



Planung von Gesundheits- und Hilfsberufen

Monika Riedel, Gerald Röhrling*

Zusammenfassung

Zwar stellt der Arztberuf einen zentralen Teil der Humanressourcen im Gesundheitswesen dar, jedoch gibt es eine ganze Reihe weiterer Berufe, die unverzichtbar für diverse diagnostische, therapeutische und pflegerische Aktivitäten sind. Auch in diesen Berufen kann ein Mangel auftreten, der in den jeweiligen Bereichen negative Folgen für die Versorgung hat. Aufbauend auf einem früheren IHS-Bericht zur Planung in diesen Berufen werden in diesem HSW aktuelle Entwicklungen und internationale Erfahrungen zusammengefasst.

Einleitung

„Health workforce planning“ beschäftigt sich damit, die richtige Anzahl von Personen mit den richtigen Qualifikationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort zur Verfügung zu stellen, um so die dem tatsächlichen Bedarf entsprechenden Leistungen erstellen zu können (Matrix Insight 2012). Planung soll demnach eine optimale Abstimmung zwischen Angebot an und Nachfrage nach Gesundheitspersonal¹ in der kurzen wie auch in der langen Frist sicherstellen. Gerade hierzu sind zukunftsgerichtete Analysen notwendig, um diesen Planungsprozess zu informieren. Dies kann in Form von Projektionsrechnungen oder – etwas anspruchsvoller – von Prognosen erfolgen.

INFOBOX:

Prognosen versus Projektionsrechnungen. Kroezen et al. (2018) verstehen unter dem Erstellen von **Prognosen** wissenschaftsbasierte und politikgetriebene Methodologien, die bei ihrer Anwendung auf das Gesundheitspersonal folgende Schritte beinhalten: (1) den Entwurf alternativer (im Sinne von: mehrerer verschiedener) Zukunftsversionen, (2) die Bestimmung der wahrscheinlichsten davon sowie (3) die Planung im Hinblick auf diese wahrscheinlichsten Szenarien, wobei bestimmte Einflüsse wie politisches Klima oder Entwicklung der Ressourcen mit einbezogen werden. **Projektionen** hingegen erstellen ausgehend vom Status quo Szenarien anhand von Annahmen über zukünftige Entwicklungen und sehen sich die vermutlichen Auswirkungen dieser Entwicklungen an. Typischerweise spannen ein optimistisches und ein pessimistisches Annahmenset eine Bandbreite von möglichen Entwicklungen auf. Prognosen sind insofern anspruchsvoller als Projektionen, als Prognosen versuchen, die Zukunft vorherzusagen, und die dazu führenden Theorien und Hypothesen brauchen.

Bereits im Jahr 2015 wurde eine Übersicht der Planungsbemühungen bezüglich ausgewählter Gesundheitsberufe in ausgewählten europäischen Ländern erstellt (Riedel et al. 2016). Den Ausgangspunkt bildete dabei die Umgestaltung der Primärversorgung in Österreich im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Die Überlegung war, dass eine Aufwertung einzelner Gesundheitsberufe mit dem Ziel einer Verbesserung der Primärversorgung nur dann zielführend sein kann, wenn die Angehörigen aller entsprechenden Berufe in ausreichender Zahl und mit ausreichender Qualifikation und Ausbildung zur Verfügung stehen, nicht allein Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte. Aus den nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit für die (erweiterten) Primärversorgungsteams vorgesehen sind, wurden die folgenden Berufe ausge-

* Institut für Höhere Studien; Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: health@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter www.ihs.ac.at abrufbar.

1 Wir verwenden hier den Ausdruck „Gesundheitspersonal“ als Übersetzung für das englische „health workforce“, implizieren damit also keine Unterscheidung nach Arbeitsmarktstatus (selbständig/angestellt), Berufsgruppe (ärztlich/nichtärztlich, akademisch/nichtakademisch) oder Vertragsstatus (mit/ohne Vertrag mit Krankenkasse oder anderen Institutionen).

Zusammenfassung

Einleitung



wählt und in einen internationalen Vergleich gestellt: Diätologie, Ergotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammenwesen, Logopädie und Physiotherapie.

Die Länderauswahl für den internationalen Vergleich richtete sich ebenfalls am Primärversorgungsthema aus. Es sollten Länder als Benchmark herangezogen werden, denen aufgrund ihrer Strukturmerkmale eine qualitativ hochstehende Primärversorgung attestiert wird. Beruhend auf der Einschätzung von Kringos et al. (2013) wurden daher Deutschland, Finnland, die Niederlande, Österreich und das Vereinigte Königreich (UK) ausgewählt. Spanien war zwar damals für die Länderauswahl angedacht worden, es lagen aber zu wenige Informationen vor, um das entwickelte Vergleichsraster für Spanien sinnvoll befüllen zu können. Das inzwischen eingeführte spanische Gesundheitsberuferegister wird daher erst in diesem Beitrag vorgestellt. Deutschland rangiert bezüglich der Qualität der Primärversorgung zwar nicht in der Spitzengruppe, wurde aber in den Vergleich aufgenommen, weil die Migrationshürde zu Österreich sehr niedrig und die deutsche Situation daher für viele österreichische Fragen mitzubersichtigen ist.

Planung von Gesundheitsberufen auf EU-Ebene: Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWF)

Das Gesundheitswesen gehört bekanntlich zu jenen Themen, für die keine Kompetenz auf die europäische Ebene übertragen wurde, diese Thematik ist in der nationalen Gestaltungsmacht verblieben. Um dennoch zu einheitlicheren Planungsgrundlagen zu kommen und den Erfahrungsaustausch zu unterstützen, wurde die „Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting (JAHWF)“ ins Leben gerufen. Dieses von der EU bzw. Belgien geförderte Projekt lief im Zeitraum 2008–2016 mit der Zielsetzung, Planungsprozesse für Gesundheitspersonal weiterzuentwickeln und die teilnehmenden Länder darin zu unterstützen, die wesentlichsten Herausforderungen zu meistern, die sich aus der Planung dieser Ressourcen und auch allgemeiner im Personalkontext des Gesundheitswesens ergeben. Das Projekt konzentrierte sich auf jene fünf ausgewählten Berufsgruppen, auf die sich meist auch die vorhandenen Planungsmodelle beziehen und die nach der Richtlinie 2005/36/EG automatisch anerkannt werden. Dabei handelt es sich um Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Krankenpflegekräfte, Apotheker/-innen und Hebammen.

Im Zuge des JAHWF-Projektes wurden fünf Schlüsselthemen identifiziert (Kroezen et al. 2018):

(1) Uneinheitliche Terminologie. Klarerweise bildet eine solide Datenbasis die Grundlage jeder Planungstätigkeit. Bereits bei dieser Grundvoraussetzung beginnen jedoch die Herausforderungen, da die Daten oft nicht zentral gesammelt werden, die aus unterschiedlichen Kontexten kommenden Terminologien uneinheitlich interpretiert und angewandt werden und somit häufig eine einheitliche und konsistente Datenbasis fehlt. Als Beispiel sei genannt, dass es für Planungszwecke wesentlich ist, zwischen „berufsausübenden“ und „berufsberechtigten“ Personen zu unterscheiden. Internationale Quellen erheben aber teils die eine, teils die andere Definition.

(2) Fehlende Informationen. Ein in Österreich sehr gut bekanntes Problem ergibt sich, wenn für die Berufsausübung keine verpflichtende Registrierung vorgesehen ist. Fehlt diese, fehlen häufig auch Daten im für Planungszwecke nötigen Detailgrad. Beispielsweise sind Altersstruktur, Spezialisierung und regionale Verteilung wesentliche Informationen, um eine gehaltvolle Planung in Angriff nehmen zu können. Hier spielt auch die Migration mit hinein, ein in Österreich viel diskutiertes Thema bei der Emigration von Medizinabsolventinnen/-absolventen und bei der Immigration von Pflegekräften unterschiedlichster Ausbildung. Eine aussagekräftige Datensammlung sollte hier auch beachten, ob die Migration nur vorübergehend ist: Verlassen beispielsweise Jungärztinnen/-ärzte vor Beginn der postpromotionellen Ausbildung Österreich, kehren aber nach wenigen Praxisjahren mit Berufsberechtigung wieder zurück, so stellt dies eine andere Planungsgrundlage als dauerhafte Emigration dar. Erschwert wird die Planung, gerade auch hinsichtlich der Migrationsfrage bei Gesundheitspersonal, durch den zuvor genannten Umstand der fehlenden Einheitlichkeit in der Terminologie. Beispielsweise: Ab einem wie langen Aufenthalt kann von Migration gesprochen werden? Abhilfe könnte hier die Definition eines „Minimaldatensatzes“ schaffen, der festlegt, welche Informationen jedenfalls zu sammeln sind, um Verknüpfbarkeit zu erreichen. Derzeit wird ein solcher Minimalstandard jedoch noch nicht angewandt, ein Modell hierfür wurde im Rahmen des JAHWF-Projektes entwickelt und getestet.

Der entwickelte Minimaldatensatz versteht sich als Grundvoraussetzung für Planungsmodelle und kann als Gerüst für die Feststellung herangezogen werden, ob ausreichende Planungsdaten vorhanden sind. Tabelle 1 stellt grob die Gliederung dieses Minimaldatensatzes dar. Die darin angeführten Zahlen zeigen, in wie vielen der zwölf teilnehmenden Länder die Datenverfügbarkeit





Tabelle 1: Internationale Verfügbarkeit der Mindestdaten für Planungsmodelle

Daten zur Berechnung des Indikators	Angebotsindikatoren ^a					Nachfrageindikatoren ^b	
	Labour Force	Absolventinnen/Absolventen	Berufsbeendigung	Immigration	Emigration	Bevölkerung	Inanspruchnahme
Beruf	12	10	9	8	4	N/A	N/A
Alter	12	5	7	5	2	11	8
Personenanzahl	12	10	10	7	4	11	8
Vollzeitäquivalente	7	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Region	11	6	7	5	2	9	7
Spezialisierung	11	8	6	6	2	N/A	N/A
Land des ersten Qualifikationserwerbs	6	3	3	5	2	N/A	N/A
Geschlecht	10	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Anmerkung: Umfasste Länder: Belgien, Deutschland, Finnland, Griechenland, Italien, Niederlande, Polen, Portugal, Ungarn, Slowakei, Spanien und Island als einziges Nicht-EU-Land

^a Labour Force: Anzahl des praktizierenden Gesundheitspersonals; Absolventinnen/Absolventen: Anzahl der Personen, die pro Jahr eine Gesundheitsausbildung abschließen (Grundausbildung oder Spezialisierung); Berufsbeendigung: Prognose der Anzahl der Personen bzw. Vollzeitäquivalente, die pro Jahr den Beruf beenden; Immigration: Vorausschätzung der Anzahl an Personen mit anerkannter Berufsberechtigung, die pro Jahr ins Land kommen, basierend auf dem Durchschnitt der letzten Jahre; Emigration: Vorausschätzung der Anzahl an Personen mit anerkannter Berufsberechtigung, die pro Jahr das Land verlassen, basierend auf dem Durchschnitt der letzten Jahre

^b nach Altersgruppen

Quelle: Kroezen et al. (2018)

in einzelnen Bereichen gegeben war; Österreich hatte nicht teilgenommen. Das ernüchternde Ergebnis dieser Übersicht ist, dass besonders nachfrageseitig die Datenlage sehr dünn ist. Aber auch angebotsseitig muss festgehalten werden, dass viele Informationen fast nur für den ärztlichen Beruf vorliegen.

Aus Planungssicht besonders schmerzhaft ist, wenn die Information über das Ausmaß der Beschäftigung fehlt. Gerade in so weiblich dominierten Branchen wie dem Gesundheits- und Sozialwesen kann die Personenanzahl nur ungenügend Auskunft über die tatsächlich verfügbaren Kapazitäten in den einzelnen Berufen geben. Wird dieser Aspekt vernachlässigt, kann es zu erheblichen Fehleinschätzungen kommen, und zwar sowohl bei nationalen Planungen als auch im internationalen Vergleich. Auch Erfahrungswerte, um Personenzahlen in Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu „übersetzen“, schaffen bei nationalen Planungen nur Abhilfe, solange sich der jeweilige Arbeitsmarkt nicht zu dynamisch entwickelt. Beispielsweise hat sich die Teilzeittätigkeit bei Hebammen in Wiener Krankenanstalten innerhalb einer Dekade so ausgedehnt, dass praktisch ein Arbeitstag pro Woche und angestellte Hebamme dadurch „verloren“ – ein Umstand, der in der Personalplanung Beachtung finden sollte (Riedel et al. 2020a). Im Planungsmodell für Rheinland-Pfalz beispielsweise verzichtet man bewusst auf eine Berechnung in VZÄ, weil es nicht möglich ist, den „Inflow“ aus den Ausbildungseinrichtungen in VZÄ abzubilden (Castello et al. 2017).

Internationale Vergleiche können umso solidere Anhaltspunkte liefern, je konkreter die verglichenen Werte strukturell übereinstimmen. Die faktische Personalverfügbarkeit bei einer einheitlichen Anzahl Beschäftigter kann sich im internationalen Vergleich selbst bei Vollbeschäftigung der gezählten Personen unterscheiden, je nach Wochenarbeitszeit, Urlaubs- und Karenzregelungen und ähnlichen Faktoren. Insofern sind in einheitlich definierte VZÄ umgerechnete Werte aussagekräftiger. Tabelle 1 zeigt, dass Daten in VZÄ längst nicht in allen Ländern verfügbar sind. Aber selbst wenn Länder Daten zu VZÄ veröffentlichen, sind die Definitionen hierfür nicht einheitlich und die Länder berechnen diese Daten unterschiedlich (Girasek et al. 2016). Zwar setzen einzelne Länder durchaus die Arbeitszeit laut Vertrag als Berechnungsbasis für die Umrechnung von faktischem Personal in VZÄ ein, andere Länder vereinfachen aber mangels konkret erhobener Werte. So wendet Finnland für die Umrechnung von Teilzeitbeschäftigten im Gesundheitswesen generell ein Arbeitsausmaß von 60 % an, basierend auf einem länger zurückliegenden Survey. Spanien geht generell pro vollzeitbeschäftigten Mann von 0,917 VZÄ aus, wobei die Differenz zu 1,0 mit Urlauben, Krankenstand und fremden Tätigkeiten (wie Unterrichten) erklärt wird. Für Frauen wird mit 0,826 ein etwas niedrigerer Wert angesetzt (Girasek et al. 2016).

(3) Modelle. Erst wenige Länder planen Gesundheitspersonal modellbasiert, umfassend und regelmäßig. Bei den angewandten Planungen werden drei Modellkategorien unterschieden (Ono et al. 2013, Matrix Insight 2012):



- Angebotsbasierte Modelle verfolgen einen Inflow-Outflow-Ansatz, kombiniert mit der Aktivitätsrate des aktuellen Gesundheitspersonals. Das heißt, Daten über Berufseinstiege (aus der Ausbildung, der Karenz, dem Ausland) werden mit Berufsbeendigungen (Renteneintritt, Abwanderung ins Ausland oder in andere Berufe oder anderes) abgeglichen, oft gefolgt von einer Umrechnung von Personen in VZÄ.
- Nachfragebasierte Modelle gehen von demografischen Faktoren sowie der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus, um davon die benötigten Kapazitäten an Gesundheitspersonal abzuleiten.
- Bedarfsorientierte Modelle erweitern den nachfrageorientierten Ansatz um epidemiologische und soziokulturelle Aspekte.

Meist wird ein angebotsorientierter Ansatz verfolgt, der sich häufig auf einige wenige Berufe, meist Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte, beschränkt. Durch den damit beschränkten „Silo-Ansatz“ werden u. a. Verschiebungen zwischen Berufen bezüglich der wahrgenommenen Aufgabenbereiche leicht übersehen. Ein ähnliches „Silo-Problem“ ergibt sich, wenn Planung nur für einen Bereich – häufig der Akutkrankenhaussektor – erfolgt, der entsprechende Beruf aber auch in anderen Settings ausgeübt wird (DIP 2019). Außerdem wäre es wünschenswert, erfolgte Planungen empirisch zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen, wie Kroezen et al. (2018) kritisieren. All dies erfordert nicht nur eine solide und umfassende Datenbasis (die wie erwähnt derzeit nur teilweise vorliegt), sondern auch entsprechend qualifiziertes Planungspersonal an den mit der Planung befassten Stellen, seien es Ministerien, Planungsbehörden oder die leistungs anbietenden Organisationen wie Krankenanstaltenverbände² selbst.

(4) Vorausschätzungen. Ist bereits die Darstellung des Status quo aufgrund der geschilderten Umstände schwierig und nur mit erheblichen Abstrichen zwischen einzelnen Ländern oder auch Berufsgruppen vergleichbar, so muss eine zukunftsgerichtete Planung weitere Faktoren berücksichtigen. Einzelne Berichte konstatieren sogar, dass derzeit kein Land Bedarf, Nachfrage und Angebot an Gesundheitspersonal in einer Weise prognostiziert, die als Best Practice angesehen werden könnte (Kroezen et al. 2018, Dussault et al. 2010). Für die Abschätzung zukünftiger Bedarfe sind epidemiologische wie auch versorgungstechnische Aspekte zu berücksichtigen. Die Entwicklung einzelner Risikofaktoren kann Inzidenz und Prävalenz von Bedarfen beeinflussen, der medizinische Fortschritt wiederum kann neue Behandlungsbedarfe schaffen (bei besseren oder neu entstehenden Behandlungsmöglichkeiten) und bei bestehenden die Personalintensität sowie die Krankheitsdauer beeinflussen. Über all dies kann naturgemäß kein gesichertes Wissen vorliegen: Ein üblicher Weg, um zu abgesicherten Einschätzungen zu gelangen, sind Interviews und/oder Workshops mit Fachleuten der involvierten Disziplinen.

(5) Internationale Kooperation. Abschließend ist auf die Möglichkeit, wenn nicht sogar Notwendigkeit internationaler Kooperation in der Planung der Gesundheitsressourcen hinzuweisen (OECD 2016). Im Kontext der ärztlichen Versorgung in Österreich ist dieses Manko seit einigen Jahren evident, wird aber wenig diskutiert. Personenfreizügigkeit im EU-Raum ermöglicht und unterstützt die Mobilität junger Menschen, die insbesondere nach erfolgreich absolvierter Ausbildung in Schlüsselqualifikationen wie eben Gesundheitsberufen oft auch außerhalb ihres Herkunftslandes mit offenen Armen empfangen werden. Je höher diese Mobilität ausfällt, desto wesentlicher ist ihre Berücksichtigung in der Planung der Gesundheitsressourcen,³ aus sprachlichen Gründen ist für Österreich hier besonders der DACH-Raum von Interesse.

Diese Erkenntnisse legen nahe, sich zuerst mit der grundlegendsten Information – den Bestandsdaten – zu beschäftigen, bevor Planungsmethoden und -modelle der Gesundheitsberufe in den Fokus gerückt werden. Es ist wenig erstaunlich, dass für den ärztlichen Beruf die beste Datenlage vorzufinden ist. Zum einen ist das der zentralen Rolle geschuldet, die Ärztinnen/Ärzten wohl in allen entwickelten Gesundheitssystemen zukommt, zum anderen ist aufgrund dieser zentralen Rolle die Ausübung des Berufes (zumindest) in allen OECD-Ländern an strenge Ausbildungs- und Qualitätskriterien gebunden, die in der Regel in einer zentralen Registrierung der berufs berechtigten Personen mündet. Da gesicherte Bestandsdaten über einen Berufsstand vor allem dann vorliegen, wenn eine Registrierungspflicht besteht, wird dem Thema der Registrierung ein eigener Abschnitt gewidmet, bevor ausgewählte nationale Planungsmodelle dargestellt werden.

² In diesem Fall – Krankenanstaltenverbände – ist eine andere Form von „Silo-Planung“ zu thematisieren, nämlich die Planung für den intramuralen Bereich versus das gesamte Gesundheitswesen.

³ Auf die damit einhergehenden finanziellen Überlegungen kann an dieser Stelle aus Platzgründen nicht eingegangen werden: Beispielsweise, sollen Personen nach Absolvierung einer für sie kostenlosen Ausbildung ins Ausland abwandern dürfen, ohne sich an den Ausbildungskosten zu beteiligen? Dieses Thema stellt sich aus österreichischer Sicht nicht nur bezüglich Emigration nach einem Medizinstudium, sondern z. B. auch bezüglich Immigration nach Krankenpflegeausbildung.





Registrierung

In allen OECD-Ländern unterliegt der Zugang zu Gesundheitsberufen einem Lizenzverfahren, wobei dieses häufig von einer Berufsorganisation durchgeführt wird. Die Begründung für diese Eintrittsschranke liegt in der Sicherstellung, dass Personen in Gesundheitsberufen über bestimmte Mindeststandards in theoretischem Wissen und praktischen Fertigkeiten verfügen, sodass auch die Sicherheit der Patientinnen/Patienten gewährleistet ist. Ein möglicher Nachteil dieser Eintrittsbeschränkung liegt darin, möglicherweise zu wenigen Personen den Berufseintritt zu ermöglichen, was mit der Erzielung von sogenannten Produzentenrenten⁴ auf der Angebotsseite einhergehen kann (OECD 2016).

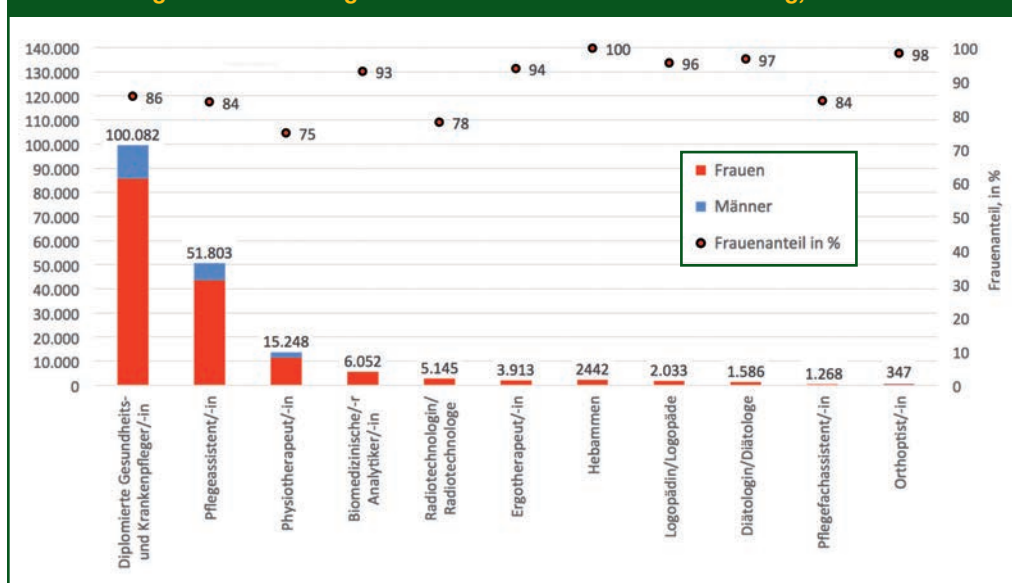
Mit der gleichen Argumentation werden Berufsberechtigungen häufig nicht auf Lebenszeit vergeben, sondern sind an Rezertifizierungen gebunden, um sicherzustellen, dass Qualifikationen erhalten und relevantes neues Wissen in die Berufsausübung integriert wird. Diese Fortbildung wird üblicherweise als „continous professional development (CPD)“ bezeichnet. Ausmaß und Art der konkreten CPD-Aktivitäten unterscheiden sich international stark, auch zwischen den Berufen. Auch hier hat die Regulierung meist ihren Anfang im ärztlichen Bereich genommen und in unterschiedlicher Form, Art und Geschwindigkeit und in variierendem Ausmaß andere Gesundheitsberufe erreicht.

Österreich

Seit 1. Juli 2018 können sich Personen mit entsprechender Ausbildung in zehn nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Gesundheitsberuferegister eintragen und sich ihren Berufsausweis ausstellen lassen. Seit 1. Juli 2019 ist die Eintragung vor der Aufnahme einer entsprechenden Beschäftigung verpflichtend; diese Verpflichtung wurde im Zuge der Covid-19-Krise jedoch bis längstens 31. März 2021 aufgehoben, um bis dahin den Zugang von Personal zum Gesundheitssystem zu erleichtern. Für Hebammen ist die Registrierung ebenfalls verpflichtend; das Register wurde 2008 im § 42 ff. Hebammengesetz genau definiert und wird vom Österreichischen Hebammengremium geführt.

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege besitzen rund 153.000 Personen eine Berufszulassung, wobei rund zwei Drittel (65 %) diplomiert sind. Erstmals sind auch Pflegepersonen erfasst, die in anderen veröffentlichten Statistiken nicht ausgewiesen sind: Dies betrifft den Behindertenbereich sowie die Bereiche Pflegeheime, mobile Dienste und Lehre. Rund 52.000

Abbildung 1: Anzahl der registrierten Personen mit Berufszulassung, Stand Mai 2020



Quelle: Hebammen: telefonische Auskunft des Österreichischen Hebammengremiums; alle anderen Gesundheitsberufe: Auswertung des Gesundheitsberuferegisters (<https://gbr-public.ehealth.gv.at/>), Onlineabfrage am 7. Mai 2020; IHS 2020

⁴ Unter Produzentenrente versteht die Ökonomie die Differenz zwischen dem tatsächlichen Verkaufspreis und dem niedrigsten Preis, zu dem die produzierende Firma noch kostendeckend verkaufen könnte. Freier Zugang zum Beruf, so die Theorie, lässt diese Rente gegen null sinken.



Personen sind im Bereich der Pflegeassistenz registriert, etwa 1.270 im Bereich der Pflegefachassistenz. Außerhalb des Pflegebereichs spielen quantitativ Physiotherapeutinnen/-therapeuten die größte Rolle (rund 15.000), gefolgt von biomedizinischen Analytikerinnen/Analytikern (rund 6.000), Radiologietechnologinnen/-technologern (rund 5.000) und Ergotherapeutinnen/-therapeuten (rund 4.000). Der Männeranteil ist in den Bereichen Physiotherapie (25 %) und Radiologietechnologie (22 %) am größten.

Die Anzahl der praktizierenden, direkt an den Patientinnen/Patienten arbeitenden Personen lässt sich gegenwärtig noch nicht aus dem Gesundheitsberuferegister ableiten, sodass ein internationaler Vergleich der im praktizierenden Bereich tätigen Personen derzeit nicht sinnvoll erfolgen kann. Im Register ist vermerkt, bei welcher Organisation jemand beschäftigt ist. Nicht eingetragen werden allerdings Funktion und Ausmaß der Beschäftigung. Beides sind notwendige Informationen, wenn Registerdaten für Planungszwecke herangezogen werden sollen. Die Funktion ist von Interesse, weil Personen in Verwaltung, Lehre und Forschung zwar ihre Fachkenntnisse sinnvoll und berufsrelevant einsetzen, aber nicht unmittelbar für Versorgungszwecke zur Verfügung stehen, großteils nicht einmal in Krisen wie der Covid-19-Pandemie.

Deutschland

Es gibt keine allgemeingültige Definition der Gesundheitsberufe in Deutschland. Es wird zwischen geregelten und nicht geregelten Berufen unterschieden, wobei das Landesrecht all jene Berufe regeln darf, die nicht vom Bundesrecht erfasst sind. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz darf der Bund die Zulassung zu den ärztlichen (einschließlich der tierärztlichen) und anderen Heilberufen regeln. Zu den Heilberufen zählen diejenigen Berufe, deren Tätigkeit die Heilung von Krankheiten und die medizinisch-helfende Behandlung und Betreuung von Patientinnen/Patienten erfasst; in allen Heilberufen ist das Führen der Berufsbezeichnung geschützt.

Ebenso wenig wie eine allgemeingültige Definition der Gesundheitsberufe besteht ein umfassendes nationales Register der Personen mit Berufsberechtigung in einem Gesundheitsberuf. Seit einigen Jahren wird zwar an einem bundesländerübergreifenden elektronischen Gesundheitsberuferegister (eGBR) gearbeitet; dessen Hauptzweck liegt aber in der Ausstellung der Berufsausweise für Personen in jenen Gesundheitsberufen, für die keine Berufsvertretung diese Aufgabe übernimmt. Der Berufsausweis wiederum ist notwendig, wenn Daten von Patientinnen/Patienten via Versichertenkarte eingesehen und dann Leistungen mit der Krankenversicherung abgerechnet werden sollen. Damit erfüllt der Berufsausweis aus Sicht der Versicherten auch nicht den Zweck der Sicherung einer laufenden Mindestqualifizierung, sondern stellt lediglich die Abrechnungsfähigkeit fest (möchte eine selbständige Therapeutin beispielsweise nur mit Privatpatientinnen/-patienten arbeiten, benötigt sie nicht unbedingt den Zugriff auf die Daten der Patientinnen/Patienten und auch keinen Berufsausweis).

Der Bund darf nur die sogenannte Erstzulassung zum Beruf regeln. Fort- oder Weiterbildungsregelungen sind daher Aufgabe der Länder. Allerdings fordern § 124, 125 SGB V die zielgerichtete Fortbildung von Therapeutinnen/Therapeuten, die an der sogenannten „ambulanten Heilmittelversorgung“ (unter Heilmitteln versteht das deutsche Recht auch Dienstleistungen) beteiligt sind. Was konkret unter der zielgerichteten Fortbildung zu verstehen ist, unterliegt aber eben einer dezentralen Regelung.

Finnland

In Finnland besteht für 17 verschiedene Pflegeberufe eine Lizenzierungs- und Registrierungs-pflicht. Dazu gehören neben Apothekerinnen/Apothekern, Ärztinnen/Ärzten, Zahnärztinnen/-ärzten und Psychologinnen/Psychologen auch Diätologinnen/Diätologen, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Hebammen, medizinisch-technische Assistentinnen/Assistenten, Optiker/-innen, Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Sprachtherapeutinnen/-therapeuten sowie Zahn-pfleger/-innen und Zahntechniker/-innen. Das Register wird unter der Bezeichnung JulkiTerhikki von Valvira geführt, einer nationalen Aufsichtseinrichtung für den Gesundheitsbereich, und ermöglicht der Öffentlichkeit die Einsicht in Registrierungsnummer, Name und Spezialgebiete des Gesundheitspersonals sowie gegebenenfalls Beschränkungen der Tätigkeiten. Ein analoges Register besteht für Sozialberufe unter der Bezeichnung JulkiSuosikki, ebenfalls geführt von Valvira.⁵ Die Registrierung ist einmalig, eine regelmäßige Reregistrierung ist nicht vorgesehen. Bei Angestellten ist gesetzlich vorgesehen, dass die beschäftigende Einrichtung für entsprechende

⁵ https://www.valvira.fi/web/en/healthcare/professional_practice_rights, letzter Zugriff: 8.5.2020.





Fortbildung sorgt, in der Realität wird das unterschiedlich gehandhabt. Schlussendlich liegt oft nicht nur bei selbständig Arbeitenden die Fortbildung im Rahmen der Eigenverantwortung (Keskimäki et al. 2019).

Niederlande

In insgesamt zehn Gesundheitsberufen (Apothekerinnen/Apotheker, Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen, Hebammen, Heilpädagoginnen/-pädagogen, „physician assistants“, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Psychotherapeutinnen/-therapeuten)⁶ ist die Registrierung im sogenannten BIG-Register verpflichtend, um den Beruf ausüben zu dürfen. Das BIG-Register ermöglicht Patientinnen/Patienten sowie potenziellen Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern die Auskunft über die Berufsberechtigung von Gesundheitspersonal, dient aber auch als Planungsgrundlage für öffentliche Institutionen. Generell ist eine Reregistrierung im Abstand von fünf Jahren vorgesehen, um die Berufsberechtigung zu bewahren. Für die Reregistrierung gelten einheitliche Kriterien, konkret ein bestimmtes nachgewiesenes Ausmaß der Berufsausübung während der vergangenen fünf Jahre oder alternativ spezielle Trainingskurse (Riedel et al. 2016).

Spanien

Seit dem Jahr 2012 wird ein nationales Gesundheitsberuferegister („Registro Estatal de Profesionales Sanitarios – REPS“) aufgebaut, das alle Berufe umfassen soll bzw. alle Personen, die in Spanien diese Berufe auszuüben berechtigt sind. Bezogen auf die umfassten Berufe ist das Register somit sehr umfangreich.⁷ Zum einen wird auf die in Ländern wie Österreich historisch gewachsene und noch immer strikt befolgte Trennung zwischen dem ärztlichen und den nicht-ärztlichen Berufen verzichtet, zum anderen sind auch weitere traditionell akademische Gesundheitsberufe enthalten, die in Österreich nicht im Gesundheitsberuferegister aufscheinen. Zu nennen sind hier Apothekerinnen/Apotheker, Tierärztinnen/-ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte. Aber auch andere gesundheitsrelevante Berufe aus verwandten Bereichen, in denen aber nicht in direktem Kontakt zu Patientinnen/Patienten gearbeitet wird, sind im spanischen Register erfasst, wie Mikrobiologie oder Biochemie.

Zu den einzelnen Personen sind für Interessierte wie insbesondere Patientinnen/Patienten ähnliche Daten wie im österreichischen Register abrufbar: Name, Berufsberechtigung, gegebenenfalls Spezialisierungen und Zusatzberechtigungen, und die Organisation, bei der jemand beschäftigt ist.

Die Gesundheitsberufe werden meist im Angestelltenverhältnis ausgeübt. Die Dienstgeberinnen/Dienstgeber sind verpflichtet, Änderungen (Beginn und Ende von Dienstverhältnissen, Änderungen in Berufsberechtigungen o. Ä.) innerhalb von sieben Tagen dem Register zu melden, somit ist das Register sehr aktuell. Für Selbständige, die sich selbst einmelden müssen, gelten analoge Regeln.⁸

Aus österreichischer Perspektive bemerkenswert ist die sehr breit gefasste Zuständigkeit des Registers, das weder nach Berufsständen noch nach dem Ausbildungsweg für die Berufe unterscheidet, und zwar vor dem Hintergrund von 17 Regionen mit großer Autonomie in Belangen von Gesundheit und Pflege. Die Zusammenführung der bereits zuvor bestehenden regionalen Register dürfte auch eine der Herausforderungen im Prozess der Errichtung des einheitlichen Registers (gewesen) sein. Aber wird auf Planungszwecke abgestellt, schafft ein einheitliches Register günstigere Voraussetzungen dafür, auch zu einheitlich gestalteten Informationen zu kommen, die dann verknüpf- und einsetzbar sind, als separat gewachsene regionale Register. Diese Planungsüberlegungen stellten jedenfalls, neben der Qualitätssicherung bei so sensiblen Berufsfeldern, einen weiteren Beweggrund für die Schaffung des Registers dar (Bernal-Delgado et al. 2018).

Vereinigtes Königreich (UK)

Wie die Bezeichnung „registered nurse“ bereits nahelegt, besteht im Vereinigten Königreich schon seit langem, nämlich seit 1919, eine Registrierungspflicht, konkret für Pflegekräfte und Hebammen beim „Nursing and Midwifery Council (NMC)“. Seit Anfang 2019 müssen auch Personen, die die neu geschaffene Ausbildung als „nursing associate“ abgeschlossen haben, für

6 <https://english.bigregister.nl/registration>.

7 Für eine Auflistung der entsprechenden Berufe siehe <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/registroEstatal/Documents/2018ProfesionesSanitariasTituladasReguladasMSCBS.pdf>.

8 <https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/registroEstatal/home.htm>, letzter Zugriff: 8.5.2020.



Tabelle 2: Verpflichtende Register nichtärztlicher Gesundheitsberufe

	Österreich	Deutschland	Finnland	Niederlande	Spanien	UK
Berufe	11 Berufe, davon 10 im Gesundheitsberuferegister	–	17 Berufe im Register JulkiTerhikki	10 registrierte Berufe im BIG-Register; manche andere Berufe können sich registrieren lassen, manche sind bei ihrer Berufsvertretung registriert	alle Gesundheitsberufe in sehr breiter Definition, z. B. einschließlich Veterinärmedizin, Mikrobiologie	Pflege, Hebammen (NMC), 15 nichtärztliche Berufe (HCPC)
Registerführung	Arbeiterkammer für Unselbständige, GÖG für Selbständige, Hebammengremium für Hebammen	–	eigene Registrierungsstelle (Valvira) des Gesundheitsministeriums	eigene Registrierungsstelle (CIBG) des Gesundheitsministeriums	Gesundheitsministerium	eigene Registrierungsstellen: NMC, HCPC
Reregistrierung	alle 5 Jahre	–	nein	alle 5 Jahre	nein	alle 3 Jahre
Öff. Einsicht	ja	–	ja	ja	ja	ja

Anmerkungen: Mehr Details über die Registrierung sowie über die ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Einzelnen sind Riedel et al. (2016) zu entnehmen.

Quelle: IHS; Zusammenstellung laut Fließtext

ihre Berufsausübung beim NMC registriert sein.⁹ Die Registrierung ist alle drei Jahre zu erneuern und unterliegt einer Revalidierung.¹⁰

Analog unterliegen 15 weitere nichtärztliche Gesundheitsberufe einer Registrierungspflicht, die von einer berufsübergreifenden Organisation wahrgenommen wird, dem Health and Care Professions Council (HCPC). Diese Organisation erarbeitet auch die Mindeststandards für die Eintragung ins Register sowie die Reregistrierung und kann bei Beschwerden oder dem Verdacht auf das unberechtigte Führen einer Berufsbezeichnung aktiv werden.¹¹

Für die ausgewählten Länder gibt Tabelle 3 einen Überblick über die Register.

Ausgewählte Planungsmodelle

Deutschland

In Deutschland besteht keine Gesundheitspersonalplanung auf nationaler Ebene. Da sich aber auch in vielen deutschen Regionen bereits seit einigen Jahren ein Fachkräftemangel in Gesundheitsberufen abzeichnet, erstellen einige Bundesländer Projektionsrechnungen für einzelne Berufe; bundesgesetzlich verpflichtet sind sie dazu nicht. Planungszahlen sind aber für die Bundesländer von hohem Interesse, u. a. weil die Ausbildungskapazitäten auf Länderebene bestimmt und großteils von den Ländern finanziert werden. Die Ausbildungsstätten für zwölf Gesundheitsfachberufe¹² sind nach § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) mit einem oder mehreren Krankenhäusern verbunden, werden in der Regel auch von den Krankenhäusern getragen und wurden in den Ausbildungsstättenplan aufgenommen. Darüber hinaus gibt es für manche der zwölf Berufe auch von den Krankenhäusern unabhängige Privatschulen. Nicht im Ausbildungsstättenplan enthalten sind hingegen weitere sechs Gesundheitsfachberufe, die in privaten oder staatlichen Schulen ausgebildet werden (Altenpflege, Altenpflegehilfe, Masseurinnen/Masseur und medizinische Bademeister/-innen, Notfallsanitäter/-innen, pharmazeutisch-technische Assistenz, Podologie). Die Berechnungen der Bundesländer arbeiten mit unterschiedlicher Methodik; gerade in Bereichen, in denen keine verlässlichen Bestandsdaten zur Verfügung stehen, verlangt das Design einer Projektionsrechnung zur Identifikation möglicher Engpässe oft Kreativität. Im Folgenden wird die Herangehensweise in zwei großen Bundesländern, die die vermutlich ehrgeizigsten und konsequentesten Planungsbemühungen in Deutschland aufweisen, skizziert.

⁹ Diesen neuen Beruf gibt es nur in England, nicht in ganz UK. „Nursing associates“ sollen die „Kompetenzlücke“ zwischen diplomiertem Pflegepersonal und „health and care assistants“ überbrücken, unabhängig („stand-alone“) und sehr patientenzentriert arbeiten. Ihre Rolle ist als Ergänzung, nicht als Ersatz für diplomiertes Pflegepersonal gedacht und so angelegt, dass berufsbegleitende Weiterbildung die Karriereentwicklung in Richtung diplomierter Pflegekraft ermöglichen soll.

¹⁰ <https://www.nmc.org.uk>, letzter Zugriff: 12.5.2020.

¹¹ <https://www.hcpc-uk.org>, letzter Zugriff: 12.5.2020.

¹² Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe, medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, medizinisch-technische Radiologieassistenten, Orthoptik, Diätassistenz, Ergotherapie, Hebammen/Entbindungspfleger, Logopädie, Physiotherapie.





Branchenmonitoring Rheinland-Pfalz

Das Branchenmonitoring ist Teil eines umfassenden und im Jahr 2002 initiierten Projektes zur Fachkräftesicherung. Es war ursprünglich auf den Bereich der Pflege konzentriert, im Jahr 2010 erfolgte die Erweiterung auf die sogenannten Gesundheitsfachberufe und im Jahr 2015 die Ergänzung um den Aspekt des Ausbildungsbedarfs (Lauxen und Schäfer 2019, Lauxen 2018). In regelmäßigen Abständen wird im Auftrag des dortigen Gesundheitsministeriums die aktuelle Arbeitsmarktlage analysiert, zukünftige Entwicklungen abgeschätzt und Zielsetzungen für Fachkräftesicherungsmaßnahmen erarbeitet.

Das Branchenmonitoring gilt als eines der ambitioniertesten deutschen Projekte. Die Abschätzung der Arbeitsmarktentwicklung setzt auf einen Matchingansatz, also auf die Gegenüberstellung von Nachfrage (offene Stellen in den Gesundheitseinrichtungen, basierend auf Befragungen) und dem verfügbaren Angebot an den jeweiligen Fachkräften. Angebotsseitig werden drei Komponenten berücksichtigt: Absolventinnen/Absolventen der Ausbildungseinrichtungen, vermittelbare arbeitslose Fachkräfte und seit 2015 auch Personen mit anerkanntem ausländischem Ausbildungsabschluss (Castello et al. 2017).

Die Abschätzung von Angebot und Nachfrage bildet ein in mehrfacher Hinsicht sehr umfassendes Modell: Es berücksichtigt – jeweils einzeln mit individuell abgeschätzten Hintergrundbedingungen – eine sehr breite Palette von Gesundheitsberufen, und zwar drei Gruppen von bundes- oder landesrechtlich geregelten Berufen: Pflegeberufe, therapeutische Gesundheitsfachberufe und Assistenzberufe¹³ und darüber hinaus operationstechnische Assistentinnen/Assistenten und Rettungsassistenten/-innen. In der Pflege werden zudem auch für die un- und angelernten Pflegehilfskräfte und die Fachkräfte mit staatlich anerkannten Weiterbildungen Berechnungen durchgeführt. Das Modell umfasst etliche Versorgungsschienen, in denen die umfassten Berufe Einsatz finden können, beschränkt sich also nicht auf den Krankenhaussektor. Einbezogen werden auch Rehabilitationseinrichtungen, Altenpflegeeinrichtungen, Apotheken, verschiedene Praxen, Rettungsdienste und andere. Es wird aber darauf hingewiesen, dass dennoch nicht alle Arbeitssettings inkludiert sind, es fehlen beispielsweise Angestellte des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (Castello et al. 2017).

Basierend auf der Bestandsaufnahme der Ausbildungslandschaft und dem Gutachten zum Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen (Lauxen 2018) soll schließlich der Ausbildungsstättenplan als Teil des Landeskrankenhausplans einen bedarfsgerechten Rahmen für Maßnahmen im Bereich der Ausbildung schaffen, um das Potenzial verstärkter Erstausbildung für die Fachkräftesicherung vor allem in der Krankenhauslandschaft zu nutzen. Die Bedarfsabschätzung enthält berufsspezifische Fachkräftesicherungsszenarien, und die Ergebnisse werden je Ausbildungsstätte dargestellt. Über die zwölf Gesundheitsfachberufe hinaus enthält der Ausbildungsstättenplan für Rheinland-Pfalz zur Komplettierung der Übersicht einen nachrichtlichen Teil mit Fachkräftesicherungsszenarien, Ausbildungsbedarfen und in den Schulen geplanten Veränderungen zu den sechs zuvor genannten zusätzlichen Berufen. Beispielsweise wird hiermit ermöglicht, die Gesundheits- und Krankenpflege mit der Altenpflege „zusammenzudenken“, um mögliche Wechselwirkungen in den zukünftigen Bedarfen sinnvoll einzubeziehen.¹⁴ Die Erstellung des Planes erfolgt unter Einbeziehung der Ausbildungsstätten, beispielsweise werden sie bezüglich geplanter Veränderungen und bestehender ausbaubarer Ausbildungskapazitäten befragt (Lauxen und Schäfer 2019).

Die sogenannten Fachkräftesicherungsszenarien verdeutlichen und quantifizieren Maßnahmenbündel, mit deren Hilfe die prognostizierten Lücken in der zukünftigen Versorgung geschlossen werden könnten. Sie berücksichtigen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Maßnahmen, explizieren aber nicht die zur Zielerreichung notwendigen flankierenden Maßnahmen. Durch die strukturiert quantifizierte Darstellung der einzelnen möglichen Komponenten lassen sich die mehr oder weniger ergiebigen Maßnahmen für die einzelnen Berufe eruieren, wobei sich in vielen Berufen besonders eine Erhöhung der Ausbildungskapazität als ergiebig erweist. Die Maßnahmen zur Fachkräftesicherung lassen sich drei Strategiebereichen zuordnen: (1) der Gewinnung zusätzlicher Absolventinnen/Absolventen, (2) der Bindung der Beschäftigten und (3) der Gewinnung externer Potenziale, siehe Tabelle 3. Für die einzelnen Maßnahmen werden anhand verfügbarer Daten, gegebenenfalls ergänzt durch Interviews mit Fachleuten für die jeweilige

¹³ Pflegeberufe: Altenpflege, Altenpflegehilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Krankenpflegehilfe; therapeutische Gesundheitsfachberufe: Diätassistent, Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Masseur/-in und medizinische/-r Bademeister/-in, Physiotherapie, Podologie; Assistenzberufe: medizinisch-technische Assistenz für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin, medizinisch-technische Radiologieassistentin, Notfallsanitäter/-in bzw. Rettungsassistent/-in, Orthoptist/-in, pharmazeutisch-technische Assistenz.

¹⁴ Konkretes Beispiel: Im Fachkräftesicherungsszenario für Gesundheits- und Krankenpflege wird berechnet, wie die erwartete Lücke im Personalbedarf zu 131 % abgedeckt werden könnte, um die entstehende Lücke in der Altenpflege mit abzudecken, siehe Lauxen (2018: 30).



Tabelle 3: Hintergrundannahmen und Effekte für das Fachkräftesicherungsszenario in der Altenpflege

Maßnahme und Strategiebereich	Ist	Soll	Errechneter Beitrag zur Lückenschließung	Erläuterung
1 Demografiestabile Ausbildung	-	303	13 %	insgesamt 303 Absolventen mehr als prognostiziert zwischen 2020 und 2025
1 Verstärkte Erstausbildung	-	474	21 %	insgesamt 474 Absolventen mehr als prognostiziert zwischen 2021 und 2026
1 Abbrecherquote	12 %	10 %	8 %	reduziert
1 Nachqualifizierung	0	60	16 %	Erhöhung der Einwechslerquote von 52 % auf 65 %
1 Wechslerquote	23 %	19 %	10 %	reduziert
1 Unterbrecherquote	10 %	10 %	0 %	unverändert
2 Pendlerquote	-5 %	-5 %	0 %	unverändert
2 Lebensarbeitszeit	60	60	0 %	unverändert
2 Teilzeitquote	60 %	54 %	8 %	reduziert
3 Migration pro Jahr	0	0	0 %	unverändert
3 Stille Reserve	0	0	0 %	unverändert

Anmerkungen: Strategiebereich (1) Gewinnung zusätzlicher Absolventinnen/Absolventen, (2) Bindung der Beschäftigten und (3) Gewinnung externer Potenziale

Quelle: Lauxen (2018)

Berufs- und Ausbildungspraxis, Hintergrundannahmen getroffen, die exemplarisch für den Bereich der Altenpflege in der Tabelle dargestellt sind. Außerdem führt die Tabelle an, welcher Beitrag zur „Lückendeckung“ den einzelnen Komponenten zugeschrieben werden kann, sodass die Auswirkung der Gesamtheit der Maßnahmen auf die Versorgungskapazität im Zieljahr 2025 ersichtlich wird. Im konkreten Beispiel wird eine als realistisch angesehene Zielerreichung bei den einzelnen Maßnahmen in Summe voraussichtlich nur rund drei Viertel des Defizits von 2.250 Personen in der Altenpflege abdecken. Daher liefert diese Darstellung auch die Begründung für die Empfehlung, das bereits erwähnte größere Potenzial in der Gesundheits- und Krankenpflege „überauszunutzen“, also stärker auszunutzen, als bei isolierter Betrachtung der einzelnen Berufe notwendig erscheinen würde.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das sogenannte Branchenmonitoring ein regelmäßig durchgeführtes und in Umfang und Anspruch auch regelmäßig erweitertes Projekt darstellt. Die gesetzliche Verpflichtung zur Planung der Ausbildungsstätten wurde zum Anlass genommen, ein Modell zu entwickeln, in dem sinnvoll auch über den eigentlichen gesetzlichen Auftrag hinausgehende, aber eben inhaltlich relevante Komponenten (weitere Berufsgruppen) nach und nach mit einbezogen werden. Die regelmäßigen Updates ermöglichen eine Weiterentwicklung und eine Reaktion auf sich ändernde Bedingungen, wie die Einbeziehung von Gesundheitspersonal mit ausländischem Bildungsabschluss. Schlussendlich ist zu erwähnen, dass die Modellentwicklung an Hochschulen, aber im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführt (und wohl auch finanziert) wird.

Migration – Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen

Die Berichterstattung über die Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen (NRW), dem – mit einer rund doppelt so großen Bevölkerung wie Österreich – größten deutschen Bundesland, nimmt für sich in Anspruch, aus mehreren Gründen deutschlandweit richtungsweisend zu sein: Im Gegensatz zum oben skizzierten Ansatz erfolgt die Bedarfserhebung im Sinne einer Vollerhebung direkt bei den Gesundheitseinrichtungen; beim Arbeitsmarkt nicht gemeldete offene Stellen werden hier demnach auch berücksichtigt. Die Berechnungen erfolgen regionalisiert und vor allem auch regelmäßig, im Unterschied zu sporadisch und auf Einzelprojektbasis durchgeführten Erhebungen. Somit können auch Entwicklungstendenzen besser erkannt werden. Zu den Zielen der Berichterstattung zählt neben der Darstellung des Fachkräftebedarfs in den umfassten Berufen und der Entwicklung von Angebots-Nachfrage-Modellen für die neu in die Berichterstattung aufgenommenen Berufe auch eine Bedarfsprognose für Lehrende an Bildungseinrichtungen in NRW. Außerdem sind die Berechnungsergebnisse auch verpflichtend in Regionalkonferenzen zu diskutieren (DIP 2019).

Das verwendete multifaktorielle Angebots-Nachfrage-Modell wird kontinuierlich weiterentwickelt und ist in Abbildung 2 schematisch dargestellt. Wie auch das vom IHS für einzelne Berufe (Hebammen, Allgemeinmediziner/-innen, Psychiater/-innen) in Österreich eingesetzte Modell und die Bedarfsprognose der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) für Pflegepersonal ist das





Abbildung 2: Angebots-Nachfrage-Modell der Pflege- und Therapieberufe in Nordrhein-Westfalen



Quelle: DIP (2019)

Modell sektorübergreifend ausgelegt, beschränkt sich also nicht allein auf beispielsweise Beschäftigung im Krankenhaus. Angesichts der bestehenden geografischen und arbeitsspezifischen Mobilität nimmt die Bedeutung dieses Faktors eher zu denn ab. So ist häufig unklar, inwieweit das häufig nur unzureichend erhobene Ausmaß von Teilzeitbeschäftigung im weiblich dominierten Arbeitsmarkt Gesundheitswesen tatsächlich eine Reduktion der Angebotskapazität bedeutet oder nur eine zunehmende Aufteilung auf selbständige und unselbständige Tätigkeit.

Das Modell bezieht folgende Bedarfselemente in die Kalkulation ein:

- Der **Sofortbedarf** bezeichnet Stellen, die aktuell in den Gesundheitseinrichtungen besetzt werden könnten, sofern geeignete Bewerbungen einlangen.
- Der **Veränderungsbedarf** bezeichnet gewünschte Anpassungen in der Stellenkalkulation für die Erreichung der betriebswirtschaftlichen Ziele, kann also positive (etwa bei Kapazitätsausweitung) oder negative Werte (etwa bei Abteilungsschließung oder verringertem Arbeitskraftbedarf der entsprechenden Qualifikation durch „task shifting“) annehmen.
- **Neubedarf** entsteht durch eine steigende Anzahl von Einrichtungen, was derzeit vor allem im Pflegebereich aktuell ist, wo allein in NRW innerhalb von zwei Jahren rund 400 neue Einrichtungen registriert wurden. Konsequenterweise müssten auch hier positive wie negative Werte vorkommen können, da auch Einrichtungen – insbesondere Akutkrankenhäuser – geschlossen werden können. Die Konzentration am Krankenhausmarkt zeigt sich allerdings noch nicht in Form eines im Aggregat sinkenden Beschäftigungsvolumens (DIP 2019: 23).
- Mit **Ersatzbedarf** bezeichnet das Modell jene Kapazitäten, die durch das Ausscheiden von Personal neu zu besetzen sind, dieser umfasst somit eine temporäre (Erziehungszeit, Angehörigenpflege) und eine endgültige (insbesondere Altersrente) Komponente.

Auffällig im Vergleich zu den für Österreich verwendeten Modellen ist, dass Migration nicht thematisiert wird, weder in das/aus dem Ausland noch in andere/aus anderen Bundesländern. Ein weiterer Unterschied ist nicht der Methodik, sondern der durch das Modell abgebildeten Realität geschuldet: die Darstellung des Ausbildungssektors. Da das Modell als Berechnungsbasis für eine ganze Reihe von Berufen dient, sind auch die Ausbildungsinstitutionen heterogen.



Die Berechnung des Gesamtbedarfs erfolgt sodann folgendermaßen, jeweils in VZÄ im Erhebungsjahr:

Sofortbedarf
+ Ersatzbedarf
+ Neubedarf
+ Veränderungsbedarf
- Absolventinnen/Absolventen
- Arbeitsmarktreserven ¹⁵
<hr/>
Gesamtbedarf

Nicht für alle diese Angaben liegen ausreichend valide Daten vor, da sie auf einer Erhebung ohne verpflichtende Teilnahme beruhen. Sofern die Rücklaufquoten zu gering sind, um eine direkte Hochrechnung zu erlauben, werden daher prozentuelle Verhältnisse auf die statistischen Grunddaten angewandt.

Die heterogene Datenlandschaft, auf der die Berechnungen beruhen, führt zu einigen Unschärfen, die von den Autorinnen/Autoren des Berichts erläutert werden, wie unterschiedlichen Stichtagen bzw. Erhebungszeiträumen. In Deutschland dürften dieser Bericht und das Branchenmonitoring in Rheinland-Pfalz dennoch die ambitioniertesten Vorhaben der Gesundheitspersonalplanung auf Landesebene darstellen.

Finnland

Keskimäki et al. (2019) attestieren dem finnischen Staat nur geringe Steuerungskapazitäten für die Versorgung mit Gesundheitspersonal, sei es geografisch oder bezüglich Skill-Mix. Die staatliche Lenkungsmacht beschränkt sich auf die Abgabe von Empfehlungen sowie auf den Ausbildungssektor. Bedarfserhebungen und die Planung der Humanressourcen erfolgen im Rahmen der nationalen allgemeinen Arbeitsmarkt vorausschätzungen in Abstimmung zwischen Bildungs-, Gesundheits- und Wirtschaftsministerium sowie dem Statistikamt und Gemeindeorganisationen; schließlich nehmen Gemeinden wesentliche Agenden in der Gesundheitsversorgung wahr.

Theoretisch sind Universitäten unabhängig und Fachhochschulen werden von den Gemeinden betrieben, sodass die Zahl der Ausbildungsplätze dezentral festgesetzt werden könnte. Praktisch legen diese Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe die Zahl der Studienplätze in Abstimmung mit dem Bildungsministerium fest, das die Ausbildung auch finanziert (Keskimäki et al. 2019).

Da die Planung der Humanressourcen im Gesundheitsbereich schlussendlich im Rahmen der allgemeinen Arbeitsmarktplanung erfolgt, und seither keine aktuellere Information hierüber identifiziert wurde, verweisen wir aus Platzgründen auf die Darstellung in Riedel et al. (2016).

Niederlande

In den Niederlanden berät die Kapazitätsbehörde („Capaciteitsorgaan“) das Gesundheitsministerium bezüglich aller spezialisierten Post-Graduate-Ausbildungen. Für den ärztlichen Bereich wurde ein Prognosemodell entwickelt, dessen Ergebnisse die Grundlage für die Anzahl der Studienplätze in Medizin bieten. Damit sollen einerseits Überkapazitäten und (unnötig) hohe Ausbildungskosten vermieden werden, gleichzeitig sichert es die berufliche Stellung der bereits praktizierenden Ärztinnen/Ärzte. Derartige Mechanismen werden aber in anderen Gesundheitsberufen nicht angewandt. Die Ausbildungseinrichtungen für diese werden vom Bildungsministerium finanziert, sie legen aber die Zahl der angebotenen Studienplätze selbst fest. Seit 2014 wird die aufbauende Ausbildung im Rahmen der Spezialisierung von Pflegekräften, die in Krankenhäusern erfolgt, durch einen Beitrag des Gesundheitsministeriums („beschikbaarheidsbijdrage“) finanziert. Auch die Zahl dieser Ausbildungsplätze wird durch die jeweiligen Gesundheitseinrichtungen festgelegt (Kroneman et al. 2016). Eine regelmäßige berufs-, bereichs- oder regionsübergreifende Planung der Kapazitäten in den Gesundheitsberufen erfolgt nicht, die Niederlande bauen auch in diesem Bereich auf Marktkräfte und die Selbstorganisation der betroffenen Einrichtungen vor dem Hintergrund geregelter Qualitätsniveaus in der Ausbildung.

Vereinigtes Königreich (UK)

Pläne für die Weiterentwicklung des NHS-Personals finden sich in der übergeordneten Langfriststrategie, allerdings eher in Form genereller Ankündigungen und nur teilweise auch als exakte Angaben. Der im Jänner 2019 veröffentlichte „NHS Long Term Plan“ setzt auf eine stärkere Fokussierung des NHS auf ambulante Versorgung einschließlich einer besseren Abstimmung

¹⁵ Hierzu zählen im Wesentlichen Arbeitslose mit entsprechender Qualifizierung. Allerdings geht dieses Modell davon aus, dass diese nur bei einer höheren Rate als 2 % tatsächlich ein Arbeitskräftepotenzial darstellen, da bis zu diesem Anteil von Personen mit Vermittlungseinschränkungen, mit Einstellungszusagen o. Ä. auszugehen ist.





zwischen „primary care“ und „community care“. Integrierte Versorgung, aber auch mehr Eigenverantwortung der Bevölkerung und vor allem der Verantwortlichen auf lokaler Ebene sind wiederkehrende Themen in dieser Langfriststrategie.

Der Weiterentwicklung des NHS-Personals wird hohe Bedeutung beigemessen, und es findet sich wiederkehrend der Anspruch, das NHS zu einem begehrten Arbeitsplatz zu machen. Es wird auch festgehalten, dass lediglich „more of the same“ keine ausreichende Strategie für die geeignete Personalausstattung in der Zukunft darstellen kann, auch wenn sehr wohl auf die Unterbesetzung in vielen Bereichen, insbesondere in der Pflege, hingewiesen wird und Maßnahmen zur Nachbesetzung der offenen Stellen angekündigt werden. Dennoch erscheint der Langfristplan wenig konkret in den Maßnahmen, die ergriffen werden sollen. In vielem wird auf spätere Dokumente verwiesen, die erst nach Vorliegen der neuen Budgetzahlen erstellt werden können, aber auch jetzt (Mai 2020) noch nicht veröffentlicht wurden.

Ein konkreter Befund ist, dass die Planung des Gesundheitspersonals zu wenig zwischen nationaler und lokaler Ebene verzahnt sei. Als Abhilfe wurde eine neue Kooperation zwischen den Beteiligten installiert. „Health Education England (HEE)“, eine NHS-Organisation, die 2012 gegründet wurde und derzeit 150.000 Personen in Ausbildung für einen Gesundheitsberuf betreut, soll sich national mit „NHS-Improvement“ abstimmen, das nun die Gesamtverantwortung für das NHS-Personal trägt. Auf lokaler Ebene sollen „Local Workforce Action Boards“ Verantwortung für die Gesundheits- und Sozialdienste übernehmen (NHS 2019a). Im Zuge dessen müssen strategische Fünfjahrespläne entwickelt werden, die den Bedarf der lokalen Bevölkerung und darauf ausgerichtete Änderungen in der Versorgungslandschaft einschließlich ihrer praktischen Umsetzung abbilden. Die lokalen Pläne sind eingebettet in das „NHS Long Term Plan Implementation Framework“, das nicht nur Vorgaben für die lokale Entwicklung enthält, sondern auch in separaten Dokumenten Hilfestellung für die Entwicklung verspricht.

Im Juni 2019 wurde der „Interim NHS People Plan“ publiziert, der insbesondere der Angebotslücke von 40.000 offenen Pflegestellen allein in Krankenhäusern und im „community nursing“ besondere Beachtung schenkt. Wie auch im „NHS Long Term Plan“ wird erneut betont, dass nur ein umfassender Ansatz hier Abhilfe schaffen kann, der sowohl bei Berufsanfängerinnen/-anfängern aus dem In- und Ausland ansetzt, als auch Maßnahmen für den Erhalt und Stundenausweitungen des bestehenden Personals und die Rückkehr von (temporären) Berufsaussteigerinnen/-aussteigern umfasst. Letztere Thematik ergibt sich nicht nur durch die bewusste Entscheidung, aus dem Beruf auszusteigen, sondern kann bei registrierungspflichtigen Berufen, deren Verlängerung der Registrierung zudem einer Validierung und einer Gebühr unterliegt, auch schleichend erfolgen. Das NHS versucht dem durch Wiedereinstiegskurse entgegenzuwirken und gibt an, seit 2014 über diese Schiene 5.400 Personen zurück in den Pflegeberuf geholt zu haben. Im Bereich der Erstausbildung kündigt das Dokument Ausweitungen der Ausbildungskapazität um 5.000 Stellen an, was einem Viertel des Wertes von 2016 entspricht. Dafür soll insbesondere an praxisorientierten Elementen im Pflegestudium angesetzt werden, da in Gesprächen mit Ausbildungsleiterinnen/-leitern hier die entscheidenden Engpässe geortet wurden. Zudem sollen vielfältige Wege in den Pflegeberuf führen, um auch Personen aus unterschiedlichen Lebenssituationen und Altersgruppen den Zugang zu ermöglichen. Beispielsweise wird verstärkt auf die Lehre als Zugang in Pflegeberufen hingewiesen, um während der Ausbildung bereits ein Arbeitseinkommen zu erhalten. In diesem Kontext fällt auch der im „HEE Business Plan 2019/20“, veröffentlicht im August 2019, festgelegte Aktionsplan auf. Mit Fertigstellungsdatum 31. März 2020 werden 15 Maßnahmen genannt, die die Kapazitäten im Bereich Pflege und klinische Berufe qualitativ und quantitativ vergrößern sollen.

Der „Interim NHS People Plan“ hätte im Herbst 2019 von der nächsten Version, dem sogenannten „Full People Plan“, abgelöst werden sollen. Für diesen waren ehrgeizige Ziele gesetzt worden:

- Darstellung, wie der nötige Kulturwandel umgesetzt und die Führungskapazität entwickelt werden soll, um das NHS innerhalb der nächsten fünf Jahre zum „besten“ Arbeitsplatz zu machen
- Detaillierung der Änderungen in der multiprofessionellen Aus- und Weiterbildung, den Karrierepfaden, im Skill-Mix und von den Arbeitsweisen für die Versorgungslandschaft des 21. Jahrhunderts
- Detaillierte und vollumfängliche Feststellung, welches Personal in jedem der im „NHS Long Term Plan“ genannten Prioritätsfelder zusätzlich benötigt wird
- Aggregation der lokalen Planungen und somit ein nationaler Überblick über die Qualifikationslandschaft auf Angebots- und Nachfrageseite
- Abstimmung der lokalen und nationalen Personalbedarfe mit den Fünfjahresplänen zur digitalen Transformation und Effizienz

Allerdings findet sich derzeit (Mai 2020) kein Hinweis darauf, dass dieser Plan bereits erarbeitet wurde. Zu der Verzögerung mögen auch die im Zuge der Brexit-Debatte lange unbeantwortet



gebliebenen Fragen beigetragen haben, die die ohnehin bereits komplexe Thematik von sich ändernden Versorgungsbedarfen in einer anspruchsvollen Berufslandschaft verschärfen. Schließlich betonen die vorliegenden Dokumente regelmäßig, dass angesichts der Dauer der Ausbildung in Medizin und Pflege die Rekrutierung bereits ausgebildeten Personals aus dem Ausland eine wichtige Versorgungsschiene für das NHS darstellt und weiter darstellen wird. Daneben wird aber auch die Notwendigkeit der Erhöhung der nationalen Ausbildungskapazität als „key“ bezeichnet.

Health Professions in Transition

Mehr als drei Viertel der teilnehmenden Mediziner/-innen und Pflegepersonen bezeichneten sich in einem internationalen Survey¹⁶ in zumindest einigen Bereichen ihrer Tätigkeit als „overskilled“, meinten also, dass ihre Fähigkeiten anspruchsvollere Arbeiten erlauben würden, als sie derzeit ausüben (OECD 2016). Dieser Befund legt eine Beschäftigung mit der Frage der effizienten Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen – einschließlich des Arztberufs – nahe. Angesichts des global verbreiteten Mangels an Gesundheitspersonal sind die Bilder derjenigen Rollen, die Angehörige der einzelnen Gesundheitsberufe ausüben (sollen), ohnehin schon in Bewegung. Dies betrifft besonders die größte Berufsgruppe, die Pflege. Diskutiert wird die Übernahme von mehr Tätigkeiten, die jedenfalls in Ländern wie Österreich lange teils rechtlich, teils auch nur in der praktischen Ausübung den Ärztinnen/Ärzten vorbehalten waren. So nahm die Zahl der europäischen Länder zu, in denen (zumindest manchen) Krankenpflegekräften das Recht eingeräumt wurde, gewisse Medikamente zu verschreiben. Zwischen 2010 und 2019 haben acht Länder derartige Gesetze verabschiedet, die häufig aber nach wie vor ärztliche Aufsicht vorsehen (Maier 2019). Zu anderen Tätigkeiten, die in einigen Ländern vom hausärztlichen in den pflegerischen Beruf verschoben werden, zählen u. a. das Agieren als „first point of contact“, das Veranlassen von Tests, das Durchführen von Diagnosen, Behandlungen und Überweisungen, aber insbesondere die Betreuung von bestimmten Gruppen von Patientinnen/Patienten. Konkret wurden in 27 von insgesamt 39 an der Befragung teilnehmenden Ländern Aufgaben vom hausärztlichen in den pflegerischen Bereich verschoben, davon in elf (vor allem angelsächsischen) Ländern in größerem Umfang. Der DACH-Raum, Frankreich und Norwegen gehören zum Länder-Cluster mit den geringsten diesbezüglichen Bewegungen (Maier und Aiken 2016).

Das Ziel der Verschiebung ausgewählter Tätigkeiten in den pflegerischen Bereich liegt oft darin, Hausärztinnen/-ärzte freizuspielen für die Versorgung jener Patientinnen/Patienten, bei denen die ärztliche Versorgung eben schwerer substituierbar ist. Diese Maßnahme zum besseren Umgang mit vorhandener oder befürchteter Knappheit von Ärztinnen/Ärzten hat aber unmittelbare Folgen für die Nachfrage nach personellen Pflegekapazitäten in der entsprechenden Qualifikationsstufe. In einer fragmentiert geplanten Personallandschaft wären demnach zwei „Planungssilos“ betroffen, jener für Ärztinnen/Ärzte und jener für die Pflege, und beide schlussendlich auch in Abstimmung mit der jeweiligen Ausbildungsplanung. Wie die vorigen Abschnitte gezeigt haben, ist regelmäßige und langfristige Planung für Pflegeberufe erst in wenigen Ländern etabliert. Für den avisierten „Full People Plan“ des britischen NHS war angekündigt, dass genau solche Überlegungen Berücksichtigung finden sollen, nämlich die übergreifende Planung unter Einbeziehung des Rollen- und Aufgabenwandels im Gesundheits- und Sozialwesen. An sich bereits eine hoch komplexe Aufgabe, muss diese Planung aber mit weiteren Unzulänglichkeiten umgehen, die in Planungsmodellen oft wenig Beachtung finden. Beispielsweise könnte die Planung ungewisser zukünftiger Berufsfelder dadurch umgangen werden, dass die dann benötigten Kompetenzen eruiert und vorausgeschätzt werden. Damit wird aber nur das Informationsdefizit auf ein anderes Niveau verschoben. Denn auch unter Kompetenzen werden verschiedene Dinge verstanden, zum Teil sogar innerhalb derselben Organisation (Mills 2020).

In Bewegung ist nicht nur die rechtliche Rollenverteilung, sondern auch die Form der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen. Im Sinne der integrierten Versorgung gewinnt teamorientierte Versorgung an Bedeutung, insbesondere in multiprofessionellen Teams. Bei der Versorgung chronischer Kranker mit komplexen Bedarfen z. B. wurden mit multiprofessionellen Teams, die nicht nebeneinander, sondern eben in einem abgestimmten Miteinander arbeiten, gute Erfahrungen gewonnen. Anhand von Beispielen für die integrierte Versorgung bei Typ-2-Diabetes identifizieren McGill et al. (2017) einige Erfolgsfaktoren: Wesentlich ist die Bereitstellung durchgängiger, leicht zugänglicher, konsistenter und effektiver Versorgung, die sich auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Kranken einstellt. Innerhalb des Teams muss eine Balance zwischen Gleichbe-

¹⁶ Das „Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC)“ ist ein branchenübergreifender Survey, der auf den Mismatch sowohl zwischen formaler Ausbildung („qualification“) wie auch vorhandenem Wissen und Fertigkeiten („skills“) und der ausgeübten Tätigkeit abzielt. Die Ergebnisse des hier angesprochenen Survey stammen aus Befragungen der Welle 2010/11 in einem Ländersample einschließlich Österreich, in dem die Anzahl der Befragten aber zu niedrig für länder-spezifische Auswertungen war.





rechtigung und dem Zusammenspiel der jeweiligen berufsspezifischen Stärken, angeleitet von einer auf Unterstützung angelegten, klaren Leitungsstruktur, gefunden werden. Eine konkrete Teamzusammensetzung konnte nicht als Best Practice identifiziert werden, hervorgehoben werden dagegen die Verfolgung gemeinsamer Ziele und eine klare Verständigung darüber. Insbesondere für die Teamleitung wurden mehrere Berufsgruppen in Betracht gezogen, einschließlich Ärztinnen/Ärzten, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten, Pflegepersonen und Diätologinnen/Diätologen. Nicht einmal in den Niederlanden mit ihrer vergleichsweise langen Tradition anspruchsvoller Kapazitätsplanung für die Primärversorgung gibt es integrierte, berufsübergreifende Planungsmodelle. Kapazitätsplanung bezieht sich in erster Linie auf ärztliche, konkret hausärztliche Versorgung; analoge Planungsmodelle für die Pflege werden nicht regelmäßig eingesetzt. In einem Ansatz, der die bestehenden „Planungssilos“ für die komplexe niederländische Pflegelandschaft zusammenführt, kommen Both-Nwabuwe et al. (2018) zum Schluss, dass eine verbesserte Allokation der vorhandenen Pflegekräfte zwischen den einzelnen Sektoren (Akutkrankenhaus, Pflegeheim, mobile Pflege) zwar kurzfristig einzelne Lücken schließen könnte, dass mittel- bis langfristig aber schlicht zu wenig Pflegepersonal vorhanden ist. Auch hier wird auf die Wichtigkeit einer umfassenden, berufs- und sektorenübergreifenden Personalplanung hingewiesen, um die laufenden Transformationen (demografisch, politisch bevorzugte Versorgungssettings, Work-Life-Balance ...) in der Planung berücksichtigen zu können.

Diskussion

Zu Beginn der Diskussion aus österreichischer Perspektive wollen wir betonen, dass Planung nicht nur im Sinne der guten Gesundheitsversorgung wichtig ist, sondern darüber hinaus auch handfeste finanzielle Konsequenzen hat: Bedarfsabschätzung und Angebotsplanung für das Gesundheitspersonal sind u. a. nötig für sinnvolle Bildungsplanung und Bestandteil der Infrastrukturplanung in beiden Bereichen, Bildung und Gesundheit. In den meisten betrachteten Ländern kooperieren Bildungs- und Gesundheitswesen daher auch, siehe die neue Konstruktion mit „NHS Improvement“ und der expliziten Ausrichtung einer abgestimmten Personal-, Leistungs- und Finanzplanung auf nationaler Ebene im englischen „NHS Long Term Plan“, sowie die Planungsprojekte großer deutscher Bundesländer. Deren Bevölkerungszahl (Nordrhein-Westfalen 16 Millionen, Rheinland-Pfalz 4 Millionen) ist allerdings eher mit ganz Österreich (und nicht mit österreichischen Bundesländern) vergleichbar, was wir als Hinweis darauf verstehen wollen, dass derartige Planungen doch erheblichen Ressourcenaufwand und Know-how verlangen. Auch ist zu betonen, dass diese Projekte in mehrjähriger, regelmäßig wiederkehrender Aufbauarbeit entstanden sind, und nicht aus einem einzelnen Ad-hoc-Ansatz. Planungsagenden benötigen neben einer soliden und konsistenten Datenbasis auch entsprechend ausgebildetes Personal, wie die JAHWF-Berichte betonen, und dieses ist unter Gesichtspunkten der Effizienz nur schwer in jedem einzelnen Bundesland vorzuhalten. Im Gegenteil, auf internationaler Ebene wird die internationale Zusammenarbeit als zielführend angesehen, ein Ansatz, der sicher auch für die DACH-Länder überlegenswert ist, wie auch in Riedel et al. (2020b) diskutiert wird.

Die Einführung des Gesundheitsberuferegisters in Österreich hat Hoffnungen geweckt, dass hierzulande nun für die umfassten Berufe eine solide Datengrundlage für internationale Vergleiche und für nationale zukunftsgerichtete Planungsagenden vorliegt. Dem ist leider nicht so, konkret fehlen mindestens zwei wesentliche Informationen für Letzteres: Das Arbeitsausmaß und die konkrete Funktion, in der eine Person arbeitet.

Die Anzahl der praktizierenden, direkt an und mit den Patientinnen/Patienten arbeitenden Personen lässt sich gegenwärtig noch nicht aus dem Gesundheitsberuferegister ablesen, worunter internationale Vergleiche dieser Beschäftigten nach wie vor leiden. Im Register ist zwar, wie international üblich, gegebenenfalls vermerkt, bei welcher Organisation jemand beschäftigt ist. Allerdings wird nicht eingetragen, in welcher Funktion und in welchem Ausmaß diese Beschäftigung erfolgt. Gerade im Gesundheits- und Sozialbereich mit seinem hohen Frauenanteil ist Teilzeitbeschäftigung sehr verbreitet, was dazu führt, dass in der Regel mehr als eine einschlägig qualifizierte Person benötigt wird, um eine vakante VZÄ-Stelle zu besetzen.

In der Einführungsphase des Gesundheitsberuferegisters wurde somit die Chance, diese Datenquelle für Planungszwecke nutzbar zu machen, nur teilweise genutzt. Es wäre dringend anzuraten, die Bestimmungen hier nachzuschärfen, wenn auf Planung für die Kapazitäten im Gesundheitswesen Wert gelegt wird. Die Reregistrierung ist im Abstand von fünf Jahren vorgesehen. Die verbleibende Zeit bis zu den ersten Reregistrierungen (Sommer 2023) könnte genutzt werden, um auch den überwiegenden Tätigkeitsbereich der Registrierten gemäß international üblichen Definitionen zu erfassen. So unterscheidet die Datensammlung der OECD zwischen „practising“, „professionally active“ und „licensed to practise“. Im aktuellen Stand liefert uns das österreichische Gesundheitsberuferegister Zahlen, die als „licensed to practise“ interpretiert werden können.

Diskussion



Da die Arbeitsstelle ebenfalls registriert wird (nicht aber die dort überwiegend ausgeübte Funktion wie Verwaltung, Lehre), lässt sich lediglich die Anzahl der Personen, die „professionally active“ sind, näherungsweise ableiten, nicht aber die Anzahl der praktizierenden („practising“) Personen. Auch das Beschäftigungssetting, wie Beschäftigung in Krankenhaus, Pflegeheim oder mobiler Pflege, wird derzeit nicht erfasst. Informationen über das Beschäftigungssetting und das Beschäftigungsausmaß lassen sich derzeit auch nicht ausreichend ableiten, wären aber sehr planungsrelevant.

LITERATURVERZEICHNIS

- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., Ridao-López, M., Hernández-Quevedo, C. (2018): Spain: Health system review. *Health Systems in Transition* 20 (2).
- Both-Nwabuwe, J., Dijkstra, M., Klink, A., Beersma, B. (2018): Maldistribution or scarcity of nurses? The devil is in the detail. *Journal of Nursing Management*; 26, 86–93.
- Castello, M., Lauxen, O., Schäfer, L. (2017): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“. *Berichte aus der Pflege* Nr. 30.
- DIP – Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Köln (2019): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2017. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Bericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen; www.mags.nrw.
- Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z. (2010): Assessing Future Health Workforce Needs. World Health Organization, Copenhagen.
- Girasek, E., Kovács, E., Aszalós, Z., Eke, E., Ragány, K., Kovács, R., Cserhádi, Z., Szócska, M. (2016): Headcount and FTE data in the European health workforce monitoring and planning process. *Human Resources for Health*, 14 (42); doi: 10.1186/s12960-016-0139-2.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syra, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B., Karanikolos, M. (2019): Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 21 (2).
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y. I., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. et al. (2013): The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63 (616): e742–e750.
- Kroezen, M., Van Hoegaerden, M., Batenburg, R. (2018): The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*, 122: 87–93.
- Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M. van den, Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E. (2016): The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition* 18 (2).
- Lauxen, O. (2018): Gutachten zum Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“. *Berichte aus der Pflege* Nr. 34.
- Lauxen, O., Schäfer, L. (2019): Ausbildungsstättenplan Gesundheitsfachberufe 2019–2022. Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“.
- Maier, C. B. (2019): Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Human Resources for Health*, 17 (95), <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0429-6>.
- Maier, C. B., Aiken, L. H. (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, 26 (6): 927–934.
- Matrix Insight (2012): EU Level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – a Feasibility Study; https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf, letzter Zugriff: 31.5.2016.
- McGill, M., Blonde, L., Chan, J., Khunti, K., Lavalley, F. J., Bailey, C. J. (2017): The interdisciplinary team in type 2 diabetes management: Challenges and best practice solutions from real-world scenarios. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 7: 21–27.
- Mills, J.-A., Middleton, J. W., Schafer, A., Fitzpatrick, S., Short, S., Cieza, A. (2020): Proposing a re-conceptualisation of competency framework terminology for health: a scoping review. *Human Resources for Health*, 18 (15); <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0443-8>.
- NHS – Health Education England (2019): Health Education England Business Plan 2019/20.
- NHS (2019a): NHS Long Term Plan.
- NHS (2019b): Interim NHS People Plan.
- OECD (2016): Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris; <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>.
- Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M. (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries.
- Rappold, E., Juraszovich, B. (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.
- Riedel, M., Röhring, G., Schönpflug, K. (2016): Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe: Jahresthema 2015. Research Report. Institut für Höhere Studien, Wien.
- Riedel, M., Röhring, G., Czipionka, T. (2020a): Abschätzung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität – eine Gap-Analyse. Research Report. Institut für Höhere Studien, Wien.
- Riedel, M., Stacherl, B., Czipionka, T. (2020b): Ansätze zur Deckung des Bedarfs an AllgemeinmedizinerInnen. Research Report. Institut für Höhere Studien, Wien (im Erscheinen).

