

DEUTSCH-FRANZÖSISCH-
SCHWEIZERISCHE
OBERRHEINKONFERENZ



CONFERENCE
FRANCO-GERMANO-SUISSE
DU RHIN SUPERIEUR



Zusammenfassung der Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am Oberrhein

Diese Studie wurde vom Euro-Institut im Auftrag von und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ der Oberrheinkonferenz durchgeführt.



Redaktionsteam:

Eddie Pradier, Referent für Studien, Euro-Institut
Anne Dussap, Fortbildungsreferentin, Euro-Institut
Saskia Rybarczyk, Studienassistentin, Euro-Institut

Oktober 2015

Vorwort



Deutschland, Frankreich und die Schweiz; drei verschiedene Länder, drei verschiedene Kulturen, drei verschiedene Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme. In der trinationalen Oberrheinregion sind diese drei Länder in einem gemeinsamen grossen Lebens- und Wirtschaftsraum miteinander verbunden. Seit vielen Jahren ist die Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der Oberrhein-Konferenz ORK daran, unbefriedigte Bedürfnisse der Bevölkerung im ganzen Mandatsgebiet oder in Teilgebieten zu identifizieren und dafür grenzüberschreitende Synergie- und Entwicklungspotentiale zu nutzen; immer im Sinne einer besseren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und damit einer höheren Lebensqualität am Oberrhein. Seit Bestehen der AG Gesundheitspolitik konnten auch schon einige Projekte in den vier Teilregionen (Schweiz, Frankreich, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) initiiert und umgesetzt werden. Als eine der grössten Herausforderungen im Gesundheitssektor der vier Teilregionen des Oberrheins wird der Fachkräftemangel gesehen – auch wenn nicht alle Bereiche und Berufe des Gesundheitswesens oder alle geographischen Räume unbedingt gleichermassen von diesem Problem betroffen sind.

In diesem für die Zukunft wichtigen Zusammenhang hat der Expertenausschuss „Gesundheitsversorgung“ der AG Gesundheitspolitik eine grenzüberschreitende Studie über den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am Oberrhein dem Euro-Institut in Kehl in Auftrag gegeben. Das Euro-Institut stand nun mit diesem Auftrag vor einer Herkules-Aufgabe, indem es aus den drei unterschiedlichen Ländern und Kulturen, drei unterschiedlichen Polit-Systemen und Ausgangslagen und komplett unterschiedlichen bis gar nicht vorhandene Datengrundlagen eine Schlussfolgerung zu ziehen hatte, welche es der trinationalen Arbeitsgruppe ermöglichte, weitere Schritte in die Wege zu leiten. Diese Arbeit ist dem Euro-Institut gut gelungen! Der grosse Verdienst des Teams des Euro-Instituts ist es sicher, dass diese Studie und ihre Empfehlungen für die weiteren Arbeiten der AG Gesundheitspolitik auf politischer und operativer Ebene für die Weiterverfolgung des Ziels der Optimierung der Gesundheitsversorgung im trinationalen Raum eine optimale Basis bilden. Es kann anerkennend zusammengefasst werden, dass es ihm gelungen ist, faktenbasiert, komparativ und deduktiv und teils auch mit viel Intuition verbunden die wesentlichen Fakten zum Thema des Fachkräftemangels in der Oberrheinregion darzustellen und Handlungsempfehlungen abzuleiten. Die Schlussfolgerungen bestätigen, dass ein Erfolg aller Bemühungen nur gewährleistet werden kann, wenn es gelingt, die bisherigen auf mehr oder weniger freiwilliger Basis von Verwaltungen und privaten Organisationen geleisteten Arbeiten auf eine professionelle und von allen Ländern ideell und finanziell unterstützte operative Basis zu stellen. Dies ist mit dem von der AG Gesundheitspolitik initiierten Interreg-Projekt „Trisan“ (einer gemeinsamen operativen Plattform) nun in die Wege geleitet. Die weitere Entwicklung wird zeigen, wie ernst es allen beteiligten Ländern ist, im Gebiet der Gesundheitsversorgung trinational gemeinsame Wege zu gehen. Als Vorsitzender der AG Gesundheitspolitik spüre ich eine allseits grosse Unterstützung von allen beteiligten Ländern, was mich für alle zukünftigen Projekte im Bereich der Gesundheitsversorgung am Oberrhein zuversichtlich stimmt.

Dr. med. Peter Indra, MPH
Vorsitzender der AG Gesundheitspolitik der ORK

Inhalt

Einführung	3
Ziele der Studie	3
Erarbeitungsprozess	4
Untersuchungsrahmen	5
1. Grenzüberschreitende Analyse des Fachkräftemangels	7
Untersuchungsgegenstand	7
Ergebnisse	8
2. Erhebung der durchgeführten Maßnahmen	12
Untersuchungsgegenstand	12
Ergebnisse und Empfehlungen	12
3. Transparenz über Ausbildungsgänge, Berufe und Anerkennung von Berufsqualifikationen	16
Untersuchungsgegenstand	16
Ergebnisse	16
4. Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität	18
Untersuchungsgegenstand	18
Ergebnisse und Empfehlungen	18
5. Überblick über die Empfehlungen	22

Einführung

In Frankreich, Deutschland und der Schweiz dürfte der Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren insbesondere aufgrund der demographischen Alterung der Gesellschaft stark zunehmen. In der Tat dürfte sich die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen in einem wachsenden Bedarf an Fachkräften niederschlagen (Ergänzungsbedarf). Gleichzeitig stellt sich in Anbetracht der zukünftigen zahlreichen Renteneintritte aktuell noch erwerbstätiger Fachkräfte die Frage nach dem Fachkräftenachwuchs (Ersatzbedarf). Dieser doppelte Anstieg des Fachkräftebedarfs könnte einen Fachkräftemangel zur Folge haben, der bereits jetzt in einigen Berufen und Teilräumen des Oberrheingebiets spürbar ist. Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ der Oberrheinkonferenz (ORK) das Euro-Institut mit einer Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am Oberrhein beauftragt.

Ziele der Studie

Die Studie verfolgte drei Hauptziele:

- die Erstellung eines grenzüberschreitenden Überblicks über den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am Oberrhein;
- die Erstellung eines grenzüberschreitenden Überblicks über die in den verschiedenen Teilräumen ergriffenen Maßnahmen zur Verringerung bzw. Vorbeugung des Fachkräftemangels;
- die Identifizierung möglicher grenzüberschreitender Potenziale, die zur Lösung der vorhandenen Probleme genutzt werden könnten.

Hiermit hatte die Studie zwei übergeordnete Dimensionen:

- Auf kognitiver Ebene trägt sie dazu bei, grenzüberschreitende Transparenz zur Fachkräftesituation im Gesundheitswesen und zu Lösungsansätzen in den einzelnen Teilräumen zu schaffen.
- Auf operationeller Ebene bietet sie den Akteuren die Möglichkeiten, Best Practices im Nachbarland zu erkennen, und arbeitet Empfehlungen für grenzüberschreitende Maßnahmen heraus, die zur Lösung der erfassten Probleme beitragen könnten.

Diese zwei Dimensionen sind untrennbar miteinander verbunden. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit ist kein Selbstzweck. Es musste daher einerseits nachgewiesen werden, dass ein tatsächlicher Bedarf vorliegt, und andererseits, dass grenzüberschreitende Lösungsansätze einen tatsächlichen Mehrwert gegenüber den auf nationaler Ebene entwickelten Ansätzen mit sich bringen. Vor diesem Hintergrund war es unerlässlich, die unterschiedlichen Ausgangslagen und Ansätze in den einzelnen Teilräumen zu erforschen, um die Relevanz zukünftiger grenzüberschreitender Maßnahmen im Vorfeld beweisen zu können.

Erarbeitungsprozess

Die Studie wurde im Zeitraum von März 2014 bis September 2015 durchgeführt. Hierbei wurde ein interkultureller und partizipativer Ansatz verfolgt.

Interkulturell, da es zunächst zu verstehen galt, wie an das Thema Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in den einzelnen Ländern herangegangen wird. Darüber hinaus bestehen große Unterschiede in den Berufsbildern der jeweiligen Länder, sowohl was die Berufsprofile als auch was den Berufsalltag angeht. Neben den faktisch bestehenden Unterschieden, spielt auch die jeweilige Wahrnehmung der Berufspraxis in den Nachbarländern eine große Rolle. Letztendlich war es für die Erarbeitung gemeinsamer Lösungsansätze erforderlich, dass die an der Studie beteiligten Akteure die unterschiedlichen Denkweisen und Ausgangslagen in den jeweiligen Ländern kennen und verstehen lernen.

Partizipativ, da das Euro-Institut bei der Erarbeitung der Studie von einer Steuerungsgruppe aus Vertretern/innen der einzelnen Teilräume des Oberrheingebiets begleitet wurde. Die Steuerungsgruppe ging aus Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik“ der ORK hervor.

Die Rolle der Steuerungsgruppe war in vielerlei Hinsicht entscheidend:

Zunächst einmal stellte sich bereits der Begriff „Fachkräftemangel“ als problematisch heraus, da dieser in den drei Ländern nicht einheitlich verwendet wird. In Deutschland ist der Fachkräftemangel Teil einer wichtigen öffentlichen Debatte, die von Politikern/innen und Akteuren im Gesundheitswesen gleichermaßen geführt wird. In Frankreich stellt sich die Frage des Fachkräftemangels eher indirekt durch die Ermittlung der Fachkräftedichte und deren Einstufung als ausreichend oder unzureichend. In der Schweiz wird das Thema eher im Sinne eines Risikomanagements angesichts der unzureichenden inländischen Ausbildungskapazitäten betrachtet. Dementsprechend musste innerhalb der Steuerungsgruppe als erstes ein gemeinsames Verständnis des Untersuchungsgegenstands erreicht und die Fragestellung neu festgelegt werden. Dieser pragmatische Ansatz wurde durch den gesamten Erarbeitungsprozess der Studie verfolgt: vor jeder neuen Phase der Studie wurden die Fragestellungen mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppe erneut diskutiert. Dies ermöglichte eine optimale Berücksichtigung der in den vorhergehenden Phasen der Studie gewonnenen Erkenntnisse, der jeweiligen Gegebenheiten in den Teilräumen sowie der Einsichten aller Mitglieder der Steuerungsgruppe.

Zweitens war es im Rahmen der Studie nicht möglich, alle Gesundheitsberufe einzubeziehen. Innerhalb der Steuerungsgruppe war daher eine Einigung darüber erforderlich, welche Berufe analysiert werden sollten.

Drittens ist die Fachkräftesituation in den Teilräumen sehr unterschiedlich und die betroffenen Berufe sowie die dazugehörigen Ausbildungsgänge sind nicht immer miteinander vergleichbar. Eine der größten Herausforderungen der Studie war es, den Unterschieden angemessen Rechnung zu tragen und trotzdem Schnittstellen zu finden, die einen grenzüberschreitenden Vergleich erlaubten. Auch hier erwies sich der Austausch innerhalb der Steuerungsgruppe als entscheidend.

Schließlich ist zu erwähnen, dass die in der Studie empfohlenen grenzüberschreitenden Maßnahmen mitunter politisch sensible Themen betreffen. Dies ist vor allem bei den Empfehlungen zur grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen der Fall. Vor diesem Hintergrund war die Begleitung durch die Steuerungsgruppe in zweifacher Hinsicht von großer Bedeutung: Einerseits entstand ein „entpolitisierter“ Raum des Austauschs, in welchem die Akteure die Möglichkeit hatten, frei ihre Bedenken zu äußern, die dann konstruktiv diskutiert wurden, um mögliche Handlungsspielräume auszuloten. Andererseits wurden durch die Diskussionen innerhalb der Steuerungsgruppe Empfehlungen erarbeitet, in denen die Interessen der zuständigen Akteure stärker gewahrt werden konnten. Die Empfehlungen könnten dadurch auf bestimmte Leser und Leserinnen zu „zurückhaltend“ wirken, sie haben jedoch den klaren Vorteil, auf einem Konsens zwischen den in der Steuerungsgruppe vertretenen Behörden zu basieren. Anzumerken ist auch, dass die Stärkung der beruflichen grenzüberschreitenden Mobilität bereits seit Jahren auf der grenzüberschreitenden politischen Agenda steht, das Gesundheitswesen bis dato aber nicht in die Strategien miteinbezogen wurde. Trotz der bedeutenden Schwierigkeiten, die sich künftig aus dem Fachkräftemangel ergeben (würden), scheint eine Politik der kleinen Schritte (auf grenzüberschreitender Ebene) angemessener als die Ausarbeitung von sehr ehrgeizigen, aber nicht konsensfähigen Empfehlungen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass mit der Steuerungsgruppe ein Raum für Austausch und Diskussion geschaffen wurde, der weit über die Durchführung der Studie hinaus von Nutzen war. Die Steuerungsgruppe hat – über die hilfreichen Beiträge ihrer Mitglieder zur Studienarbeit hinaus – dazu beigetragen, das gegenseitige Verständnis der Akteure zu verbessern.

Untersuchungsrahmen

► Geographische Dimension

Das Untersuchungsgebiet der Studie entspricht dem Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz.



▮ Sektorale Dimension

In der Studie werden alle Sektoren berücksichtigt, in denen Gesundheitsfachkräfte tätig sind. Einfachheitshalber wird vom „Gesundheitswesen“ gesprochen. Gleichmaßen umfasst der Begriff „Gesundheitseinrichtungen“ hier alle Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen.

▮ Berücksichtigte Berufe

Graphik 1 gibt einen Überblick über die Berufe, die letztendlich in den einzelnen Ländern berücksichtigt wurden. Aufgrund von unterschiedlichen Benennungen und zur Erleichterung der späteren Lektüre wurde den verschiedenen Berufen je ein Oberbegriff zugeordnet. Dabei soll nicht vergessen werden, dass die Berufe und die dazugehörigen Ausbildungsgänge in den jeweiligen Ländern sehr unterschiedlich sind.

Graphik 1

Berücksichtigte Berufe

Frankreich	Deutschland	Schweiz	Bezeichnung in dieser Studie
Infirmier (en soins généraux)	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Pflegfachmann/frau (Höhere Fachschule) Pflegfachmann/frau FH (Fachhochschule, Bachelor) Fachmann/frau Gesundheit EFZ (FaGe)	Krankenpfleger/in
-	Altenpfleger/in	-	Altenpfleger/in
Aide-soignant	Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in (Baden-Württemberg) Krankenpflegehelfer/in (Rheinland-Pfalz)	Assistent/in Gesundheit und Soziales	Krankenpflegehelfer/in
-	Altenpflegehelfer/in	-	Altenpflegehelfer/in
Masseur-kinésithérapeute	Physiotherapeut/in	Physiotherapeut/in	Physiotherapeut/in
Ergothérapeute	Ergotherapeut/in	Ergotherapeut/in	Ergotherapeut/in
Médecin généraliste	Allgemeinmediziner/in	Allgemeinmediziner/in	Allgemeinmediziner/in
Médecin spécialiste	Facharzt/ärztin	Facharzt/ärztin	Facharzt/ärztin

1. Grenzüberschreitende Analyse des Fachkräftemangels

Untersuchungsgegenstand

Teil 1 der Studie ist der grenzüberschreitenden vergleichenden Analyse des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen gewidmet. Die Analysen wurden einerseits für die aktuelle Situation (2014/2015) und andererseits für die zukünftige Situation (2030) durchgeführt.

Eine Mangelsituation kann vereinfacht als eine Situation definiert werden, in der, bezogen auf einen untersuchten Beruf, der Bedarf an entsprechend qualifizierten Fachkräften das Angebot an selbigen übersteigt. Nach dieser Definition muss der Begriff „Mangel“ deutlich vom Begriff „Bedarf“ unterschieden werden, da letzterer nur eine der beiden für die Ermittlung des Mangels notwendigen Variablen abbildet. Bei der Ermittlung des Bedarfs wird (hier am Beispiel der Ärzte/Ärztinnen) die Frage so gestellt: Wie viele (berufstätige) Ärzte/Ärztinnen werden benötigt, um die Nachfrage nach Arztleistungen zu decken? Im Gegensatz dazu wird bei der Ermittlung des Mangels nach der Differenz zwischen der Anzahl der benötigten Ärzte/Ärztinnen (d. h. dem Bedarf) einerseits und der Anzahl der ausgebildeten Ärzte/Ärztinnen im Beschäftigungsalter andererseits gefragt.

Graphik 2

Definition des Begriffs Fachkräftemangel



Quelle: Euro-Institut

Da im Rahmen der Studie keine Primärerhebungen möglich waren, hat sich das Euro-Institut hauptsächlich auf Studien und Berichte gestützt, die bereits in den einzelnen Ländern vorliegen. Dadurch konnte nicht zuletzt auch eine grenzüberschreitende Transparenz darüber geschaffen werden, wie die einzelnen Länder/Teilräume an die Mangelproblematik herangehen.

Ergebnisse

► Heterogenität der verfügbaren Daten

Die Studie zeigt, dass nicht in allen Teilräumen Daten zum Fachkräftemangel im engeren Sinne vorliegen. In einigen Fällen war es daher notwendig, sich auf anderweitige Daten zu stützen und daraus eine Vermutung über einen Mangel abzuleiten.

In Deutschland beschäftigen sich zahlreiche Studien direkt mit dem Problem des Mangels. Es wurde sich insbesondere auf Studien des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur – die im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz durchgeführt wurden – und von PricewaterhouseCoopers (PwC) und Partner gestützt. Diese Studien verfolgen den Ansatz, den Mangel in absoluten Werten (Personenanzahl oder Vollzeitäquivalente) präzise zu bestimmen, und zwar mit Hilfe des sogenannten Matchingansatzes, der darin besteht, den Bedarf und das Angebot an Fachkräften einander gegenüberzustellen. Die Ergebnisse dieser Studien entsprechen also genau den Daten, die nach der zuvor gegebenen Definition des Mangels benötigt werden.

In Frankreich liegen keine Studien über einen Mangel im eigentlichen Sinn vor. Im Gegensatz zu Deutschland wird der Begriff „Mangel“ in den vorliegenden Studien nicht verwendet. Es wird, insbesondere bei der Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), überwiegend die Personalentwicklung und die Dichte (Anzahl der Fachkräfte bezogen auf die Bevölkerungszahl) beobachtet. Diese Analysen basieren weitgehend auf Vergleichen (zwischen Regionen, zwischen Gebieten auf subregionaler Ebene oder auch zwischen verschiedenen Zeitpunkten), um günstige oder weniger günstige Situationen aufzuzeigen. Die vorliegende Studie stützt sich weitgehend auf diese Untersuchungen und hat versucht, hieraus Hypothesen zum Fachkräftemangel abzuleiten, um so den Anforderungen eines vergleichenden Ansatzes im grenzüberschreitenden Kontext gerecht zu werden. Zudem stützt sich die Studie teilweise auf Untersuchungen des Observatoire régional emploi formation d'Alsace (OREF) zu den Rekrutierungsschwierigkeiten der elsässischen Gesundheitseinrichtungen. Auch hier erlauben die Ergebnisse nur eine Annäherung an die Mangelproblematik. Tatsächlich können die Rekrutierungsschwierigkeiten mit einem Mangel an ausgebildeten Fachkräften zusammenhängen; es kann dafür aber auch andere Gründe geben (z. B. wenig attraktive Einrichtung).

In der Schweiz lassen sich ebenfalls kaum Studien finden, die sich direkt mit dem Thema Fachkräftemangel befassen. Eine vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) durchgeführte Studie behandelt den Fachkräftemangel zwar, versucht aber nicht ihn zu quantifizieren, sondern beschränkt sich darauf, auf der Grundlage von vier verschiedenen „Mangelindikatoren“ Hypothesen aufzustellen, welche der analysierten Berufe von einem Mangel betroffen sein könnten. Die Variable ist hier also binär (potenzieller Mangel: ja oder nein) und das Ausmaß des Mangels kann somit nicht gemessen werden. Weitere Studien beschäftigen sich mit der Entwicklung des Fachkräftebedarfs, stellen diese aber nicht dem Angebot an qualifizierten Fachkräften gegenüber. Zwei Studien – eine der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) zu Pflegepersonal und eine des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (EVD) zu medizinischem Personal – untersuchen die Abweichung zwischen dem zukünftigen Fachkräftebedarf und der Anzahl an jährlich von der Schweiz ausgestellten Abschlüssen. Die festgestellten Abweichungen wirken sich jedoch nicht zwangsläufig in einem zukünftigen Mangel aus, wenn genügend Fachkräfte mit ausländischem Abschluss zuwandern. Gerade im Falle der Schweiz handelt es sich dabei um eine maßgebliche Variable. Diese Berichte zielen auch nicht auf die Quantifizierung eines Mangels sondern auf die Einschätzung des Bedarfs bezüglich der Weiterentwicklung der inländischen Ausbildungskapazitäten ab.

Über die oben angeführten grundlegenden Unterschiede der Ansätze hinaus, weichen die verfügbaren Studien bei folgenden Aspekten stark voneinander ab:

- Spektrum der berücksichtigten Berufe,
- Genauigkeit bei der Erfassung der Berufe (einige Studien erfassen zum Beispiel Berufsgruppen und nicht einzelne Berufe),
- sektorale Dimension (z. B. Berücksichtigung des Sozialwesens oder nicht),
- zeitliche Dimension,
- geographische Dimension (nationale Ebene vs. regionale Ebene).

Insgesamt sind die verfügbaren Daten sehr heterogen, wodurch sich der grenzüberschreitende Vergleich äußerst schwierig gestaltet.

► Grenzüberschreitender Blick auf den Fachkräftemangel

In der Studie werden die verfügbaren Zahlen nach Berufen und Ländern dargelegt. Ganz allgemein kann Folgendes festgehalten werden:

Auf deutscher Seite ist der Fachkräftemangel bereits sehr ausgeprägt. Aktuell sind, mit Ausnahme des Berufs des/der Ergotherapeuten/in, alle der in der Studie untersuchten Berufe vom Fachkräftemangel betroffen. Bis 2030 dürfte sich die Situation für alle diese Berufe verschärfen. Der Beruf des/der Ergotherapeuten/in dürfte, wenn auch in einem geringeren Ausmaß als die anderen Berufe, langfristig ebenfalls von einem Fachkräftemangel betroffen sein.

Im Gegensatz dazu scheint das Elsass aktuell relativ wenig vom Fachkräftemangel betroffen zu sein. Derzeit mangelt es bei den untersuchten Berufen einzig an Ergotherapeuten/innen und – aller Wahrscheinlichkeit nach – in einigen Facharzttrichtungen wie der Gynäkologie an Fachärzten/innen. Diese allgemein günstige Situation schließt allerdings nicht aus, dass es, vor allem durch Konkurrenz zwischen den Sektoren (z. B. freiberufliche Tätigkeit versus Angestelltenverhältnis bei den Physiotherapeuten/innen) und durch geographische Verteilungsungleichheiten, zu Spannungen kommen kann. Die Fachkräftesituation dürfte bis 2030 günstig bleiben. Ausnahmen sind die Allgemeinmediziner/innen und vor allem die Fachärzte/innen (fast aller Fachrichtungen), für die die Prognosen in Bezug auf Fachkräfteeanzahl und -dichte beunruhigend sind. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Richtlinie 2003/88/EG über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung in Frankreich noch nicht umgesetzt wurde. Deren Umsetzung könnte negative Auswirkungen auf den künftigen Personalbedarf haben.

In der Schweiz trifft der Fachkräftemangel momentan insbesondere die Krankenpfleger/innen und die Ärzte/innen. Bis 2030 dürften sich die Probleme noch zuspitzen und der Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in dürfte auch betroffen sein. Jedoch handelt es sich weniger um einen tatsächlichen Mangel, sondern vielmehr um einen Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Fachkräften. In den untenstehenden Graphiken werden die unzureichenden Ausbildungskapazitäten mit einem Fachkräftemangel gleichgesetzt, um die Bedeutung der diesbezüglichen Debatte in der Schweiz zu verdeutlichen. Tatsache ist jedoch, dass nicht unbedingt von einer Mangelsituation die Rede sein kann, wenn die landesinternen Ausbildungsdefizite durch die Zuwanderung von Fachkräften mit ausländischem Abschluss ausgeglichen werden.

Die Ergebnisse der Mangelanalyse werden in Form einer vergleichenden Tabelle zusammengefasst: eine erste Tabelle für die aktuelle Situation 2014/2015, eine zweite Tabelle für die zukünftige Situation 2030.

Da die Daten grenzüberschreitend nur sehr schwer vergleichbar sind, wurde die tabellarische Gegenüberstellung anhand eines abstrahierenden binären Ansatzes erstellt (Mangelsituation versus ausgeglichene Situation). Die Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten:

- Aufgrund großer Datenlücken beruht ein Teil der Ergebnisse auf Hypothesen.
- Eine günstige Fachkräftesituation in einem der nationalen Teilräume schließt nicht aus, dass es in einigen Gebieten auf subregionaler Ebene oder in einigen Bereichen des Gesundheitswesens durch ein Verteilungsungleichgewicht zu Spannungen kommen kann.
- Die Prognosen stützen sich auf ein Zukunftsszenario, das nicht unbedingt eintreten muss, aber zu erwarten ist, wenn keine korrektiven Maßnahmen ergriffen werden.
- Im Falle der Schweiz wird das Ausbildungsdefizit mit einem Mangel gleichgesetzt, auch wenn es sich nicht zwangsläufig in einem tatsächlichen Mangel auswirkt. Dies trifft vor allem auf die Fachärzte/innen zu: Das interne Ausbildungsangebot deckt den Bedarf zwar nicht, die Schweiz verzeichnet jedoch bei diesen Berufen aufgrund sehr attraktiver Vergütungsbedingungen einen bedeutenden Zuzug aus dem Ausland. Letztendlich gibt es also mehr Fachärzte/innen als benötigt, was auch in Zukunft so bleiben dürfte.

Graphik 3

Versuch eines grenzüberschreitenden Vergleichs der Mangelsituation am Oberrhein (2014/2015)

Beruf	Baden / Südpfalz	Nordwestschweiz	Elsass
Krankenpfleger/in			
Altenpfleger/in		-	-
Krankenpflegehelfer/in			
Altenpflegehelfer/in		-	-
Physiotherapeut/in			
Ergotherapeut/in			
Allgemeinmediziner/in			
Facharzt/ärztin			

Quelle: eigene Zusammenstellung

Graphik 4

Versuch eines grenzüberschreitenden Vergleichs der Mangelsituation (2030)

Beruf	Baden / Südpfalz	Nordwestschweiz	Elsass
Krankenpfleger/in	■	■	■
Altenpfleger/in	■	-	-
Krankenpflegehelfer/in	■	■	■
Altenpflegehelfer/in	■	-	-
Physiotherapeut/in	■	■	■
Ergotherapeut/in	■	■	?
Allgemeinmediziner/in	■	■	■
Facharzt/ärztin	■	▨	■

Quelle: eigene Zusammenstellung

Zum Verständnis der Tabellen:

■ Der Beruf ist aller Wahrscheinlichkeit nach aktuell nicht vom Fachkräftemangel betroffen (Graphik 3) bzw. wird zukünftig, bis 2030, nicht vom Fachkräftemangel betroffen sein (Graphik 4).

■ und ■ Der Beruf ist momentan grundsätzlich vom Fachkräftemangel betroffen (Graphik 3) bzw. wird zukünftig, bis 2030, vom Fachkräftemangel betroffen sein, wenn keine korrektiven Maßnahmen ergriffen werden (Graphik 4). Es wird hier zwischen roter Einfärbung (bedeutender Mangel; akut) und oranger Einfärbung (geringer Mangel; weniger besorgniserregend) unterschieden. Diese farbliche Unterscheidung gilt nur dann, wenn die Tabellen vertikal gelesen werden. Sie dient lediglich dazu, die unterschiedlichen Situationen der Berufe innerhalb eines Teilraums miteinander vergleichen zu können.

▨ (im Falle der Fachärzte/innen in der Schweiz): Das interne Ausbildungsangebot deckt den Bedarf nicht, jedoch aufgrund eines bedeutenden Zuzugs von Fachärzten/innen mit ausländischem Abschluss besteht im Land ein Überangebot an Fachärzten/innen.

2. Erhebung der durchgeführten Maßnahmen

Untersuchungsgegenstand

Teil 2 der Studie widmet sich der Erhebung der Maßnahmen, die in den unterschiedlichen Teilräumen des Oberrheins als Reaktion auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen durchgeführt werden. Die Erhebung der Maßnahmen zielt darauf ab,

- grenzüberschreitende Transparenz über die wichtigsten Handlungsfelder sowie über die einzelnen Maßnahmen, die dies- und jenseits der Grenze durchgeführt werden, herzustellen;
- die Akteure zu identifizieren, die sich mit dem Thema Fachkräftemangel in den Teilräumen beschäftigen;
- den Lesern und Leserinnen, das heißt den Akteuren der betroffenen Sektoren (Gesundheit, Beschäftigung, Ausbildung), zu ermöglichen, innovative Maßnahmen ausfindig zu machen, die sie potenziell für ihr Gebiet anpassen und übernehmen können;
- bestehende grenzüberschreitenden Potenziale zu identifizieren (Komplementaritätspotenziale, Erfahrungs- und Best Practice Austausch etc.).

Die Analysen wurden auf zwei Ebenen durchgeführt:

- Zum einen wurden die von Behörden durchgeführten Maßnahmen erfasst, was vorwiegend anhand einer Dokumentenanalyse geschah.
- Zum anderen wurden durch eine Umfrage diejenigen Maßnahmen erfasst, die von Gesundheitseinrichtungen durchgeführt werden. Diese Umfrage bezog sich jedoch nicht auf den Mangel sondern auf Rekrutierungsschwierigkeiten. Dies lässt sich damit erklären, dass der Fachkräftemangel nicht alle nationalen Teilräume und auch nicht alle Berufe trifft. Wäre die Umfrage ausschließlich auf den Fachkräftemangel ausgerichtet gewesen, hätte sich ein Teil der Zielgruppe, vor allem auf französischer Seite, nicht angesprochen gefühlt. Im Gegensatz dazu kann jede Einrichtung – unabhängig davon, ob in ihrem Teilraum ein Fachkräftemangel besteht oder nicht – potentiell von Rekrutierungsschwierigkeiten betroffen sein. In diesem Sinne lässt sich die Entscheidung, die Einrichtungen zu ihren Rekrutierungsschwierigkeiten zu befragen, auf den Wunsch zurückführen, einen gemeinsamen Nenner zu finden, der einerseits für die Befragung aller Teilräume sinnvoll ist und sich andererseits nicht zu weit von der ursprünglichen Problemformulierung entfernt.

Ergebnisse und Empfehlungen

► Maßnahmen der Behörden

Die Analyse zeigt, dass die Anzahl der im Rahmen verschiedener Aktionspläne in Deutschland und der Schweiz getroffenen Maßnahmen im Vergleich mit der relativ geringen Anzahl an Maßnahmen in Frankreich beachtlich ist. Dieser Unterschied ergibt sich aus den sehr unterschiedlichen Fachkräftesituationen in den Ländern und untermauert die Ergebnisse der in Teil 1 der Studie durchgeführten Analyse des Fachkräftemangels.

Auf deutscher und schweizerischer Seite betreffen die ergriffenen Maßnahmen sowohl die medizinischen als auch die Pflegeberufe, auf französischer Seite in erster Linie die medizinischen Berufe.

Was die Pflegeberufe in Deutschland und in der Schweiz angeht, zielen die Maßnahmen hauptsächlich darauf ab, mehr Fachkräfte in diesen Berufen auszubilden. Im Großen und Ganzen sind die Maßnahmen in den beiden Ländern vergleichbar: Erhöhung der Aufnahmekapazität der Schulen und Gesundheitseinrichtungen, Förderung des Interesses Jugendlicher und junger Erwachsener an den Berufen, vielfältigeres Ausbildungsangebot (z. B. Teilzeitausbildung), Möglichkeiten für beruflichen Wiedereinstieg und Umschulung, stärkere Durchlässigkeit zwischen den Ausbildungsgängen, bessere gesellschaftliche Anerkennung der Berufe (vor allem in Deutschland), etc.

Die Aktionspläne enthalten ebenfalls Maßnahmen, die eine Verlängerung der Berufsverweildauer der Fachkräfte zum Ziel haben: verbesserte Arbeitsbedingungen, bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, längerer Verbleib älterer Beschäftigter im Erwerbsleben, berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten etc. Diese Themen sind äußerst wichtig und werden von den Behörden auch als solche anerkannt. Hierbei sind es primär die Gesundheitseinrichtungen, die aktiv werden müssen (vgl. Abschnitt „Maßnahmen der Gesundheitseinrichtungen“). Die Rolle der Behörden liegt dagegen eher in:

- der Sensibilisierung der Gesundheitseinrichtungen für die Brisanz des Themas und der gemeinsamen Erarbeitung von Zielvereinbarungen,
- der Begleitung der Gesundheitseinrichtungen bei der Entwicklung von Optimierungsprozessen (Bereitstellung von Bewertungsinstrumenten, Managementausbildungen etc.),
- der Förderung des Best Practice Austauschs zwischen Einrichtungen,
- der Anpassung der Rechtsvorschriften (z. B. Reformen der Altersvorsorge in der Schweiz, die den längeren Verbleib älterer Beschäftigter im Erwerbsleben begünstigen).

Was die medizinischen Berufe angeht, geht deutlich hervor, dass alle drei Länder vor der Herausforderung stehen, die Attraktivität des Arztberufs in der ambulanten Versorgung, insbesondere im Bereich der Allgemeinmedizin in den ländlichen und abgelegenen Regionen, zu steigern. Die Maßnahmen hierzu ähneln sich in allen drei Ländern stark:

- Förder-/Marketingmaßnahmen rund um die ambulante Versorgung und den Hausarztberuf (Informationskampagnen etc.),
- stärkere Positionierung der Allgemeinmedizin im Bildungssystem (Einrichtung von Lehrstühlen, Förderung der Forschung, größeres Angebot an Praktika in Praxen etc.),
- Hilfestellung bei der Niederlassung im ländlichen Raum,
- Verbesserung der Vergütungsbedingungen für freiberuflich tätige Ärzte/innen, insbesondere in den ländlichen Regionen,
- Weiterentwicklung der Telemedizin,
- Förderung der Interprofessionalität,
- Ausbau kollektiver ambulanter Versorgungsstrukturen (Gruppenpraxen, etc.),
- Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Einrichtungen.

Der Vergleich zeigt darüber hinaus auch große Unterschiede zwischen den drei Ländern bezüglich der Fachkräfte mit ausländischem Abschluss auf. In Deutschland ist die Rekrutierung im Ausland in einigen Aktionsplänen zur Entschärfung des Fachkräftemangels als einer der Lösungsansätze vorgesehen. In der Schweiz wird ebenfalls im Ausland rekrutiert, dies wird jedoch in den Aktionsplänen nicht gefördert. Das Gegenteil ist der Fall: Die Schweizer Aktionspläne zielen unter anderem darauf ab, die Abhängigkeit von Fachkräften mit ausländischem Diplom zu reduzieren, wofür sowohl ethische Bedenken als auch die Versorgungssicherheit als Gründe angeführt werden. Was Frankreich angeht, wurde innerhalb der Steuerungsgruppe darauf hingewiesen, dass die Zahl der Ärzte/innen mit ausländischem Abschluss zunimmt, insbesondere aus Rumänien. Dennoch ist die Rekrutierung von Ärzten/innen aus dem Ausland aus ethischen Gründen gegenüber anderen Ländern, aber auch angesichts des Auswahlsystems in den französischen medizinischen Fakultäten, ein Tabuthema.

Es wird empfohlen, den grenzüberschreitenden Erfahrungs- und Best Practice-Austausch zwischen den Behörden über die von ihnen durchgeführten Maßnahmen zu fördern. Es wäre sinnvoll, diesen Austausch thematisch auf die Maßnahmen zu konzentrieren, die auf eine Steigerung der Attraktivität des Arztberufs in der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten abzielen. Hierbei handelt es sich offenbar um das einzige Thema, zu dem die zuständigen Behörden aller Teilräume des Oberrheingebiets Maßnahmen ergreifen.


▮ Maßnahmen der Gesundheitseinrichtungen

Aus der Befragung der Gesundheitseinrichtungen konnten drei zentrale Erkenntnisse gewonnen werden:

Erstens werden sehr viele Maßnahmen von den Einrichtungen getroffen und dies in allen Teilräumen des Oberrheins. Auch wenn der Fachkräftemangel aktuell nicht alle Berufe und Teilräume des Oberrheins trifft, konnte somit festgestellt werden, dass sich Einrichtungen überall im Untersuchungsgebiet mit Rekrutierungsschwierigkeiten konfrontiert sehen.

Zweitens werden die Handlungsfelder, trotz einiger Ausnahmen und Unterschiede bezüglich ihres jeweiligen Bedeutungsgrades, von den nationalen Teilräumen weitgehend geteilt.

Bei den Handlungsfeldern handelt es sich um die folgenden:

- | | | |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf 2 Gehalt, Bonussysteme, Altersvorsorge 3 Nicht-finanzielle Vorteile/Zuwendungen 4 Gesundheitsförderung 5 Arbeitsklima und -bedingungen 6 Personal- und Organisationsmanagement 7 Personalmarketing und -rekrutierung 8 Externe Unternehmens(image)kommunikation 9 Ausbildung 10 Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (darunter: Fort- und Weiterbildung) 11 Rückgewinnung von Personal (berufsfähige Berufsaussteiger/innen) 12 Rückgriff auf Personal mit ausländischem Abschluss 13 Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen 14 Imageverbesserung der Gesundheitsberufe 15 Entwicklung des Reglementierungsrahmens |  | <p>Verbesserung der
Arbeitsbedingungen
im weiten Sinne</p> |
|---|---|--|

Drittens hält es die Mehrheit der befragten Einrichtungen für sinnvoll, über grenzüberschreitende Maßnahmen als Reaktion auf bestehende Rekrutierungsschwierigkeiten nachzudenken. Sie bekunden insbesondere ihr Interesse an einem grenzüberschreitenden Erfahrungsaustausch.

Aufgrund dieser drei Feststellungen wird empfohlen, einen Erfahrungs- und Best-Practice-Austausch zwischen Gesundheitseinrichtungen über ihre Maßnahmen zur Bekämpfung der Rekrutierungsschwierigkeiten einzuführen.

Die zentrale Frage richtete sich darauf, herauszufinden, zu welchen Themengebieten ein Erfahrungsaustausch sinnvoll wäre. Zu diesem Zweck hat sich die Steuerungsgruppe der Studie jedem der oben aufgeführten Handlungsfelder zugewendet, um die Relevanz eines Erfahrungsaustauschs in diesem Bereich zu evaluieren. Die Bewertung und Priorisierung erfolgte hauptsächlich auf Grundlage folgender Kriterien:

- Mehrwert eines grenzüberschreitenden Austauschs zu den Handlungsfeldern,
- innovativer Charakter der in dem Handlungsfeld erhobenen Maßnahmen,
- Zweckmäßigkeit der in dem Handlungsfeld erhobenen Maßnahmen,
- Bedeutung, die dem Handlungsfeld seitens der Einrichtungen beigemessen wird (auf Basis der Anzahl der bei der Umfrage erhobenen Maßnahmen).

Diese Bewertung führte dazu, dass eine Vielzahl an Themengebieten ausgeschlossen wurde. So wurden zum Beispiel Erfahrungsaustausche rund um die Marketingmaßnahmen der Gesundheitseinrichtungen als wenig sinnvoll eingestuft, da solche Maßnahmen aufgrund ihres Nullsummenspielcharakters nicht zur Lösung des Fachkräftemangels beitragen können. Auch wurden einige Themengebiete ausgeschlossen, bei denen die Maßnahmen zu stark von nationalen Gegebenheiten abhängen und sich folglich nicht auf die Situation des Nachbarn übertragen lassen. Dies ist beispielsweise bei Maßnahmen im Bereich Verdienst, Prämien- und Bonussysteme der Fall. Andere Themengebiete bieten sich für den Erfahrungsaustausch wiederum nicht an, da der Kontext in den Teilräumen zu unterschiedlich ist. Dies gilt beispielsweise für die Imageverbesserung der Pflegeberufe: Dieses Thema ist in Deutschland und der Schweiz sehr wichtig, in Frankreich hingegen weniger, da die Ausübung eines Pflegeberufs sich hier nach wie vor einer großen Attraktivität erfreut. Schließlich hat sich die Steuerungsgruppe dagegen entschieden, am Rückgriff auf Fachkräfte mit ausländischem Abschluss als Thema für zukünftige Erfahrungsaustausche festzuhalten, da diesbezügliche Handlungsstrategien in einigen Teilräumen ethisch problematisch sind.

Vorrangige Themengebiete für einen zukünftigen grenzüberschreitenden Austausch von Best Practice Beispielen sind die folgenden:

- Optimierung des Personalmanagements (z. B. Stärkung von Führungskompetenzen),
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, vor allem im Bereich Arbeitszeitorganisation und Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Gesundheitsförderung bei den Mitarbeitenden und Maßnahmen zur Weiterbeschäftigung von Senioren/innen,
- Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf (z. B. nach der Kindererziehung),
- Zusammenarbeit der Gesundheitseinrichtungen beim Personaleinsatz (z. B. Personalpools).

Diese fünf Handlungsfelder liegen zu einem großen Teil im Zuständigkeitsbereich der Einrichtungen. Aus diesem Grund sollten die Einrichtungen im Mittelpunkt des grenzüberschreitenden Austauschs stehen. Allerdings kommt den lokalen Behörden und Entscheidungsträgern die entscheidende Rolle des Vermittlers zu, indem sie die Rahmenbedingungen für solche Austausche schaffen, zum Beispiel durch die Organisation von Treffen/Seminaren oder durch die Unterstützung bei der Gründung von Netzwerken (z. B. grenzüberschreitendes Netzwerk von Altenpflegeeinrichtungen). Es wäre interessant, den Erfahrungsaustausch nicht nur auf die Managementebene zu beschränken, sondern auch das Gesundheitspersonal selbst mit einzubeziehen.

3. Transparenz über Ausbildungsgänge, Berufe und Anerkennung von Berufsqualifikationen

Untersuchungsgegenstand

Eine der zentralen Handlungsempfehlungen der Studie liegt in der Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität von Krankenpflegern/innen und Krankenpflegehelfern/innen (vgl. Teil 4). Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoll, sich im Rahmen einer Vergleichsanalyse eingängiger mit diesen zwei Berufen zu beschäftigen. Über die Unterschiede zwischen der Berufspraxis in den drei Ländern wird viel spekuliert; zum Beispiel darüber, ob die deutschen Krankenpfleger/innen weniger Verantwortung tragen als die französischen und die schweizerischen, oder darüber, dass sie keine Spritzen geben dürfen. So stellt sich die Frage, ob in den drei Ländern vom gleichen Beruf gesprochen werden kann. In der Studie wurde daher angestrebt, die Unterschiede zu erfassen – dies sowohl auf rechtlicher Ebene als auch in Hinblick auf den Berufsalltag.

Dazu dienten die folgenden Leitfragen:

- Wie ist die Ausbildung zu diesen Berufen organisiert? Sind die Ausbildungsniveaus vergleichbar?
- Welche Unterschiede gibt es in Bezug auf Rolle, Aufgaben und Verantwortung der Berufstätigen in diesen Berufen?
- Welche Bedingungen gelten für die Anerkennung von Berufsqualifikationen in den drei Ländern?

Die gesammelten Informationen gehen über den engen Rahmen der Mangelproblematik hinaus und könnten sich somit für andere Studien und Projekte am Oberrhein als nützlich erweisen.

Ergebnisse

► Vergleich der Ausbildungen

Was die Ausbildungen angeht, führte die Studie zu einem grenzüberschreitenden Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpfleger/in und zum/zur Krankenpflegehelfer/in. Dieser Vergleich erfolgte in zweisprachigen zusammenfassenden Tabellen (pro Ausbildung eine Tabelle) und wurde anhand derselben Kriterien, wie beispielsweise der Ausbildungsdauer, der Zugangsvoraussetzungen oder der rechtlichen Grundlagen vorgenommen.

Der Leser oder die Leserin kann große Unterschiede zwischen den drei Ländern erkennen, insbesondere bezüglich der Ausbildungsniveaus (in Verbindung mit den Zugangsvoraussetzungen) und des praktischen Teils der Ausbildung.

▮ Vergleich der Berufsprofile

Was die Berufe betrifft, enthält die Studie einen Vergleich der Rollen, Aufgaben und Verantwortungen des/der Krankenpflegers/in in den drei Ländern. Der Vergleich ist zweidimensional: Es werden die jeweils gültigen und berufsstrukturierenden Gesetzesrahmen verglichen und erforschend Unterschiede in der Berufspraxis herausgestellt. Auch hier sind wesentliche Unterschiede zwischen den Ländern festzustellen.

Im Rahmen dieser Zusammenfassung gilt es vor allem Folgendes festzuhalten:

- In Frankreich wird den Krankenpflegern/innen berufsrechtlich eine „eigene Rolle“ („rôle propre“) zugestanden. Der Code de la santé publique definiert klar die Verantwortung und Aufgaben eines/einer Krankenpflegers/in in zwei Rollen, einer „eigenen Rolle“ und einer mitverantwortlichen Rolle. In seiner/ihrer „eigenen Rolle“ leiten und gestalten die Krankenpfleger/innen den gesamten Pflegeprozess. Damit sich Krankenpfleger/innen auf diese anspruchsvolle Aufgabe und das Herzstück des Pflegeprozesses – die Pflegediagnose – konzentrieren können, geben sie Tätigkeiten der Grundpflege oft an Krankenpflegehelfer/innen ab.
- In Deutschland geben das Krankenpflegegesetz im weitesten Sinne und die Rahmenlehrpläne der Länder im übertragenen Sinne Aufschluss über die Berufspraxis des/der Krankenpflegers/in. In diesem Rahmen können Aufgabenfelder und Verantwortungsstrukturen von den Einrichtungen und von Fall zu Fall eingehender definiert und angepasst werden. Im Berufsalltag liegt der tatsächliche Schwerpunkt der Krankenpflege auf der Grundpflege. Daher wird auf die Vermittlung von wissenschaftlichen Konzepten zur Grundpflege besonderer Wert gelegt.
- In der Schweiz sind verschiedene Berufsprofile für die Krankenpflege zuständig. Aufgaben und Verantwortung der einzelnen Berufe hängen folglich auch stark vom Berufsportfolio und der Größe der Einrichtung und der Teams ab.

▮ Grenzüberschreitende Anerkennung von Berufsqualifikationen

Abschließend stellt die Studie den rechtlichen Rahmen der Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union sowie die diesbezüglichen Prozeduren für die Berufe der Krankenpfleger/innen und der Krankenpflegehelfer/innen (zuständige Behörden, Verfahren, Fristen, Anforderungen, Verfahrenskosten etc.) in den drei Ländern dar.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei Krankenpflegern/innen das automatische Anerkennungsverfahren von Berufsqualifikationen greift, wobei sie allerdings Sprachkenntnisse nachweisen müssen. Die diesbezüglichen Anforderungen fallen in den jeweiligen Ländern unterschiedlich aus. Bei Krankenpflegehelfern/innen greift hingegen das automatische Anerkennungsverfahren nicht: Ob die Berufsqualifikationen anerkannt werden, muss im Einzelfall geprüft werden. Die Erteilung der Erlaubnis zur Berufsausübung kann allerdings abgelehnt oder an Ausgleichsmaßnahmen (z. B. in Form von Praktika) gekoppelt werden.

4. Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität

Untersuchungsgegenstand

In Teil 4 der Studie wird hauptsächlich untersucht, ob und in welchem Ausmaß eine Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen ein relevanter Ansatz zur Bekämpfung des Fachkräftemangels sein könnte. Die Studie legt dar, wie die Konturen einer zukünftigen Strategie zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität aussehen sollten bzw. könnten.

Der Analyse liegen die folgenden vier Fragen zugrunde:

Wozu?	Inwiefern ist eine Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität zweckmäßig?
Welche Berufe?	Bei welchen Berufen und aus/nach welchen Teilräumen soll die Mobilität gestärkt werden?
Welche Zielgruppen?	An welche Zielgruppen richten sich die Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität: Studierende, Erwerbstätige, Arbeitsuchende etc.?
Wie?	Durch welche Maßnahmen kann die grenzüberschreitende Mobilität gestärkt werden?

In Teil 4 der Studie wird außerdem das Thema der grenzüberschreitenden Öffnung der Ausbildungsgänge am Oberrhein behandelt (Praktika im Ausland, Begegnungen mit Auszubildenden aus dem Nachbarland etc.). Die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge wurde nicht als prioritäre Maßnahme zur Bekämpfung des Fachkräftemangels eingestuft. Nichtsdestotrotz wird ihre Weiterentwicklung durch die Steuerungsgruppe als sinnvoll betrachtet. Aus diesem Grund wurde das Euro-Institut gebeten, sich dem Thema im Rahmen einer kurzen Bestandsaufnahme zu widmen. Die diesbezüglichen Analysen wurden ausschließlich für die Ausbildungsgänge in den Pflegeberufen vorgenommen.

Ergebnisse und Empfehlungen

▸ Konturen einer künftigen Strategie zur grenzüberschreitenden Mobilität

In der rechtsstehenden Graphik werden die zentralen Aspekte der Mobilitätsstrategie zusammengefasst. Sie wurden in der Steuerungsgruppe einvernehmlich auf Grundlage vorheriger Analysen des Euro-Instituts festgelegt.

Graphik 5

Konturen der grenzüberschreitenden Mobilitätsstrategie



Festzuhalten sind folgende drei Kernelemente der Strategie:

- Eine Stärkung der Mobilität würde es ermöglichen, grenzüberschreitende Komplementaritätspotenziale zu erschließen und so einen Beitrag zur Verringerung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite sowie zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf französischer Seite im Rahmen einer Win-win-Situation zu leisten.
- Die grenzüberschreitende Mobilität sollte nur von Frankreich nach Deutschland/ in die Schweiz und nur für die Berufe des/der Krankenpflegers/in und des/der Krankenpflegehelfers/in gestärkt werden (mit Schwerpunkt auf den Beruf des/der Krankenpflegers/in). Aus der grenzüberschreitenden Analyse des Fachkräftemangels geht hervor, dass die Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität bei den anderen Berufen keinen Mehrwert mit sich bringen würde (jedenfalls nicht im Kontext der Mangelproblematik).
- Die Mobilitätsstrategie darf keine massenhafte Abwanderung elsässischer Krankenpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen nach Deutschland und in die Schweiz zur Folge haben. Zum einen soll verhindert werden, dass die elsässischen Gesundheitseinrichtungen um die Fachkräfte gebracht werden, die sie benötigen. Zum anderen soll verhindert werden, dass das Elsass Ausbildungskosten trägt, ohne später von den Investitionen profitieren zu können. Aus diesen beiden Gründen muss sich die Mobilitätsstrategie auf junge Elsässer/innen konzentrieren, die sich zwar für einen Pflegeberuf interessieren würden, nach dem Auswahlverfahren in Frankreich aber keinen Ausbildungsplatz erhalten haben. Diese könnten dazu animiert werden, ihre Ausbildung in Deutschland oder der Schweiz zu absolvieren.

Die Studie geht detailliert auf den analytischen Prozess ein, der zur Festlegung der Inhalte der Strategie geführt hat. Zudem werden Empfehlungen zur Umsetzung der Strategie ausgearbeitet: Empfehlungen von konkreten Maßnahmen in Richtung der Zielgruppen und allgemeinere Empfehlungen bezüglich der Steuerung und der Verankerung der Strategie. Darüber hinaus hat das Euro-Institut eine Risikoanalyse durchgeführt und Empfehlungen zur Minimierung der identifizierten Risiken entwickelt.

► Grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge

Die Analysen verdeutlichen, dass die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge in den Pflegeberufen momentan am Oberrhein nur wenig fortgeschritten ist. Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass es in den Ausbildungs- und/oder Gesundheitseinrichtungen an Interesse fehlt: Die Bereitschaft ist da.

Die Studie stellt die Hindernisse heraus, mit denen sich die Akteure konfrontiert sehen. Diese sind je nach Teilräumen unterschiedlicher Art, jedoch scheint die Sprachbarriere – außer natürlich in der deutsch-schweizerischen Grenzregion – in allen Teilräumen ein großes Problem darzustellen.

Als Best Practice-Beispiele hebt die Studie die ehrgeizigen Kooperationen der Krankenpflegeschulen (IFS) Forbach und Sarreguemines in Lothringen heraus. Diese beiden Beispiele zeigen auch, wie unterschiedlich die rechtlichen Hindernisse wahrgenommen werden können.

Anhand der Analysen konnte ebenfalls verdeutlicht werden, welche Vorteile sich aus einer grenzüberschreitenden Öffnung ergeben können:

- für die Auszubildenden: Horizonterweiterung und Entdeckung anderer Praktiken, Weiterentwicklung der Anpassungs- und Innovationsfähigkeit etc.;
- für die Gesundheitseinrichtungen und ihre Patienten/innen, die davon profitieren, wenn die Auszubildenden neue Kompetenzen erwerben;
- für die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation am Oberrhein, da die beteiligten Einrichtungen Personal rekrutieren können, das Kenntnisse der Sprache des Nachbarlandes und Wissen über die systemischen Unterschiede sowie über die kulturellen Unterschiede beim Umgang mit den Patienten/innen gesammelt hat;
- für den Oberrhein allgemein, da das Zugehörigkeitsgefühl zur Grenzregion gestärkt wird.

Die Analysen führten zu den folgenden Empfehlungen:

- Aufgrund der oben aufgeführten Mehrwerte soll die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge aktiv vorangebracht und gefördert werden.
- Die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation zwischen Einrichtungen und die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge (Aus- und Weiterbildung) stärken sich gegenseitig. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, beide miteinander zu verbinden, indem bei grenzüberschreitenden Kooperationsprojekten stets auch ein Fortbildungsteil vorgesehen wird.
- Momentan entwickeln sich die grenzüberschreitenden Kooperationsprojekte auf Ebene der Ausbildung unabhängig voneinander. Vor diesem Hintergrund sollte der Austausch zwischen den betroffenen Akteuren sowohl grenzüberschreitend als auch innerhalb der jeweiligen Teilräume gefördert werden. Folgende Vorteile sind zu erwarten:
 - Nutzung der Best Practices als Anregung für die eigene Praxis und gemeinsame Überlegungen zur Überwindung von Hindernissen (z. B. rechtlicher Natur);
 - Aufzeigen der Best Practices und ihres Mehrwerts, um weitere Ausbildungs- und Gesundheitseinrichtungen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu gewinnen;
 - Schaffung von mehr grenzüberschreitender Transparenz über die Berufe und Ausbildungsgänge. Abgesehen von einigen wenigen Akteuren scheint es, als sei die Kenntnis des Systems des Nachbarlandes durch Wahrnehmungen geprägt, die nicht mehr aktuell oder nur unzureichend differenziert sind. Vor diesem Hintergrund stellt die Schaffung von mehr Transparenz eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit dar.

Die Analyse bezog sich ausschließlich auf die Krankenpflegeausbildung, doch kann durchaus davon ausgegangen werden, dass die Weiterentwicklung der Öffnung der Ausbildungsgänge auch für weitere Berufe einen großen Mehrwert mit sich bringen würde.

5. Überblick über die Empfehlungen

Das folgende Kapitel bietet einen Überblick über die wichtigsten Empfehlungen der Studie. Diese Empfehlungen werden von allen Mitgliedern der Steuerungsgruppe, in welcher die für das Gesundheitswesen zuständigen Behörden vertreten waren, getragen. Es ist zu beachten, dass die grenzüberschreitenden Handlungsempfehlungen nur als „komplementäre Maßnahmen“ in Bezug auf die in den jeweiligen Teilräumen ergriffenen Maßnahmen (Weiterentwicklung des Ausbildungsangebots, Erhöhung der Attraktivität der Berufe, Verbesserung der Arbeitsbedingungen etc.) zu verstehen sind.

Die Umsetzung der Empfehlungen kann entweder für das gesamte Oberrheingebiet oder auf Ebene der Eurodistrikte in Betracht gezogen werden.

Empfehlung 1: Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Behörden über ihre Maßnahmen zur Verringerung des Fachkräftemangels.

Es wird empfohlen, sich bei dem Austausch thematisch auf die Maßnahmen zu konzentrieren, die auf eine Steigerung der Attraktivität des Arztberufs in der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten abzielen. Hierbei handelt es sich offenbar um das einzige Thema, zu dem die Behörden aller Teilräume des Oberrheingebiets Maßnahmen ergreifen.

Empfehlung 2: Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen Gesundheitseinrichtungen über ihre Maßnahmen zur Bekämpfung von Rekrutierungsschwierigkeiten.

Der Austausch wäre für die folgenden Themenbereiche sinnvoll:

- Optimierung des Personalmanagements (z. B. Stärkung von Führungskompetenzen),
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, vor allem im Bereich Arbeitszeitorganisation und Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Gesundheitsförderung bei den Mitarbeitenden und Maßnahmen zur Weiterbeschäftigung von Senioren/innen,
- Förderung des Wiedereinstiegs in den Beruf
- Zusammenarbeit der Gesundheitseinrichtungen beim Personaleinsatz (z. B. Personalpools).

Mit Hilfe dieses Austauschs könnten die Einrichtungen innovative, bereits bewährte Maßnahmen aus den Nachbarländern identifizieren sowie deren Kontext und Zusammenhänge verstehen lernen. Auf diese Weise könnten sie besser beurteilen, ob eine Übertragung auf die eigene Einrichtung zweckmäßig sein könnte. Außerdem könnte der Austausch dazu beitragen, konkrete grenzüberschreitende Projekte zwischen verschiedenen Einrichtungen zu entwickeln.

Hinsichtlich bestimmter Aspekte, insbesondere der Frage der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation, wäre es sinnvoll, den Erfahrungsaustausch nicht nur auf die Führungs- und Managementebene zu beschränken, sondern auch das Gesundheitspersonal selbst miteinzubeziehen. Gerade in kleinen Einrichtungen können auch diese Fachkräfte selbst die Impulsgeber für Innovationen sein.

Empfehlung 3: Umsetzung einer Strategie zur Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen.

Die Konturen der Strategie werden in der Graphik auf S. 19 zusammenfassend dargelegt. Die Strategie beinhaltet die drei folgenden Hauptelemente:

- Die Stärkung der Mobilität würde es ermöglichen, grenzüberschreitende Komplementaritätspotenziale zu erschließen, indem ein Beitrag zur Verringerung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf französischer Seite im Rahmen einer Win-win-Situation geleistet wird.
- Die grenzüberschreitende Mobilität sollte nur von Frankreich nach Deutschland/ der Schweiz und nur für die Berufe des/der Krankenpflegers/in und des/der Krankenpflegehelfers/in unterstützt werden (mit Schwerpunkt auf den Beruf des/der Krankenpflegers/in). Aus der grenzüberschreitenden Analyse des Fachkräftemangels geht hervor, dass die Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität bei den anderen Berufen keinen Mehrwert mit sich bringen würde (jedenfalls nicht im Kontext der Mangelproblematik).
- Die Mobilitätsstrategie darf keine massenhafte Abwanderung elsässischer Krankenpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen nach Deutschland und in die Schweiz zur Folge haben. Zum einen soll verhindert werden, dass die elsässischen Gesundheitseinrichtungen um die Fachkräfte gebracht werden, die sie benötigen. Zum anderen soll verhindert werden, dass das Elsass Ausbildungskosten trägt, ohne später von den Investitionen profitieren zu können. Aus diesen beiden Gründen soll sich die Mobilitätsstrategie auf junge Elsässer/innen konzentrieren, die sich zwar für einen Pflegeberuf interessieren würden, nach dem Auswahlverfahren aber keinen Ausbildungsplatz erhalten haben. Diese könnten dazu animiert werden, ihre Ausbildung in Deutschland oder der Schweiz zu absolvieren.

In der Studie werden detaillierte Empfehlungen für eine erfolgreiche Umsetzung der Strategie ausgearbeitet (konkrete Maßnahmen für die Zielgruppen und allgemeinere Empfehlungen zu Steuerung und Verankerung der Strategie).

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen im Bereich der grenzüberschreitenden Mobilität am Oberrhein wird davon ausgegangen, dass es etwas Zeit in Anspruch nehmen wird, bis diese Strategie erste Erfolge verzeichnen kann. Die Strategie soll daher langfristig geplant werden.

Empfehlung 4: Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Öffnung der Ausbildungsgänge in Gesundheitsberufen.

Anhand der Analysen konnte verdeutlicht werden, welche Vorteile sich aus einer grenzüberschreitenden Öffnung ergeben:

- für die Auszubildenden: Horizonterweiterung und Entdeckung anderen Praktiken, Weiterentwicklung der Anpassungs- und Innovationsfähigkeit etc.;
- für die Gesundheitseinrichtungen und ihre Patienten/innen, die davon profitieren, wenn die Auszubildenden neue Kompetenzen erwerben;
- für den Oberrhein allgemein, da das Zugehörigkeitsgefühl zur Grenzregion gestärkt wird.

Empfehlung 5: Systematische Integration eines Fortbildungsteils in die grenzüberschreitenden Projekte der Gesundheitskooperation.

Die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge ermöglicht den Studierenden die Vertiefung ihrer Fremdsprachkenntnisse und ihres Wissens über die systemischen Unterschiede sowie die kulturellen Unterschiede beim Umgang mit den Patienten/innen. Diese Kompetenzen stehen insbesondere bei den Einrichtungen, die sich in Projekten zur grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation engagieren, hoch im Kurs.

Empfehlung 6: Förderung des Austauschs über die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge zwischen den Akteuren der Ausbildung.

Der Austausch zwischen den betroffenen Akteuren sollte sowohl grenzüberschreitend als auch innerhalb der jeweiligen Teilräume gefördert werden. Folgende Vorteile sind zu erwarten:

- Nutzung der Best Practices als Anregung für die eigene Praxis und gemeinsame Überlegungen zur Überwindung von Hindernissen (z. B. rechtlicher Natur);
- Aufzeigen der Best Practices und ihres Mehrwerts, um weitere Ausbildungs- und Gesundheitseinrichtungen für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu gewinnen;
- Schaffung von mehr grenzüberschreitender Transparenz über die Berufe und Ausbildungsgänge.

Der vollständige Endbericht ist auf der Website der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz abrufbar (<http://www.oberrheinkonferenz.org/de/gesundheit.html>).