen ist es sehr wichtig, verschiedene Finanzierungs- und Kooperationsmodelle in die EZ zu integrieren. Regionale, grenzüberschreitende Beziehungen und inter-institutionelle Partnerschaften wirken sich nicht nur positiv auf die Qualität der Bildung aus, sondern verteilen die Kosten auf mehrere Schultern. Da sowohl die Nachfrage- als auch die Angebotsseite an einer positiven Fachkräfte-Entwicklung im Gesundheitssektor interessiert sind, kann eine Kooperation zwischen den beiden Seiten äußerst effizient sein.

Neben den Überlegungen, wie die Finanzierung der zusätzlich benötigten Gesundheitsfachkräfte und neuen Strukturen gewährleistet werden kann, müssen Daten über die Zusammensetzung der Erstausbildungskosten erhoben und ausgewertet werden. Nur so sind die Folgekosten beziehungsweise zusätzlichen Gelder für die verstärkte Förderung der Ausbildung von Fachkräften abschätzbar. Finanziert werden die Ausgaben (Bereitstellung der Gebäude, Bezahlung des Lehrpersonals und so weiter) meist aus dem Haushalt des Bildungsministeriums und nicht des Gesundheitsministeriums.

Allgemeine Schätzungen haben ergeben, dass die Ausbildungskosten eines Arztes auf ein Jahr hochgerechnet fünfmal höher sind als die eines Gemeindegesundheits Helfers. Die Kostenzusammensetzung ist jedoch von Land zu Land unterschiedlich. Allerdings spricht für den oben erwähnten Vorschlag eines Fachkräfte-Mix auch die damit verbundene Einsparung, da gezielt Gesundheitsfachkräfte eingesetzt werden können.

Bezüglich der finanziellen Mittel ist zum gegebenen Zeitpunkt auch mit hohen verlorenen Kosten zu rechnen: In vielen afrikanischen Staaten muss beispielsweise eine kontinuierliche Finanzierung berechnet werden; die eine hohe Abbruchquote von 30 Prozent aller Medizinstudenten und die Abwanderungsrate von fast 20 Prozent aller ausgebildeten Ärzte und des Pflegepersonals einbezieht.²⁹

3.2.4 ZUSTÄNDIGKEITEN DER POLITISCHEN STRUKTUREN KLÄREN

Um die zuvor genannten Informationen und Kooperationen, auch im finanziellen Bereich, zu koordinieren, müssen Führungsaufgaben und Zuständigkeiten klar definiert sein. Auf der ministeriellen Ebene sind allerdings mehrere Ministerien für die Aus- und Weiterbildung zuständig. Die Abstimmung ist daher im Zusammenhang mit beruflicher Bildung im sekundären und tertiären Bereich und für die aktive Gestaltung des Arbeitsmarkts von äußerster Relevanz. Der Fachkräftemangel im Gesundheitssektor stellt hier noch eine zusätzliche Herausforderung dar: Neben der generellen Balance zwischen der Anzahl von Ausbildungsstätten und Auszubildenden und dem realen Bedarf an Fachkräften im Gesundheitssektor, muss gleichzeitig die signifikante Abwanderungsrate mit beachtet werden.

Somit muss auch die Kooperation mit internationalen Partnern abgestimmt werden. Diese Prozesse sollten klar bei den federführenden Ministerien verortet sein, um Überschneidungen in den Zuständigkeiten zu vermeiden.

Die Reform des Gesundheitssystems inklusive der beruflichen Bildung im sekundären und tertiären Bereich ist ein Prozess, der von der Gesellschaft eines Landes ausgehen muss. Erfahrungen haben gezeigt, dass Regionen, in denen die Zivilgesellschaft mit in die Entscheidungsfindung

29 Siehe: http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

und Strukturreformen eingebunden war, größeren Erfolg hatten. Die Bevölkerung kann genauer und zielgerichteter die Nöte aufzeigen und kommunizieren. Damit orientiert sich die medizinische Ausbildung der Fachkräfte stärker an den Bedürfnissen der Einwohner und die Gesellschaft wird für die Potenziale und Herausforderungen in diesem Bereich sensibilisiert.

In der dritten Säule des integrierten Ansatzes zur Beschäftigungsförderung stehen daher das Sammeln von Daten über den Arbeitsmarkt, Kooperation zwischen den Akteuren und Zuständigkeiten im Vordergrund. Die verantwortlichen Beteiligten können so Nachfrage und Angebot besser koordinieren und nachhaltig planen. Um auf die fortwährenden Veränderungen adäquat reagieren zu können, ist eine Institution zur regelmäßigen Bildungs- und Arbeitsmarktforschung und Arbeitsmarktbeobachtung unabdingbar. Die Akteure müssen sich auf diese Daten verlassen können, um Kooperationen und Absprachen zu initiieren. Führungskräfte tragen hier die besondere Verantwortung, Netzwerke zu erkennen sowie langfristige Strategien miteinander abzustimmen. Nur so können erfolgreiche Lern- und Veränderungsprozesse (Capacity Development) stattfinden und nachhaltig der Fachkräftemangel im Gesundheitssektor verringert werden.

3.3 ARBEITSMARKTORIENTIERTE QUALIFIZIERUNGSANGEBOTE FÜR DEN GESUNDHEITSSEKTOR

Die Fähigkeit einen Beruf auszuüben ist eine elementare Voraussetzung, um Beschäftigung nachhaltig zu ermöglichen. Das Gesundheitssystem erfüllt an dieser Stelle eine doppelte Funktion. Es dient zum einen als Arbeitsmarkt und Branche mit hohem Wachstumspotenzial. Zum anderen garantiert es einen Teil der sozialen Sicherung. Nur, wenn das Gesundheitssystem gut aufgestellt ist und Menschen im Krankheitsfall abgesichert sind, können Arbeiter schwierige oder besondere Lebensumstände wie Krankheit, Unfälle und Behinderung überbrücken. Im Folgenden sollen die Strukturen und Prozesse für die Qualifizierung von Personal im Gesundheitswesen, aber auch für Lehrpersonal, dargestellt werden, um anschließend auf Reformpunkte aufmerksam zu machen. Dabei soll auf die berufliche Bildung im Speziellen ein Fokus gelegt werden.

3.3.1 ALLGEMEINE SITUATION DER QUALIFIZIERUNGSSYSTEME

Um den Bedarf des Gesundheitssektors nach Fachkräften zu decken, müssen die Strukturen der beruflichen Bildung im sekundären und tertiären Bereich auf die Nachfrage abgestimmt sein. Diese Nachfrage nach Personal ist je nach Land sehr heterogen und durch die zuvor dargestellten Aspekte unterschiedlich ausgeprägt.

Die Herausforderungen für die Qualifizierung von Personal für das Gesundheitssystem beginnen schon bei der Grund- und Allgemeinbildung in dem jeweiligen Land. Vor allem in ländlichen Gegenden oder bei marginalisierten Bevölkerungsgruppen führen diese zu unzureichenden Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kompetenzen nach dem Schulabschluss – falls nicht schon vorher die Schule frühzeitig abgebrochen wurde. Durch die mangelhafte schulische Bildung der an einer Aus- oder Weiterbildung interessierten jungen Frauen und Männer findet eine erste Selektion statt. Teilweise können in der Folge nicht genügend qualifizierte Bewerber für Ausbildungs- und Studienplätze zugelassen werden. Die fehlenden Kompetenzen können nur bedingt aufgearbeitet werden und führen dann, falls es doch zu einer Zulassung kam, dazu, dass die Ausbildung nicht erfolgreich durchlaufen werden kann. Zum Beispiel nahmen 2009 in den Philippinen 94.462 Abgänger von Krankenpflegeschulen an der Zulassungsprüfung teil, doch lediglich 39,7 Prozent bestanden diese und wurden als Krankenpflegepersonal zugelassen.³⁰ In der Konsequenz wird oftmals die Ausbildung beziehungsweise das Studium vorzeitig abgebrochen und Investitionen gehen verloren.

Die Qualifizierung von Personal für den Gesundheitssektor findet zu großen Anteilen in medizinischen (Hoch-) Schulen statt, wozu etwa *Medical Schools*, *Nursing* und *Midwifery Schools*, *Schools of Dentistry* und *Schools of Public Health* zählen. Die praktischen Erfahrungen werden hierbei oftmals erst im Berufsleben gesammelt und sind nicht im Sinne von dualen/kooperativen Qualifizierungsmodellen in die berufliche Bildung im sekundären beziehungsweise tertiären Bereich integriert.

Unter einer *Medical School* werden tertiäre Bildungseinrichtungen verstanden, die hauptsächlich Ärzte ausbilden. Die Absolventen können hier Bachelor-, Master- und

³⁰ The World Health Report, 2006, siehe <http://www.who.int/whr/2006/en/>

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

WHO region	Medical	Nursing and midwifery	Dental	Public health	Pharmacy
Africa	66	288	34	50	57
Americas	441	947	252	112	272
South-East Asia	295	1145	133	12	118
Europe	412	1338	247	81	219
Eastern Mediterranean	137	225	35	8	46
Western Pacific	340	1549	72	112	202
Total	1691	5492	773	375	914

Source: Mercer H, Dal Poz MR. *Global health professional training capacity* (background paper for *The world health report 2006*; <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Abbildung 5: Globale Kapazitäten an Ausbildungsstätten im Gesundheitssektor

Doktorabschlüsse in den verschiedensten Fachrichtungen erreichen. Manche Schulen bieten auch Bachelorstudiengänge für medizinische Assistenz Tätigkeiten an. Viele betreiben zudem eigene Krankenhäuser und fördern Forschungsprojekte. Die Lehrpläne für die einzelnen Studiengänge sowie die Zugangsberechtigungen variieren national wie auch international.

Krankenschwestern und Krankenpfleger werden in *Nursing Schools* ausgebildet, deren Lehrpläne sowie Zugangsberechtigungen ebenfalls sehr heterogen sind.

Global aggregierte Informationen zur beruflichen Bildung im sekundären und tertiären Bereich von weiteren Berufen im Gesundheitssektor liegen bisher nicht vor. Die untere Abbildung zeigt eine Einschätzung der WHO zu der weltweiten Situation. (Abb. 5)

Eine weitere interessante Entwicklung ist, dass sich die Qualifizierungsanbieter für den Gesundheitssektor zunehmend privat und gewinnbringend organisieren. In der WHO *Eastern Mediterranean Region* ist der Anteil von privaten Einrichtungen zwischen 1980 und 2005 von zehn auf 60 Prozent gestiegen. In den Philippinen waren 2004 insgesamt 307 der 332 *Nursing Schools* in privater Trägerschaft. Im Kongo verdoppelte sich die Anzahl der Absolventen von privaten *Medical Schools* und *Nursing Schools*.

Die Regulierung des Ausbildungssystems mit staatlicher Hilfe wird deshalb eine immer größere Rolle spielen. Denn nur so kann nachhaltig Qualität gesichert und transparent für die Nachfrageseite dokumentiert werden. Gleichzeitig ist aber auch davon auszugehen, dass die privatwirtschaftlichen Anbieter besonders in den Berufen qualifizieren, die einen besonders hohen Gewinn versprechen und somit der Bedarf des nationalen Arbeitsmarkts oder der lokalen Gemeinden nicht Ansatzpunkt des Handelns ist.³¹

3.3.2 QUALITÄTSSTANDARDS IN DER AUSBILDUNG

Bisher haben nur etwa 60 Prozent der *Medical School*-Absolventen in Entwicklungsländern einen staatlich anerkannten Abschluss. In Afrika und Südostasien liegt die Rate bei etwa 40 Prozent. Aus diesem Grund beginnen Staaten in Lateinamerika und Subsahara-Afrika, nationale Qualitätsstandards für die Durchführung, Akkreditierung und Zertifizierung von Qualifizierungseinheiten zu entwickeln. Dies geschieht auch, um auf die steigende Dichte der privaten Berufsbildungsanbieter zu reagieren. Berufs- und Ausbildungsstandards ordnen die Qualifikationen, die das Berufsbildungssystem eines Landes hervorbringt, systematisch ein und zielen auf eine kontinuierliche Verbesserung der Bildungsstandards ab. Gerade im Gesundheitssektor müssen Fachkräfte gemäß allgemeinen

31 Ebd. S. 46.

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

hohen Standards qualifiziert sein, um die Versorgung der Bevölkerung mit Dienstleistungen und Produkten zu gewährleisten.

Dies beinhaltet nicht nur die Lernleistung der Absolventen, sondern auch Lehrpläne und die Qualität der Lehreraus- und Weiterbildung. Als allgemeingültige Normen erlauben Rahmenvorgaben den Regierungen, an private und öffentliche Bildungsinstitutionen Lizenzen zu vergeben (Akkreditierung), beziehungsweise sie bei Nicht-Einhaltung zu entziehen. Die Bildungsstandards beschreiben also Berufsprofile und deren notwendige Kernkompetenzen. Sie kommunizieren damit den Auszubildenden, was von ihnen erwartet wird und informieren gleichzeitig die nachfragende Gesundheitswirtschaft über die Fähigkeiten der Fachkräfte. Überdies tragen nationale Normen zum internationalen Bildungsvergleich bei.

Berufsstandards und Standards für die berufliche Bildung im sekundären und tertiären Bereich sollten immer gemeinsam von den Akteuren des Gesundheitssektors und des Bildungssektors definiert, diskutiert und vereinbart werden. Um die Qualifikationsstandards sicherzustellen, bedarf es schließlich einer Behörde unter der Aufsicht eines Ministeriums. Für gewöhnlich liegt die Zuständigkeit entweder beim Arbeits- oder Bildungsressort.

Um Entwicklungsländern bei der Etablierung von nationalen Qualifizierungsrahmen zu helfen, wurden beispielsweise die „*Global standards for the initial education of professional nurses and midwives*“³² von der WHO entwickelt. Diese Standards sollen eine feste Referenz für kompetenzbasierte Ausbildungsstandards sein.

3.3.3 EINFLUSSFAKTOREN FÜR DEN ERFOLG VON AUSBILDUNGSREFORMEN

Um Bildungsreformen und -standards erfolgreich umzusetzen, lassen sich aus der Vergangenheit mehrere entscheidende Einflussfaktoren bestimmen. Sie untergliedern sich in drei Gruppen und basieren auf den Vorschlägen der WHO-Publikation „*Scaling Up, Saving Lives*“³³:

- Politisches Engagement und gute Regierungsführung:
 - Politische Verpflichtung, einschließlich anhaltender Mitwirkung und Unterstützung seitens der Regierungen;
 - Zusammenarbeit im Sinne eines ganzheitlich-strategischen Gesundheitsplans;
 - Bereitschaft zu signifikanten finanziellen Investitionen.
- Personalplanung:
 - Verpflichtung zur mittel- und langfristigen Personalplanung im Gesundheitssektor;
 - Verpflichtung zur Ausbildung angemessen qualifizierter Gesundheitsfachkräfte, die den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und der Gesundheitswirtschaft nachkommen können;
 - Erweiterung des Bildungsangebots für die Aus- und Weiterbildung von Lehrern.
- Rahmenbedingungen für ein förderliches Umfeld:
 - Informationssysteme zum Monitoring und zur Evaluierung von Gesundheitsfachkräften und deren Ausbildung;
 - effizientes Management und Führung in den Ausbildungsstätten;
 - Strategien für die aktive Gestaltung des Arbeitsmarktes im Gesundheitssektor, um das Angebot an der Nachfrage auszurichten.

³² WHO (2009), zu finden unter: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HRH_HPN_08.6_eng.pdf

³³ WHO (2008), zu finden unter: http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Aus den genannten Einflüssen wurden allgemeine Leitprinzipien entwickelt, die auf Evidenz, Fallstudien und den Erfahrungen von Führungspersonen basieren:

- die Gesundheitsbedürfnisse von der jeweiligen Bevölkerung in die Aus- und Weiterbildung im Gesundheitssystem einzubeziehen;
- Gerechtigkeitsaspekte und Breitenwirkung der Ausbildung sowohl in der Lehrplangestaltung als auch in der Lehre an sich berücksichtigen³⁴ sowie
- Führungskräfte und Kooperationen zu stärken, um Qualität zu sichern.

Aus diesen Prinzipien können folgende Ziele abgeleitet werden, um das Angebot von Gesundheitsfachkräften zu fördern:

- Abwanderung der Auszubildenden und Lehrer verhindern und die Zugänglichkeit zu Gesundheitsberufen verbessern;
- sowohl theoretische als auch praktische Aus- und Weiterbildung gleichermaßen unterstützen und miteinander kombinieren;
- Bildungsinstitutionen schaffen, die verschiedene Gesundheitsberufe ausbilden und gleichzeitig einen Austausch zwischen zukünftigen Fachkräften fördern;
- Einbindung der Gemeinden, der Einrichtungen und der Gesundheitswirtschaft in die berufliche Bildung im sekundären und tertiären Bereich, um modulare Lernpläne mit aktivem Lernen zu verbinden;
- Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien steigern;
- Verbesserung der Qualität von akademischer und beruflicher Bildung mithilfe von Akkreditierungsmechanismen und der Etablierung von Prüfungsregelungen, die theoretische und praktische Kompetenzen testen;
- Aufbau institutioneller Handlungsfähigkeit (unter anderem indem Lehrkenntnisse und -methoden verbessert und ausgeweitet, grenzübergreifende Partnerschaften und Kooperation zwischen Institutionen gefördert und *Public Private Partnerships* (PPPs) genutzt werden.

Hinzu kommt, dass besonders die Ausbildungssysteme für Bildungsfachkräfte im Gesundheitssektor (Lehr-, Trainings- aber auch Managementpersonal) oftmals nicht adäquat an die vielfältigen Herausforderungen angepasst sind. Fehlende Lehr- und Lernmittel sowie unangepasste Methoden wirken sich nachteilig auf die Vermittlung von Fachwissen aus. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Unterricht an sich didaktisch-methodische Schwächen hat. Um die Ausbildung mit allen Beteiligten gut zu organisieren, benötigen die Schulen zudem qualifiziertes Managementpersonal.

Die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen ist jedoch nicht nur im direkten Aus- und Weiterbildungsbetrieb erforderlich, sondern auch auf der Meta-Ebene in der Fortbildung der Lehrer, Bildungsmanager und Ausbilder. Hier müssen Experten die Qualifikationsstandards und Lehr- sowie Lernmaterialien weiterentwickeln, Curricula entwickelt werden, Schulmanagementsysteme verbessert und akkreditiert werden, so dass die Institutionen der beruflichen Bildung im sekundären und tertiären Bereich die Qualität der Ausbildung sicherstellen. Gerade diese Meta-Ebene wird oftmals vernachlässigt, ist aber äußerst wichtig. Denn nur so können langfristig die Qualifizierungssysteme dank geschultem Personal verwirklicht werden. Erst dann ist die Ausbildung im Gesundheitssektor nachhaltig gewährleistet.

³⁴ Die WHO spricht unter diesem Punkt vor allem von einer Fokussierung auf Ausbildung, die eine primäre Gesundheitsversorgung erfordert. Zu oft würde sich die Qualifizierung auf den tertiären Bereich konzentrieren und damit die Fachkräfte nicht genug auf die Arbeit in ländlichen Gemeinden vorbereiten. Diese führe auch zu einem gewissen Maße an Vernachlässigung hinsichtlich der außerstädtischen Bevölkerung.

DER INTEGRIERTE ANSATZ ZUR BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG IM GESUNDHEITSEKTOR

3.3.4 DATEN ZU DEN QUALIFIZIERUNGSSYSTEMEN

Die Erhebung von validen Daten zu Aus- und Weiterbildungssystemen ist von enormer Bedeutung für evidenzbasierte Ansätze in der Politikberatung und für die nachhaltige Planung und Implementierung von reformorientierten Programmen und Projekten. Um Qualität und Wirkung von Bildungseinrichtungen vollständig abzubilden, ist die Erhebung und Dokumentation der folgenden Bereiche sehr wünschenswert:

- Ausbildungsstätten (Anzahl von Einrichtungen, von Universitäten, privaten Ausbildungsstätten, staatlichen Ausbildungsstätten);
- Ausbildungs- beziehungsweise Berufsprofile (Studienfächer, Liste aller Berufsfelder im Gesundheitssektor);
- Klassengrößen und Anzahl der eingeschriebenen Studenten nach Fachrichtungen;
- Verhältnis von Erstausbildungs- und Weiterbildungsangeboten;
- Instrumente der Qualitätssicherung an Schulen, Universitäten und in der Ausbildung;
- Erhebung des lokalen Bedarfs (Nachfrage);
- Studien zum Absolventenverbleib.

Auch hier liegen zurzeit noch keine international vergleichbaren Definitionen und Fakten vor.³⁵ Eine Möglichkeit zur Beschreibung des Bildungswesens durch Indikatoren hat die „*Inter-Agency Working Group on TVET Indicators*“³⁶ in ihrem Bericht „*Proposed Indicators for Assessing Technical and Vocational Education and Training*“ im April 2012 explizit für die berufliche Bildung vorgelegt.

35 WHO: „*Spotlight on Statistics*“ (2008), zu finden unter: http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_3.pdf

36 Teilnehmende waren *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)*, *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, *World Bank*, *International Labour Organization (ILO)*, *European Commission (EC)*, *European Training Foundation (ETF)* und die *Asian Development Bank (ADB)*



GRADE 7 ALLEN

4

EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE
ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Eine primäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung kann in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern nur gewährleistet werden, wenn eine Bildungsoffensive mit kohärenten Reformen im Bildungs- und Gesundheitssystem einhergeht. Der Privatsektor spielt dabei eine wichtige Rolle und sollte vermehrt in die Ausbildungs- und Arbeitsmarktpolitik eingebunden werden. Oft verfügen nicht-staatliche Akteure über großes Innovationspotenzial, das für das Ausbildungssystem sowie den Sektor genutzt werden kann. Außerdem muss der Staat seine Führungs- und Steuerungsfunktion besser ausüben, um Qualitätsstandards verbindlich einzuführen. Entsprechend sollten die notwendigen Reformen auf allen Ebenen greifen und durch die Beteiligung relevanter Interessengruppen in die Umsetzung gebracht werden.

Die nachfolgenden Empfehlungen greifen dafür wichtige Aspekte des BMZ Positionspapiers „Berufliche Bildung in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit“³⁷ sowie die „Zehn Ziele für mehr Bildung – BMZ-Bildungsstrategie 2010 – 2013“³⁸ auf und berücksichtigen das Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit“³⁹, welches Beiträge zur Ausbildung und Entwicklung von Fachkräften als einen der Schwerpunkte der Aktivitäten der deutschen EZ im Gesundheitsbereich definiert.

4.1 TECHNISCHE ZUSAMMENARBEIT ZUR FÖRDERUNG VON BESCHÄFTIGUNG IM GESUNDHEITSSEKTOR

Um nachhaltige Erfolge bei der Förderung von Beschäftigung im Gesundheitssektor sowie der Qualifizierung von Gesundheitspersonal zu erwirken, ist ein multidimensionaler Ansatz zum Aufbau und der Weiterentwicklung von strukturellen, organisatorischen und personellen Kapazitäten notwendig. Der in diesem Hintergrundpapier vorgestellte integrierte Ansatz für die Förderung von Beschäftigung im Gesundheitssektor könnte unter Berücksichtigung der jeweiligen Gesundheitsstrategien und Situationen der Kooperationsländer dabei als Rahmenkonzept dienen.

Es wird empfohlen die folgenden Bereiche zu adressieren:

- Aufbau und Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit im Gesundheitssektor durch die systemische Integration von Ansätzen der beruflichen Bildung von Fachkräften im sekundären und tertiären Bereich;
- Schaffung von Arbeitsplätzen durch Politikberatung, Sektorreformerberatung und Privatwirtschaftsentwicklung zur Verbesserung beziehungsweise Reformierung der rechtlichen und finanziellen Regulierungen, sowie der Umsetzung von nationalen Gesundheitsstrategien im öffentlichen und privaten Sektor (angemessene wirtschafts- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen);
- und der Verbesserung von Abstimmungsmechanismen und Datengrundlagen sowie einer aktiven Arbeitsmarktpolitik auf dem Arbeitsmarkt des Gesundheitssektors.

Die Verknüpfung dieser drei Bereiche zielt auf positive Beschäftigungs- und Einkommenseffekte, wie auch auf die allgemeine ökonomische und soziale Entwicklung eines Landes ab. Damit können Arbeitslosigkeit, Unterbeschäftigung und Armut spürbar vermindert werden. In diesem Sinne sollte die EZ dazu beitragen, die Quantität, Qualität sowie die Relevanz der Bildungsdienstleistungen im Gesundheitsbereich nachhaltig zu verbessern und gemeinsam mit ihren Partnern weiterzuentwickeln. Hier sollte der Fokus der deutschen EZ auf den weiteren Bedarf des Arbeitsmarktes des Gesundheitssektors erweitert werden.

Die folgenden Aspekte sollten somit bei der Weiterentwicklung bereits bestehender oder bei neuen Programmen und Projekten stärker berücksichtigt werden:

Aufbau einer engen **Kooperation zwischen den Akteuren** im Gesundheitsbereich (öffentlich und privat) mit den Akteuren in der beruflichen Bildung im sekundären und tertiären Bereich (öffentlich und privat), um gemeinsam nachhaltige und systemische Konzepte zur Ausbildungsförderung und Qualifizierung von Gesundheitspersonal zu entwickeln und zu implementieren. Sie sollten

³⁷ Siehe: http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier322_8_2012.pdf

³⁸ Siehe: http://www.bmz.de/de/publikationen/themen/bildung/Strategiepapier315_1_2012.pdf

³⁹ Siehe: <http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Konzepte183.pdf>

EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

- sich an den bestehenden nationalen Gesundheitsstrategien und deren Ansätzen zur Stärkung der Kapazitäten von Gesundheitspersonal orientieren;
- besonders auf die Nachfrageorientierung der Qualifizierungsstrukturen und -angebote setzen;
- eine Erhöhung der inhaltlich-theoretischen, praktischen und pädagogischen Qualität anstreben und zudem
- die Quantität des Angebots, etwa auch durch neue Formen der Finanzierung der beruflichen Bildung im sekundären und tertiären Bereich im Gesundheitssektor, ermöglichen.

Hierbei sollten dringend der internationale Dialog in Bezug auf die Aus- und Einwanderung von Gesundheitsfachpersonal weitergeführt und die Migrationsbewegungen beachtet werden. Da Migration den Gesundheitssektor in vielen Ländern massiv unter Druck stellt, muss besonders dieser Aspekt dezidiert bearbeitet werden und innovative Lösungen zwischen den nationalen und internationalen Akteuren gefunden werden.

Um eine starke praktische und anwendungsbezogene Qualifizierung zu ermöglichen, ist die **Unterstützung des dualen Lernens**, also des Lernens am Arbeitsplatz und in den Schulen, zu empfehlen. Hierbei werden die beteiligten Akteure aus der Gesundheitswirtschaft und dem Gesundheitssektor stärker in die Finanzierung und Umsetzung der Qualifizierung eingebunden. Betriebspraktische Phasen werden in unterschiedlichen Formen und Intensitäten in die Ausbildung integriert, was aktiv die Qualität der Ausbildung sowie der Gesundheitsdienstleistungen sicherstellen beziehungsweise verbessern kann. Hierbei sollte Wert darauf gelegt werden, dass es um den Aufbau von beruflichen und praxisorientierten Handlungskompetenzen geht. Bei der Entwicklung von entsprechenden Kompetenzprofilen kann dann zwischen Ausbildungsgängen, Niveaustufen sowie innerhalb von Ausbildungsgängen eine modulare Strukturierung vorgesehen werden, ohne die Einheitlichkeit der jeweils definierten Berufsbilder zu gefährden. Zudem sind Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung anzubieten.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der **Aufbau von Systemen für die Qualifizierung von Personal im Gesundheitsqualifizierungssystem**. Hierbei sollen im Wesentlichen Ausbildungsgänge für Lehrer, Ausbilder sowie für das Personal im Management und der Administration der Berufsbildungsinstitutionen unterstützt werden. Die

Quantität und Qualität der Ausbildungsinstitutionen für das Personal im Gesundheitsqualifizierungssystem sollte dabei auch auf Nachfrage und Praxis ausgerichtet werden. Die Ausbildung des schulischen Lehrpersonals sollte dabei in die nationalen Strukturen der Lehrerbildung eingebunden sein.

Die **Entwicklung von nationalen Standards und Qualifikationen** für die Bildungsangebote sollte unterstützt werden, wobei hier wesentlich auf die enge Kooperation zwischen allen Akteuren gesetzt wird. Die Strukturierung und der Grad der Ausdifferenzierung von Berufsbildern soll sich dabei wesentlich auf den nationalen Bedarf fokussieren und sich nur bei ausgewählten Berufen auf internationale Standards beziehen. Die staatliche Regulierung von Mindestanforderungen zur Sicherung der Ausbildungsqualität muss dadurch sichergestellt werden. Die Möglichkeiten der Anerkennung non-formal und informell erworbener Kompetenzen sind zu berücksichtigen.

Insgesamt ist auch die Kooperation zwischen den privaten und öffentlichen Akteuren, den staatlichen Strukturen und entsprechend ausgerichteten Forschungsinstitutionen in den Kooperationsländern zu fördern. Hierbei geht es wesentlich um die Entwicklung von fundierten Entscheidungs- und Gestaltungsgrundlagen. Entsprechend kann die **Bildungs-, Berufsbildungs- und Arbeitsmarktforschung** wichtige Impulse für die Vorbereitung und Unterstützung von zentralen Veränderungen geben und Entwicklungen der Bildungs-, Berufsbildungs- und Arbeitsmarktpolitik unterstützen. Am Anfang geht es dabei um den sukzessiven Aufbau entsprechender Expertise, zunächst in bestehenden Institutionen und die Nutzung von Formen des (internationalen) Austauschs für die Reflexion und Bewältigung eigener Problemstellungen.

EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Zudem sollten Ansätze gefördert werden, die die „Ungleichverteilung“ berücksichtigen, wie zum Beispiel die Professionalisierung der Fachkräfte nach dem Bedarf auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene sowie dem Stadt-Land-Ungleichgewicht in der medizinischen Grundversorgung.

Um Breitenwirksamkeit und nachhaltige Systemreform zu erreichen, muss auf mehreren Ebenen gleichzeitig interveniert werden. Kennzeichnend für den systemischen Mehrebenenansatz ist, dass Reformen zunächst auf der Politikebene entwickelt und abgestimmt, dann auf der Mikroebene erprobt und auf der Institutionenebene nachhaltig abgesichert werden. Die konkreten Maßnahmen auf Meso- und Mikroebene tragen dann wiederum wesentlich zur Glaubwürdigkeit der Politikempfehlungen auf Makroebene bei. Zudem kommt es zu einer gezielten Rückkopplung zwischen Durchführungs- und Politikebene, so dass Erfahrungen direkt in die betreffenden Politik- und Strategieprozesse auf Makroebene einfließen.

Allerdings sollten solche Projekte nur begonnen werden, wenn ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen und ein langfristiges Engagement beabsichtigt ist. Auf den verschiedenen Ebenen können sich neben der staatlichen EZ auch die nicht-staatlichen EZ-Akteure sinnvoll einbringen. Die Beiträge der staatlichen TZ und FZ sowie der nicht-staatlichen EZ sollten ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen.

Eine Verzahnung bilateraler Instrumente allein genügt aber nicht, um Wirksamkeit zu erzielen. Um Kräfte möglichst sinnvoll zu bündeln und Entwicklungen koordiniert in eine Richtung voranzutreiben, ordnen sich Vorhaben der deutschen EZ in die nationalen Strategien der Kooperationsländer ein und werden mit anderen Gebern abgestimmt.

4.2 FINANZIELLE ZUSAMMENARBEIT ZUR FÖRDERUNG VON BESCHÄFTIGUNG IM GESUNDHEITSEKTOR⁴⁰

Es liegt in der Natur der Arbeitsteilung zwischen deutscher FZ und TZ, dass in der Regel die TZ mit der Durchführung von Programmen der gezielten Beschäftigungsförderung im Gesundheitsbereich beauftragt wird. Dennoch hat auch das Engagement der FZ im Gesundheitssektor eine Reihe von direkten und indirekten Beschäftigungseffekten.

Im Rahmen ihres Engagements für die Gesundheitssystemstärkung thematisiert die FZ im Sektordialog mit den Kooperationsländern auch das Thema der Beschäftigungssituation. Aufgrund der hohen Relevanz eines gut ausgebildeten Fachkräfte-Managements für die Effizienz und Effektivität von Gesundheitsinvestitionen, spielen die quantitative Verfügbarkeit, der Ausbildungsstand, das Lohnniveau und die Motivation von medizinischem Fachpersonal eine wesentliche Rolle bei der Beurteilung der Sektorpolitik des Kooperationslandes.

Ein Großteil der durch die FZ finanzierten Infrastrukturmaßnahmen enthält eine Komponente zur Schulung des Personals. Beispielsweise erfolgt erst durch die fachgerechte Nutzung von Laborgeräten und Operationssälen eine Inwertsetzung der finanzierten Projektmaßnahmen. In diesem Bereich bieten sich koordinierte FZ-TZ Ansätze besonders an.

Ein wichtiger unmittelbarer Effekt des FZ-Engagements besteht in der Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitssektor. Besonders im staatlichen Gesundheitswesen beeinträchtigen veraltete Krankenstationen, mangelnde Ausstattung, fehlende Laborausstattung und ein Mangel an den wesentlichen Medikamenten die Arbeit der Gesundheitsdienstleister sowie die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen. Eine Verbesserung der Infrastruktur- und der Medikamentenversorgung haben spürbare positive Wirkungen auf die Motivation und Handlungsfähigkeit des Personals.

⁴⁰ Siehe: Beschäftigungsförderung durch die Finanzielle Zusammenarbeit - Sektorale Ansätze zu Beschäftigungsförderung, KfW Entwicklungsbank, 2013, S. 25, <https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/Sammelband-Positionspapiere-Besch%C3%A4ftigung.pdf>

EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten kann die FZ mit einer Reihe von Ansätzen der Problematik Rechnung tragen und positive Beschäftigungsimpulse im Sektor setzen.

1. Im Rahmen ihrer Beiträge zur Gesundheitssystemförderung sollte die FZ die unterschiedlichen Dimensionen einer wirkungsvollen Gesundheitsversorgung im Blick behalten. Zugangsgerechtigkeit, Qualitätssicherung, Fachkräftesituation und Gesundheitsfinanzierung sind dabei vier wichtige Themen, denen die FZ sowohl in Programmansätzen als auch bei Sektorfinanzierungen ihre Aufmerksamkeit widmen sollte.
2. Sowohl im Sektordialog, bei der Umsetzung nationaler Gesundheitsstrategien, als auch in der projektbezogenen Zusammenarbeit mit den Partnern, muss die FZ sich aktiver mit deren Personalpolitik beschäftigen. Dabei sind vor allem Themen wie berufliche Bildung im sekundären und tertiären Bereich, Abbau von Ungleichheiten in der regionalen Verteilung von Fachpersonal und Anreizsysteme für Beschäftigte im ländlichen Raum von zentraler Bedeutung.
3. In Programmen in ländlichen Regionen sollte die Einbeziehung und Förderung von Gemeindegesundheits Helfern stärker gefördert werden. Sie tendieren seltener als voll ausgebildete Fachkräfte dazu, in die Städte oder ins Ausland abzuwandern und ihre Kenntnis von den Bedürfnissen und Gesundheitsproblemen in den Gemeinden machen sie zu wichtigen Mittlern im Gesundheitssystem. Dies gilt natürlich auch für die TZ.
4. Zusätzlich zur Verbesserung des physischen Arbeitsumfeldes (durch Infrastrukturerneuerung, Laborausrüstung oder Ähnliches) sollte die FZ auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen – vor allem von Frauen – im Blick haben. Diesbezügliche Missstände müssen aufgedeckt und durch sinnvolle Gegenmaßnahmen (Verhaltenscodes, mehr weibliche Führungskräfte, Gründung von Interessensvertretungen, notwendige Infrastruktur ausbauen) behoben werden.
5. Wenn es gelingt, in Kooperationsländern der FZ darüber hinaus privates Kapital zu mobilisieren, um beispielsweise einzelne medizinische Fachrichtungen zu stärken, in Forschung und Entwicklung zu investieren oder eine lokale Medikamentenproduktion aufzubauen, könnten neue langfristige Arbeitsplätze in der Gesundheitswirtschaft geschaffen werden.
6. Über die Finanzierung des Baus und der Ausstattung von Berufsschulen und Universitäten kann die FZ einen direkten Beitrag zur verbesserten Fachkräfteausbildung leisten, insbesondere, wenn das Engagement

Aktivitäten der Weiterbildung von Lehrkräften, die Verbesserung der nationalen Qualitätsstandards für die Akkreditierung und eventuell sogar die regionale Harmonisierung von Bildungsabschlüssen beinhaltet.

EMPFEHLUNGEN AN DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

4.3 PERSPEKTIVEN FÜR DIE DEUTSCHE ENTWICKLUNGSPOLITIK

Angesichts des gravierenden Fachkräftebedarfs im Gesundheitssektor ist eine angemessene Berücksichtigung des Themas Beschäftigungsförderung ein wichtiger Erfolgsfaktor für die internationale Zusammenarbeit im Gesundheitssektor.

Deutschland hat sich aktiv an der Ausarbeitung des WHO Verhaltenskodex für die Internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften beteiligt und setzt diesen auf nationaler Ebene um. Denn die Aushandlung und Implementierung von bilateralen Abkommen zur Anwerbung von Gesundheitsfachkräften sollte ethisch und gerecht anhand der WHO Richtlinien gestaltet werden. Zudem sollte das öffentliche Bewusstsein gestärkt werden, dass die Anwerbung von Gesundheitspersonal aus Drittstaaten die letzte einer Vielzahl von möglichen Ansätzen und Interventionen sein sollte.

Die deutsche Entwicklungspolitik kann in den nächsten Jahren diesen Teilbereich der Stärkung von Gesundheits- und Bildungssystemen durch die folgenden Maßnahmen unterstützen:

- Förderung von Beschäftigung und Qualifizierung von Gesundheitspersonal als Handlungsansatz mit internationalen Akteuren diskutieren und auf internationaler Ebene in geeignete Foren einbringen, um den gegenseitigen Austausch und das Lernen in diesem Bereich voranzutreiben. Hierzu gehört selbstverständlich die Förderung des Dialogs mit Kooperationsländern der EZ zum Thema und möglichen Ansatzpunkten.
- Intensivierung des Austauschs mit den deutschen Akteuren zu den bisherigen Erfahrungen und Zielsetzung einer systematischen Auswertung der bisherigen Erfahrungen und aktuellen Maßnahmen.
- Pilotierung des Handlungskonzepts in Kooperation mit Partnern der deutschen bilateralen EZ. Hierbei wird eine systematische Evaluierung aufgesetzt, so dass das Handlungskonzept ausgewertet und weiter verbessert werden kann.
- Unterstützung der 10 Empfehlungen der *Global Health Workforce Alliance, Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers*, die unter anderem auf die Erfolgsfaktoren politisches Engagement, Arbeitsmarktorientierung und Aufbau von Systemen und Infrastrukturen fokussieren.



ANHANG

5.1 DEFINITION VON BERUFEN⁴¹

5.1.1 GESUNDHEITSDIENSTBERUFE

Zu den Gesundheitsdienstberufen zählen all diejenigen Beschäftigten, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, zum Beispiel Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Heilpraktiker.

A1 Ärzte, Apotheker, psychologische Psychotherapeuten, Zahnärzte	Ärzte, Apotheker, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugend-psychotherapeuten und Zahnärzte sind diejenigen Berufe unter den Gesundheitsdienstberufen, bei denen die Approbation Voraussetzung für die Ausübung der beruflichen Tätigkeit ist.
Ärzte	Ärzte untersuchen Menschen auf ihre körperliche Befindlichkeit, erheben den medizinischen Befund, stellen Diagnosen und führen Maßnahmen zur Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten durch.
Apotheker	Apotheker sind berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Dazu gehört nicht nur die Bereitstellung und Abgabe von Arzneimitteln, sondern auch die Beratung über deren sachgerechte Anwendung, Aufbewahrung, Wirkungsweise und Risiken sowie die Fertigung von Arzneimitteln in kleineren Mengen.
psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten führen eine heilkundliche Psychotherapie oder die heilkundliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch. Ausübung von Psychotherapie ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.
Zahnärzte	Zahnärzte kümmern sich um die Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie um Zahnfehlstellungen.
übrige Gesundheitsdienstberufe	Die übrigen Gesundheitsdienstberufe enthalten alle Gesundheitsdienstberufe, die zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit keine Approbation benötigen.

⁴¹ Hierbei wird sich wesentlich an den Definitionen vom Statistischen Bundesamt orientiert: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile

ANHANG

<p>A2 medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte</p>	<p>Medizinische/zahnmedizinische Fachangestellte assistieren bei Untersuchungen und Behandlungen sowie bei kleineren Eingriffen am Patienten. Einfache Behandlungen nehmen sie auf ärztliche/zahnärztliche Anweisung selbst vor. Sie organisieren den Praxisablauf und erledigen Verwaltungs- und Abrechnungsarbeiten.</p>
<p>Diätassistenten</p>	<p>Im Rahmen der ärztlichen Verordnung und in Abstimmung mit dem Patienten erstellen Diätassistenten einen Ernährungstherapieplan, berechnen den Lebensmittelbedarf sowie die Kosten für die Diätküche und überwachen die Zubereitung der verschiedenen Diätkostformen. Generell beraten sie Auskunftssuchende in Ernährungs- und Diätfragen und erarbeiten neue Diätrezepte.</p>
<p>Heilpraktiker</p>	<p>Heilpraktiker erkennen und heilen Krankheiten, die vor allem Störungen des seelischen und körperlichen Gesamtsystems sind, durch die Stärkung der natürlichen Abwehrkräfte. Dabei wenden sie Therapieverfahren an, die grundsätzlich aus der Natur- und Volksheilkunde übernommen sind.</p>
<p>Gesundheits- und Kranken- pflegehelfer</p>	<p>Gesundheits- und Krankenpflegehelfer unterstützen Pflegefachkräfte bei der Pflege und Versorgung der Patienten, vor allem im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlicher Arbeiten im engeren Pflegeumfeld. Sie begleiten Patienten zu Untersuchungen und Behandlungen, helfen beim Vorbereiten und Durchführen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (etwa Blutentnahmen) ebenso wie bei der Versorgung Toter. Unter den Gesundheits- und Krankenpflegehelfern werden auch Rettungsassistenten und -sanitäter erfasst.</p>
<p>Gesundheits- und Krankenpfleger</p>	<p>Gesundheits- und Krankenpfleger pflegen und versorgen eigenverantwortlich kranke und pflegebedürftige Menschen in ambulanten Einrichtungen oder im stationären Bereich. Sie übernehmen Aufgaben in der Grund- und Behandlungspflege, das heißt sie waschen und betten Patienten, wechseln Verbände oder verabreichen nach ärztlicher Anordnung Medikamente. Darüber hinaus assistieren sie bei ärztlichen Untersuchungen und operativen Eingriffen, bedienen und überwachen medizinische Apparate und begleiten den Arzt auf Visiten. Sie arbeiten mit bei der Erstellung von Pflegeplänen, deren Auswertung sowie der Pflegedokumentation.</p>
<p>Hebammen</p>	<p>Hebammen beraten Schwangere oder auch beide Elternteile über Schwangerschaft, Geburtsablauf und zum Beispiel über die Organisation des Alltags nach der Geburt. Sie bereiten werdende Mütter physisch und psychisch auf die Geburt vor und leiten normale Entbindungen selbstständig. Nach der Entbindung betreuen Hebammen die Mütter und deren Neugeborene während der so genannten Wochenbettzeit.</p>

ANHANG

Physiotherapeuten, Masseur, medizinische Bademeister

Physiotherapeuten erarbeiten anhand ärztlicher Verordnungen und eigener Befunderhebungen auf die Patienten genau abgestimmte Behandlungspläne und führen dann die entsprechenden physiotherapeutischen Maßnahmen durch (zum Beispiel Bewegungstherapie mit und ohne Geräte, Atem-, Elektro-, Wärmetherapie, Massagen). Masseur und medizinische Bademeister führen physiotherapeutische Maßnahmen an kranken, behinderten und erholungsbedürftigen, aber auch an gesunden Patienten durch. Sie bieten Massagetherapien, aber auch andere Therapieformen, wie Bewegungstherapie, Elektrotherapie oder Hydrotherapie an.

medizinisch-technische Assistenten

Medizinisch-technische (Laboratoriums-)Assistenten bereiten die für die nachfolgenden Laboruntersuchungen notwendigen Chemikalien und Proben vor, führen Tests und Messungen an den Proben durch, kontrollieren und dokumentieren den Verlauf und die Ergebnisse der Untersuchungen.

pharmazeutisch-technische Assistenten

Pharmazeutisch-technische Assistenten führen Laboruntersuchungen für die Entwicklung neuer Medikamente durch, stellen Arzneimittel nach vorgegebenen Rezepten her, beraten Verbraucher, prüfen und verkaufen Arzneimittel und andere Waren. Sie erledigen kaufmännische Tätigkeiten wie das Abrechnen von Rezepten.

5.1.2 ANDERWEITIG NICHT GENANNT THERAPEUTISCHE BERUFE

Zu dieser Berufsgruppe zählen unter anderem Beschäftigungs- u. Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Motopäden und Orthoptisten.

5.1.3 SOZIALE BERUFE

Die sozialen Berufe beinhalten in der Gesundheitspersonalrechnung die Berufe Altenpfleger, Heilerziehungspfleger sowie Heilpädagogen, insofern sie dem Gesundheitswesen zugerechnet werden können.

Altenpfleger

Altenpfleger pflegen und versorgen gesunde, kranke und pflegebedürftige alte Menschen. Neben den sozialpflegerischen Aufgaben (zum Beispiel Hilfe bei der Körperpflege und beim Essen) kommen den Altenpflegern auch medizinisch-pflegerische Aufgaben zu (zum Beispiel Unterstützung bei therapeutischen Maßnahmen der Rehabilitation oder das Ausführen ärztlicher Verordnungen, wie das Wechseln von Verbänden, das Verabreichen von Medikamenten).

Heilerziehungspfleger

Die erzieherischen und pflegerischen Tätigkeiten von Heilerziehungspflegern erstrecken sich auf alle Lebensbereiche von Menschen mit Behinderung. Heilerziehungspfleger begleiten und unterstützen die ihnen anvertrauten Menschen mit Behinderung mit dem Ziel zur Selbständigkeit zu erziehen. Sie pflegen Schwerstbehinderte, auch Bettlägerige und Kranke, und sorgen für ihre Hygiene und Bekleidung.

Heilpädagogen

Ziel der Heilpädagogik ist es, Menschen mit geistigen, körperlichen oder psychischen Behinderungen zu unterstützen, um ihnen die soziale und berufliche Eingliederung zu erleichtern. Heilpädagogen wenden dazu Verfahren an, die unter anderem auf gesicherten pädagogischen, psychologischen, medizinischen oder soziologischen Erkenntnissen basieren (zum Beispiel psycho- und motodiagnostische Verfahren).

ANHANG

5.1.4 GESUNDHEITSHANDWERKER

Darunter sind die handwerklichen Gesundheitsberufe wie Augenoptiker, Zahntechniker oder Orthopädiemechaniker zu verstehen.

Augenoptiker	Nach Verordnung des Augenarztes oder aufgrund von Sehschärfenbestimmung bei Fehlsichtigen stellen Augenoptiker Brillen aller Art her und passen Kontaktlinsen an.
Orthopädiemechaniker	Orthopädiemechaniker fertigen auf ärztliche Anordnung künstliche Gliedmaßen (Prothesen) und Konstruktionen zur Unterstützung von Rumpf, Armen und Beinen (Orthesen) und stellen spezielle Bandagen und Korsetts her. Rollstühle und andere technische Hilfsmittel passen sie den Bedürfnissen ihrer Kunden an, reparieren, warten und justieren diese.
Zahntechniker	Zahntechniker erhalten ihre Aufträge vom Zahnarzt. Nach gelieferten Kieferabformungen fertigen sie beispielsweise Zahnkronen, festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz sowie Inlays aus Kunststoffen, Edelmetallen, zahnkeramischen Massen und anderen Werkstoffen.
sonstige Gesundheitshandwerker	Unter den sonstigen Gesundheitshandwerkern werden die Berufe des Hörgeräteakustikers und des Orthopädienschuhmachers subsumiert.

ANHANG

5.1.5 SONSTIGE GESUNDHEITSFACHBERUFE

Die sonstigen Gesundheitsfachberufe setzen sich aus den Pharmakanten, Gesundheitsingenieuren, Gesundheitstechnikern, pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten und den gesundheitssichernden Berufen zusammen.

Pharmakanten	Pharmakanten stellen Arzneimittel her, die zur unmittelbaren Anwendung durch die Verbraucher bestimmt sind. Dazu gehören alle technologischen Arbeitsgänge, die zur Herstellung von fertigen Arzneimitteln aus chemischen Wirkstoffen und zur Verpackung von Arzneimitteln erforderlich sind, einschließlich der damit verbundenen Kontrollaufgaben zur Sicherung der Qualität.
Gesundheitsingenieure	Der umweltbezogene Gesundheitsschutz (zum Beispiel Luftschadstoffkontrolle, Hygiene, Kontrolle der Trinkwasserqualität, Infektionsschutz et cetera) ist das Aufgabengebiet des Gesundheitsingenieurs. Unter den Gesundheitsingenieuren werden auch die Pharmazieingenieure erfasst.
Gesundheitstechniker	Gesundheitstechniker bedienen und warten medizintechnische Geräte und halten sie instand. Sie weisen die Anwender in den sachgemäßen Betrieb ein und schulen sie. Bei der Beschaffung medizintechnischer Geräte sind sie Ansprechpartner für Ärzte und das Pflege- und Verwaltungspersonal. In der Industrie sind sie an der Entwicklung der Geräte beteiligt und verantwortlich für Montage und Service. Auch beim Vertrieb der Geräte wirken sie mit.
pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte	Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte haben hauptsächlich organisatorische und verwaltende Aufgaben beim Umgang mit Pharmazeutika (zum Beispiel die Bestellung und ordnungsgemäße Lagerung von Arzneimitteln und apothekenüblichen Waren). Sie verkaufen apothekenübliche Waren, nicht aber Arzneimittel und unterstützen das pharmazeutische Personal bei der Herstellung und Verpackung von Eigenerzeugnissen.
gesundheitssichernde Berufe	Zu den gesundheitssichernden Berufen zählen unter anderem Gesundheitsaufseher, Desinfektoren, Schädlingsbekämpfer oder Fleischbeschauer.

5.1.6 ANDERE BERUFE IM GESUNDHEITSWESEN

Unter den anderen Berufen im Gesundheitswesen werden alle Berufe im Gesundheitssektor subsumiert, die nicht den Gesundheitsdienstberufen, sozialen Berufen, Gesundheitshandwerkern und sonstigen Gesundheitsfachberufen zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind das Reinigungs- und Küchenpersonal in Krankenhäusern, Kurierdienste der Apotheken, Handwerker, deren Arbeitgeber Einrichtungen des Gesundheitswesens sind.

ANHANG

5.2 DEFINITION DER EINRICHTUNGEN

5.2.1 GESUNDHEITSSCHUTZ

Die Einrichtungen des Gesundheitsschutzes umfassen kommunale Einrichtungen wie Gesundheitsämter, Einrichtungen der Länder mit Aufgaben wie Wasserschutz, Lebensmittelkontrolle, Lebensmittelüberwachung, Kommunalhygiene und Umweltmedizin, Landesgesundheitsbehörden und Landesministerien sowie Einrichtungen des Bundes, wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin beziehungsweise die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Darüber hinaus gehören hierzu auch die Ministerien und noch nicht genannte Gesundheitsbehörden.

A1 Ambulante Einrichtungen	Neben den Praxen der Ärzte, Zahnärzte sowie der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und der Einzelhandel, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege und sonstige ambulante Einrichtungen.
Arztpraxen	Unter einer Arztpraxis wird eine ambulante Versorgungseinheit mit direktem Patientenkontakt verstanden. Neben Einzelpraxen zählen hierzu auch Gemeinschaftspraxen. Praxen von Allgemeinmedizinern sind ebenso enthalten wie Praxen von Fachärzten.
Zahnarztpraxen	Eine Zahnarztpraxis ist eine ambulante Einheit mit direktem Patientenkontakt, die primär die zahnärztliche Versorgung zum Ziel hat. Praxen von Mund- und Kieferchirurgen werden in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt und den Arztpraxen zugeordnet. Die Praxen von Kieferorthopäden sind wiederum enthalten.
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	Zu den Praxen sonstiger medizinischer Berufe gehören nicht nur physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, sondern auch Massagepraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern.
Apotheken	Zu den Apotheken werden alle öffentlichen Apotheken gerechnet, nicht aber Krankenhausapotheken und Notapotheken. Die öffentlichen Apotheken dienen der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung aller Teile der Bevölkerung.
A2 Einrichtungen der ambulanten Pflege	Ambulante Pflegedienste sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Zusätzlich gehört üblicherweise die medizinische Behandlungspflege zum Leistungsspektrum der Einrichtungen.
A3 sonstige ambulante Einrichtungen	Zu den sonstigen ambulanten Einrichtungen zählen eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste sowie Tagesstätten für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderung. Leistungen von Dialysezentren werden hier ebenfalls verbucht. Außerdem sind Hospizdienste in dieser Position enthalten.

ANHANG

5.2.2 GESUNDHEITSHANDWERK UND -EINZELHANDEL

Vom Gesundheitshandwerk werden in der Regel technische Dienstleistungen im Gesundheitswesen erbracht. Die Anfertigung und Anpassung von Hilfsmitteln, durch die eingeschränkte oder ausgefallene Körperfunktionen ausgeglichen werden sollen, stellen die Hauptaufgabe des Gesundheitshandwerks (zum Beispiel Augenoptik, Zahntechnik) dar. Der Einzelhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln ist im Wesentlichen auf die Versorgung von Kranken oder Menschen mit Behinderung ausgerichtet. Der Sanitätsfachhandel oder Sanitätshäuser, zu deren Angebot zum Beispiel Bandagen, Stützhilfen, Rollstühle, Prothesen und sonstige medizinische Hilfsapparate gehören, ist dem Einzelhandel ebenso zuzurechnen wie Drogerien, die freiverkäufliche Arzneimittel anbieten.

5.2.3 STATIONÄRE UND TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN

Unter den Einrichtungen der (teil-)stationären Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege subsumiert. Krankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen und in denen Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Sie stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und sind darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten. Hochschulkliniken sind hier ebenfalls enthalten.

C1 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind Einrichtungen, die der (teil-)stationären Behandlung dienen, um durch Anwendung von Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapie oder Sprachtherapie) und anderen geeigneten Hilfen eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder einer drohenden Behinderung beziehungsweise Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.
C2 stationäre und teil- stationäre Pflege	Stationäre Pflegeeinrichtungen repräsentieren die Grundgesamtheit der Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) untergebracht und gepflegt werden können. Teilstationäre Pflegeeinrichtungen unterscheiden sich von den stationären dadurch, dass der Pflegebedürftige zeitlich befristete Pflege und Betreuung erhält. Zu den Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege zählen unter anderem Altenpflegeheime sowie Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege.
C3 Rettungsdienste	Rettungsdienste beinhalten die Leistungen des Krankentransportes und der Notfallrettung. Sie können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein. Die Aufgabe des Rettungsdienstes besteht in der Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten am Einsatzort, der Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und der fachgerechten Betreuung mit besonders ausgestatteten Rettungsmitteln zur Beförderung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung.

ANHANG

5.2.4 VERWALTUNG

Zu den Verwaltungseinrichtungen zählen die Einrichtungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie Einrichtungen der Organisationen der Leistungserbringer (zum Beispiel Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Ärzte- und Zahnärztekammern, Apothekerkammern)

5.2.5 SONSTIGE EINRICHTUNGEN

Unter die sonstigen Einrichtungen werden unter anderem Einrichtungen anderer Wirtschaftszweige, die Gesundheitsleistungen oder -güter anbieten (zum Beispiel Taxiunternehmen, die Krankenfahrten durchführen), subsumiert.

5.2.6 F – VORLEISTUNGSINDUSTRIEN DES GESUNDHEITSWESENS

In diesem Sektor werden Vorleistungen ausschließlich für das Gesundheitswesen produziert. Ihm gehören die pharmazeutische, die medizintechnische und die augenoptische Industrie sowie die medizinischen Laboratorien und der Großhandel an.

5.2.7 F1 – PHARMAZEUTISCHE INDUSTRIE

Schwerpunkt der pharmazeutischen Industrie ist die Arzneimittelforschung und -entwicklung sowie die Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen.

5.2.8 F2 – MEDIZINTECHNISCHE UND AUGENOPTISCHE INDUSTRIE

Die medizintechnische Industrie stellt die im Gesundheitswesen benötigten technischen Hilfsmittel und Geräte (zum Beispiel Ultraschallgeräte, EKG-Geräte oder Computertomographen) zur Verfügung. In der augenoptischen Industrie steht die Herstellung von augenoptischen Erzeugnissen im Mittelpunkt.

5.2.9 F3 – MEDIZINISCHE LABORATORIEN UND GROSSHANDEL

Zu den medizinischen Laboratorien gehören Einrichtungen der Laboratoriumsdiagnostik, pathologische Institute sowie Laboratorien für medizinische Untersuchungen. Der Großhandel beinhaltet neben dem Großhandel für pharmazeutische Erzeugnisse auch den Großhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln und Laborbedarf sowie den Großhandel mit Dentalbedarf.

ANHANG

5.3 LITERATURVERZEICHNIS

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2012):

Berufliche Bildung in der Entwicklungszusammenarbeit – Positionspapier 8,

URL: http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Strategiepapier322_8_2012.pdf, Abruf am 16.05.14.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009): Sektorkonzept „Gesundheit in der deutschen Entwicklungspolitik,

URL: <http://www.bmz.de/de/publikationen/reihen/strategiepapiere/Konzepte183.pdf>, Abruf am 16.05.14.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2012): Zehn Ziele für mehr Bildung – BMZ-Bildungsstrategie 2010 – 2013,

http://www.bmz.de/de/publikationen/themen/bildung/Strategiepapier315_1_2012.pdf, Abruf am 16.05.2014

Shortage of Healthcare Workers in Developing Countries – Africa

URL: <http://txfvzgw.ishib.org/journal/19-1s1/ethn-19-01s1-60.pdf>, Abruf am 16.05.2014

KfW Entwicklungsbank (2013): Beschäftigungsförderung durch die Finanzielle Zusammenarbeit – Sektorale Ansätze zu Beschäftigungsförderung,

URL: <https://www.kfw-entwicklungsbank.de/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/Sammelband-Positionspapiere-Besch%C3%A4ftigung.pdf>, Abruf am 16.05.2014.

Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.1 - 2011

URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile: Abruf am 16.05.14

World Health Organization (2006): The world health report 2006 – working together for health:

URL: <http://www.who.int/whr/2006/en/>, Abruf am 16.05.14.

World Health Organization (2008): “Spotlight on Statistics”,

URL: http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_3.pdf, Abruf am 16.05.14.

World Health Organization (2008): Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification,

URL: http://www.ghdonline.org/uploads/Classifying_health_workers_-_Mapping_occupations_to_the_international_standard_classification.pdf, Abruf am 16.05.2014.

World Health Organization (2008): Scaling up, Saving Lives – Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers,

URL: http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf, Abruf am 16.05.14.

World Health Organization (2009): Global standards for the initial education of professional nurses and midwives,

URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HRH_HP_N_08.6_eng.pdf, Abruf am 16.05.14.

World Health Organization (2010) : Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention,

URL : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf, Abruf am 16.05.14.

World Health Organization (2011): Report of the Global Meeting of the Human Resources of Health Observatories,

URL: http://www.who.int/hrh/resources/observatories_meeting_report.pdf, Abruf am 16.05.14

ANHANG

World Health Organization (2011): Transformative Scale up of health professional education – An effort to increase the numbers of health professionals and to strengthen their impact on population health,
URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSS_HRH_HEP2011.01_eng.pdf, Abruf am 16.05.14.

World Health Organization / Global Health Workforce Alliance (2013): A universal truth: No health without a workforce,
URL: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf, Abruf am 16.05.14.

Impressum

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Sitz der Gesellschaft

Bonn und Eschborn

Sektorvorhaben Berufliche Bildung

Sektorvorhaben Gesundheitssystemstärkung

Godesberger Allee 119	Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
53175 Bonn	65760 Eschborn
Tel. +49 (0) 228 24934 – 0	Tel. +49 (0) 6196 79 – 0
Fax +49 (0) 228 24934 – 215	Fax +49 (0) 6196 79 – 1115

berufsbildung-arbeitsmarkt@giz.de hss@giz.de
www.giz.de

Redaktion

Sektorvorhaben Berufliche Bildung

Sektorvorhaben Gesundheitssystemstärkung

Gestaltung

Ulrike Albrecht visuelle Kommunikation, Darmstadt

Druck

Druckriegel GmbH, Frankfurt
Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier

Bildnachweis

Fotografie: Titel: Dirk Ostermeier; Seite 7: Ute Grabowsky; Seite 11: Dirk Ostermeier; Seite 17: Richard Lord;
Seite 21: GIZ Morocco; Seite 35: Bella Monse; Seite 41: GIZ Morocco

Stand

April 2015

Die GIZ ist für den Inhalt der vorliegenden Publikation verantwortlich.

Im Auftrag des

Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)

Referat Bildung und digitale Welt

Referat Gesundheit; Bevölkerungspolitik

Postanschrift der BMZ-Dienstsitze

BMZ Bonn	BMZ Berlin im Europahaus
Dahlmannstraße 4	Stresemannstraße 94
53113 Bonn	10963 Berlin
Tel. +49 (0) 228 99 535 – 0	Tel. +49 (0) 30 18 535 – 0
Fax +49 (0) 228 99 535 – 3500	Fax +49 (0) 30 18 535 – 2501

poststelle@bmz.bund.de

www.bmz.de