

DEUTSCH-FRANZÖSISCH-
SCHWEIZERISCHE
OBERRHEINKONFERENZ



CONFERENCE
FRANCO-GERMANO-SUISSE
DU RHIN SUPERIEUR

Studie zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen am Oberrhein

Endbericht

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

Kehl, Oktober 2015

Die vorliegende Studie wurde durch den Kooperationsfonds der Oberrheinkonferenz finanziert.

Anmerkung

Die Studie ist auch auf Französisch verfügbar und genau wie die Zusammenfassung in elektronischer Form auf der Seite der Oberrheinkonferenz abrufbar (www.oberrheinkonferenz.org/de/gesundheit.html).

Die deutsche und die französische Fassung dieser Studie weichen an einigen Stellen leicht voneinander ab, da bestimmte Begriffe und Konzepte erklärt werden müssen, die einem/einer Leser/in des Nachbarlands nicht unbedingt bekannt sind.

Danksagung

Die Arbeitsgruppe ‚Gesundheitspolitik‘ der Oberrheinkonferenz und das Euro-Institut bedanken sich recht herzlich bei allen Akteuren des Oberrheins (und darüber hinaus), die, insbesondere im Rahmen von Umfragen und Fachgesprächen, zu dieser Studie beigetragen haben.

Weiterhin dankt das Euro-Institut auch seinen Praktikanten/innen, die sich an den Recherchen und (unter der Leitung von Saskia Rybarczyk) vor allen Dingen an der Übersetzung der Studie ins Deutsche beteiligt haben:

- Pia Gerzmann, Universität des Saarlandes, Saarbrücken
- Annemarie Haber, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Germersheim
- Michael Lörch, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Germersheim
- Estelle Collonnier, Institut d'Études Politiques, Strasbourg
- Christelle Moussus, Institut d'Études Politiques, Strasbourg

Abkürzungsverzeichnis

ARS: Agence régionale de santé d'Alsace
BAG: Bundesamt für Gesundheit
CSP: Code de la santé publique
Drees: Directoin de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRJSCS: Directoin Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la cohésion sociale
EBA: Eidgenössisches Berufsattest
EFZ: Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
EHPAD: Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FaGe: Fachmann/frau Gesundheit
FKI: Fachkräfteinitiative
GDK: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor/-innen
GesBG: Gesundheitsberufegesetz (Schweiz)
HUS: Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
IFAS: Institut de formation des aides-soignants
IFSI: Institut de formation en soins infirmiers
Insee: Institut national de la statistique et des études économiques
MSAGD Rheinland-Pfalz: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
Obsan: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdASanté: Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit
OREF: Observatoire Régional Emploi Formation
ORK: Oberrheinkonferenz
(Pflegefachmann/frau) FH: (Pflegefachkraft mit Abschluss einer) Fachhochschule
(Pflegefachmann/frau) HF: (Pflegefachkraft mit Abschluss einer) Höheren Fachschule
PRS: Projet régional de santé
PwC: PricewaterhouseCoopers
SBFI: Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SECO: Staatssekretariat für Wirtschaft
SHG: Saarland Heilstätten GmbH
VZÄ: Vollzeitäquivalent

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Vorwort.....	7
Einführung	9
1 Grenzüberschreitende Analyse des Fachkräftemangels.....	20
1.1 Untersuchungsgegenstand und Methodik	21
1.2 Überblick über die verfügbaren Daten.....	24
1.2.1 Deutsche Seite	24
1.2.2 Schweizer Seite.....	29
1.2.3 Französische Seite	36
1.2.4 Zwischenfazit.....	41
1.3 Analyse des Mangels für die einzelnen Berufe und Länder	44
1.3.1 Krankenpfleger/in und Altenpfleger/in	46
1.3.2 Krankenpflegehelfer/innen und Altenpflegehelfer/innen	54
1.3.3 Physiotherapeuten/innen.....	60
1.3.4 Ergotherapeuten/innen.....	64
1.3.5 Ärzte/innen	68
1.4 Fazit: Grenzüberschreitender Blick auf den Fachkräftemangel	88
2 Erhebung der durchgeführten Maßnahmen	92
2.1 Maßnahmen der zuständigen Behörden als Reaktion auf den Mangel	
.....	96
2.1.1 In Rheinland-Pfalz	96
2.1.2 In Baden-Württemberg	111
2.1.3 In der Schweiz.....	117
2.1.4 Im Elsass.....	140
2.1.5 Fazit und Empfehlungen	146
2.2 Maßnahmen der Gesundheitseinrichtungen als Reaktion auf	
Rekrutierungsschwierigkeiten	150
2.2.1 Methodologischer Ansatz	150
2.2.2 Maßnahmen und Maßnahmenvorschläge	153
2.2.3 Positionierung gegenüber der grenzüberschreitenden	
Zusammenarbeit	163
2.2.4 Fazit und Empfehlungen	166

3	Transparenz über Ausbildungsgänge, Berufe und Anerkennung von Berufsqualifikationen	171
3.1	Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpfleger/in und Krankenpflegehelfer/in.....	173
3.1.1	Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpfleger/in in Frankreich, Deutschland und der Schweiz	174
3.1.2	Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpflegehelfer/in in Frankreich, Deutschland und der Schweiz	219
3.2	Vergleichende Analyse der Berufsprofile in Frankreich, Deutschland und der Schweiz	240
3.2.1	Einleitung: Verantwortung und Aufgaben der Krankenpfleger/innen im stationären Bereich in Frankreich, Deutschland und der Schweiz...	240
3.2.2	Vergleich der gesetzlichen Grundlagen und Eindeutigkeit der Verantwortungsrollen	242
3.2.3	Aufgaben in eigener Verantwortung	249
3.2.4	Ausblick: Annäherung an die französische Lage der Pflegefachkräfte? Aktuelle Gesetzgebung in Deutschland und der Schweiz	256
3.3	Grenzüberschreitende Anerkennung von Berufsqualifikationen...	259
3.3.1	Rechtlicher Rahmen.....	259
3.3.2	Zugangsvoraussetzungen zu einem Gesundheitsberuf im Nachbarland.....	264
4	Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität.....	269
4.1	Konturen einer zukünftigen Strategie zur grenzüberschreitenden Mobilität.....	271
4.1.1	Methodologischer Ansatz	273
4.1.2	Stärkung der grenzüberschreitende Mobilität: Wozu?.....	275
4.1.3	Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität: Welche Berufe?.....	277
4.1.4	Stärkung der grenzüberschreitende Mobilität: Welche Zielgruppe?	282
4.1.5	Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität: Wie?	287
4.1.6	Analyse der Risiken.....	302
4.2	Grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge in den Pflegeberufen.....	306
4.2.1	Deutsche Seite	307

4.2.2	Schweizer Seite.....	309
4.2.3	Französische Seite.....	309
4.2.4	Fazit und Empfehlungen	327
5	Überblick über die Empfehlungen für grenzüberschreitende Maßnahmen	329
6	Literatur- und Quellenverzeichnis	336
6.1	Zum Thema Mangelanalyse	336
6.1.1	Deutsche Seite	336
6.1.2	Schweizer Seite.....	337
6.1.3	Französische Seite	338
6.2	Zur Maßnahmenerfassung.....	340
6.2.1	Deutsche Seite	340
6.2.2	Schweizer Seite.....	342
6.2.3	Französische Seite	342
6.2.4	Allgemein.....	343
6.3	Zum Thema Ausbildungsgänge, Berufe und Anerkennung von Berufsqualifikationen	344
6.3.1	Deutscher Seite.....	344
6.3.2	Schweizer Seite.....	345
6.3.3	Französische Seite	348
6.4	Zum Thema grenzüberschreitende Mobilität	349
6.5	Sonstiges	350
7	Anhang.....	351
7.1	Gesprächspartner/innen	351
7.2	Graphiken zu den Bildungssystemen bzw. -systematiken in Deutschland bzw. der Schweiz.....	355
7.3	Teilergebnisse der Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen...	358

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 Oberrheinkonferenz 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 geografischen 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



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. 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. Die Kenntnis der Unterschiede zwischen den Ländern ist auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Umsetzung dieser grenzüberschreitenden Maßnahmen entscheidend.

➤ **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 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 besser verstehen lernen.

Partizipativ, da das Euro-Institut bei der Erarbeitung der Studie von einer Steuerungsgruppe aus Vertretern/innen der einzelnen Teilräume des Oberrheingebiets (Verwaltungsebene) begleitet wurde. Die Mitglieder der

Steuerungsgruppe ging aus den Mitgliedern der Arbeitsgruppe ‚Gesundheitspolitik‘ der Oberrheinkonferenz (ORK) hervor.

Die Steuerungsgruppe setzte sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

- Patricia BUCHHOLZ, Regierungspräsidium Karlsruhe
- Remigius DÜRRENBARGER, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Dirk H. FISCHBACH, Barmer GEK Freiburg
- Katharina HAMBURGER, Gemeinsames Sekretariat der ORK
- Peter INDRA, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Claudine JOBST, Agence régionale de santé d’Alsace
- Roland KRICK, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz (MSAGD Rheinland-Pfalz)
- Sandra LUGBULL-KRIEN, ARS Alsace
- Günther PFAFF, Regierungspräsidium Stuttgart
- Théologis OUSTRIAS, Observatoire Régional Emploi Formation d’Alsace (OREF)
- François SEILLER, ARS Alsace
- Peter ZEISBERGER, Regierungspräsidium Karlsruhe

Unterstützt wurde sie von drei Mitarbeiter/innen des Euro-Instituts:

- Anne DUSSAP
- Eddie PRADIER
- Saskia RYBARCZYK

Die Steuerungsgruppe trat sieben Mal, stets zu entscheidenden Momenten der Studiendurchführung, zusammen. Über die Sitzungen hinaus fand während des gesamten Studienzeitraums ein intensiver Informationsaustausch statt.

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 für Diskussionen, in dem die Akteure Bedenken formulieren und offen Fragen stellen konnten, 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/innen 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 Erarbeitung der Studie selbst von Nutzen war. Die Steuerungsgruppe hat – über die hilfreichen Beiträge ihrer Mitglieder zur Studienarbeit hinaus – dazu beigetragen, das gegenseitige Verständnis der Akteure zu verbessern.

➤ **Methodischer Ansatz**

Die Studie stützt sich auf:

- den Austausch im Rahmen der Steuerungsgruppe,
- Dokumentenanalysen,
- drei Umfragen bei den zuständigen Behörden, bei den Gesundheitseinrichtungen sowie bei den Ausbildungseinrichtungen,
- ergänzende Fachgespräche bei den drei o.g. Zielgruppen sowie bei weiteren Fachexperten/innen. Eine Liste der Gesprächspartner/innen ist als Anhang 1 beigefügt.

In jedem Teil der Studie wird auf den jeweils angewandten methodischen Ansatz näher eingegangen.

➤ Untersuchungsrahmen

Geographische Perimeter:

Das Untersuchungsgebiet der Studie entspricht dem Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz (ORK) und umfasst die folgenden Teilräume:

- auf französischer Seite: das Elsass
- auf deutscher Seite: Baden (Baden-Württemberg) und die Südpfalz (Rheinland-Pfalz)
- auf Schweizer Seite: die Nordwestschweiz, bestehend aus den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Solothurn, Aargau und Jura.

Graphik 1 – Untersuchungsgebiet



Quelle: GISOR/SIGRS

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, wobei es sich im Grunde um eine falsche Verwendung des Begriffs handelt, da beispielsweise Altenpflegeeinrichtungen nicht zum Gesundheits- sondern zum Sozialwesen gehören.

Berücksichtigte Berufe:

Die Frage, welche Berufe in der Studie berücksichtigt werden sollten, stellte sich gleich zu Beginn der Arbeit. Wie bereits zuvor erläutert, wurde schnell klar, dass nur eine begrenzte Anzahl an Berufen analysiert werden kann. Die Steuerungsgruppe hat die Auswahl auf der Grundlage der folgenden drei Kriterien getroffen:

- Stellenwert des Berufs im Hinblick auf die Beschäftigungszahl,
- Verfügbarkeit von Daten zum Fachkräftemangel,
- Prioritäten der Mitglieder der Steuerungsgruppe, die vor allem auf der Grundlage ihres Vorwissens über die vom Fachkräftemangel am stärksten betroffenen Berufe gesetzt wurden.

Graphik 2 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. Was die Krankenpfleger/innen sowie Krankenpflegehelfer/innen anbelangt, wird auf den Vergleich der Ausbildungen und Berufe in Teil 3 verwiesen.

Graphik 2
Untersuchte Berufe

Frankreich	Deutschland	Schweiz	Bezeichnung in dieser Studie
Infirmier (en soins généraux)	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Pflegefachmann/fr au HF (Höhere Fachschule) Pflegefachmann/fr au 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
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

An dieser Stelle bedarf es einiger wichtiger Erläuterungen:

- Der Beruf des/der Altenpflegers/in ist eine deutsche Besonderheit. Es handelt sich dabei nicht um eine zusätzliche Fachspezialisierung ausgehend vom Beruf des/der Krankenpflegers/in, wie es beispielsweise in Frankreich bei den ‚infirmiers de bloc opératoire‘ (‚Fachpflegekräfte im Operationsdienst‘) der Fall ist, sondern um eine eigenständige Berufsausbildung. Bei der Analyse des Fachkräftemangels (vgl. Abschnitt 1.3.1) wird der Beruf des/der Altenpflegers/in im gleichen Abschnitt wie der

des/der Krankenpflegers/in behandelt. Diese Einteilung wurde vorgenommen, da das Berufsbild der Altenpfleger/innen weitgehend dem der Krankenpfleger/innen entspricht; der Hauptunterschied liegt in den Patientengruppen.

- Die obigen Ausführungen zum/zur Altenpfleger/in gelten ebenso für den/die Altenpflegehelfer/in. Bei der Analyse des Fachkräftemangels wird der Beruf im gleichen Abschnitt wie der des/der Krankenpflegehelfers/in behandelt (vgl. Abschnitt 1.3.2).
- Der Beruf des/der Fachmanns/frau (FaGe) ist eine Besonderheit der Schweiz. In der Schweiz sind im Bereich der Pflege Fachkräfte mit FH- oder HF-Diplom (Pflegefachmann/frau HF und Pflegefachmann/frau FH) und Fachkräfte mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) tätig, wobei letztere weniger Verantwortung tragen. Es wird auf den Vergleich der Ausbildungen und Berufe verwiesen (vgl. Kapitel 3.1 und 3.2), auf dessen Grundlage die Zuteilung in die Kategorie ‚Krankenpfleger/in‘ vorgenommen wurde.
- In der Studie wird von ‚Allgemeinmediziner*innen‘ im ‚alltagsgebräuchlichen Sinne‘ in Abgrenzung zu Fachärzten/ärztinnen gesprochen. Dies erfolgt in dem Bewusstsein, dass ‚Allgemeinmediziner*innen‘ je nach Land und Status dennoch eine Weiterbildung absolviert haben können oder müssen.
- Im Rahmen dieser Studie umfassen die Begriffe ‚Fachkräfte‘, ‚Gesundheitspersonal‘ und ‚Gesundheitsberufe‘ alle oben aufgelisteten Berufe (Graphik 2). ‚Gesundheitsfachpersonal‘, ‚Gesundheitsfachberufe‘ und ‚nicht-medizinische Berufe‘ umfassen alle oben aufgelisteten Berufe mit Ausnahme der Ärzte/innen, das heißt in dieser Studie auch die Helferberufe. Die Ärzte/innen fallen unter ‚medizinische Berufe‘ oder ‚Arztberuf‘. ‚Pflegefachkräfte‘, ‚Pflegepersonal‘ und ‚Pflegeberufe‘ umfassen die Berufe Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in, Altenpfleger/in und Altenpflegehelfer/in.

➤ **Aufbau der Studie**

Die Studie ist in vier Teile gegliedert, die eng miteinander verknüpft sind.

In Teil 1 wird ein grenzüberschreitender Überblick über den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen gegeben. Die Analyse in diesem Teil wird für jeden Beruf und jedes Land separat durchgeführt. Es werden nicht nur die eigentlichen Ergebnisse der Analyse dargestellt, sondern auch die in den jeweiligen Ländern verfolgten unterschiedlichen Ansätze erläutert.

In Teil 2 werden die Maßnahmen erhoben, die in den jeweiligen Teilräumen zur Behebung des Fachkräftemangels ergriffen werden. Es wird dargestellt, welche Berufe am meisten von den Maßnahmen betroffen sind, welche Lösungsansätze verfolgt, und welche Akteure an deren Erarbeitung beteiligt sind. Die Erhebung ermöglicht es dem Leser oder der Leserin auch, Best Practices, die für den eigenen Teilraum relevant sein könnten, zu erkennen. Die Zusammenstellung der Maßnahmen vervollständigt auch indirekt die Analyse des Fachkräftemangels: Durch die Identifizierung der Handlungsfelder können die vom Mangel am meisten betroffenen Sektoren und Berufe hervorgehoben und die Ursachen der Probleme in den einzelnen Teilräumen aufgezeigt werden. Außerdem werden auf Grundlage der Untersuchungen erste Handlungsempfehlungen erarbeitet.

In Teil 3 soll grenzüberschreitende Transparenz über die Berufe und die dazugehörigen Ausbildungsgänge geschaffen werden. Darüber hinaus wird auch die Anerkennung von Berufsqualifikationen im grenzüberschreitenden Kontext thematisiert. Streng genommen geht es in diesem Teil nicht mehr allein um den Fachkräftemangel. Die Vergleichsanalyse könnte auch für weitere grenzüberschreitenden Studien bzw. Kooperationsprojekte im Gesundheitsbereich am Oberrhein von Nutzen sein. Teil 3 dient vor allem als Grundlage für Teil 4, welcher sich mit der Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität der Berufe der Krankenpfleger/innen und der Krankenpflegehelfer/innen beschäftigt. Maßnahmen in diesem Bereich können nur dann eingeleitet werden, wenn die Akteure über gute Kenntnisse der Unterschiede zwischen den drei Ländern bezüglich Ausbildung und

Ausübung der Berufe verfügen. Die enge Verknüpfung mit Teil 4 erklärt warum der Fokus in Teil 3 auf den Berufen des/der Krankenpflegers/in und des/der Krankenpflegehelfers/in liegt.

In Teil 4 werden die Konturen einer möglichen zukünftigen Strategie zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität im Gesundheitswesen am Oberrhein umrissen. Es wird bewertet, inwiefern die Einführung einer solchen Strategie zur Behebung des Fachkräftemangels beitragen könnte. Ferner wird untersucht, in welchen Berufen, aus und in welche Länder, und für welche Zielgruppen die Mobilität gestärkt werden könnte. Darüber hinaus wird dargestellt, anhand welcher konkreten Maßnahmen die Strategie erfolgreich umgesetzt werden sollte bzw. könnte. Die Strategie sowie die dazugehörigen Handlungsmaßnahmen bilden die wichtigste Empfehlung dieser Studie. In Teil 4 wird außerdem eine Bestandsaufnahme bezüglich bereits existierender grenzüberschreitenden Kooperationen im Bereich der Pflegeausbildung vorgenommen. Auch hier werden Handlungsempfehlungen formuliert.

Das Fazit bietet den Lesern und Leserinnen einen kompakten Überblick über alle im Bericht enthaltenen Handlungsempfehlungen.

1 Grenzüberschreitende Analyse des Fachkräftemangels

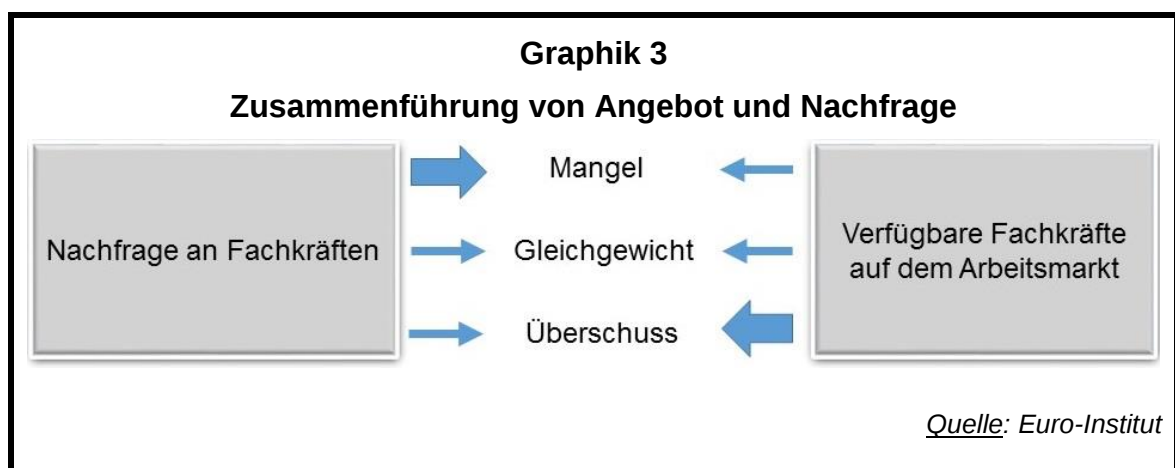
Dieser erste Teil der Studie ist der grenzüberschreitenden vergleichenden Analyse des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen gewidmet. Dieser erste Schritt ist unerlässlich, um anschließend bedarfsorientierte grenzüberschreitende Maßnahmen zu entwickeln, die zur Behebung bzw. Vermeidung eines Fachkräftemangels beitragen könnten.

Dieser Teil ist in vier Kapitel unterteilt. Zunächst werden der Untersuchungsgegenstand – der Fachkräftemangel – und der analytischen Ansatz erläutert (vgl. Kapitel 1.1). Dann wird für jedes der drei Länder ein Überblick über die dort verfügbaren Daten gegeben (vgl. Kapitel 1.2). Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse für die untersuchten Berufe vorgestellt (vgl. Kapitel 1.3). Abschließend werden diese Ergebnisse in einer vergleichenden Tabelle zusammengefasst, um einen grenzüberschreitenden Überblick zum Fachkräftemangel zu geben (vgl. Kapitel 1.4).

1.1 Untersuchungsgegenstand und Methodik

Zuerst gilt es zu definieren, was in dieser Studie unter ‚Fachkräftemangel‘ verstanden wird. Eine Mangelsituation kann vereinfacht als eine Situation definiert werden, in der, bezogen auf einen untersuchten Beruf, der Bedarf an entsprechend qualifizierten Fachkräften das Angebot 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/innen) die Frage so gestellt: Wie viele (berufstätige) Ärzte/innen 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/innen (d. h. dem Bedarf) einerseits und der Anzahl der ausgebildeten Ärzte/innen im Beschäftigungsalter andererseits gefragt. Hierbei gibt es folgende drei Antwortmöglichkeiten, die auch in Graphik 3 abgebildet sind:

- Die Anzahl der ausgebildeten Fachkräfte entspricht der Anzahl der benötigten Fachkräfte (keine Differenz). Die Situation ist im Gleichgewicht.
- Die Anzahl der ausgebildeten Fachkräfte übersteigt die Anzahl der benötigten Fachkräfte (positive Differenz). In dieser Situation gibt es einen Überschuss an Fachkräften.
- Die Anzahl der ausgebildeten Fachkräfte ist geringer als die Anzahl der benötigten Fachkräfte (negative Differenz). In dieser Situation gibt es einen Mangel an Fachkräften.



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 an die Mangelproblematik herangehen.

Die ersten Recherchen hierzu orientierten sich im Wesentlichen an folgenden Kriterien:

- Daten zum Fachkräftemangel nach der oben gegebenen Definition,
- aktuelle Daten (2014-2015) und Prognosen für 2030,
- regionale Daten (d. h. auf Ebene der nationalen Teilräume des Oberrheins),
- Berücksichtigung aller Einrichtungsarten (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege- und Altenpflegeeinrichtungen) und Formen der Berufsausübung (Angestelltenverhältnis, Selbständigkeit),
- grenzüberschreitend vergleichbare Daten.

Allerdings zeigte sich schnell, dass nicht für alle Teilräume des Oberrheingebiets 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. Darüber hinaus konnten sehr große Unterschiede bei den verfügbaren Daten festgestellt werden. Diese Unterschiede betreffen insbesondere:

- die angewandten Methodiken zur Erfassung des Fachkräftemangels,
- das Spektrum der berücksichtigten Berufe,
- die Genauigkeit bei der Unterscheidung der Berufe: Einige Studien gliedern ihre Daten beispielsweise nach einzelnen Berufen (Krankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in), während andere sie in Berufsgruppen unterteilen (Pflegepersonal). Einige fassen Fachärzte/innen als eine Gruppe zusammen, während andere Daten für jede Facharztrichtung angeben.
- die sektorale Dimension: Einige Studien beziehen sich beispielsweise nur auf das Gesundheitswesen, während andere auch das Sozialwesen abbilden.

- die zeitliche Dimension: Es ist nicht immer möglich, Prognosen zu finden. Wenn hingegen Prognosedaten verfügbar sind, unterscheidet sich das Referenzjahr von Studie zu Studie (2020, 2025, 2030 etc.).
- die geographische Dimension: Einige Studien liefern regionale Daten (Land/Region/Kanton) oder in einigen Fällen auch subregionale Daten – was es auf deutscher Seite ermöglicht, das Oberrheingebiet sehr genau zu erfassen – während andere sich auf die nationale Ebene beziehen.

Die Datenlücken und -unterschiede hatten entscheidende Auswirkungen auf die Analyse des Fachkräftemangels. Einerseits musste die Analyse, in einigen Fällen, durch weitere Recherchen in Form von Umfragen und Fachgesprächen mit den zuständigen Behörden ergänzt werden. Auf der anderen Seite stützt sich die komparative Mangelanalyse nicht auf einheitliche und unmittelbar miteinander vergleichbare statistische Daten. Sie ist vielmehr das Ergebnis einer Kombination von Daten und Informationen unterschiedlicher Art, die zusammengekommen ein Gesamtbild der aktuellen Situation und der künftigen Entwicklung zeichnen.

1.2 Überblick über die verfügbaren Daten

In diesem Kapitel werden die Studien und Untersuchungen, auf die sich diese Mangelanalyse stützt, vorgestellt und der jeweils verwendete Ansatz kurz beschrieben. Diese Darstellung ist aufgrund der folgenden zwei Aspekte wichtig:

- Zunächst ermöglicht sie es, besser zu verstehen, wie die Daten, die im späteren Verlauf der Studie dargestellt werden, zustande gekommen sind. So sollen falsche Interpretationen vermieden werden.
- Zudem trägt sie dazu bei, Transparenz darüber zu schaffen, welche Akteure sich mit der Thematik beschäftigen, und welche Ansätze dabei zugrunde gelegt werden. Diese Transparenz könnte die Grundlage für einen potentiellen Austausch von Best Practices oder für die Entwicklung gemeinsamer grenzüberschreitender Indikatoren bilden.

Die in den Studien und Untersuchungen angewandten Methodiken sind oft komplex und stützen sich auf eine ganze Reihe von Hypothesen und Parametern. Vor diesem Hintergrund werden in den nachfolgenden Ausführungen nur die Kernaspekte der angewandten Methodiken dargestellt. Für weiterführende Informationen wird auf die entsprechende Studie/Untersuchung selbst verwiesen.

1.2.1 Deutsche Seite

Auf deutscher Seite müssen zunächst die breit angelegten Untersuchungen des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD Rheinland-Pfalz) genannt werden. Im Rahmen des ‚Landesleitprojekts Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘ wurden zwei Studien durchgeführt, die das Ziel hatten, den Fachkräftemangel in 18 nicht-medizinischen Berufen eingehend zu messen und zu analysieren:

- Die erste, im März 2012 veröffentlichte Studie mit dem Titel ‚Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz‘¹

¹ Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (im Auftrag des Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, Hrsg.): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz – Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt

(i. F. ‚Branchenmonitoring RLP 2012‘) bezieht sich auf die aktuelle (2010) Mangelsituation in Rheinland-Pfalz.

- Die zweite, im Juni 2012 veröffentlichte Studie mit dem Titel ‚Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen‘² (i. F. ‚Gutachten RLP 2012‘) erstellt Prognosen zum Fachkräftemangel in Rheinland-Pfalz für die Jahre 2015, 2020 und 2025.

Diese Studien wurden im Auftrag des MSAGD Rheinland-Pfalz vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) durchgeführt. Sie liefern (aktuelle und zukünftige) Daten für alle im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Berufe, mit Ausnahme der Ärzte. Sie erfassen das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen, das heißt alle Einrichtungsarten, die Fachkräfte in den Gesundheitsfachberufen beschäftigen, darunter auch Arztpraxen.³ Die Daten sind weitgehend auf Ebene der Stadt- und Landkreise verfügbar, so dass die Zahlen für die Südpfalz errechnet werden konnten.

Die dritte Studie, auf die sich hier gestützt wird, wurde gemeinsam von dem Beratungsunternehmen PricewaterhouseCoopers (PwC) und dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR durchgeführt. Sie wurde 2010 veröffentlicht und trägt den Titel ‚Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030‘⁴ (i. F. ‚Studie PwC 2010‘). Diese Studie erstellt für die Bundesebene, nicht aber für die Landesebene, Prognosen zum Fachkräftemangel in den Jahren 2010, 2011, 2020 und 2030. Es wird lediglich das Gesundheitswesen, nicht aber das Sozialwesen abgebildet. Sie stellt die Daten getrennt nach stationärem (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, sonstige stationäre

‚Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 17, Mainz 2012.

² Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (im Auftrag des Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, Hrsg.): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen – Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt ‚Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 18, Mainz 2012.

³ Im ‚Branchenmonitoring RLP 2012‘ wird die Bedarfsseite durch die Zahl der Fachkräfte (Beschäftigte oder Honorarkräfte) bestimmt, die von den Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten nachgefragt werden. Nicht miteinbezogen wird der potentiell zusätzlich Bedarf an selbständig tätigen Fachkräften.

⁴ PriceWaterhouseCoopers (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (Hrsg.): Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, 2010.

Einrichtungen) und ambulantem Bereich (ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Apotheken etc.) dar. In Kapitel 1.3 werden die Zahlen für den stationären und den ambulanten Bereich addiert, sodass die aufgeführten Zahlen beide Sektoren abbilden. Die ‚Studie PwC 2010‘ deckt gleichzeitig die medizinischen und die nicht-medizinischen Berufe ab. Es wird jedoch nicht nach einzelnen Berufen – wie dies beim ‚Branchenmonitoring RLP 2012‘ und beim ‚Gutachten RLP 2012‘ der Fall ist – sondern nach Berufsgruppen unterschieden, wobei die Analyse bei den Ärzten/innen eine genauere Unterscheidung vornimmt (Angaben für jede Facharztrichtung) als beim Pflegepersonal.

Die vierte Studie, auf die sich hier gestützt wird, ist eine ebenfalls von PwC und WifOR im Jahre 2012 durchgeführte Studie mit dem Titel ‚112 – Und niemand hilft‘⁵ (i. F. ‚Studie PwC 2012‘). Diese Studie erstellt Prognosen zum Fachkräftemangel in den Jahren 2010, 2011, 2020 und 2030. Die Ergebnisse sind für die Bundesebene, teilweise aber auch für die Landesebene, verfügbar. Im Gegensatz zur Vorgängerstudie deckt sie Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens ab. Die Ergebnisse sind für jeden der zwei Sektoren einzeln sowie für beide Sektoren zusammengefasst verfügbar. Die Studie deckt medizinische und nicht-medizinische Berufe ab. Allerdings sind die Ergebnisse nur für übergeordnete Berufsgruppen verfügbar, das heißt für die Ärzte/innen einerseits und die Pflegekräfte andererseits. Die Unterscheidung bei den Berufen ist damit ungenauer als bei der ‚Studie PwC 2010‘.

Alle vier Studien verwenden als Methodik den Matchingansatz, ein Referenzansatz in Deutschland. Dieser besteht darin, das Angebot an und die Nachfrage nach Fachkräften einander gegenüberzustellen, um einen eventuellen Mangel festzustellen.

⁵ PriceWaterhouseCoopers (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (Hrsg.): 112 – Und niemand hilft, 2012.

Nachfolgend soll die Methodik am Beispiel der Prognoseerstellung im ‚Gutachten RLP 2012‘ für das Jahr 2025 veranschaulicht werden. Das zukünftige Angebot an Fachkräften wird wie folgt berechnet:

- aktueller Erwerbstätigenstand (Beschäftigte/Selbständige) korrigiert um die Anzahl der Personen, die bis 2025 in Rente gehen;
- aktueller Stand an vermittelbaren Arbeitslosen korrigiert um die Anzahl der Personen, die bis 2025 in Rente gehen;
- Anzahl der Absolventen/innen der Ausbildungen in Rheinland-Pfalz bis 2025 korrigiert um verschiedene Faktoren, zum Beispiel die Tatsache, dass nicht alle Absolventen/innen nach der Ausbildung in diesem Beruf tätig sind oder ihn schnell wieder aufgeben. Berücksichtigt werden auch die innerdeutschen Pendlerbewegungen; bei der Mobilität aus dem und ins Ausland allerdings nur die Pendlerströme über die Grenze nach Luxemburg.

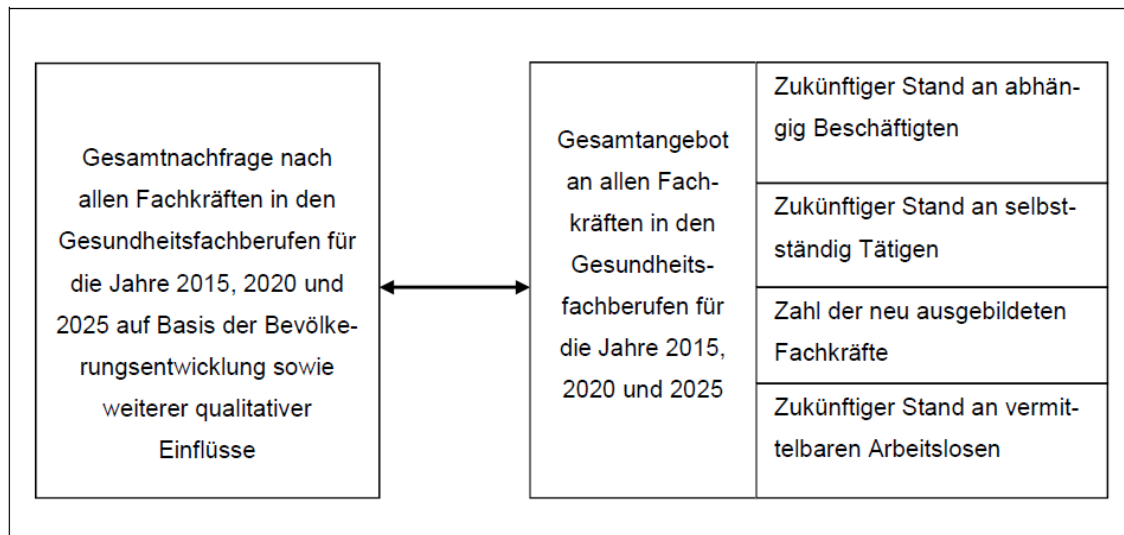
Die zukünftige Nachfrage nach Fachkräften wird primär auf Basis der Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung und deren Auswirkungen auf den zukünftigen Pflegebedürftigen-/Patientenstand ermittelt. Die sich daraus ergebenden Zahlen werden dann an die aktuelle Fachkraftquote (Verhältnis von Fachkraft zu Patienten/innen bzw. Pflegebedürftigen) gekoppelt, um die Anzahl der Fachkräfte zu bestimmen, die nötig sind, um den Bedarf zu decken.

Am Ende werden die Ergebnisse der Angebots- und Nachfrageberechnung zusammengeführt, um so den Mangel (oder Überschuss) an Fachkräften zu ermitteln. In der ‚Studie PwC 2012‘ werden die Ergebnisse nicht in Köpfen/Personen oder Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben, sondern als Prozentsatz der unbesetzten Vollzeitstellen an allen Vollzeitstellen eines untersuchten Berufs.

Es ist zu beachten, dass sich die beim Matchingansatz verwendeten Methoden von der einen zur anderen Studie unterscheiden können. Zum Beispiel wird in der ‚Studie PwC 2010‘ die zukünftige Nachfrage nach Fachkräften wie folgt ermittelt: Die Basis bildet der aktuelle Beschäftigungsstand. Dieser wird um die Anzahl der Fachkräfte, die in Rente gehen (Ersatzbedarf), und um die Anzahl der Fachkräfte,

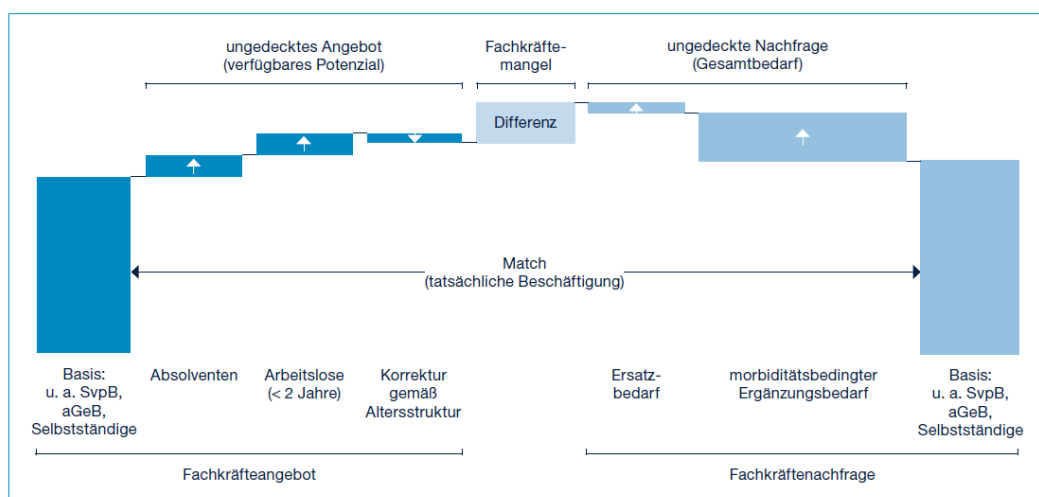
die – aufgrund der demographischen Alterung der Gesellschaft – zusätzlich benötigt werden (Ergänzungsbedarf), korrigiert.

Graphik 4 – Schematische Darstellung des Prognosemodells aus dem ‚Gutachten RLP 2012‘



Quelle: ‚Gutachten RLP 2012‘, S. 14

Graphik 5 – Schematische Darstellung des Prognosemodells aus der ‚Studie PwC 2010‘



Quelle: ‚Studie PwC 2010‘, S. 26.

An dieser Stelle ist zu betonen, dass es keine vergleichbare Studie gibt, die sich mit dem aktuellen bzw. zukünftigen Fachkräftemangel speziell in Baden-Württemberg beschäftigt. Die einzigen verfügbaren Zahlen stammen aus der ‚Studie PwC 2012‘, die, wie zuvor erwähnt, bezüglich der beruflichen Dimension begrenzt ist. Es wurden zwar – in erster Linie vom Statistischen Landesamt oder der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg – verschiedene Analysen und Prognosen bezüglich der zukünftigen Entwicklung des Fachkräftebedarfs in Baden-Württemberg erstellt; allerdings können diese im Rahmen der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden, da sie, bezogen auf die Fachkräfte, lediglich die Nachfrage- nicht aber die Angebotsseite abbilden.

1.2.2 Schweizer Seite

Auf schweizerischer Seite ist als erstes die vom Schweizer Beratungsbüro B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Sekretariats für Wirtschaft der Schweizerischen Eidgenossenschaft (SECO) durchgeführte Studie ‚Fachkräftemangel in der Schweiz – Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern‘⁶ (i. F. ‚Studie SECO 2014‘) zu nennen. Die Studie ist ausschließlich auf Deutsch verfügbar und wurde im April 2014 veröffentlicht. Sie bezieht sich nicht nur auf Gesundheitsberufe, sondern auf alle Wirtschaftssektoren. Im Bereich der Gesundheit deckt sie sowohl die medizinischen als auch die nicht-medizinischen Berufe ab. Die Analysen werden für die gesamte Schweiz und nicht für die einzelnen Kantone durchgeführt, was es unmöglich macht, präzise Daten oder Informationen für das in der vorliegenden Studie relevante Untersuchungsgebiet, das heißt die fünf Kantone der Nordwestschweiz, zu erhalten. Zudem werden in der Studie keine Prognosen erstellt.

Diese Studie befasst sich mit dem Fachkräftemangel, hat aber nicht den Anspruch, ihn zu quantifizieren, sondern geht davon aus, dass eine genaue Messung des

⁶ Schweizer Beratungsbüro B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung (im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Hrsg.): Fachkräftemangel in der Schweiz – Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern, Bern 2014.

Mangels nicht möglich ist. Vor diesem Hintergrund ist das Ziel der Studie darauf begrenzt, auf Basis verschiedener Indikatoren festzustellen, in welchen Berufsfeldern und Berufsarten ein Mangel zu bestehen *scheint*: Folglich zieht die Studie auch keine Schlüsse bezüglich eines existierenden Fachkräftemangels, sondern in Bezug auf einen bestehenden „Verdacht auf Fachkräftemangel“⁷. Zur Ermittlung eines solchen Verdachts auf Fachkräftemangel stützt sich die Studie auf vier Knappheitsindikatoren:

- **Deckungsgrad:** Dieser Indikator misst das Verhältnis zwischen der Gesamtzahl der aktuell besetzten Stellen eines Berufs und der Zahl der entsprechend qualifizierten Erwerbspersonen. Ein niedriger Deckungsgrad lässt darauf schließen, dass zusätzlich Berufszuwanderer (d. h. Personen mit einer Qualifikation, die nicht der eigentlich geforderten Qualifikation entspricht) eingestellt werden mussten, was wiederum als Hinweis auf einen Fachkräftemangel gesehen wird. Allerdings kann von einem niedrigen Deckungsgrad insofern nicht automatisch auf einen Fachkräftemangel geschlossen werden, als es für einige Berufe nicht unbedingt nötig (und manchmal sogar nicht gewünscht) ist, Personen mit der dem Beruf genau entsprechenden Qualifikation einzustellen. Es soll sogleich erwähnt werden, dass dieser Indikator für die Gesundheitsberufe wenig ausschlaggebend ist, da die meisten Gesundheitsberufe reglementiert sind und die Stellen nur mit Personen besetzt werden können, die entsprechend qualifiziert sind. Die reglementierten Gesundheitsberufe weisen somit fast immer einen hohen Deckungsgrad auf. Gleichzeitig aber bedeutet ein hoher Deckungsgrad nicht, dass kein Mangel besteht, da Berufspersonen mit der entsprechenden Qualifikation sich auch für einen anderen Beruf entscheiden können (z. B. aufgrund von wenig attraktiven Arbeitsbedingungen).
- **Zuwanderung:** Dieser Indikator misst den Anteil der Zuwanderer/innen an der Gesamtzahl der Beschäftigten. Eine hohe Rekrutierung von Zuwanderern/innen wird als Hinweis auf einen Fachkräftemangel gesehen, der die Unternehmen dazu zwingt, im Ausland zu rekrutieren.

⁷ Ebd., S. 1.

- **Quote der offenen Stellen:** Dieser Indikator misst den Anteil der offenen Stellen an der Gesamtheit der Stellen (besetzt und offen) des untersuchten Berufs.
- **Arbeitslosenquote:** Dieser Indikator bestimmt für den untersuchten Beruf das Verhältnis zwischen der Anzahl der gemeldeten Erwerbslosen und der Gesamtzahl der Erwerbspersonen (Erwerbstätige und registrierte Erwerbslose). Es wird angenommen, dass eine unterdurchschnittliche Arbeitslosenquote mit einer starken Nachfrage nach Fachkräften zusammenhängt und damit ein Hinweis auf die Existenz eines Fachkräftemangel sein kann.

In der Studie wird davon ausgegangen, dass ein Fachkräftemangel wahrscheinlich ist, wenn zwei der vier Indikatoren einen für den untersuchten Beruf überdurchschnittlichen (für die drei ersten Indikatoren) oder unterdurchschnittlichen (für den vierten Indikator) Wert aufweisen. Dies gilt unter dem Vorbehalt, dass der Beruf in den letzten zehn Jahren ein positives Beschäftigungswachstum aufgewiesen hat. Das Beschäftigungswachstum ist kein Knappheitsindikator, sondern stellt ein fünftes Kriterium dar, das berücksichtigt wird, um auszumachen, ob ein Verdacht auf Fachkräftemangel besteht. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt darstellen:

Graphik 6

Analyseergebnisse Gesundheitsberufe aus der ‚Studie SECO 2014‘

SBN	Beruf	Knappheitsindikatoren				BW	Grösse
		DG	ZW	ALQ	QoS		
	Gesamtwirtschaft / Referenzwert	105%	14.1%	3.3%	2.5%	1.00	
86	Berufe des Gesundheitswesens	116%	14.2%	1.6%	2.1%	1.17	301'000
861	Berufe der Humanmedizin und Pharmazie						
86101	Ärzte/Ärztinnen	109%	26.9%	0.5%	2.5%	1.27	40'000
86102	Medizinische Praxisassistenten/-assistentinnen, Arztgehilfen/-gehilfinnen	151%	4.8%	1.7%	1.3%	1.10	18'000
86103	Apotheker/innen	129%	19.0%	0.9%	1.8%	1.16	6'000
86104	Apothekenhelfer/innen	208%	17.7%	2.2%	0.8%	1.13	10'000
862	Berufe der Therapie und der medizinischen Technik						
86201	Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen	100%	16.4%	0.5%	0.8%	1.29	19'000
86202	Nichtärztliche Psychotherapeuten/-therapeutinnen	60%	13.1%	0.5%	0.0%	1.29	4'000
86203	Heilpraktiker/innen	61%	13.1%	0.4%	0.2%	1.60	4'000
86204	Augenoptiker/innen	134%	15.1%	1.6%	0.6%	1.15	5'000
86205	Masseure/Masseurinnen	65%	16.4%	2.0%	0.6%	1.49	5'000
86206	Medizinisch-technische Assistenten/Assistentinnen	112%	16.1%	1.0%	3.4%	1.56	7'000
86207	Übrige Berufe der Therapie und der medizinischen Technik	55%	10.4%	0.9%	1.9%	1.53	11'000
86208	Medizinische Laboranten/Laborantinnen	135%	13.1%	0.7%	1.6%	1.01	5'000
863	Berufe der Zahnpflege						
86301	Zahnärzte/-ärztinnen	107%	20.6%	0.5%	0.3%	1.05	5'000
86302	Zahntechniker/innen	184%	10.1%	3.0%	0.2%	0.76	2'000
86303	Zahnarztgehilfen/-gehilfinnen	226%	10.1%	5.1%	0.3%	1.17	9'000
86304	Dentalhygieniker/innen	109%	10.1%	0.7%	0.4%	1.25	2'000
865	Pflegeberufe						
86501	Hebammen	143%	13.4%	0.5%	3.0%	1.18	3'000
86502	Kinderkrankenschwestern/-pfleger	456%	13.4%	1.7%	0.5%	0.26	1'000
86503	Psychiatriepfleger/innen	140%	13.4%	1.5%	0.0%	0.37	2'000
86504	Krankenschwestern/-pfleger	129%	14.6%	0.9%	4.5%	1.20	79'000
86505	Spitalgehilfen/-gehilfinnen, Hilfs-schwwestern/-pfleger	68%	11.6%	4.1%	0.7%	1.01	32'000
86506	Hauspflegerinnen/-pfleger, Gemeindefrankenschwestern/-pfleger	100%	13.4%	1.0%	0.0%	0.67	6'000
86507	Sonstige Krankenpflegeberufe	72%	12.6%	2.4%	0.5%	1.79	20'000

Legende:

DG: Deckungsgrad

ZW: Zuwanderung

ALQ:

Arbeitslosenquote

QoS: Quote der

offenen Stellen

BW: Beschäfti-

gungswachstum

Zum Verständnis:

Es existiert wahr-

scheinlich ein

Mangel an Apo-

thekern (Zeile 86,

103), da zwei

Knappheitsindika-

toren überdurch-

schnittliche/unter-

durchschnittliche

Werte aufweisen

und der Beruf in den

letzten zehn Jahren

ein positives

Beschäftigungs-

wachstum erfahren

hat.

Quelle: ‚Studie SECO 2014‘, S. 32.

Auf Schweizer Seite wurden zum Thema Gesundheitsberufe zahlreiche weitere Studien vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) durchgeführt. Hervorzuheben ist hier die Studie ‚Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020‘⁸ (i. F. ‚Studie Obsan 2009‘), die in der Schweiz viel Resonanz erzeugt hat. Allerdings konnte die Studie im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden, da sie sich lediglich mit der zukünftigen Entwicklung des Fachkräftebedarfs beschäftigt, nicht aber die zukünftige Entwicklung des Fachkräfteangebots abbildet. Folglich kann sich bei der Frage nach dem Fachkräftemangel nicht direkt auf diese Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums gestützt werden. Andererseits wird die ‚Studie Obsan 2009‘ indirekt berücksichtigt: Die Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) haben die Ergebnisse der ‚Studie Obsan 2009‘ als Grundlage für die Durchführung ergänzender Untersuchungen (zum Fachkräfteangebot) genommen und einen ‚Nationalen Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene‘⁹ (i. F. ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘) erstellt, auf den sich die hier vorliegende Studie stützt. Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ zielt darauf ab, die landesinternen Nachwuchsdefizite herauszustellen, indem die folgenden zwei Komponenten für einen Beruf oder eine Berufsgruppe gegenübergestellt werden:

- jährlicher Nachwuchsbedarf im Mittelwert für den Zeitraum 2009-2020,
- jährliche Anzahl ausgestellter Diplome im Mittelwert für den Zeitraum 2000-2009.

Die Prognosen zur Entwicklung des Nachwuchsbedarfs werden unter Berücksichtigung der Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Pflege- und Betreuungsbedarf sowie der aus dem Berufsleben austretenden Fachpersonen (Pensionierungen, Invalidität etc.) erstellt. Was die Anzahl der Berufseinsteiger

⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Perspektiven bis 2020, Neuchâtel 2009.

⁹ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern 2009.

(Anzahl ausgestellter Diplome) betrifft, ist anzumerken, dass die Studie ausschließlich auf die Anzahl der in der Schweiz ausgestellten Diplome Bezug nimmt und die Zuwanderung von Personal mit ausländischem Diplom nicht berücksichtigt wird. Bei der Lektüre der Ergebnisse darf nicht vergessen werden, dass eine Abweichung zwischen Bedarf an Absolventen/innen und Anzahl der in der Schweiz ausgestellten Diplome nicht zwangsläufig zu einer Mangelsituation führt, wenn genügend Fachkräfte mit ausländischem Diplom zuwandern und für einen Ausgleich sorgen. Die Fachkräftesituation wird ausschließlich auf Bundes- und nicht auf kantonaler Ebene analysiert. Bei der Analyse berücksichtigt werden Spitäler (Krankenhäuser), Alters- und Pflegeheime sowie Spitexdienste (spitalexterne Pflege). Allerdings werden nur Pflegeberufe, das heißt keine Ärzte/innen einbezogen. Die Ergebnisse werden nach Berufen bzw. Berufsgruppen aufgegliedert präsentiert; der Fachkräftemangel wird ausschließlich als Prognose für das Jahr 2020 dargestellt.

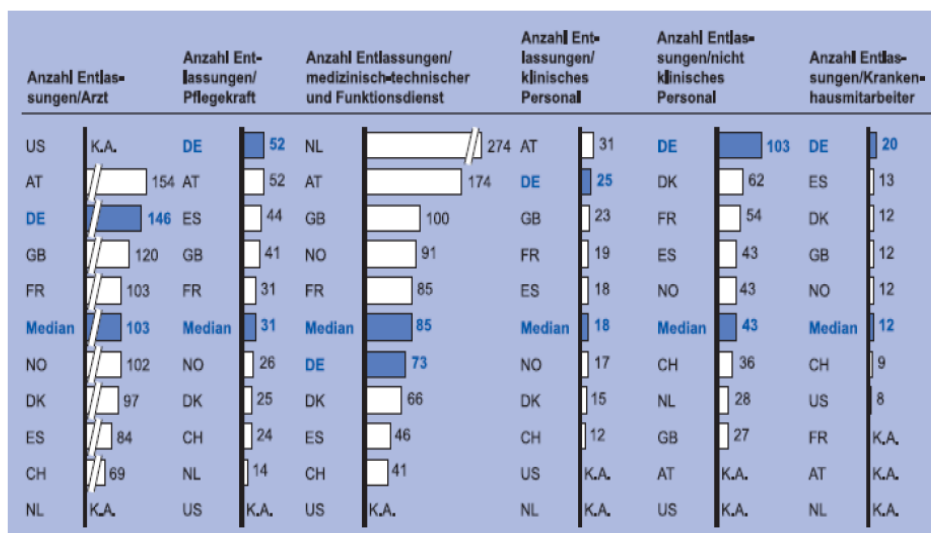
Im Fall der Ärzte/innen stützt sich die Analyse hauptsächlich auf den Bericht des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit dem Titel ‚Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin‘¹⁰ (i. F. ‚Strategiebericht BAG 2011‘). Dieser Bericht ist von doppeltem Interesse, da er einerseits einen Überblick über die Ergebnisse verschiedener zum Ärztemangel durchgeführter Studien bietet und andererseits auch zukunftsorientierte Analysen enthält. Letztere sollen die Abweichung zwischen dem zukünftigen jährlichen Bedarf an Absolventen/innen (in der gesamten Schweiz) und der Anzahl der zukünftig jährlich in der Schweiz ausgestellten Diplome ermitteln. Hier soll an zwei wichtige Aspekte erinnert werden:

- Zunächst geben die Schätzungen nur eine Antwort auf die Frage, wie viele Ärzte/innen ausgebildet werden müssten, um die aktuelle Ärztedichte aufrechtzuerhalten, das heißt die aktuelle Anzahl der Ärzte/innen und das Arbeitsvolumen der aktuell praktizierenden Ärzte/innen. Es handelt sich um ein ‚Stabilisierungsszenario‘, das sich nur auf den Ersatz von praktizierenden Ärzten/innen bezieht und weder die Tatsache, dass die aktuelle Ärztedichte vielleicht schon zu gering ist, noch die zukünftige Entwicklung der

¹⁰ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011.

Pflegenachfrage (insbesondere im Zusammenhang mit der demographischen Alterung der Gesellschaft) und ihren Einfluss auf die zukünftig benötigte Anzahl der Ärzte/innen berücksichtigt. Die Entscheidung für das ‚Stabilisierungsszenario‘ lässt sich durch zwei Argumente rechtfertigen. Es wird zunächst davon ausgegangen, dass es schwierig ist, den künftigen Bedarf an Ärzten/innen einzuschätzen, da der Begriff der ‚Bedarfsgerechtigkeit‘ nicht objektiviert werden kann. Des Weiteren wird in diesem Bericht hervorgehoben, dass die Schweiz über viel Spielraum im Hinblick auf Effizienzsteigerungen verfügt (was die Erbringung von mehr Pflegeleistungen bei gleichbleibendem Personal ermöglicht). Dabei stützt sich der ‚Strategiebericht BAG 2011‘ auf eine Studie aus den Jahren 2008/2009, in der die Personalproduktivität in den Krankenhäusern verschiedener OECD-Länder an der Zahl der Entlassungen stationär behandelter Personen pro Mitarbeiterkategorie und Jahr gemessen wird. Die Studie zeigt, dass die Produktivität der Ärzte/innen in der Schweiz im Jahr 2003 etwa 30 % unter dem Zentralwert und 50 % unter dem Wert Deutschlands und Österreichs lag (vgl. Graphik 7).

**Graphik 7 – Personalproduktivität über Funktionen und Einzelbereiche 2003
(in Vollzeitäquivalenten)**



Quelle: Länderstatistiken¹⁷

Quelle: ‚Strategiebericht BAG 2011‘, S. 14.

- Außerdem werden die Zugänge an Ärzten/innen mit ausländischem Diplom in diesen Schätzungen nicht berücksichtigt, die, wie sich zeigen wird, in der Schweiz jedoch sehr zahlreich sind. Auch hier hat die große Abweichung zwischen Bedarf an Absolventen/innen und Anzahl der in der Schweiz ausgebildeten Fachkräfte nicht zwangsläufig eine Mangelsituation zur Folge, wenn die Abweichung durch eine entsprechende Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland ausgeglichen werden kann.

1.2.3 Französische Seite

Auf französischer Seite sind zunächst die Arbeiten des Observatoire Régional Emploi Formation (OREF) der Région Alsace zu nennen. Das OREF führt zahlreiche Studien und Analysen zur Beschäftigung und zur Ausbildung (aktuelle Situation und Prognosen) zu einer breiten Palette an Sektoren und Berufen durch, insbesondere im Bereich Gesundheit und Soziales. So hat es auch verschiedene Analysen über alle in der vorliegenden Studie untersuchten Berufe, mit Ausnahme der Ärzte/innen, verfasst. Im Jahr 2014 hat das OREF ein Beschäftigungs- und Ausbildungsbarometer für die Berufe im Bereich Gesundheit und Soziales (‚Baromètre emploi-formation des métiers du sanitaire et du social‘; i. F. ‚Barometer OREF 2014‘)¹¹ entworfen, bei dem es sich um eine Befragung von stichprobeartig ausgewählten Einrichtung des Gesundheits- und Sozialwesens – die jedes Jahr wiederholt werden soll – handelt.

Die von der OREF durchgeführten Arbeiten zu den im Rahmen der vorliegenden Studie untersuchten Berufen beziehen sich zwar nicht auf den Fachkräftemangel im eigentlichen Sinn, ermöglichen aber dennoch eine Annäherung an die Frage nach der aktuellen Fachkräftesituation. So beinhaltet das ‚Barometer OREF 2014‘ einen Teil, der sich auf die Rekrutierungsschwierigkeiten der Einrichtungen bezieht. Es wird davon ausgegangen, dass Rekrutierungsschwierigkeiten bestehen, wenn eine offene Stelle trotz Stellenausschreibung oder Nutzung anderer Rekrutierungswege (Personalvermittlung, Rekrutierung aus internem Personalpool etc.) innerhalb von

¹¹ Genauere Quellenangaben folgen bei der Ergebnisdarstellung (vgl. Kapitel 1.3).

zwölf Monaten nicht besetzt werden konnte. Das Barometer macht auch Angaben zu den Auswirkungen der Rekrutierungsschwierigkeiten, indem aufgezeigt wird, ob die Rekrutierungsschwierigkeiten zu vakanten Stellen geführt haben. Es kann im Prinzip davon ausgegangen werden, dass geringe Rekrutierungsschwierigkeiten und eine geringe Zahl an vakanten Stellen bedeuten, dass für den untersuchten Beruf aktuell kein Fachkräftemangel vorliegt (auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Gesundheitsberufe reglementiert sind und dass somit die Möglichkeiten, Personal ohne die entsprechende Qualifikation einzustellen, begrenzt sind). Das Gegenteil ist jedoch weniger evident: Große Rekrutierungsschwierigkeiten können zwar die Folge einer Mangelsituation sein, aber auch durch andere Faktoren verursacht werden. Zu diesen gehören beispielsweise die geographische Entfernung der Einrichtung, die Attraktivität der Stelle (z. B. nur Teilzeitangebote) oder die Ansprüche der Bewerber/innen (z. B. bezüglich der Lohnvorstellungen) und Arbeitgeber/innen (z. B. bezüglich der vorherigen Berufserfahrung). Interessant ist, dass das OREF die Einrichtungen auch zu den Gründen für die Einstellungsschwierigkeiten befragt hat. Das ‚Barometer OREF 2014‘ macht keine Angaben zur zukünftigen Entwicklung der Rekrutierungsschwierigkeiten.

An zweiter Stelle sind die Arbeiten der Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) zu erwähnen, im Rahmen derer Entwicklungsprognosen für die Anzahl berufstätiger Krankenpfleger/innen und Ärzte/innen bis 2030 erstellt werden (verschiedene Einrichtungsarten und Formen der Berufsausübung zusammengefasst). Für die nachfolgenden Analysen werden vor allem diese zwei Studien herangezogen (i. F. ‚Studien der Drees‘):

- Für Krankenpfleger/innen: ‚La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Un exercice de projections aux niveaux national et régional‘¹² (i. F. ‚Krankenpflegerstudien der Drees‘);

¹² Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Un exercice de projections aux niveaux national et régional, Schriftenreihe Études et résultats, Nr. 760, April 2011.

- Für Ärzte/innen (i. F. ‚Ärztstudien der Drees‘)¹³:
 - ‚La démographie médicale à l’horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales‘¹⁴
 - ‚La démographie médicale à l’horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées‘¹⁵
 - ‚Quelles perspectives pour la démographie médicale?‘¹⁶

Die Prognosen werden für ganz Frankreich, also die nationale Ebene, erstellt und sind teilweise auch für die regionale Ebene verfügbar. Durch die in dieser Studie gemachten Angaben zur zukünftigen Entwicklung der Anzahl berufstätiger Krankenpfleger/innen bzw. Ärzte/innen ist es weder möglich, festzustellen, ob zukünftig ein Fachkräftemangel entsteht, noch diesen zu beziffern: Hierfür müssten die Angaben zur zukünftigen Entwicklung des Personalangebots denen zur zukünftigen Entwicklung des Personalbedarfs gegenüber gestellt werden; wobei letztere selbst abhängig von der zukünftigen Entwicklung der Nachfrage nach Pflegeleistungen, das heißt dem Pflegebedarf ist. Der Rückgang berufstätiger Krankenpfleger/innen bzw. Ärzte/innen muss nicht notwendigerweise zu einem Mangel führen, da er mit einem zurückgehenden Pflegebedarf zusammenfallen kann. Die Drees analysiert die Fachkräftesituation über den Ansatz der Versorgungsdichte (‚densité‘), bei der die Entwicklung des Pflegebedarfs im Verhältnis zur Entwicklung der Bevölkerungsgröße betrachtet wird. Allerdings können beim Ansatz der Versorgungsdichte drei wichtige Variablen nicht berücksichtigt werden:

¹³ Die drei Studien verwenden die gleichen Zahlen. Sie unterscheiden sich primär durch ihr Detailniveau.

¹⁴ Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie médicale à l’horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales, Schriftenreihe Études et résultats, Nr. 679, Februar 2009.

¹⁵ Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie médicale à l’horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, Schriftenreihe Dossiers solidarité et santé, Nr. 12, 2009.

¹⁶ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) (Hrsg.): Quelles perspectives pour la démographie médicale. In: INSEE Références, 2010.

- der Anstieg des Pflegebedarfs in Folge der demographischen Alterung der Gesellschaft,
- der Anstieg des Bedarfs an Krankenpflegern/innen in Folge des voraussichtlichen Rückgangs an Ärzten/innen (Der Rückgang wird auf 10 % in den zehn kommenden Jahren geschätzt.);
- die Umsetzung der Richtlinie 2003/88/EG zu bestimmten Aspekten der Arbeitszeitgestaltung auf französischer Seite, die möglicherweise einen starken Einfluss auf den Bedarf an medizinischen (und nicht-medizinischen) Fachkräften hat.

Was die aktuelle Fachkräftesituation betrifft, stützt sich die vorliegende Studie auf die Statistiken aus den folgenden Dokumenten der Drees (i. F. ‚Statistische Reihen der Drees‘):

- ‚Les professions de santé au 1er janvier 2014‘¹⁷ (i. F. ‚Statistische Reihen der Drees – Gesundheitsfachberufe 2014‘),
- ‚Les médecins au 1er janvier 2013‘¹⁸ (i. F. ‚Statistische Reihen der Drees – Ärzte 2013‘).

Diese ‚Statistischen Reihen der Drees‘ liefern für die Jahre 2013/2014 für jeden der untersuchten Berufe Daten zur Versorgungsdichte (Verhältnis von berufstätigen Krankenpflegern/innen zur Bevölkerungszahl, Verhältnis von berufstätigen Ärzten/innen zur Bevölkerungszahl etc.). Alle Einrichtungsarten und Formen der Berufsausübung werden berücksichtigt. Die Daten sind für die nationale, regionale und kommunale (d. h. für die französische Verwaltungsebene des Departement) Ebene sowie für alle in der vorliegenden Studie untersuchten Berufe, mit Ausnahme des/der Krankenpflegehelfers/in, verfügbar. Die Versorgungsdichte bezüglich eines untersuchten Berufs für ein bestimmtes geographisches Gebiet zu kennen, ermöglicht allerdings noch nicht, zu bestimmen, ob ein Mangel besteht oder nicht, da es keinen festgelegten Richtwert (Bezugsgröße) gibt, bei dessen Unterschreitung von einem ungedeckten Pflegebedarf gesprochen werden kann.

¹⁷ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) (Hrsg.): Les professions de santé au 1^{er} janvier, Schriftenreihe Série statistiques, Nr. 189, 2014.

¹⁸ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) (Hrsg.): Les médecins au 1^{er} janvier, Schriftenreihe Série statistiques, Nr. 179, 2014.

Allerdings kann ein Vergleich zwischen der Versorgungsdichte im Elsass und der nationalen Versorgungsdichte zeigen, ob das Elsass, bezogen auf einen untersuchten Beruf, vergleichsweise gut versorgt ist oder nicht. Aufgrund fehlender Zahlen speziell zum Fachkräftemangel stützt sich die vorliegende Studie für Frankreich auf den Ansatz der Versorgungsdichte im Vergleich.

Abschließend sollen hier die Arbeiten der Agence Régional de Santé Alsace (ARS Alsace) vorgestellt werden. Als erstes ist hierbei der ‚Projet régional de santé (PRS) 2012-2016‘¹⁹ (i. F. ‚Projet ARS Alsace‘) zu nennen, der sowohl die Erwerbstätigenanzahl als auch die Versorgungsdichte verschiedener Berufe analysiert (aktuelle Situation und Prognosen). Diese Analysen stützen sich zum großen Teil auf die zuvor erwähnten ‚Studien der Drees‘, sodass auch hier keine Angaben zum Mangel selbst zu finden sind. Der Mehrwert liegt im Vergleich zu den ‚Studien der Drees‘ darin, dass die Untersuchungen nicht nur für die regionale, sondern auch für kommunale Ebene (d. h. für die französische Verwaltungsebene des Departement, hier für die elsässischen Departements Haut-Rhin und Bas-Rhin) durchgeführt werden. An sich liegt die subregionale Ebene außerhalb des geographischen Analysebereichs der hier vorliegenden Studie. Allerdings wird an einigen Stellen auf diese Daten zurückgegriffen, um die Fachkräftesituation zu nuancieren: Es geht darum zu zeigen, dass Fachkräftedichten, die auf gesamtregionaler Ebene als ausreichend eingestuft werden, nicht ausschließen, dass die Situation durchaus in einigen Gebieten angespannt sein kann.

Die vorliegende Studie stützt sich außerdem auf den internen ARS-Bericht ‚Effectifs de médecins à l’horizon 2029‘²⁰ (i. F. ‚Bericht Lamouche 2014‘, nach dem Autor des Berichts) vom Oktober 2014. Dieser Bericht besteht aus einer Prognose zur Entwicklung der Zahl der berufstätigen Ärzte/innen im Elsass bis 2029. Dabei werden die Zu- und Abgänge von Ärzten/innen in der untersuchten Zeitspanne miteinander verglichen. Diese Arbeit wurde für Allgemeinmediziner und neun weitere Facharztrichtungen durchgeführt, wobei ausschließlich die freiberuflichen

¹⁹ Agence régionale de santé d’Alsace (ARS): Projet régional de santé (PRS) 2012-2016, 2012.

²⁰ Agence Régional de Santé Alsace (Hrsg.): Effectifs de médecins à l’horizon 2019 – Premiers résultats, 2014.

und gemischttätigen (d. h. teils freiberuflich, teils in Anstellung tätigen) Ärzte berücksichtigt wurden. Die Prognosen für den Ärztezuwachs stützen sich hauptsächlich auf die Entwicklung der Zahl der zukünftigen Absolventen/innen im Elsass, wobei auch die Abwanderung der Absolventen/innen in andere Regionen oder Länder sowie ins (hier nicht berücksichtigte ausschließliche) Angestelltenverhältnis berücksichtigt wird. Die Prognosen für den Ärzteabgang stützen sich hauptsächlich auf Prognosen zu Renteneintritten und Fällen von Berufsunfähigkeit (z. B. aufgrund einer Krankheit oder eines Todesfalls). Wie beim ‚Projet ARS Alsace‘ sind auch die Ergebnisse des ‚Berichts Lamouche 2014‘ für die subregionale Ebene verfügbar.

Auch hier ermöglichen die Analysen nur eine Annäherung an die Frage nach einem Mangel, wie er in der vorliegenden Studie beschrieben wird. Zum einen beeinflusst die Wahl der Methodik die Analyse – ein Beispiel ist der Ausschluss der Honorarärzte/innen in den Analysen der ARS, die, wie im Bericht erläutert wird, auch dazu beitragen könnten, die Renteneintritte zu kompensieren, wenn sie sich dauerhaft niederlassen würden. Zum anderen, wie bereits bei den ‚Studien der Drees‘ erwähnt, ist es zur Feststellung einer Mangelsituation nicht ausreichend, die Entwicklung des Angebot an berufstätigen Ärzten/innen zu betrachten, ohne diese der Entwicklung des Pflegebedarfs gegenüberzustellen. Die Entwicklung des Pflegebedarfs wird im Bericht unter dem Gesichtspunkt des Bevölkerungswachstums behandelt und die Ergebnisse über die Ärztedichte ausgedrückt. Nicht berücksichtigt wird der Einfluss der demographischen Alterung der Gesellschaft auf die Entwicklung des Pflegebedarfs.

1.2.4 Zwischenfazit

Abschließend ist festzustellen, 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 Fachkräftemangels und verfolgen den Ansatz, diesen in absoluten Werten

(Personenanzahl oder VZÄ) mit Hilfe des Matchingansatzes präzise zu bestimmen. Die Ergebnisse dieser Studien entsprechen also genau den Daten, die nach der in Kapitel 1.1 gegebenen Definition des Mangels benötigt werden.

In Frankreich liegen keine Studien über den Fachkräftemangel im engeren Sinne vor. Im Gegensatz zu Deutschland wird der Begriff „Fachkräftemangel“ in den vorliegenden Studien nicht verwendet. Stattdessen wird überwiegend die Dichte an Fachkräften (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 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. Die ‚Studie SECO 2014‘ behandelt den Fachkräftemangel zwar, versucht aber nicht, ihn zu quantifizieren. Stattdessen beschränkt sie sich darauf, 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. Interessanterweise hält die Autorenschaft der ‚Studie SECO 2014‘ eine präzise Messung dieses Phänomens auch nicht für möglich.²¹ Einige Studien haben die Entwicklung des Fachkräftebedarfs zum Gegenstand, stellen diese aber nicht dem Angebot an qualifizierten Fachkräften gegenüber. Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ (zu den Gesundheitsberufen) und der

²¹ Vgl. SECO 2014, S. 3.

„Strategiebericht BAG 2011“ (zu den Ärzten/innen) untersuchen die Abweichung zwischen zukünftigem Fachkräftebedarf und 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.

1.3 Analyse des Mangels für die einzelnen Berufe und Länder

In diesem Kapitel wird die eigentliche Analyse des Fachkräftemangels dargelegt. Die Grundlage dafür bilden die in Kapitel 1.2 vorgestellten Studien, die in einigen Fällen durch Umfragen oder Interviews mit den zuständigen Behörden der einzelnen Teilräume des Oberrheingebiets ergänzt wurden. Die Ergebnisse werden für jeden Beruf einzeln vorgestellt. Es wird jeweils nacheinander die Situation in Deutschland, der Schweiz und Frankreich beschrieben. Zuvor gilt es jedoch einige wichtige Hinweise zu geben.

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die Formate der Studien, auf die sich die vorliegende Studie stützt, erheblich, beispielsweise bezüglich der Arten der Gesundheitseinrichtungen, die in Betracht gezogen werden. Darauf soll an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden, es wird stattdessen auf die entsprechenden Erläuterungen in Kapitel 1.2 verwiesen.

Außerdem gehen die in der vorliegenden Studie verwendeten Daten aus einer Fülle von unterschiedlichen Parametern, Hypothesen und anderen Elementen hervor, die durch methodische Entscheidungen festgelegt wurden. Für deren Errechnung war es oft nötig, diverse Probleme bedingt durch die Unvollständigkeit der verwendeten Daten zu überwinden. Es darf also nicht vergessen werden, dass die errechneten Daten ein wissenschaftliches Konstrukt sind. Die Zahlen, die hier geliefert werden, seien sie noch so präzise, sind daher eher als Anzeige einer Größenordnung oder einer Entwicklung zu lesen.

Die Prognosen sind mit besonderer Vorsicht zu betrachten. Die zukünftige Entwicklung des Angebots an und der Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitswesen hängt von zahlreichen Faktoren ab. Zu diesen zählen:

- die demographische Entwicklung und ihre Folgen (Anstieg/Abfall der Nachfrage nach Pflegeleistungen abhängig vom Wachstum bzw. von der Abnahme der Bevölkerungszahlen; ein Anstieg der Pflegenachfrage bedingt durch die Alterung der Gesellschaft und die Entwicklung von multiplen Pathologien; ein Rückgang der dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden

Beschäftigten im Gesundheitswesen durch Renteneintritte in Zusammenhang mit der Bevölkerungsalterung),

- das Renteneintrittsalter,
- medizinische und technische Fortschritte,
- die Veränderung der Versorgungsarten (voraussichtlicher Rückgang der Angehörigenpflege, voraussichtlich wachsende Bedeutung der ambulanten Pflege etc.),
- die Rationalisierungen im Pflegesystem und die Veränderung des Zahlenverhältnisses zwischen Patienten/innen und Fachkräften,
- die Veränderung des Anteils an Teilzeitarbeit,
- die Veränderung der Berufsverweildauer,
- die Veränderung der Anzahl der Ausbildungsplätze (Numerus clausus etc.),
- die Abwanderung fertig ausgebildeter Fachkräfte in andere Regionen/Länder.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die zukünftigen Entwicklungen sowohl von gesellschaftlichen Veränderungen (z. B. demographische Alterung der Gesellschaft) als auch von Veränderungen individueller Verhaltensweisen (z. B. Abwanderung in eine andere Region) und von Maßnahmen seitens öffentlicher Akteure (z. B. Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze) oder seitens der Gesundheitseinrichtungen (z. B. Maßnahmen zur Erhöhung der Berufsverweildauer) abhängen.

Zu diesem Punkt sind zwei Aspekte herauszustellen: Zum einen ist es von Studie zu Studie unterschiedlich, ob und auf welche Weise die genannten Faktoren berücksichtigt werden, was sich natürlich auf die Daten auswirkt. Zum anderen gilt es zu beachten, dass eine Prognose keine Vorhersage ist, zumindest nicht langfristig. Vereinfacht dargestellt drücken Prognosen nicht aus, was geschehen wird, sondern was voraussichtlich geschehen wird, wenn keine Korrekturmaßnahmen getroffen werden. Sie sollten also als Instrument für die Entscheidungshilfe betrachtet werden: Sie zeigen an, ob Maßnahmen notwendig sind, und nehmen in den meisten Fällen Simulationen in Form von Szenarien vor, um die Auswirkung zu messen, die eine bestimmte Maßnahme (oder eine andere

Veränderung) haben kann. Um die Analyse nicht übermäßig kompliziert zu machen, wird hier nur ein einziges Szenario betrachtet: das Status-quo-Szenario, das schematisch betrachtet der zu erwartenden Entwicklung entspricht, wenn keine Maßnahmen getroffen werden. Es ist davon auszugehen, dass dieses Szenario nicht das wahrscheinlichste ist.

Zuletzt soll darauf hingewiesen werden, dass die Abschnitte, die dem Elsass und der Schweiz gewidmet sind, insgesamt länger sind als die über Deutschland. Dies liegt hauptsächlich daran, dass es auf französischer Seite keine Daten gibt, die genau den gesuchten entsprechen (d. h. Daten, die direkte Informationen zum Thema Mangel liefern). Daher war es nötig, mehr Quellen heranzuziehen und detailliertere Angaben zu machen, um ein solides Ergebnis zu bekommen.

1.3.1 Krankenpfleger/in und Altenpfleger/in

1.3.1.1 Deutsche Seite

Nach Angaben des ‚Branchenmonitorings RLP 2012‘ lag der Mangel an Krankenpflegern/innen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2010 bei 1.078 Personen (davon 83 in der Südpfalz²²). Das ‚Gutachten RLP 2012‘ geht in seiner Prognose davon aus, dass es im Jahr 2015 an 2.041 Krankenpflegern/innen (davon 117 in der Südpfalz), im Jahr 2020 an 3.785 Krankenpflegern/innen (davon 319 in der Südpfalz) und im Jahr 2025 an 6.435 Krankenpflegern/innen fehlen wird.

²² Dieser Wert ergibt sich aus der Addition der verfügbaren Zahlen für die Land- und Stadtkreise Germersheim, Südliche Weinstraße und Landau. Die Zahlen der Städte Dahner Felsenland und Hauenstein des Landkreises Südwestpfalz werden nicht miteinbezogen, da sie nicht mehr im Untersuchungsgebiet Oberrhein liegen. Diese Anmerkung gilt für alle für das Gebiet Südpfalz angegebenen Werte.

Graphik 8
Mangel an Gesundheits- und Krankenpflegern/innen in Rheinland-Pfalz
(in Köpfen/Personen)

	Rheinland-Pfalz	Südpfalz
2010	1.078	83
2015	2.042	177
2020	3.785	319
2025	6.435	520

Quelle: ,Gutachten RLP 2012', S. 40 und ,Branchenmonitoring RLP 2012', S. 67 (eigene Zusammenstellung).

Es ist festzuhalten, dass es in Rheinland-Pfalz bereits an Krankenpflegern/innen mangelt und dass sich diese Situation bis 2025 verschärfen wird. Der Mangel wird sich zwischen 2015 und 2025 mehr als verdreifachen. Um die Bedeutung des Mangels besser einschätzen zu können, gilt es, diese Zahlen im Vergleich zur Gesamtzahl der beschäftigten Krankenpfleger/innen zu betrachten: Im Jahr 2009 gab es in Rheinland-Pfalz etwa 24.500 beschäftigte Krankenpfleger/innen.

Wie oben angedeutet gibt es für Baden-Württemberg und Baden keinerlei Zahlen. Allerdings kann angenommen werden, dass die allgemeinen Tendenzen dort im Wesentlichen identisch mit denen sind, die für Rheinland-Pfalz ermittelt wurden. Nach den für die Bundesebene verfügbaren Zahlen, kann davon ausgegangen werden, dass die künftigen Schwierigkeiten in Rheinland-Pfalz keinen Einzelfall darstellen. Die ,Studie PwC 2010' prognostiziert den Mangel in der Berufsgruppe ,Krankenschwester, Krankenpfleger und Hebamme' auf 8.000 VZÄ für das Jahr 2011 und auf 393.100 VZÄ für das Jahr 2030. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Berufsgruppe nicht nur Krankenpfleger/innen umfasst, sondern ebenfalls Fach-, Kinderkranken- und Entbindungspfleger/innen.

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Beruf des/der Altenpflegers/innen. Nach Angaben des ‚Branchenmonitorings RLP 2012‘ fehlt es in Rheinland-Pfalz im Jahr 2010 an 956 Altenpflegern/innen (davon an zwölf in der Südpfalz). Das ‚Gutachten RLP 2012‘ geht davon aus, dass es im gesamten Bundesland im Jahr 2015 an 1.662 Altenpflegern/innen (davon an 91 für die Südpfalz), im Jahr 2020 an 2.878 Altenpflegern/innen (davon 194 in der Südpfalz) und im Jahr 2025 an 4.682 Altenpflegern/innen (davon an 343 in der Südpfalz) mangelt. Um die Bedeutung des Mangels besser einschätzen zu können, gilt es, diese Zahlen im Vergleich zur Gesamtzahl der beschäftigten Altenpfleger/innen zu betrachten: Im Jahr 2009 gab es in Rheinland-Pfalz etwa 7.800 beschäftigte Altenpfleger/innen.

Graphik 9
Mangel an Altenpflegern/innen in Rheinland-Pfalz (in Köpfen/Personen)

	Rheinland-Pfalz	Südpfalz
2010	965	8
2015	1.662	91
2020	2.878	202
2025	4.682	343

Quelle: ‚Gutachten RLP 2012‘, S. 33 und ‚Branchenmonitoring RLP 2012‘, S. 67 (eigene Zusammenstellung).

Folglich ist festzuhalten, dass es in Rheinland-Pfalz bereits an Altenpflegern/innen mangelt und sich diese Situation bis 2025 noch verschärfen wird. Der Mangel wird sich zwischen 2015 und 2025 fast verdreifachen. In absoluten Werten ist der Mangel an Altenpflegern/innen (aktuell und zukünftig) deutlich geringer als der Mangel an Krankenpflegern/innen. Relativ gesehen ist er allerdings wesentlich bedeutender (d. h., vergleicht man das Verhältnis von fehlenden Krankenpflegern/innen zu beschäftigten Krankenpflegern/innen und das Verhältnis von fehlenden Altenpflegern/innen zu beschäftigten Altenpflegern/innen).

Es kann zum jetzigen Zeitpunkt also noch nicht von einem ‚Altenpflegermangel‘ gesprochen werden. Sollten die notwendigen Anpassungsmaßnahmen jedoch nicht erfolgen, ist bis 2025 mit einem erheblichen Mangel zu rechnen.

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für Baden wird hier die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung wie in Rheinland-Pfalz gehen.

1.3.1.2 Schweizer Seite

An dieser Stelle ist vorab daran zu erinnern, dass die verfügbaren Studien nur die Situation auf Ebene der gesamten Schweiz, auf Bundesebene, abbilden.

Die aktuelle Fachkräftesituation wird hier auf der Grundlage der ‚Studie SECO 2014‘ analysiert. Aus dieser geht hervor, dass der Beruf des Krankenpflegers/in (vgl. Zeile 86594 in Graphik 6) schon heute zu den Berufen zählt, bei denen von einem Fachkräftemangel ausgegangen werden kann.

Zur Analyse der zukünftigen Fachkräftesituation wird auf den ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ Bezug genommen. Der jährliche Nachwuchsbedarf an Pflegefachpersonal auf Tertiärstufe (FH/HF) wird im Mittelwert für den Zeitraum 2009-2020 auf 4.694 Personen pro Jahr beziffert. Im Vergleich dazu, lag die Anzahl jährlich ausgestellter Diplome im Mittelwert für den Zeitraum 2000-2009 bei 2.279. Damit liegt die Differenz bei -2.415 pro Jahr. Sollten keine Korrekturmaßnahmen erfolgen, würde die Ausbildungsleistung nur noch 50 % des Nachwuchsbedarfs decken.

Die Situation ist insgesamt identisch für den Fachmann/frau Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) (FaGe). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Studie keine für die FaGes berufsspezifischen Zahlen angibt, sondern die FaGes und andere Berufe mit EFZ in Pflege und Betreuung²³ zusammenfasst.

²³ Berücksichtigt wurden hier die folgenden Berufe (in Klammern wird die Zahl der im Jahr 2008 ausgestellten Abschlüsse angegeben, um die quantitative Bedeutung der FaGes im Vergleich zu den anderen Berufen deutlich zu machen): FAGE (1.928), Fachmann/frau Betreuung (187),

Für diese Berufsgruppen wird der jährliche Nachwuchsbedarf im Mittelwert für den Zeitraum 2009-2020 auf 4.423 Personen pro Jahr beziffert. Die Ausbildungsleistung für das Jahr 2008 lag im Vergleich bei 2.320.²⁴ Damit liegt die Differenz zwischen Nachwuchsbedarf und ausgestellten Diplomen bei 2.103 pro Jahr. Sollten keine Korrekturmaßnahmen erfolgen, würde die Ausbildungsleistung nur noch 53 % des Nachwuchsbedarfs decken.

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für die kantonale Ebene wird die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in der Nordwestschweiz in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung gehen wie auf Ebene der Bundesschweiz.

1.3.1.3 Französische Seite

Auch wenn es auf französischer Seite keine Studien gibt, die sich direkt mit dem Fachkräftemangel befassen, weisen mehrere Elemente darauf hin, dass es zurzeit keinen Mangel an Krankenpflegern/innen im Elsass gibt:

- Bei der Befragung im Rahmen des ‚Barometers OREF 2014‘²⁵ gaben von 278 befragten Einrichtungen, die 88,5 % der beschäftigten Krankenpfleger/innen repräsentieren, weniger als eine von zehn Einrichtungen (7,9 %) an, im Jahr 2014 Rekrutierungsschwierigkeiten für den Beruf des/der Krankenpflegers/in gehabt zu haben. Nur 4 % gaben an, vakante Stellen aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten gehabt zu haben.

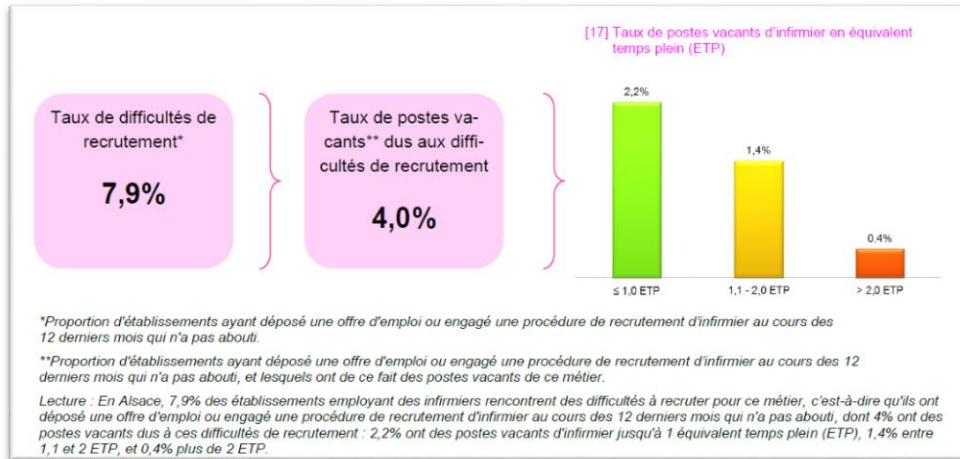
Hauspfleger/in (156), Betagtenbetreuer/in (49). Es ist zu beachten, dass es die Ausbildungen zum/zur Hauspfleger/in und zum/zur Betagtenbetreuer/in mittlerweile nicht mehr gibt. Sie wurden im Rahmen der Ausbildungsreform im Gesundheitswesen abgeschafft.

²⁴ Im Gegensatz zu den Fachpersonen HF/FH stützt sich die Studie auf die Daten aus dem Jahr 2008 und nicht auf den Mittelwert des Zeitraums 2000-2009. Der Grund hierfür ist die Neueinführung der Ausbildung zur FaGe EFZ.

²⁵ Observatoire Régional Emploi Formation (Hrsg.): Baromètre emploi-formation 2014 – Métiers du sanitaire et du social en Alsace – Infirmiers en soins généraux, 2014.

Graphik 10

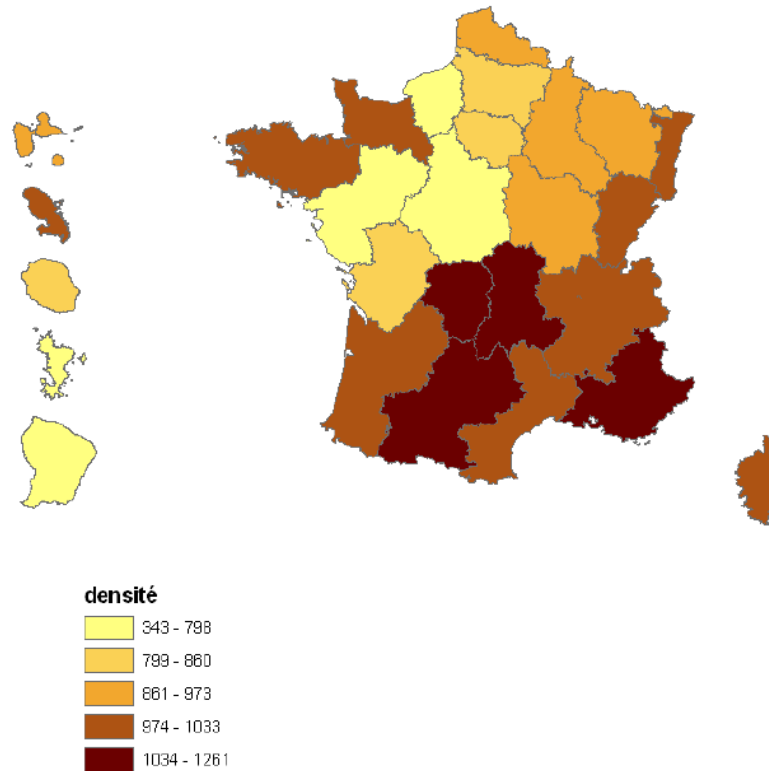
Rekrutierungsschwierigkeiten und vakante Stellen für Krankenpfleger/innen im Elsass im Jahr 2014



Quelle: 'Baromètre OREF 2014', S. 4.

- Die 'Statistischen Reihen der Drees – Gesundheitsberufe 2014' zeigen, dass das Elsass eine der französischen Regionen ist, die am besten mit Krankenpflegern/innen versorgt sind. Das Elsass stand im Jahr 2014 mit einer Dichte von 1.033 Krankenpflegern/innen pro 100.000 Einwohner, hinter den Regionen Limousin (1.261), Provence-Alpes-Côte d'Azur (1.097), Auvergne (1.092) und Midi-Pyrénées (1.084), an vierter Stelle. Die Krankenpflegerdichte ist im Elsass also eindeutig höher als beispielsweise in den Regionen Centre (780), Haute-Normandie (795), Picardie (809) oder Ile de France (822). Die untenstehende Karte veranschaulicht diese regionale Diskrepanz bezüglich der Krankenpflegerdichte. Zwischen dem Bas-Rhin (1.058) und dem Haut-Rhin (997) kann auch ein kleiner Unterschied verzeichnet werden, obwohl beide Departements über dem nationalen Durchschnitt (943 für ganz Frankreich, exklusive der Überseeregionen) liegen.

Graphik 11
Krankenpflegerdichte nach Region am 01. Januar 2014



Quelle: ,Statistische Reihen der Drees – Gesundheitsfachberufe 2014‘, S. 42

- Durch die Fachgespräche, die mit den jeweils zuständigen Führungskräften verschiedener Institut de formation en soins infirmiers (IFSI, Ausbildungseinrichtung für Krankenpfleger/innen) geführt wurden, hat sich herausgestellt, dass die Studierenden seit ungefähr fünf Jahren zunehmend Schwierigkeiten haben, nach Abschluss ihres Studiums eine feste Stelle im Elsass zu finden. Die Dozierenden konnten außerdem bei den Studierenden im dritten Studienjahr eine gewisse Sorge in Bezug auf ihre Chancen auf eine Anstellung in ihrer Region nach Abschluss des Studiums feststellen. Es handelt sich hier um ein neuartiges Berufsphänomen, da die Absolventen/innen bis vor einigen Jahren noch mit besten Aussichten auf dem Arbeitsmarkt rechnen konnten.

Ein Mangel an Krankenpflegern/innen im Elsass scheint daher weder in den kommenden Jahren noch für 2030 zu befürchten zu sein. Dies wird auch durch folgende Feststellungen unterstrichen:

- In den gut versorgten Regionen kann eine Tendenz zur Verringerung der angebotenen Ausbildungsplätze in der Krankenpflege beobachtet werden. Das Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, das die nationalen Quoten und die Aufteilung der Ausbildungsplätze auf die einzelnen Regionen festlegt, hat die Quote für die Region Lothringen für den Ausbildungsbeginn 2015 um 5 % gesenkt. Diese Entwicklung kann als Indiz dafür gesehen werden, dass für die kommenden Jahre kein Fachkräftemangel zu befürchten ist.
- Den ‚Krankenpflegerstudien der Drees‘ zufolge
„wird die Krankenpflegerdichte pro Einwohner in den östlichen Regionen Frankreichs (Champagne-Ardenne, Lorraine, Elsass und Bourgogne) [bis 2030] voraussichtlich stark ansteigen. Diese Entwicklung ist einerseits auf einen starken Anstieg der berufstätigen Krankenpfleger und andererseits auf schwächer ansteigende, wenn nicht sogar rückläufige Bevölkerungszahlen zurückzuführen“.²⁶

Im Status-quo-Szenario²⁷ der Studie stiege die Anzahl der Krankenpfleger/innen im Elsass zwischen 2006 und 2030 um 40,7 %, während die Bevölkerung im selben Zeitraum um nur 9,4 % wachse. Dadurch stiege die Krankenpflegerdichte im Elsass zwischen 2006 und 2030 um 28,6 % (im Gegensatz zu 22,3 % im nationalen Durchschnitt). Mit anderen Worten wird im Elsass, das bereits heute im Vergleich zu anderen französischen Regionen über eine hohe Krankenpflegerdichte verfügt, diese Dichte (im Status-quo-Szenario) voraussichtlich stärker ansteigen als im französischen Durchschnitt und um einiges stärker als in einigen anderen Regionen – wie beispielsweise in der Region Ile de France (+7,3 %) – die bereits jetzt vergleichsweise schlechter versorgt sind. So ist die Annahme zulässig, dass das Elsass in der Lage sein wird, die durch die demographische Alterung der Gesellschaft bedingte steigende Pflegenachfrage (zumindest teilweise) zu decken.

²⁶ Übersetzt nach: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Un exercice de projections aux niveaux national et régional, Schriftenreihe Études et résultats, Nr. 760, April 2011, S. 4f.

²⁷ Konstanz der Verhaltensweisen der Krankenpfleger/innen und der politischen Entscheidungen.

Graphik 12

Anzahl und Dichte der berufstätigen Krankenpfleger/innen nach Regionen für 2006 und 2030, im Status-quo-Szenario

■ TABLEAU 1

Nombre et densité d'infirmiers en activité par région en 2006 et 2030, d'après le scénario tendanciel

	Nombre d'infirmiers		Population (en milliers)		Nombre d'infirmiers pour 100 000 hbts.		Évolution (en %) de 2006 à 2030		
	2006	2030	2006	2030	2006	2030	Du nbr. d'infirmiers	De la population	De la densité
Île-de-France	75 553	87 788	11 532	12 491	655	703	16,2	8,3	7,3
Champagne-Ardenne	9 376	12 895	1 339	1 326	700	973	37,5	-1,0	38,9
Picardie	13 488	19 049	1 894	2 013	712	946	41,2	6,2	32,9
haute-Normandie	12 070	16 033	1 811	1 921	666	835	32,8	6,1	25,2
Centre	17 392	22 666	2 520	2 737	690	828	30,3	8,6	20,0
Basse-Normandie	11 447	16 185	1 457	1 550	786	1 044	41,4	6,4	32,9
Bourgogne	12 354	17 920	1 629	1 704	758	1 051	45,0	4,6	38,6
Nord-Pas-de-Calais	29 095	38 785	4 019	4 135	724	938	33,3	2,9	29,5
Lorraine	18 789	28 055	2 336	2 390	804	1 174	49,3	2,3	45,9
Alsace	14 908	20 971	1 815	1 986	821	1 056	40,7	9,4	28,6
Franche-Comté	9 629	14 114	1 151	1 246	837	1 133	46,6	8,3	35,4
Pays de la Loire	24 801	36 282	3 450	4 147	719	875	46,3	20,2	21,7
Bretagne	27 696	40 024	3 095	3 674	895	1 089	44,5	18,7	21,7
Poitou-Charentes	12 129	17 054	1 724	1 979	703	862	40,6	14,8	22,5
Aquitaine	25 499	36 015	3 120	3 688	817	976	41,2	18,2	19,5
Midi-Pyrénées	24 737	32 528	2 777	3 383	891	961	31,5	21,8	7,9
Limousin	7 119	10 238	731	791	974	1 295	43,8	8,2	32,9
Rhône-Alpes	47 172	66 783	6 021	7 094	783	941	41,6	17,8	20,2
Auvergne	11 778	14 679	1 336	1 421	882	1 033	24,6	6,4	17,2
Languedoc-Roussillon	22 277	32 443	2 534	3 105	879	1 045	45,6	22,5	18,9
PACA	39 790	55 374	4 815	5 412	826	1 023	39,2	12,4	23,8
Corse	2 598	3 500	294	339	883	1 031	34,7	15,4	16,7
Antilles-Guyane	6 424	9 886	1 004	1 274	640	776	53,9	26,9	21,3
Réunion	4 087	8 575	782	997	523	860	109,8	27,5	64,5
France entière	480 207	657 841	63 186	70 803	760	929	37,0	12,1	22,3

Champ • Infirmiers en activité âgés de 18 à 65 ans, France entière.

Sources • INSEE, recensement de la population 2006 ; INSEE, projections de population ; projections DREES.

Quelle: 'Krankenpflegerstudien der Drees', 2009, S. 7

1.3.2 Krankenpflegehelfer/innen und Altenpflegehelfer/innen

1.3.2.1 Deutsche Seite

Nach Angaben des 'Branchenmonitorings RLP 2012' fehlen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2010 214 Krankenpflegehelfer/innen, davon elf in der Südpfalz. Das 'Gutachten RLP 2012' prognostiziert den Mangel im gesamten Bundesland für 2015 auf 923 fehlende Krankenpflegehelfer/innen, für 2020 auf 1.436 (davon 75 in der

Südpfalz) und für 2025 auf 1.921 (davon 108 in der Südpfalz). Um die Bedeutung des Mangels besser einschätzen zu können, gilt es, diese Zahlen im Vergleich zur Gesamtzahl der beschäftigten Krankenpflegehelfer/innen zu betrachten: Im Jahr 2009 gab es in Rheinland-Pfalz etwa 2.400 beschäftigte Krankenpflegehelfer/innen.

Graphik 13		
Mangel an Gesundheits- und Krankenpflegehelfern/innen in Rheinland-Pfalz (in Köpfen)		
	Rheinland-Pfalz	Südpfalz
2010	214	11
2015	923	55
2020	1.436	86
2025	1.921	119

Quelle: ‚Gutachten RLP 2012‘, S. 58 und ‚Branchenmonitoring RLP 2012‘, S. 67 (eigene Zusammenstellung)

Es ist festzuhalten, dass es in Rheinland-Pfalz bereits an Krankenpflegehelfern/innen mangelt und dass der Mangel sich zwischen 2015 und 2025 verdoppeln wird. In absoluten Werten ist der Mangel an Krankenpflegehelfern/innen (aktuell und zukünftig) deutlich geringer als der Mangel an Krankenpflegern/innen. Im Jahr 2025 ist der Mangel an Krankenpflegehelfern/innen siebenfach geringer als der Mangel an Krankenpflegern/innen. Vergleicht man allerdings die relativen Werte, zeigt sich, dass der Mangel an Krankenpflegehelfern/innen wesentlich bedeutender ist (d. h., vergleicht man das Verhältnis von fehlenden Krankenpflegern/innen zu beschäftigten Krankenpflegern/innen und das Verhältnis von fehlenden Krankenpflegehelfern/innen zu beschäftigten Krankenpflegehelfern/innen).

Auch hier gibt es keine Zahlen für Baden-Württemberg, aber es ist davon auszugehen, dass die Tendenzen vergleichbar sind. Die ‚Studie PwC 2010‘ beziffert

den Mangel in ihrer Prognose für das Bundesgebiet für 2011 auf 6.200 VZÄ und für 2030 auf 84.634 VZÄ für die Berufsgruppe der ‚Helfer in der Pflege‘, in der die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/innen die wichtigste Untergruppe darstellen.

Dieser Teil behandelt ebenfalls die Situation der Altenpflegehelfer/innen. Nach Angaben des ‚Branchenmonitorings RLP 2012‘ fehlen in Rheinland-Pfalz im Jahr 2010 424 Altenpflegehelfer/innen, wobei für die Südpfalz kein Mangel verzeichnet wird (Überschuss von acht Altenpflegehelfern/innen). Das ‚Gutachten RLP 2012‘ prognostiziert den Mangel im gesamten Bundesland für 2015 auf 446 Altenpfleger/innen (davon neun in der Südpfalz), für 2020 auf 635 (darunter 35 in der Südpfalz) und für 2025 auf 944 (davon 66 in der Südpfalz). Um die Bedeutung des Mangels besser einschätzen zu können, gilt es, diese Zahlen im Vergleich zur Gesamtzahl der beschäftigten Altenpflegehelfer/innen zu betrachten: Im Jahr 2009 gab es in Rheinland-Pfalz etwa 1.400 beschäftigte Altenpflegehelfer/innen.

Graphik 14
Mangel an Altenpflegern/innen in Rheinland-Pfalz (in Köpfen)

	Rheinland-Pfalz	Südpfalz
2010	424	+8 (Überschuss)
2015	446	9
2020	635	35
2025	944	66

Quelle: ‚Gutachten RLP 2012‘, S. 52 und ‚Branchenmonitoring RLP 2012‘, S. 67 (eigene Zusammenstellung)

Es ist also festzuhalten, dass es in Rheinland-Pfalz bereits an Altenpflegehelfern/innen mangelt und dass sich der Mangel zwischen 2015 und 2025 verdoppeln wird. In absoluten Werten ist der Mangel an Altenpflegehelfern/innen (aktuell und zukünftig) deutlich geringer als der Mangel an Altenpflegern/innen. Relativ gesehen ist er allerdings wesentlich bedeutender (d. h.,

vergleicht man das Verhältnis von fehlenden Altenpflegern/innen zu beschäftigten Altenpflegern/innen und das Verhältnis von fehlenden Altenpflegehelfern/innen zu beschäftigten Altenpflegehelfern/innen).

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für Baden wird hier die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung wie in Rheinland-Pfalz gehen.

1.3.2.2 Schweizer Seite

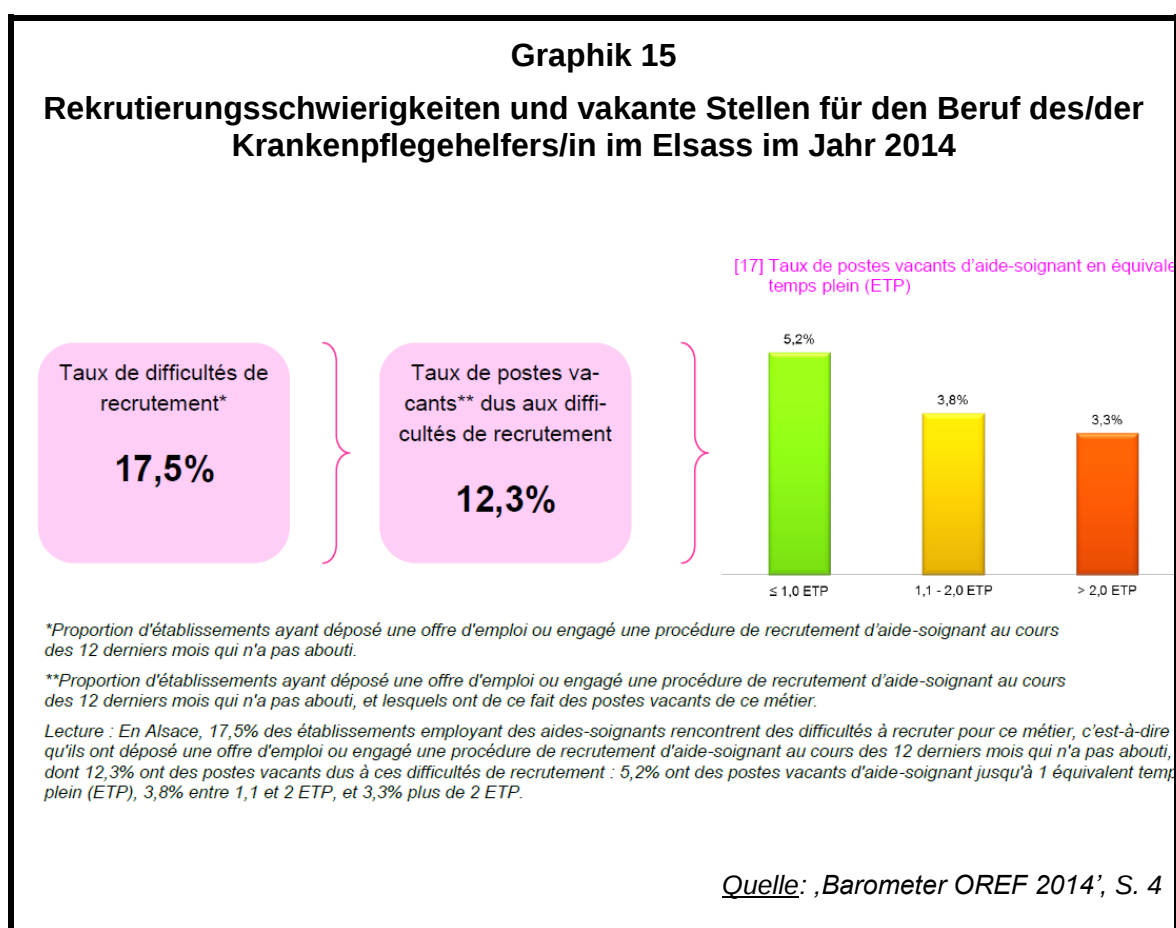
Der ‚Studie SECO 2014‘ zufolge scheint es aktuell keinen Mangel an Assistenten/innen Gesundheit und Soziales EBA zu geben (vgl. Zeile 86505 in Graphik 6). Es ist dennoch festzuhalten, dass einer der Knappheitsindikatoren auf einen Mangel hinweist: Es handelt sich um den Indikator ‚Deckungsgrad‘, der das Verhältnis zwischen Gesamtzahl der aktuell besetzten Stellen eines Berufs und Anzahl der entsprechend qualifizierten Erwerbspersonen misst. Der festgestellte schwache Deckungsgrad signalisiert, dass Personaler auf Fachkräfte zurückgreifen mussten, die nicht genau über die entsprechende Qualifikation verfügen. Wie bereits zuvor erwähnt, weist dies insofern nicht notwendigerweise auf einen existierenden Mangel hin, als es für einige Berufe nicht unbedingt nötig (und manchmal sogar nicht gewünscht) ist, Fachkräfte mit der dem Beruf genau entsprechenden Qualifikation einzustellen.

Die Prognose stützt sich auch an dieser Stelle auf den ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘. Für den Beruf Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA liegt der jährliche Nachwuchsbedarf im Mittelwert für den Zeitraum 2009-2020 bei 1.459 Personen. Im Vergleich dazu liegt die jährliche Anzahl ausgestellter Diplome im Mittelwert für den Zeitraum 2000-2009 bei 1.021 Personen. Damit entsteht eine Differenz von -438 Personen pro Jahr. Sollten keine Korrekturmaßnahmen erfolgen, würde die Ausbildungsleistung nur noch 30 % des Nachwuchsbedarfs decken.

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für die kantonale Ebene wird die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in der Nordwestschweiz in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung gehen wie auf Ebene der Bundesschweiz.

1.3.2.3 Französische Seite

Bei der Befragung im Rahmen des ‚Barometers OREF 2014‘²⁸ gab von 211 befragten Einrichtungen, die 88 % der Krankenpflegehelfer/innen repräsentieren, fast jede fünfte (17,5 %) an, im Jahr 2014 Rekrutierungsschwierigkeiten für den Beruf des Krankenpflegehelfers/in gehabt zu haben. Darüber hinaus gaben 12,3 % der Einrichtungen an, aufgrund dieser Rekrutierungsschwierigkeiten vakante Stellen gehabt zu haben.



²⁸ Observatoire Régional Emploi Formation (Hrsg.): Baromètre emploi-formation 2014 – Métiers du Aides-soignant, 2014.

Die Rekrutierungsschwierigkeiten sind demnach für Krankenpflegehelfer/innen (17,5 % der befragten Einrichtungen) deutlich größer als für den Beruf des/der Krankenpflegers/in (7,9 % der befragten Einrichtungen) und können als beachtlich eingestuft werden. Allerdings lassen sich große Rekrutierungsschwierigkeiten, wie bereits in Kapitel 1.2 erwähnt wurde, nicht notwendigerweise auf einen Fachkräftemangel zurückführen. Sie können auch durch andere Faktoren verursacht werden, wie die Attraktivität einer Einrichtung oder überhöhte Erwartungen seitens der Arbeitgeber/innen oder der Bewerber/innen. Nach einer kürzlich vom INSEE Alsace und OREF durchgeführten Analyse, „liegt die Krankenpflegehelferdichte [im Elsass im Vergleich zu den anderen Regionen] knapp unterhalb des Durchschnitts“²⁹. Dennoch kann auch hieraus kein Fachkräftemangel abgeleitet werden.

Da weiterführende Daten zum Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in fehlen, stützt sich die vorliegende Studie auf die Informationen aus den Fachgesprächen mit der ARS. Nach Angaben der Gesprächspartner/innen gibt es aktuell keinen Fachkräftemangel für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in im Elsass, auch wenn die Fachkräftesituation in einigen Gebieten wie zum Beispiel dem Sündgau, dem Vogesental und dem Nordelsass angespannt ist und Einrichtungen Rekrutierungsschwierigkeiten haben. Nach Einschätzung der Gesprächspartner/innen sind diese Rekrutierungsschwierigkeiten allerdings nicht dramatisch: „Es dauert manchmal sechs Monate oder ein Jahr, aber letztendlich findet jede Einrichtung [passende Kandidaten/innen].“³⁰ Die Informationen, die vom Institut de formation des aides-soignants (IFAS, Ausbildungseinrichtung für Krankenpflegehelfer/innen) in Mulhouse eingeholt werden konnten, lassen ebenfalls darauf schließen, dass es keinen Mangel gibt. Obwohl der Berufseinstieg nach Ende der Ausbildung bei den Krankenpflegehelfern/innen wesentlich leichter ist als bei den Krankenpflegern/innen, brauchen auch die Krankenpflegehelfer/innen im Durchschnitt ein bis zwei Monate bis sie eine Anstellung finden. Es ist anzunehmen, dass der Arbeitsmarkt reaktiver wäre, wenn

²⁹ Übersetzt aus dem Französischen, nach: INSEE Alsace (Hrsg.): Professions sanitaires et sociales en Alsace: un besoin de cinq recrutements pour trois départs d'ici 2020, Schriftenreihe INSEE Analyses Nr. 6, 2014, S. 3.

³⁰ Fachinterview.

es einen Mangel gäbe. Auch erhält das IFAS heute nur sehr wenige Stellenangebote, während vor einigen Jahren noch zahlreiche eingegangen sind.

Was die zukünftige Entwicklung betrifft, lassen mehrere Faktoren darauf schließen, dass auch im Jahr 2030 kein Mangel zu befürchten ist. In der hier zuvor bereits zitierten Studie des INSEE Alsace und des OREF werden Prognosen für den Bedarf an neuen Krankenpflegehelfern/innen zwischen 2010 und 2020 erstellt, um einerseits die definitiven Berufsaustritte zu kompensieren (Ersatzbedarf) und andererseits neue Stellen, die aufgrund der steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen entstehen werden, zu besetzen (Ergänzungsbedarf). Für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in („aides-soignants“) – der hier sehr weit gefasst ist und nicht nur die Krankenpflegehelfer/innen im eigentlichen Sinne erfasst, sondern auch Kinderkrankenpfleger/innen, Zahnarzthelfer/innen etc. – wird prognostiziert, dass von 2010 bis 2020 jedes Jahr 740 Personen einzustellen wären, um den Bedarf langfristig zu decken. Für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in (im eigentlichen Sinne) boten die IFAS im Elsass im Jahr 2014 617 Ausbildungsplätze an. Ausgehend von der Annahme, dass die Anzahl der Ausbildungsplätze konstant bleibt, dürfte sich im Elsass auch in Zukunft (oder mindestens bis 2020) keine Mangelsituation für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in entwickeln.

1.3.3 Physiotherapeuten/innen

1.3.3.1 Deutsche Seite

Nach Angaben des ‚Branchenmonitorings RLP 2012‘ fehlte es in Rheinland-Pfalz im Jahr 2010 an 196 Physiotherapeuten/innen, davon an 19 in der Südpfalz. Nach den Prognosen des ‚Gutachtens RLP 2012‘, die ausschließlich für die Landesebene gemacht werden, fehlen im Jahr 2015 91, im Jahr 2020 360 und im Jahr 2025 1.444 Physiotherapeuten/innen. Um die Bedeutung des Mangels besser einschätzen zu können, gilt es, diese Zahlen im Vergleich zur Gesamtzahl der berufstätigen Physiotherapeuten/innen zu betrachten: Im Jahr 2010 gab es in Rheinland-Pfalz etwa 8.000 berufstätige Physiotherapeuten/innen.

In Rheinland-Pfalz existiert folglich schon heute ein Mangel an Physiotherapeuten/innen, von dem auszugehen ist, dass er bis 2025, und vor allem von 2020 bis 2025, stark zunimmt. Dennoch ist der (aktuelle und zukünftige) Mangel an Physiotherapeuten/innen in absoluten Werten deutlich geringer als der Mangel der Krankenpfleger/innen. Und auch relativ gesehen ist er weniger bedeutend (d. h., vergleicht man das Verhältnis von fehlenden Krankenpflegern/innen zu beschäftigten Krankenpflegern/innen und das Verhältnis von fehlenden Physiotherapeuten/innen zu berufstätigen Physiotherapeuten/innen).

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für Baden wird die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen eine ähnliche Tendenz wie in Rheinland-Pfalz aufweisen.

1.3.3.2 Schweizer Seite

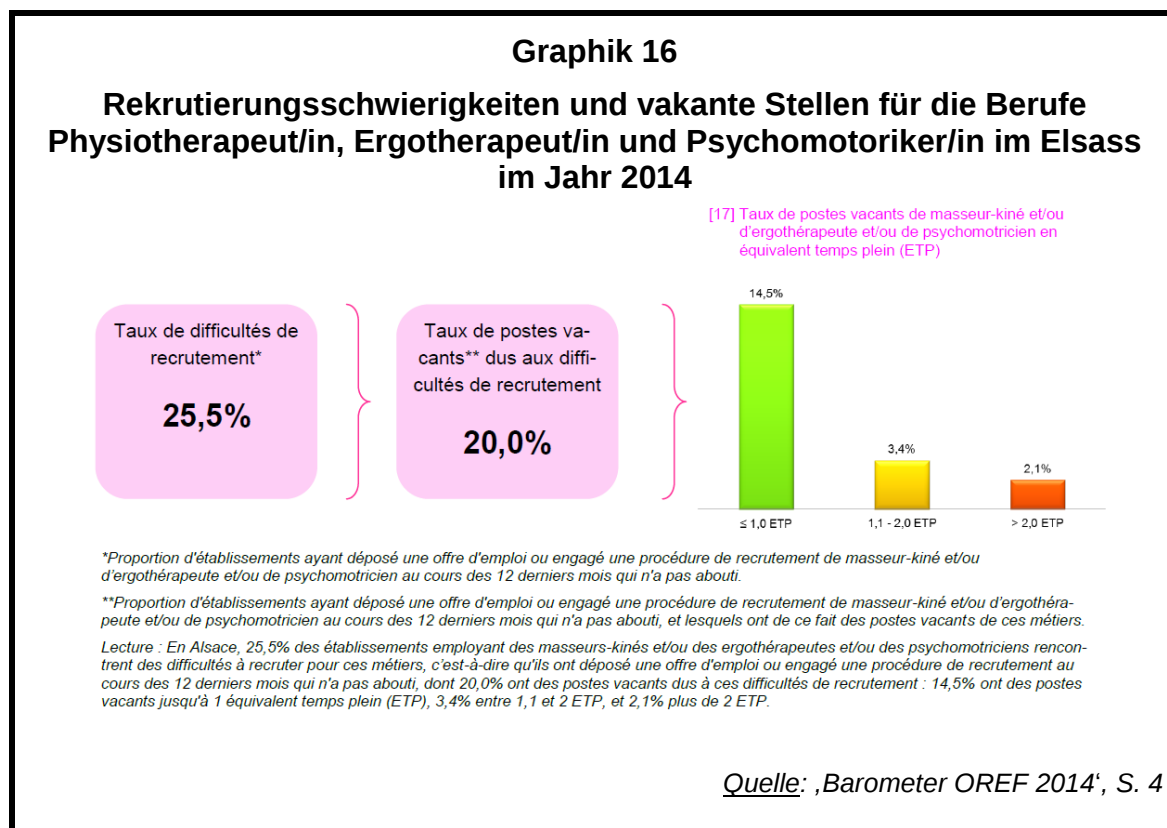
Die ‚Studie SECO 2014‘ (vgl. Zeile 86201 in Graphik 6) bildet die Berufe Physiotherapeut/in und Ergotherapeut/in zusammengefasst ab. Für beide Berufe zusammen scheint es auf Ebene der Bundesschweiz aktuell keinen Mangel zu geben.

Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ fasst bei seiner Prognose die Berufe aus den Bildungsgängen Aktivierung, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung zusammen. Für diese vier Berufe zusammen liegt der jährliche Nachwuchsbedarf im Mittelwert für den Zeitraum 2009-2020 bei 365 Personen. Im Vergleich dazu liegt die jährliche Anzahl ausgestellter Diplome im Mittelwert für den Zeitraum 2000-2009 bei 449. Hieraus ergibt sich ein Überschuss von 84 Fachpersonen pro Jahr. Dies hieße, ausgehend von der Hypothese, dass die Gesamtzahlen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Berufen kaschieren, dass im Jahr 2020 kein Mangel zu befürchten ist. In der Studie wird allerdings herausgestellt, dass die Mehrheit der Absolventen/innen der vier untersuchten Berufe freiberuflich tätig wird, wodurch die Situation für die Gesundheitseinrichtungen durchaus angespannt ist.

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für die kantonale Ebene wird die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in der Nordwestschweiz in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung gehen wie auf Ebene der Bundesschweiz.

1.3.3.3 Französische Seite

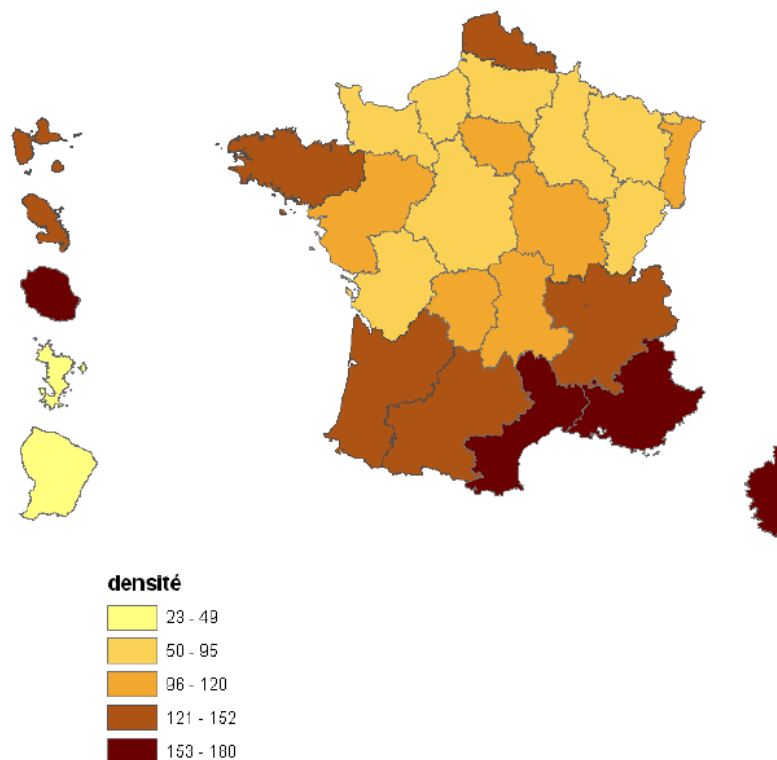
Was die Situation der Physiotherapeuten/innen in Frankreich betrifft, wird sich hier zunächst auf das ‚Barometer OREF 2014‘³¹ bezogen, wobei festzuhalten ist, dass dieses keine berufsspezifischen Zahlen präsentiert, sondern die Berufe Physiotherapeut/in, Ergotherapeut/in und Psychomotoriker/in zusammenfasst. Von 145 befragten Gesundheitseinrichtungen, die Fachkräfte dieser drei Berufe beschäftigen, gibt jede vierte Einrichtung an, im Jahr 2014 Rekrutierungsschwierigkeiten und jede fünfte, vakante Stellen in Folge von Rekrutierungsschwierigkeiten gehabt zu haben. Daraus lässt sich schließen, dass die Rekrutierungsschwierigkeiten für diese drei Berufe groß sind.



³¹ Observatoire Régional Emploi Formation (Hrsg.): Baromètre emploi-formation 2014 – Métiers du sanitaire et du social en Alsace – Masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, 2014.

Allerdings kann auch an dieser Stelle von markanten Rekrutierungsschwierigkeiten nicht auf eine Mangelsituation geschlossen werden. Auch im Rahmen der Fachgespräche bei der ARS wurde angegeben, dass die Anzahl der jährlich ausgebildeten Fachkräfte ausreichend ist und es keinen Mangel an Physiotherapeuten/innen gibt. Dies scheint sich auch durch die ‚Statistische Reihen der Drees – Gesundheitsfachberufe 2014‘ zu bestätigen: Mit einer Dichte von 120 Physiotherapeuten/innen pro 100.000 Einwohner steht das Elsass im Jahr 2014 an siebter Stelle der französischen Regionen und liegt damit etwas unter dem nationalen Durchschnitt (123). Zum Vergleich stehen die Region Languedoc-Roussillon mit einer Dichte von 180 an erster und die Regionen Haut-Normandie und Picardie mit einer Dichte von 75 an letzter Stelle.

Graphik 17
Physiotherapeutendichte nach Region am 01. Januar 2014



Quelle: ‚Statistische Reihen der Drees – Gesundheitsfachberufe 2014‘, S. 50

In den Fachgesprächen konnte bestätigt werden, dass es in den elsässischen Gesundheitseinrichtungen zu Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Physiotherapeuten/innen kommt. Allerdings sind diese Rekrutierungsschwierigkeiten nicht auf einen Fachkräftemangel zurückzuführen – und dies umso weniger, als zu den jährlichen Absolventen/innen im Elsass noch etwa 140 Franzosen/Französinen dazukommen, die ihren Abschluss auf deutscher Seite erworben haben. Die Rekrutierungsschwierigkeiten lassen sich primär darauf zurückführen, dass ein Großteil der Physiotherapeuten/innen freiberuflich tätig ist, da hier die Verdienstmöglichkeiten besser sind. Die geringe Attraktivität des Angestelltenstatus im Verhältnis zur Selbständigkeit ergibt sich jedoch nicht nur durch die Verdienstunterschiede, sondern auch dadurch, dass eine Vielzahl der Einrichtungen (vor allem Altenpflegeeinrichtungen) keine Vollzeit-, sondern lediglich unattraktivere Teilzeitstellen anbieten (zumeist 0,3 VZÄ).

Was die zukünftige Entwicklung betrifft, lässt nichts darauf schließen, dass bis 2030 mit einem Mangel an Physiotherapeuten/innen zu rechnen ist.

1.3.4 Ergotherapeuten/innen

1.3.4.1 Deutsche Seite

Nach Angaben des ‚Branchenmonitorings RLP 2012‘ fehlt es im Jahr 2010 in Rheinland-Pfalz an 36 Ergotherapeuten/innen, davon an 14 in der Südpfalz. Nach Prognosen des ‚Gutachtens RLP 2012‘, die ausschließlich für die Landesebene gemacht werden, wird es in den Jahren 2015 und 2020 einen Überschuss an Ergotherapeuten/innen geben, der bei 91 (2015) und 79 (2020) liegt. Für das Jahr 2025 wird ein Mangel von 64 Ergotherapeuten/innen prognostiziert. Um die Bedeutung des Mangels besser einschätzen zu können, gilt es, diese Zahlen im Vergleich zur Gesamtzahl der berufstätigen Ergotherapeuten/innen zu betrachten: Im Jahr 2010 gab es in Rheinland-Pfalz etwa 2.200 berufstätige Ergotherapeuten/innen.

Rheinland-Pfalz ist also weder aktuell noch kurz- oder mittelfristig von einem Mangel an Ergotherapeuten/innen betroffen; es existiert sogar ein Überschuss. Erst langfristig gesehen, wird es im Jahr 2025 einen Mangel geben. Dieser Mangel wird allerdings sowohl in absoluten Werten (64 Ergotherapeuten/innen für ganz Rheinland-Pfalz) als auch relativ gesehen, das heißt im Verhältnis zu allen in Rheinland-Pfalz berufstätigen Ergotherapeuten/innen, nur wenig ausgeprägt sein. In Anbetracht der fehlenden Zahlen für Baden wird hier die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung wie in Rheinland-Pfalz gehen.

1.3.4.2 Schweizer Seite

Was den Beruf des/der Ergotherapeuten/in in der Schweiz betrifft, wird hier auf die Analyse des Berufs des/der Physiotherapeuten/in weiter oben in der vorliegenden Studie verwiesen, da die Daten, die hier verwendet werden, die beiden Berufe Physiotherapeut/in und Ergotherapeut/in zusammengefasst abbilden. Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass es in der Schweiz aktuell keinen Mangel an Ergotherapeuten/innen gibt und ein solcher zurzeit auch für die Zukunft nicht zu befürchten ist.

In Anbetracht der fehlenden Zahlen für die kantonale Ebene wird die Hypothese aufgestellt, dass die Entwicklungen in der Nordwestschweiz in ihrer Tendenz in die gleiche Richtung gehen wie auf Ebene der Bundesschweiz.

1.3.4.3 Französische Seite

Was den Beruf des/der Ergotherapeuten/in in Frankreich betrifft, wird hier zunächst auf die Ergebnisse des ‚Barometers OREF 2014‘ (vgl. Unterabschnitt 1.1.3.3) verwiesen, die Rekrutierungsschwierigkeiten zusammengefasst für die Berufe Physiotherapeut/in, Ergotherapeut/in und Psychomotoriker/in aufzeigen. Im Rahmen der Fachgespräche mit der ARS wurde angemerkt, dass die Rekrutierungsschwierigkeiten bei den Ergotherapeuten/innen im Gegensatz zu jenen bei den Physiotherapeuten/innen zu einem Großteil auf einen

Fachkräftemangel zurückzuführen sind. Der Mangel ist ein relativ neues Phänomen, das eng mit dem ‚Alzheimerplan‘ (frz. ‚plan Alzheimer‘) des Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes aus dem Jahr 2008 zusammenhängt. Maßnahme 16 dieses Plans sieht die Einführung einer spezifischen Abteilung (PASA, Pôle d’activité et de soins) für Alzheimererkrankte in den Altenpflegeeinrichtung (EHPAD, Établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes) vor. Allgemein geht es darum, Bewohnern, die an Alzheimer erkrankt sind, soziale und therapeutische Aktivitäten in einem auf ihre speziellen Bedürfnisse angepassten Rahmen anzubieten. Zur Umsetzung des Plans hat die Région Alsace das Ziel, innerhalb von vier Jahren (2008-2012) 40 Spezialabteilungen (PASA) auf eine Gesamtzahl von 170 Altenpflegeeinrichtungen einzurichten. Die Einrichtung einer Spezialabteilung (PASA) erfolgt u. a. unter der Bedingung, dass das Betreuungsteam über mindestens eine/n Ergotherapeuten/in (und/oder Psychomotoriker/in) verfügt. Aufgrund dieser verordnungsrechtlichen Vorgabe ist der Bedarf an entsprechend qualifizierten Fachkräften massiv angestiegen. Dieser Bedarfsanstieg an Ergotherapeuten/innen muss mit den Entwicklungen des Ausbildungsplatzangebots verglichen werden: Aktuell wird die Ausbildung zum/zur Ergotherapeuten/in nur von privaten Einrichtungen angeboten (kostspielig). Bisher war die jährliche Absolventenzahl zwar begrenzt, wurde aber als zufriedenstellend erachtet, da die Gesundheitseinrichtungen nur begrenzt Ergotherapeuten/innen einstellten und die Beschäftigung eines/einer Ergotherapeuten/in je nach finanziellen Möglichkeiten als wünschenswert, nicht aber notwendig galt. Mit dem Ziel 40 Spezialabteilungen (PASA) einzurichten, verändert sich diese Situation entscheidend. Der Bedarfsanstieg an Ergotherapeuten/innen gab im Jahr 2012 Anlass zur Gründung des Institut Interrégional de formation ergothérapie (IIFE – überregionale Ausbildungseinrichtung für Ergotherapeuten/innen) innerhalb des Institut de formation aux métiers de la santé de Mulhouse (IFMS – Ausbildungseinrichtung für Gesundheitsberufe). Die hier angebotene (kostenfreie) Ausbildung wird gemeinsam von den Regionen Elsass (acht neue Ausbildungsplätze im Jahr 2014), Burgund und Franche-Comté (jeweils sechs neue Ausbildungsplätze für 2014) getragen und finanziert. Zum Ausbildungsbeginn im Jahr 2015 wird die Anzahl der Ausbildungsplätze im Elsass auf 13 erhöht. Vor dem Hintergrund dieses neuen

Ausbildungsangebots und der Erhöhung der Ausbildungsplatzanzahl könnte der aktuelle Mangel an Ergotherapeuten/innen ein konjunkturelles Problem bleiben.

Die Rekrutierungsschwierigkeiten der Altenpflegeeinrichtungen (EHPAD) lassen sich allerdings nicht ausschließlich durch den Fachkräftemangel erklären. Aus den Fachgesprächen mit der ARS geht hervor, dass folgende zwei Faktoren ebenfalls eine Rolle spielen:

- die Tatsache, dass Altenpflegeeinrichtungen (EHPAD) nur selten Vollzeit-, sondern primär Teilzeitstellen (0,3 VZÄ) anbieten: Nur wenige Ergotherapeuten/innen sind bereit, in zwei oder drei Einrichtungen in Teilzeit zu arbeiten, um auf eine Vollzeitstelle zu kommen.
- die Konkurrenz mit dem Krankenhaussektor: Eine Anstellung im Krankenhaus ist für Ergotherapeuten/innen insofern von Interesse, als sie einen abwechslungsreichen Arbeitsalltag auf verschiedenen Stationen und mit unterschiedlichen Krankheitsbildern bietet. Die Altenpflegeeinrichtungen (EHPAD) stehen auch mit dem freiberuflichen Sektor in Konkurrenz, da hier die Verdienstmöglichkeiten besser sind. Allerdings ist die Konkurrenzsituation mit dem Krankenhaussektor prägnanter, denn für Ergotherapeuten/innen ist es im Vergleich zu anderen Berufen wie den Physiotherapeuten/innen grundsätzlich schwieriger freiberuflich tätig zu werden.

An dieser Stelle ist festzuhalten, dass die Probleme bei den Ergotherapeuten/innen auf den Beruf des/der Psychomotorikers/in übertragen werden können. Daher wurde im Jahr 2012 innerhalb des IFMS de Mulhouse das Institut interrégional de formation en psychomotricité (IIFP – überregionale Ausbildungseinrichtung für Psychomotorik) gegründet. Das IIFP funktioniert ähnlich wie das zuvor erwähnte IIFE, wird aber von fünf Regionen getragen (Elsass, Lothringen, Champagne-Ardenne, Burgund, Franche-Comté).

1.3.5 Ärzte/innen

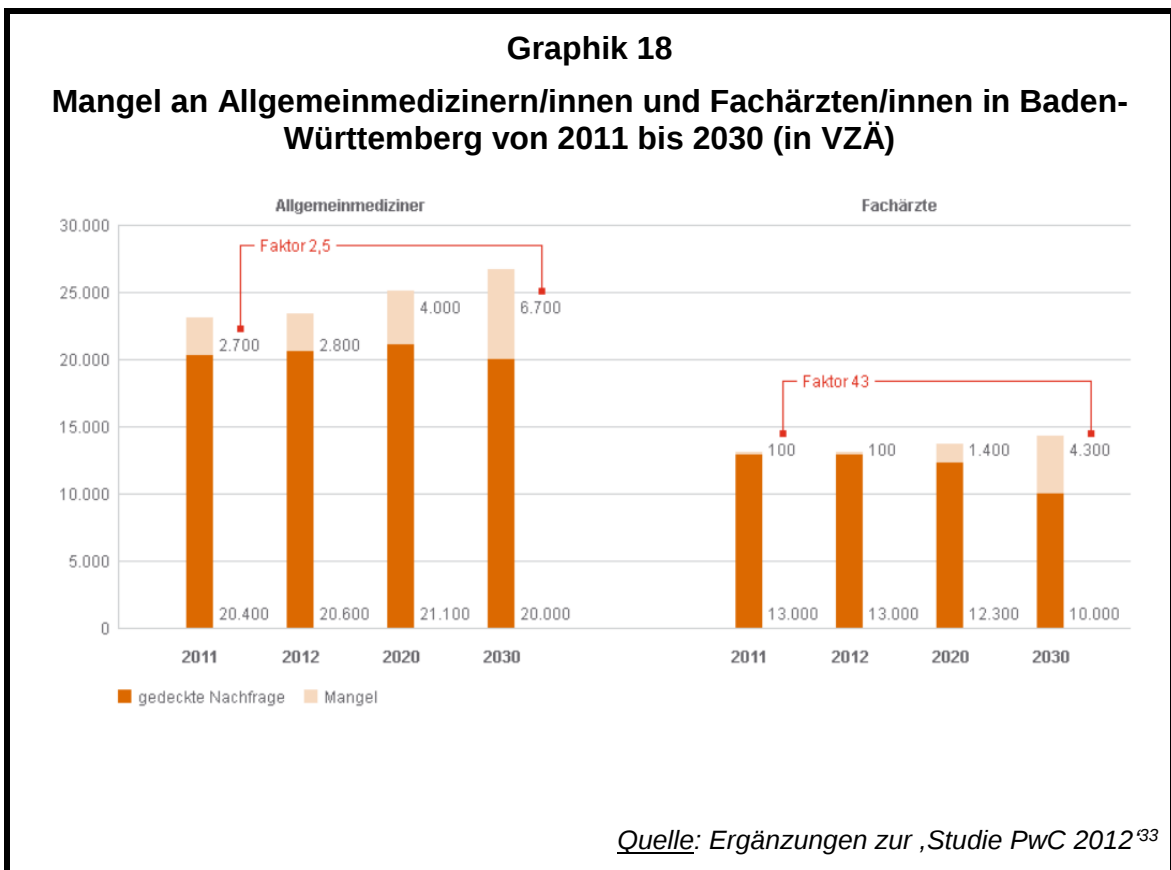
1.3.5.1 Deutsche Seite

Die folgenden Analysen zum Beruf des/der Arztes/Ärztin stützen sich auf die ‚Studie PwC 2010‘ und die ‚Studie PwC 2012‘³². Vorab ist daran zu erinnern, dass sich die erste der beiden Studien lediglich auf das Gesundheitswesen bezieht, während die zweite Gesundheitswesen und Sozialwesen abbildet.

Den Prognosen aus dem Jahr 2010 zufolge gab es bereits im Jahr 2011 einen Ärztemangel von 24.200 VZÄ auf Bundesebene und von 2.800 VZÄ in Baden-Württemberg (Die ‚Studie PwC 2012‘ liefert keine Zahlen für Rheinland-Pfalz). Es mangelt sowohl an Allgemeinmediziner/innen (10.800 VZÄ auf Bundesebene, 2.700 VZÄ in Baden-Württemberg) als auch an Fachärzten/innen (13.400 VZÄ auf Bundesebene, 100 VZÄ in Baden-Württemberg). Die Zahlen für die Fachärzte/innen zeigen, dass sich der Mangel in Baden-Württemberg aktuell in Grenzen hält.

Die Mangelsituation wird sich bis zum Jahr 2030 verschärfen: Der Ärztemangel auf Bundesebene wird im Jahr 2020 auf 58.700 VZÄ und im Jahr 2030 auf 166.744 VZÄ prognostiziert. Die ‚Studie PwC 2012‘ ist trotz bleibender Tendenz zuversichtlicher: Im Status-quo-Szenario läge der Ärztemangel im Jahr 2020 bei 33.000 VZÄ und im Jahr 2030 bei 76.000 VZÄ. Für Baden-Württemberg ermittelt die Studie einen Ärztemangel von 5.400 VZÄ im Jahr 2020 und von 11.000 VZÄ im Jahr 2030. Eine Mangelsituation ergibt sich sowohl für Allgemeinmediziner/innen (Für 2030: 40.544 VZÄ auf Bundesebene, 4.300 VZÄ in Baden-Württemberg) als auch für Fachärzte/innen (Für 2030: 126.200 VZÄ auf Bundesebene, 4.300 VZÄ in Baden-Württemberg).

³² Wenn nicht anders erwähnt, ist im Folgenden davon auszugehen, dass die Zahlen für das Bundesgebiet aus der ‚Studie PwC 2010‘ und die Zahlen für die Landesebene aus der ‚Studie PwC 2012‘ stammen.



Die Ergebnisse der ‚Studie PwC 2012‘ werden größtenteils nicht in VZÄ, sondern als Prozentsatz der unbesetzten Vollzeitstellen an allen Vollzeitstellen eines untersuchten Berufs angegeben. Diese Ergebnisse sind für die Landesebene verfügbar und für die vorliegende Studie von Interesse, da durch sie auch Rheinland-Pfalz in die Untersuchung miteinbezogen werden kann. Auf Bundesebene wird der Anteil vakanter Ärztstellen den Prognosen im Status-quo-Szenario nach im Jahr 2011 bei 6,4 %, im Jahr 2020 bei 10,9 % und im Jahr 2030 bei 23,7 % liegen. In Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wird er den Prognosen im Status-quo-Szenario nach im Jahr 2011 bei 7,6 % und 13,1 %, im Jahr 2020 bei 13,9 % und 19,9 % und im Jahr 2030 bei 26,7 % und 43,3 % liegen. Der Mangel läge in beiden Länder über dem nationalen Durchschnittswert und wäre

³³ PriceWaterhouseCoopers (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (Hrsg.): Drastischer Mangel an Pflegekräften in Baden-Württemberg, 2011. URL: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-baden-wuerttemberg.html> [Letzter Zugriff am 12.09.2015].

in Rheinland-Pfalz besonders ausgeprägt. Rheinland-Pfalz ist damit das Bundesland, für das die Prognosen am negativsten ausfallen.

Graphik 19				
Anteil der vakanten Vollzeitstellen für Ärzte im Status-quo-Szenario				
	2011	2012	2020	2030
Baden-Württemberg	7,6 %	8,0 %	13,9 %	26,7 %
Rheinland-Pfalz	13,1 %	13,0 %	19,9 %	43,3 %
Deutschland	6,4 %	6,3 %	10,9 %	23,7 %

Quelle: ,Studie PwC 2012', S. 61 (eigene Zusammenstellung)

Die ,Studie PwC 2010' macht auch Angaben zu den jeweiligen Facharztrichtungen. Allerdings bleibt eine vergleichende Analyse schwierig, da einige Fachrichtungen wiederum nur in Gruppen abgebildet werden. Die Ergebnisse werden wie folgt vorgestellt:

Graphik 20

Fachärztemangel in Deutschland (nach Fachgebiet) laut ‚Studie PwC 2010‘

Bezeichnung	Beispiele	2011	2020	2030
Allgemein(fach)ärzte/innen, Kinderärzte/innen, Internisten/innen	innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neonatologie	-4.800	-22.600	-63.200
Chirurgen/innen, Orthopäden/innen	Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Neurochirurgie, Mund-Kiefer- Gesichts-Chirurgie	-200	-3.900	-8.800
Hals-Nasen-Ohren- Ärzte/innen	Hals-Nasen-Ohren- Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	-400	-1.400	-3.800
Augenärzte/innen	Augenheilkunde	-500	-1.600	-4.200
Frauenärzte/innen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Gynäkologische Onkologie	-2.700	k. A.	k. A.
Radiologen/innen	Radiologie, Diagnostische Radiologie, Strahlentherapie	-700	-1.700	-5.600
Neurologen/innen, Psychiater/innen, Psychotherapeuten/innen (Ärzte)	Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	-1.900	-2.500	-10.100
Andere Fachärzte/innen	Anästhesiologie, Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten	-2.200	-8.000	-24.700

Quelle: ‚Studie PwC 2010‘, S. 19 (eigene Zusammenstellung)

1.3.5.2 Schweizer Seite

Bezüglich der Schweiz wird zunächst auf die ‚Studie SECO 2014‘ Bezug genommen (vgl. Zeile 86101 in Graphik 6), die einen möglichen aktuellen Ärztemangel in der Schweiz zeigt, wobei festzustellen ist, dass keine Unterscheidung zwischen Allgemeinärzten/innen und Fachärzten/innen vorgenommen wird. Die Ergebnisse der ‚Studie SECO 2014‘ sind in diesem Fall mit Vorsicht auszulegen. Einer der beiden Aspekte, durch den das SECO auf einen scheinbaren Ärztemangel schließt, liegt in den hohen Werten des Indikators ‚Zuwanderung‘, das heißt, der Ausländeranteil bei den praktizierenden Ärzten/innen ist im Vergleich zu anderen Berufen extrem hoch. Allerdings weist dieser Indikator nur darauf hin, dass die Schweiz nicht genug Ärzte/innen ausbildet, um den landeseigenen Bedarf zu decken, und dass sie daher Fachkräfte mit ausländischem Abschluss³⁴ rekrutieren muss. Sofern jedoch die Möglichkeit besteht, das landeseigene Ärztedefizit durch Fachkräfte mit ausländischem Diplom zu beheben, kann streng genommen nicht von einem Ärztemangel die Rede sein.

Die Situation wird im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ treffend zusammengefasst:

„Gibt es aktuell einen Ärztemangel? Diese Frage kann heute mit einem klaren Nein beantwortet werden [...]. Der Ärztemangel muss heute vor allem als Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Ärzten angesehen werden.“³⁵

Wird nun strikt an der Definition des Mangels aus Teil 1 festgehalten, kann aktuell nicht auf einen Ärztemangel in der Schweiz geschlossen werden. Würde man sich mit dem Thema der Ärzte/innen mit ausländischem Diplom jedoch nicht befassen, käme dies einer Ausklammerung der tatsächlichen Gegebenheiten und laufenden Debatten gleich. Die im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ angegebenen Zahlen sprechen für sich und zeigen, wie sehr die Schweiz von der Zuwanderung von Fachkräften mit ausländischem Abschluss abhängig ist:

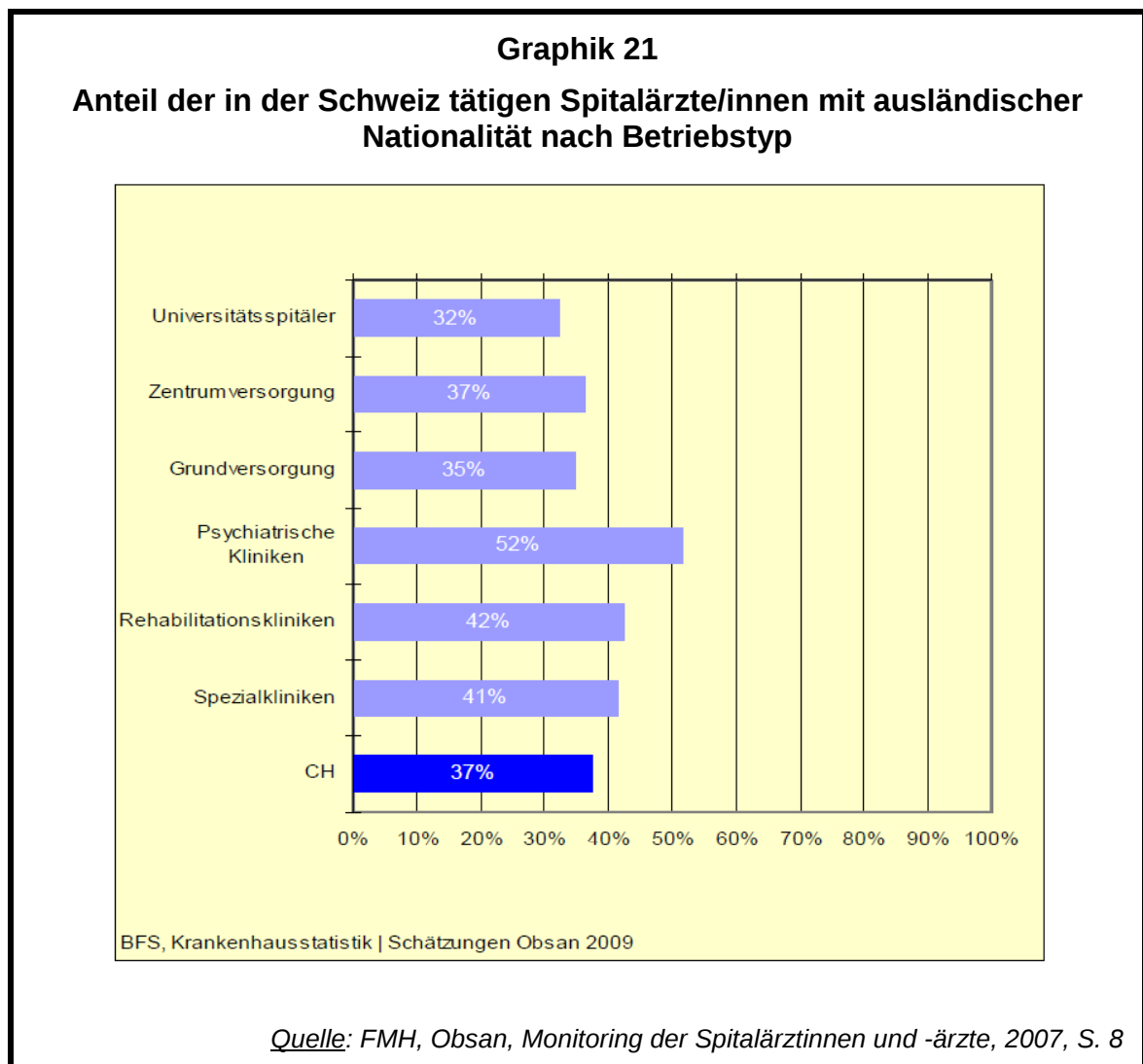
„Gemäß [der Statistik der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)] haben 22 Prozent oder rund aller per 2009 in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre Ausbildung

³⁴ Der Einfachheit halber wurde hier die Unterscheidung zwischen ‚Fachkräften mit ausländischem Diplom‘ und ‚ausländischen Fachkräften‘ (eventuell mit Ausbildung in der Schweiz) außer Acht gelassen.

³⁵ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011, S. 14f.

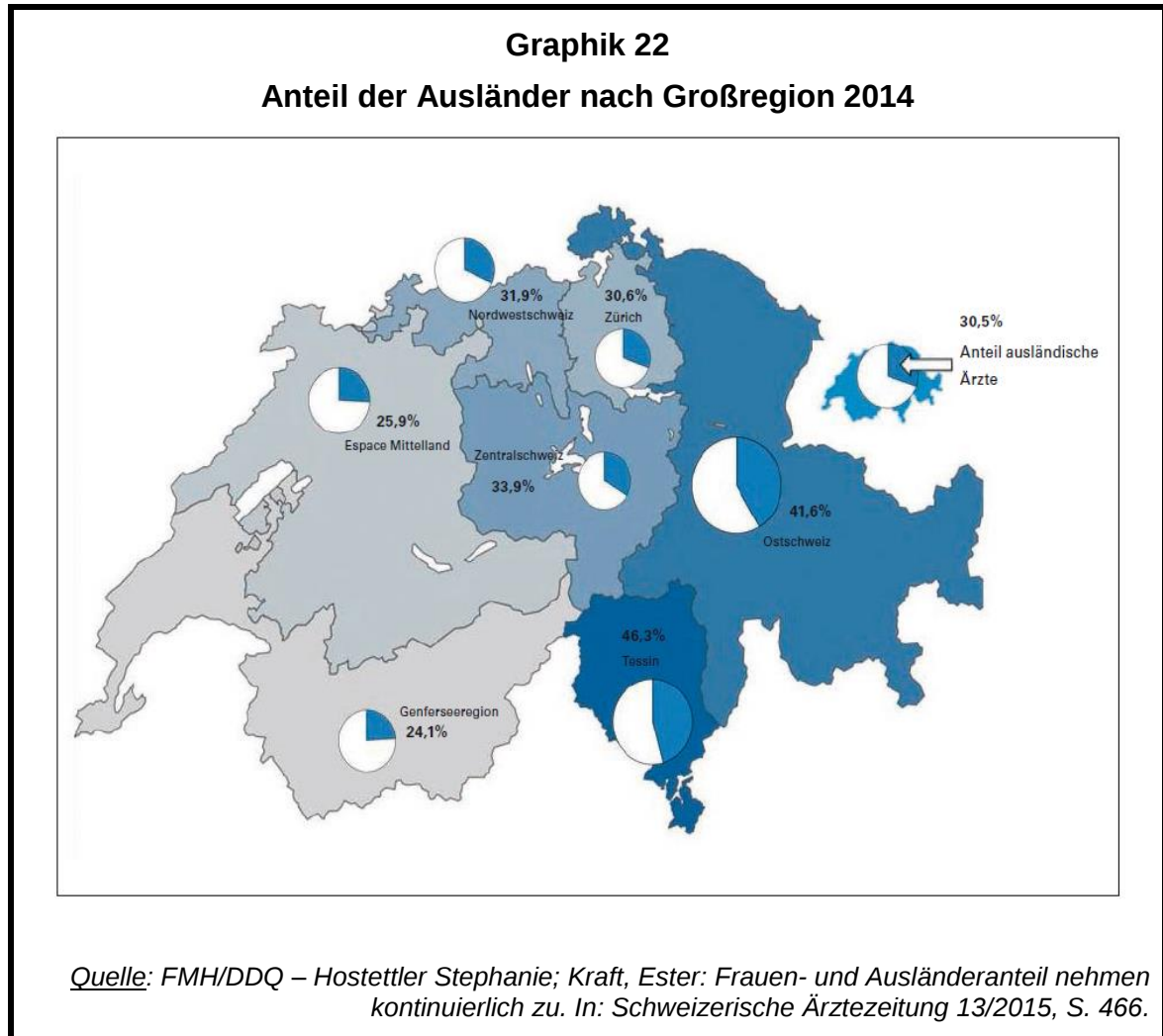
im Ausland absolviert [...]. Im stationären Bereich liegt dieser Anteil [...] bei 30, im ambulanten bei Bereich bei 14 Prozent.“³⁶

Diese Zahlen sind umso beeindruckender, als die Ausländer, die ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert haben, darin nicht erfasst werden. Gemäß der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) (vgl. Graphik 21) betrug der Anteil der ausländischen Ärzte/innen im Jahr 2009 im stationären Bereich 37 %. Am höchsten ist er in der stationären Psychiatrie, wo 52 % der praktizierenden Ärzte ausländischer Nationalität sind. Zum Vergleich: Laut des Conseil national de l'Ordre des médecins machen Ärzte/innen mit ausländischem Diplom in Frankreich nur 8,2 % aller vom Ordre des médecins (französische Ärztekammer) am 01. Januar 2014 registrierten Ärzte/innen aus.



³⁶ Ebd., S. 19.

Wie in der untenstehenden Karte (Graphik 22) zu erkennen ist, liegt der Ausländeranteil in der Nordwestschweiz leicht unter dem nationalen Durchschnitt:



Die Situation wird im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ auch anhand der Anzahl der zwischen 2005 und 2010 in der Schweiz erworbenen und anerkannten Weiterbildungstitel (die den erfolgreichen Abschluss des Studiums in der Schweiz bescheinigen) analysiert. Von den 11.726 in diesem Zeitraum erworbenen oder anerkannten Weiterbildungstiteln wurden 4.543 Titel von der Schweiz anerkannt und 1.724 von im Ausland ausgebildeten Ärzten/innen in der Schweiz erworben, was 53 % der Gesamtanzahl ausmacht.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass das Problem des ‚Ärzt mangels‘ in der Schweiz zwar omnipräsent ist, es dabei aber nicht um einen tatsächlichen Mangel zur Deckung des Pflegebedarfs geht. Vielmehr handelt es sich dabei um die Notwendigkeit, das interne Ausbildungspotenzial für Ärzte/innen so weiterzuentwickeln, dass die Abhängigkeit der Schweiz von Fachkräften mit ausländischem Diplom abnimmt. Die Rekrutierung von Fachkräften mit ausländischem Diplom wird in der Schweiz mehr und mehr kritisiert; sowohl aus Gründen der Versorgungssicherheit als auch aus Gründen der Fairness gegenüber anderen Ländern – in erster Linie gegenüber Deutschland –, die ebenfalls vom Ärztemangel bedroht sind.

Des Weiteren sieht sich die Schweiz, auch wenn hier nicht von einem Ärztemangel gesprochen werden kann, mit Verteilungsproblemen konfrontiert, die sich auf die ambulante ärztliche Grundversorgung auswirken. Um diesen Punkt zu verdeutlichen, werden im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ die Schwierigkeiten bei der Nachfolgeregelung im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung erwähnt:

„Im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung wird vor allem die schwierige Nachfolgeregelung als Indiz für den Ärztemangel thematisiert. So verglich Marty (2006) die Zahl der in der Schweizerischen Ärztezeitung (SAEZ) publizierten Praxis- und Stellenofferten mit den Praxiseröffnungen aus den Jahren 2002 und 2005. Während 2002 insgesamt 218 Hausarztpraxen offeriert und 162 Praxen eröffnet wurden, verschlechterte sich dieses Verhältnis im Jahr 2005 deutlich: 191 Praxisofferten standen gerade noch 71 Eröffnungen gegenüber. Die Ergebnisse dieser Studie sind – auch gemäss Autor – mit Vorsicht zu interpretieren. Die publizierten Zahlen sind weder vollständig, da viele Praxen gar nie ausgeschrieben werden, noch besteht bei Neueröffnungen eine Publikationspflicht in der SAEZ. Dennoch gibt es keinen Grund, die in dieser Studie festgestellte Tendenz zu bezweifeln.“³⁷

Vor allen Dingen die ländlichen Gebiete sind von diesen Schwierigkeiten betroffen. Trotzdem konnte laut ‚Strategiebericht BAG 2011‘ in der Schweiz im Jahr 2007 keine Unterversorgung festgestellt werden.

Für die Zukunft wird im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ die Auffassung vertreten, dass die Schweiz bis 2030 jährlich etwa 1.200 bis 1.300 eidgenössische Arztdiplome ausstellen muss, um den Ersatz der aktuell praktizierenden Ärzte/innen

³⁷ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011, S. 11.

sicherzustellen (‚Stabilisierungsszenario‘). Die Zahl der im Jahr 2015 – in Folge einer Erhöhung der Studienplatzanzahl – ausgestellten Diplome wird jedoch auf 850 bis 900 geschätzt. Daraus ergibt sich eine negative Differenz von 300 bis 450 Diplomen pro Jahr. Es soll hier aber noch einmal in Erinnerung gerufen werden, dass aus dieser Differenz kein künftiger Mangel abzuleiten ist. Dem liegen insbesondere die folgenden Aspekte zugrunde:

- Die Differenz kann zukünftig durch Zugänge von Fachkräften mit ausländischem Diplom (die in den Schätzungen nicht erfasst wurden) kompensiert werden.
- Die Schätzungen beziehen sich auf ein ‚Stabilisierungsszenario‘. Die künftig steigende, vor allem mit der demographischen Alterung der Gesellschaft verbundene Pflegenachfrage wurde nicht berücksichtigt. Würde man die Pflegenachfrage miteinbeziehen, wäre die benötigte Anzahl der Absolventen/innen noch höher.
- In den Schätzungen aus dem Jahr 2011 werden die Einführung der leistungsorientierten Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2012 und die erwartete Effizienzsteigerung, die die Zahl der benötigten Ärzte/innen beeinflusst, nicht erfasst.

Anhand der vorliegenden Studien kann keine Antwort auf die Frage des zukünftigen Ärztemangels gegeben werden. Sie weisen lediglich auf ein enormes Defizit bei der Ausbildung von Ärzten/innen in der Schweiz hin, das abgebaut werden muss, wenn die Schweiz ihre Abhängigkeit von den Fachkräften mit ausländischem Diplom in Zukunft reduzieren will.

Wenn die Frage des zukünftigen Mangels nicht geklärt werden kann, lassen die aktuellen Entwicklungen für die Zukunft ein stärkeres Verteilungsungleichgewicht der diplomierten Ärzte zum Nachteil der ambulanten ärztlichen Grundversorgung befürchten. Der ‚Strategiebericht BAG 2011‘ liefert dazu folgende Informationen:

„Das Obsan hat, basierend auf den Annahmen zu dieser Bevölkerungsentwicklung, verschiedene ‚optimistische‘ und ‚pessimistische‘ Szenarien berechnet. Dabei wurde nach dem Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, der Einführung des Gatekeeping sowie der Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsberufe variiert. Alle Szenarien, auch die optimistischen, weisen auf einen primär im Bereich der ärztlichen Grundversorgung zu erwartenden Mangel hin. So könnten gemäss Obsan bis im Jahr 2030 bis zu 40 Prozent der Konsultationen in der ambulanten Grundversorgung nicht mehr gedeckt

werden. Aber auch in den übrigen Fachgebieten soll die Inanspruchnahme das Angebot in Zukunft um bis zu 30 Prozent übersteigen.“³⁸

Eben diese Befürchtungen hinsichtlich der ärztlichen Grundversorgung werden im Folgenden ausgedrückt:

„Aufgrund der in Vollzeitäquivalenten ausgedrückten Arbeitspensen wird aber deutlich, dass ärztliche Grundversorger in ländlichen Gebieten mit geringer Ärztedichte deutlich mehr Leistungen erbringen als ihre Kolleginnen und Kollegen in Gebieten mit hoher Ärztedichte. Mit Blick auf das breitere Tätigkeitsspektrum und die generell höheren Beschäftigungsgrade der ländlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger folgern die Autorinnen der Studie [die vom Obsan durchgeführt wurde], dass die in den peripheren Regionen niedergelassenen Grundversorgerinnen und Grundversorger einen vergleichsweise geringen Spielraum haben, um auf eine Zunahme des Bedarfs (oder auf eine Praxisschliessung) reagieren zu können. Die zukünftige Entwicklung ist schwer abzuschätzen; es scheint aber plausibel, dass der wachsende strukturelle Druck (Altersstruktur der Grundversorgerinnen und Grundversorger, zunehmende Feminisierung) die Probleme vor allem in den ländlichen Regionen weiter verstärken werden [...].

Für die fehlende Attraktivität der Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen werden seitens der schweizerischen Ärzteschaft u. a. folgende Gründe genannt:

- Taxpunktentwicklung und Realeinkommen
- Administrativer Aufwand
- Finanzielles Risiko
- hohe Präsenzzeiten
- fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
- geringes Prestige (innerhalb Ärzteschaft)
- lange Distanzen zu den Zentren und das fehlende Kulturangebot.

Da – wie dies aus neueren Befragungen von Buddeberg (2008) über die Zukunftsvorstellungen junger Assistenzärztinnen und -ärzte deutlich wurde – nur noch gerade 8 % von insgesamt 208 Ärztinnen und Ärzten mit dem Wunsch nach einer zukünftigen Praxistätigkeit sich eine Tätigkeit in einer Einzelpraxis vorstellen können und der Wunsch nach Teilzeitarbeit (auch mit einem weiter zunehmenden Frauenanteil) weiterhin steigt, wird die Wiederbesetzung von Einzelpraxen in ländlichen Gebieten in Zukunft wohl noch schwieriger werden.“³⁹

1.3.5.3 Französische Seite

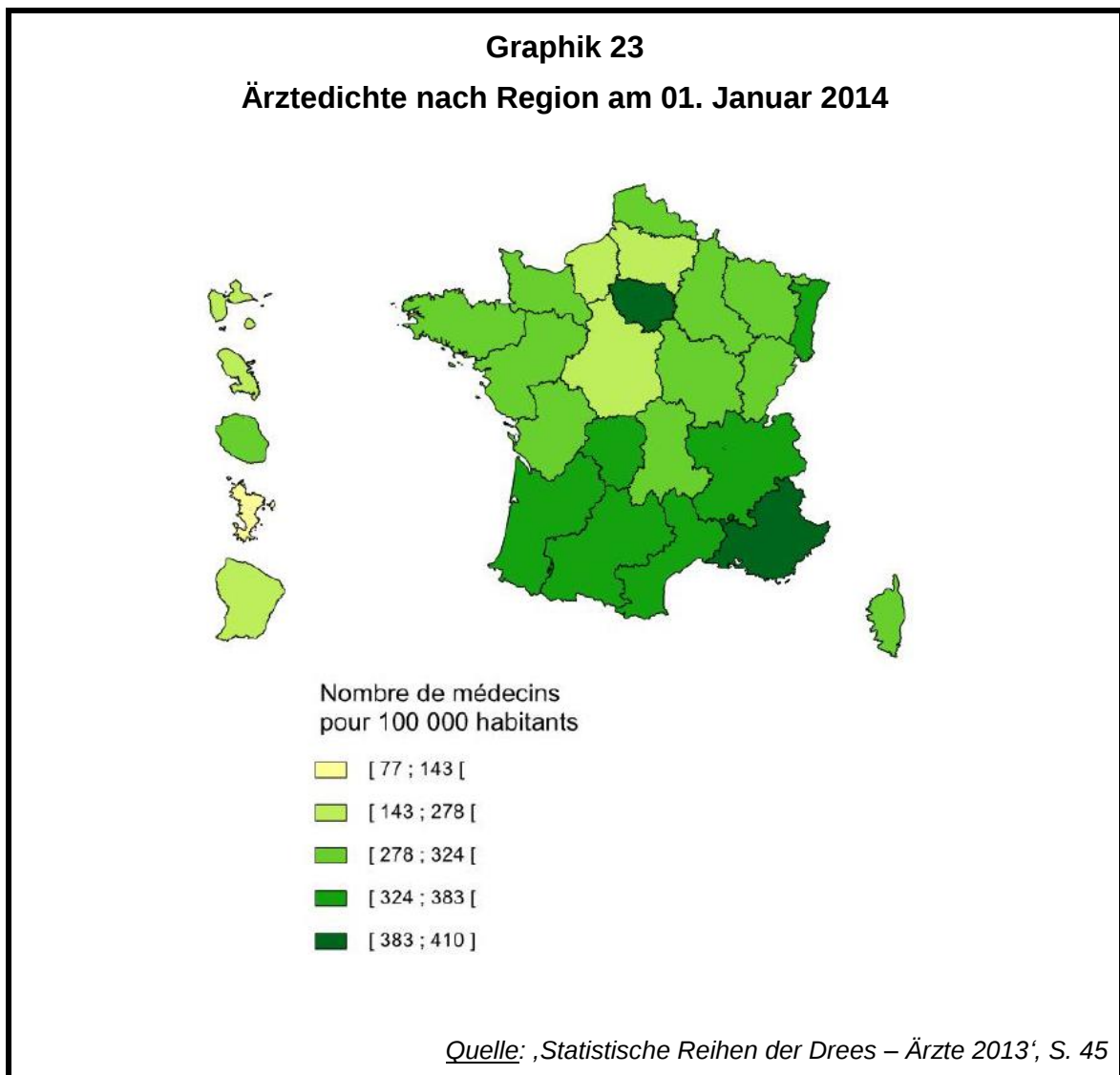
Auf französischer Seite deutet nach dem Dichteansatz die Ärztedichte darauf hin, dass es aktuell keinen Ärztemangel im Elsass gibt. Nach Angaben der ‚Statistischen Reihen der Drees – Ärzte‘ kamen im Elsass im Jahr 2013 352 Ärzte/innen auf 100.000 Einwohner, womit die Ärztedichte im Elsass über dem nationalen Durchschnitt liegt (336 Ärzte/innen pro 100.000 Einwohner in ganz Frankreich, exklusive der Überseeregionen). Das Elsass nimmt hinter den Regionen Provence-Alpes-Côte d’Azur (410) und Ile de France (399) sogar den dritten Platz aller

³⁸ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011, S. 10.

³⁹ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung, Bericht des Bundesrates, 2010, S. 18f.

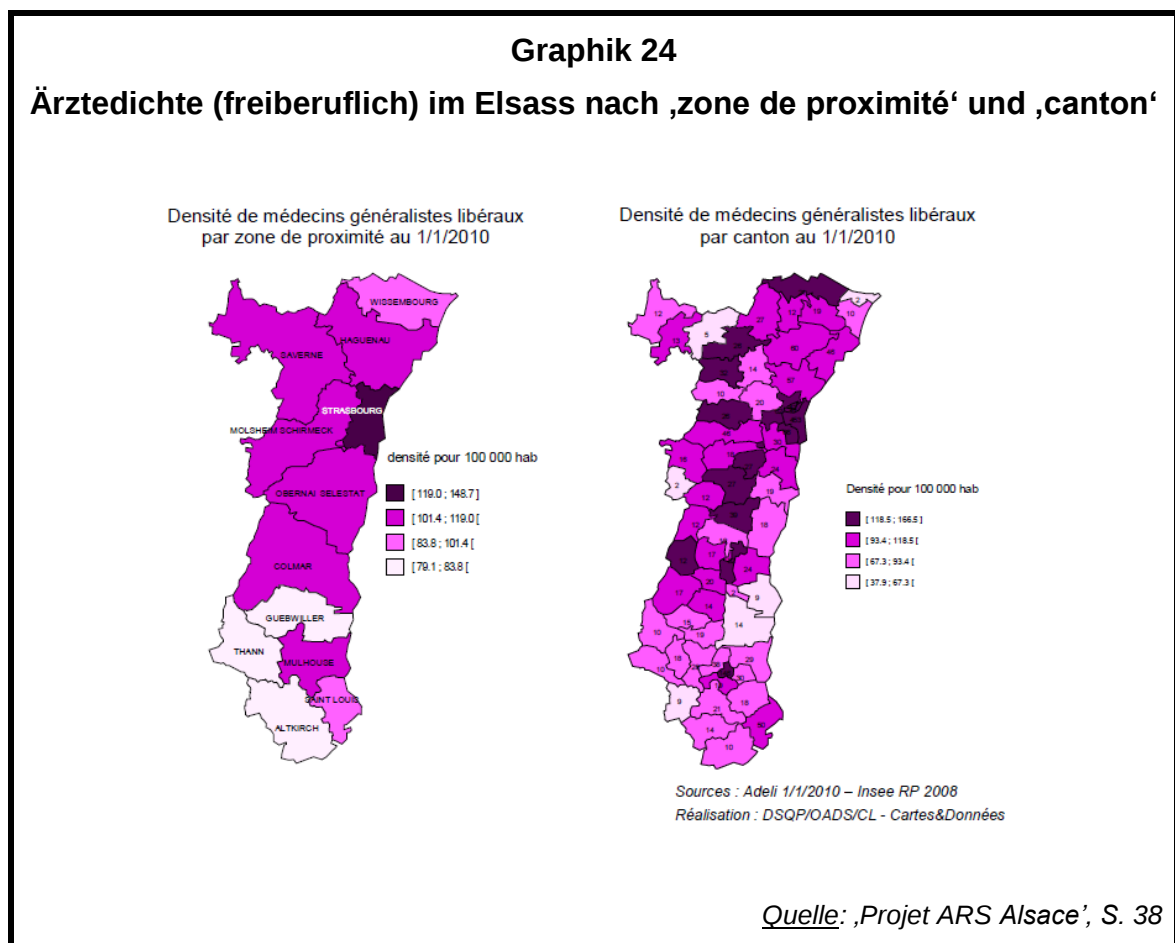
französischen Regionen ein. Zum Vergleich war die Ärztedichte in den Regionen Picardie und Centre mit einer Dichte von 267 und 258 Ärzten pro 100.000 Einwohner am schwächsten. Vor diesem Hintergrund stuft der ‚Projet ARS Alsace‘ (der sich auf die Zahlen der Drees stützt) die Situation im Elsass als günstig ein.

Trotz dieser vergleichsweise günstigen Situation im Elsass ist hier auf den großen Unterschied zwischen dem Bas-Rhin und Haut-Rhin hinzuweisen: Während die Dichte im Bas-Rhin bei 389 Ärzten/innen pro 100.000 Einwohnern liegt, kommen im Haut-Rhin nur 297 Ärzte/innen auf 100.000 Einwohner.



An dieser Stelle gilt es, die Situation der Allgemeinmediziner genauer zu beleuchten. Nach Angaben der ‚Statistischen Reihen der Drees – Ärzte‘ scheint das Elsass auch hier mit einer Dichte von 160 Allgemeinmedizinern pro 100.000 Einwohnern, die leicht über dem nationalen Durchschnitt (156 für ganz Frankreich, exklusive der Überseeregionen) liegt, gut versorgt zu sein.

Bei dieser positiven Feststellung darf allerdings nicht vergessen werden, dass es auf subregionaler Ebene bedeutende geographische Ungleichheiten gibt. Diese lassen sich anhand der hier unten stehenden Karten aus dem ‚Projet ARS Alsace‘, die allerdings nur für die freiberuflich tätigen Ärzte/innen (‚médecins libéraux‘) existieren, veranschaulichen.

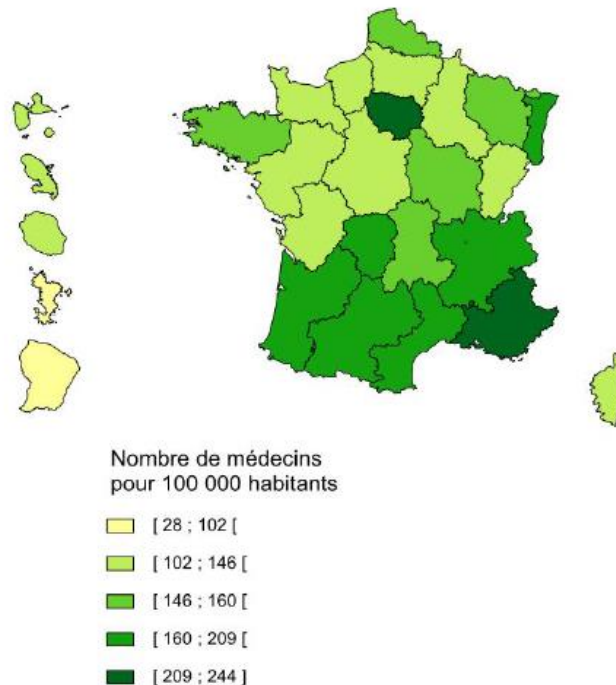


Eine weitere interessante Beobachtung ist die folgende: Die Befragung der Einrichtungen, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass Altenpflegeeinrichtungen überall im Elsass Rekrutierungsschwierigkeiten bei

‚Koordinationsärzten/innen‘ (‚médecin coordinateur‘) haben. Der Hintergrund hierzu ist, dass die Altenpflegeeinrichtungen seit 2005 verpflichtet sind, Ärzte/innen zu beschäftigen (‚temps réglementaire‘, etwa: ärztliche Mindestpräsenzzeit). Die Bezeichnung ‚Koordinationsarzt/ärztin‘ geht darauf zurück, dass die Hauptfunktion des/der Arztes/Ärztin darin besteht, Aufgaben und Leistungen der unterschiedlichen in den Altenpflegeeinrichtungen beschäftigten Berufsgruppen zu koordinieren. In den meisten Fällen handelt es sich um einen/eine Allgemeinmediziner/in, der zur Abdeckung der ärztlichen Mindestpräsenzzeit in der Altenpflegeeinrichtung tätig wird. Aus den Fachgesprächen mit der ARS geht hervor, dass sich diese Rekrutierungsschwierigkeiten nicht auf einen Fachkräftemangel zurückführen lassen, sondern lediglich das Resultat einer gesetzlichen Neuerung sind. Während die ärztliche Mindestpräsenzzeit (abhängig von der Größe der Altenpflegeeinrichtung) bis vor Kurzem noch bei 0,4 VZÄ lag, wurde sie aktuell um 10 % erhöht (und liegt jetzt bei den meisten Altenpflegeeinrichtungen bei 0,5 VZÄ). Das Problem liegt darin, dass die Mindestpräsenzzeit meist von einem/einer freiberuflichen Arzt/Ärztin garantiert wird, der/die zusätzlich zur freiberuflichen Tätigkeit noch in der Altenpflegeeinrichtung arbeitet. Für sie ist es oft nicht möglich/oder nicht attraktiv, ihre Tätigkeit in der Altenpflegeeinrichtung zeitlich auszuweiten und ihre freiberufliche Tätigkeit einzuschränken. Die aus der Umfrage hervorgehenden Rekrutierungsschwierigkeiten sind also weniger auf einen Fachkräftemangel als auf ein Missverhältnis zwischen verordnungsrechtlicher Vorgabe und individuellem Verhalten der Ärzte/innen zurückzuführen.

Was die Fachärzte/innen (alle verschiedenen Facharzttrichtungen) betrifft, befindet sich das Elsass derzeit auch eher in einer günstigen Situation. Nach Angaben der ‚Statistischen Reihen der Drees – Ärzte‘ liegt die Dichte der Fachärzte/innen bei 192 pro 100.000 Einwohnern, während der nationale Durchschnitt bei 180 pro 100.000 Einwohnern liegt. Die Facharztdichte ist lediglich in den zwei Regionen Ile de France (244) und Provence-Alpes-Côte d’Azur (225) höher als im Elsass.

Graphik 25
Fachärztedichte nach Region zum 01. Januar 2013



Quelle: 'Statistische Reihen der Drees – Ärzte 2013', S. 49

Auch an dieser Stelle darf trotz der positiven Bilanz zur Fachkräftesituation nicht vergessen werden, dass es auf dem regionalen Gebiet bedeutende geographische Verteilungsunterschiede gibt. So gibt es zum Beispiel einen großen Unterschied zwischen der Fachärztedichte im Bas-Rhin (219) und der im Haut-Rhin (153).

Die Situation unterscheidet sich von Fachrichtung zu Fachrichtung. Im Allgemeinen ist die Fachärztesituation im Elsass aber – im Vergleich zu den anderen französischen Regionen – für alle Fachrichtungen günstig (d. h. mit einer Dichte, die dem nationalen Durchschnittswert entspricht, darüber oder leicht darunter liegt). Einzige Ausnahme bildet die Fachrichtung Gynäkologie, bei der die Ärztedichte im Elsass im Jahr 2009 bei 2,2 Frauenärzten/innen pro 100.000 Einwohnern lag, während im nationalen Durchschnitt 7,8 Frauenärzte/innen auf 100.000 Einwohner kamen.

Graphik 26

Anzahl und Dichte der Fachärzte/innen (Freiberufler, Beschäftigte) im Elsass am 01. Januar 2009

Les médecins spécialistes libéraux et salariés en Alsace (Source : Adeli au 01.01.2009)										
	Nombre		Densité				% 55 ans et plus		% femmes	
	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace	France métropolitaine	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Bas-Rhin	Haut-Rhin
Spécialités généralistes										
Anatomie et cytologie pathologiques	29	15	2,7	2	2,4	2,5	38	40	45	60
Cardiologie	133	81	12,3	10,9	11,7	10,1	34	32	21	21
Dermatologie-Vénérologie	85	46	7,8	6,2	7,2	6,6	36	43	55	41
Endocrinologie	23	13	2,1	1,8	2	2,5	22	31	48	46
Gastro-entérologie et Hépatologie	72	35	6,6	4,7	5,9	5,6	26	26	21	29
Génétique Médicale	7	2	0,6	0,3	0,5	0,3	14	0	71	50
Hématologie	7	1	0,6	0,1	0,4	0,6	29	0	71	0
Médecine interne	82	28	7,6	3,8	6	3,8	41	36	26	32
Médecine Nucléaire	8	4	0,7	0,5	0,7	0,9	13	25	13	25
Néphrologie	21	12	1,9	1,6	1,8	2,1	10	17	48	33
Neurologie	40	29	3,7	3,9	3,8	3,2	18	17	45	48
Oncologie médicale	18	4	1,7	0,5	1,2	1	50	75	11	0
Radiothérapie	11	9	1	1,2	1,1	1,1	27	44	45	33
Pneumologie	62	34	5,7	4,6	5,3	4,4	27	32	42	32
Rhumatologie	47	23	4,3	3,1	3,8	4,2	32	30	34	35
Radiodiagnostic	182	87	16,8	11,7	14,7	12,7	43	37	31	29
Gynécologie médicale	16	1	3,5	0,3	2,2	7,8	44	100	63	100
Réanimation Médicale	0	6	0	0,8	0,3	0,1	0	0	0	50
Spécialités médicales										
Anesthésie-Réanimation	255	93	23,5	12,6	19,1	16,9	42	39	40	32
Médecine du travail	50	89	4,6	12	7,6	8,1	64	47	66	61
Psychiatrie	257	127	23,7	17,2	21	22	43,6	37	41,6	41
Gynécologie Obstétrique	147	83	32,1	26,9	30	20,5	35,4	37,3	42,2	30,1
Biologie Médicale	65	22	6	3	4,8	4,9	29	14	21	41
Santé publique	25	12	2,3	1,6	2	2,1	24	42	48	50
Pédiatrie	145	59	69,4	40,2	57,3	61,4	38	29	56	49
Autres spécialités										
Ophtalmologie	103	51	9,5	6,9	8,4	9	42,7	37,3	30	45
Stomatologie	13	6	1,2	0,8	1	2	46	67	15	0
Neurochirurgie	10	7	0,9	0,9	0,9	0,7	30	28,6	0	14,3
ORL	59	26	5,4	3,5	4,7	4,7	52,5	27	22	15
Chirurgie Générale	125	31	11,5	4,2	8,5	6,3	40	42	13	6

Lecture : densité pour 100 000 habitants ; pour les gynécologues, densité rapportée aux femmes de plus de 15 ans ; pour les pédiatres, densité rapportée au nombre d'enfants de moins de 15 ans.

Quelle: 'Projet ARS Alsace', S. 44

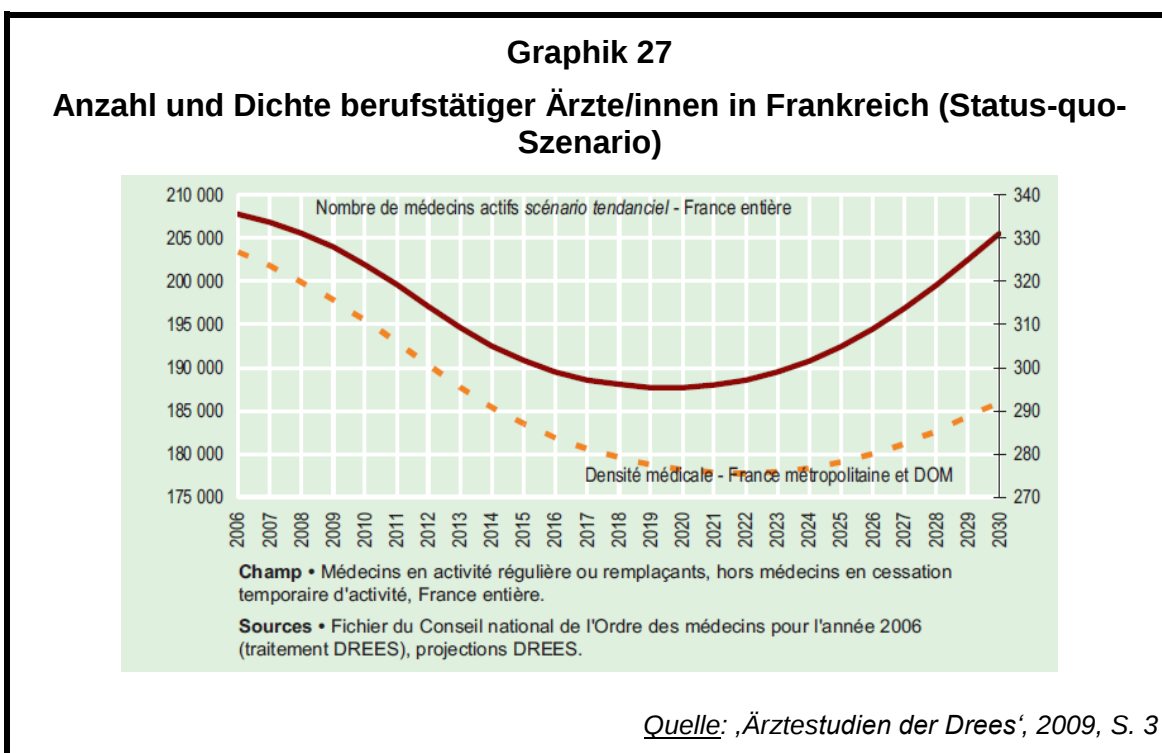
Es ist ebenfalls anzumerken, dass sich die Situation je nach Sektor unterscheidet. Aus den Fachgesprächen mit der ARS geht hervor, dass es im Krankenhaussektor in den nachfolgenden fünf Bereichen aktuell zu Spannungen kommt:

- Anästhesie,
- Radiologie,
- Pädiatrie,
- Rehabilitation,
- Augenheilkunde.

Es ist daran zu erinnern, dass eine angespannte Situation nicht gleich bedeutet, dass die Anzahl ausgebildeter Personen nicht ausreichend wäre. Für einige

Fachrichtungen (z. B. der Radiologie) sind die Rekrutierungsschwierigkeiten der Krankenhäuser darauf zurückzuführen, dass die freiberufliche Berufsausübung für viele Radiologen/innen attraktiver ist, u. a. da sie größere Freiheiten bei der Berufsausübung genießen.

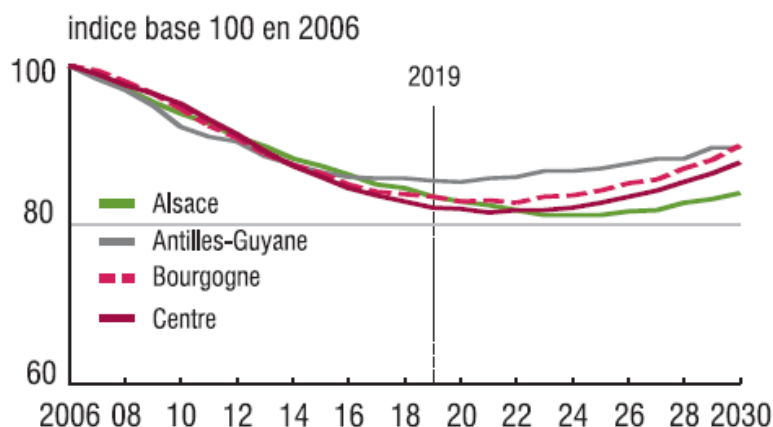
Nach Analyse der aktuellen Situation soll es im Folgenden um die zukünftigen Entwicklungen bis 2030 gehen. Hierfür werden die ‚Ärztstudien der Drees‘ herangezogen. Auf nationaler Ebene ginge die Anzahl der berufstätigen Ärzte/innen im Status-quo-Szenario zwischen 2006 und 2019 um 10 % zurück und stiege anschließend bis 2030 wieder an. Demzufolge würde die Anzahl der berufstätigen Ärzte/innen im Jahr 2030 leicht unter ihrer Anzahl im Jahr 2006 liegen (-1 %). Der effektive Rückgang berufstätiger Ärzte/innen ist somit bis 2030 begrenzt. Allerdings wird davon ausgegangen, dass die Bevölkerungszahl im selben Zeitraum um etwa 10 % steigt, sodass die Ärztedichte (d. h. die Anzahl der Ärzte/innen pro Einwohner) zwischen 2006 und 2030 um 10,6 % sinken würde.



Die Abnahme der Ärztedichte zwischen 2006 und 2030 wäre im Elsass mit 16 % ausgeprägter als im nationalen Durchschnitt. Während das Elsass aktuell zu den im

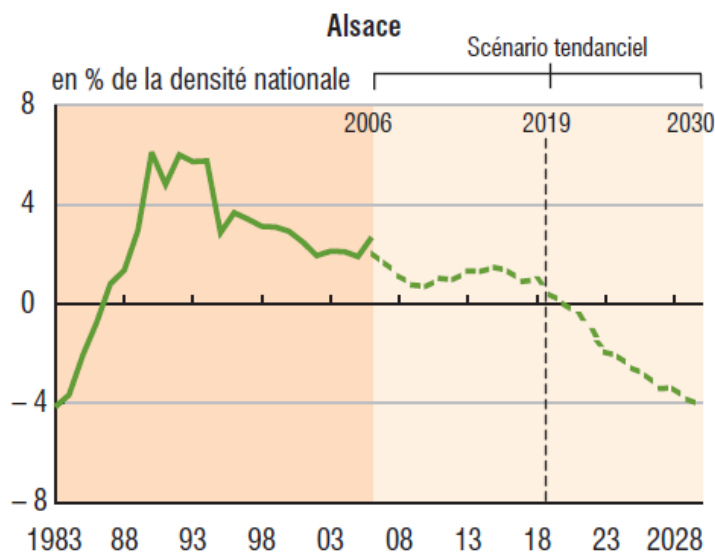
nationalen Vergleich gut versorgten Regionen zählt, läge die Ärztedichte um 2020 unter dem nationalen Durchschnitt und im Jahr 2030 4 % darunter.

Graphik 28 – Entwicklung der Dichte berufstätiger Ärzte/innen in den französischen Regionen zwischen 2006 und 2013 (Status-quo-Szenario)



Quelle: „Ärztstudien der Drees“, 2009/2010⁴⁰

Graphik 29 – Prozentuale Abweichung der regionalen und nationalen Ärztedichte



Quelle: „Ärztstudien der Drees“, 2009/2010⁴¹

⁴⁰ Barlet, Muriel; Fauvet, Laurent (u.a.): Quelles perspectives pour la démographie médicale. In: Institut national de la statistique et des études économiques (Insee): La France et ses régions, 2010, S. 70.

⁴¹ Barlet, Muriel; Fauvet, Laurent (u.a.): Quelles perspectives pour la démographie médicale. In: Institut national de la statistique et des études économiques (Insee): La France et ses régions, 2010, S. 74.

Was die Frage nach der zukünftigen Entwicklung der Allgemeinmediziner/innen und Fachärzte/innen betrifft, macht die Drees keine Angaben zu Zahlen auf nationaler Ebene. Den Prognosen zufolge beträfe der Rückgang der Ärztezahls bis 2030 nur die Fachärzte/innen (-2,7 %), wohingegen die Anzahl der Allgemeinmediziner/innen bis 2006 leicht steigen würde (+0,6 %). Damit würde die Dichte sowohl für Allgemeinmediziner/innen als auch für Fachärzte/innen sinken, wobei dies bei letzteren stärker der Fall wäre.

Was die Fachärzte/innen betrifft, sind die Entwicklungsprognosen von der jeweiligen Fachrichtung abhängig. Die Prognosen gehen (weiterhin für die nationale Ebene) von einem starken Rückgang der Zahl der Betriebsärzte/innen (-62 %), Rehabilitationsärzte/innen (-47 %), Augenärzte/innen (-35 %), Hautärzte/innen /Venenspezialisten/innen (-32 %) und Rheumaspezialisten/innen (-30 %) aus. Bei den anderen Fachrichtungen gehen die Zahlen ebenfalls deutlich, nicht aber ebenso drastisch zurück. Besonders betroffen sind die Fachrichtungen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (-19 %), Zytodiagnostik (-19 %), Pneumologie (-19 %), Gastroenterologie (-13 %) und innere Medizin (-12 %). Im Gegensatz hierzu gibt es einige Fachrichtungen, in denen die Ärztezahl zum Teil stark ansteigt: Dies gilt für die Neurologie (+24 %), Bevölkerungsgesundheit („santé publique“, 47 %), Chirurgie (+40 %), Endokrinologie (+24 %), Pädiatrie (+20 %) und die spezielle Gynäkologie („gynécologie-obstétrique“, +13 %).

Die „Ärztstudien der Drees“ liefern bezüglich der Entwicklungen in den einzelnen Fachrichtungen keine regionsspezifischen Daten. Hierfür kann der „Bericht Lamouche 2014“ herangezogen werden, der allerdings nur die freiberuflichen und gemischtstätigen (d. h. teils freiberuflich, teils in Anstellung tätigen) Ärzte/innen berücksichtigt. Den Prognosen dieses Berichts zufolge sinkt die Anzahl der Ärzte/innen zwischen 2014 und 2019 um 18 %. Wie in der untenstehenden Tabelle und Graphik dargestellt, betrifft diese Abnahme alle Fachrichtungen mit Ausnahme der chirurgischen, die von einer relativen Stabilität geprägt sind.⁴² Besonders in den Fachrichtungen Psychiatrie (-66 %), Gynäkologie (-44 %), Augenheilkunde (-42 %) und Radiologie (-41 %) sinken die Ärztezahlen deutlich.

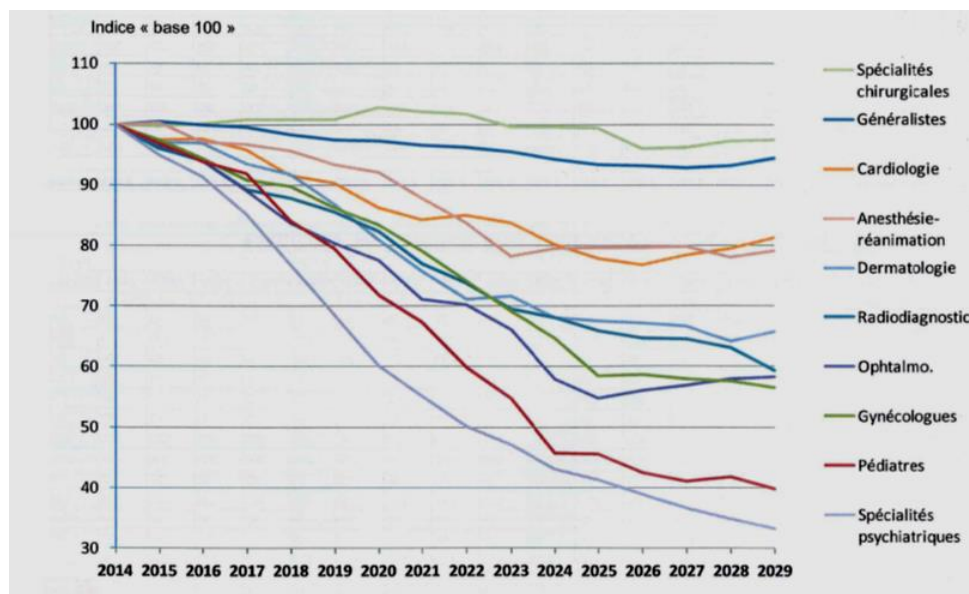
⁴² Die Tabelle zeigt, dass auch die Anzahl der Allgemeinmediziner relativ stabil bleiben dürfte.

Graphik 30 – Entwicklung der Ärztezahl im Elsass (in Zahlen)

Berufe	2014	2019	2024	2029
Allgemeinmediziner/innen	100	97	94	94
Kinderärzte/innen	100	80	46	40
Frauenärzte/innen	100	86	65	56
Augenärzte/innen	100	80	58	58
Radiodiagnostik	100	85	68	59
Kardiologen/innen	100	90	80	81
Dermatologen/innen	100	87	68	66
Anästhesie/Reanimation	100	93	79	79
Chirurgische Fachrichtungen	100	101	100	97
Psychiatrische Fachrichtungen	100	68	43	33
Allgemeinmediziner/innen & Fachärzte/innen	100	93	84	82

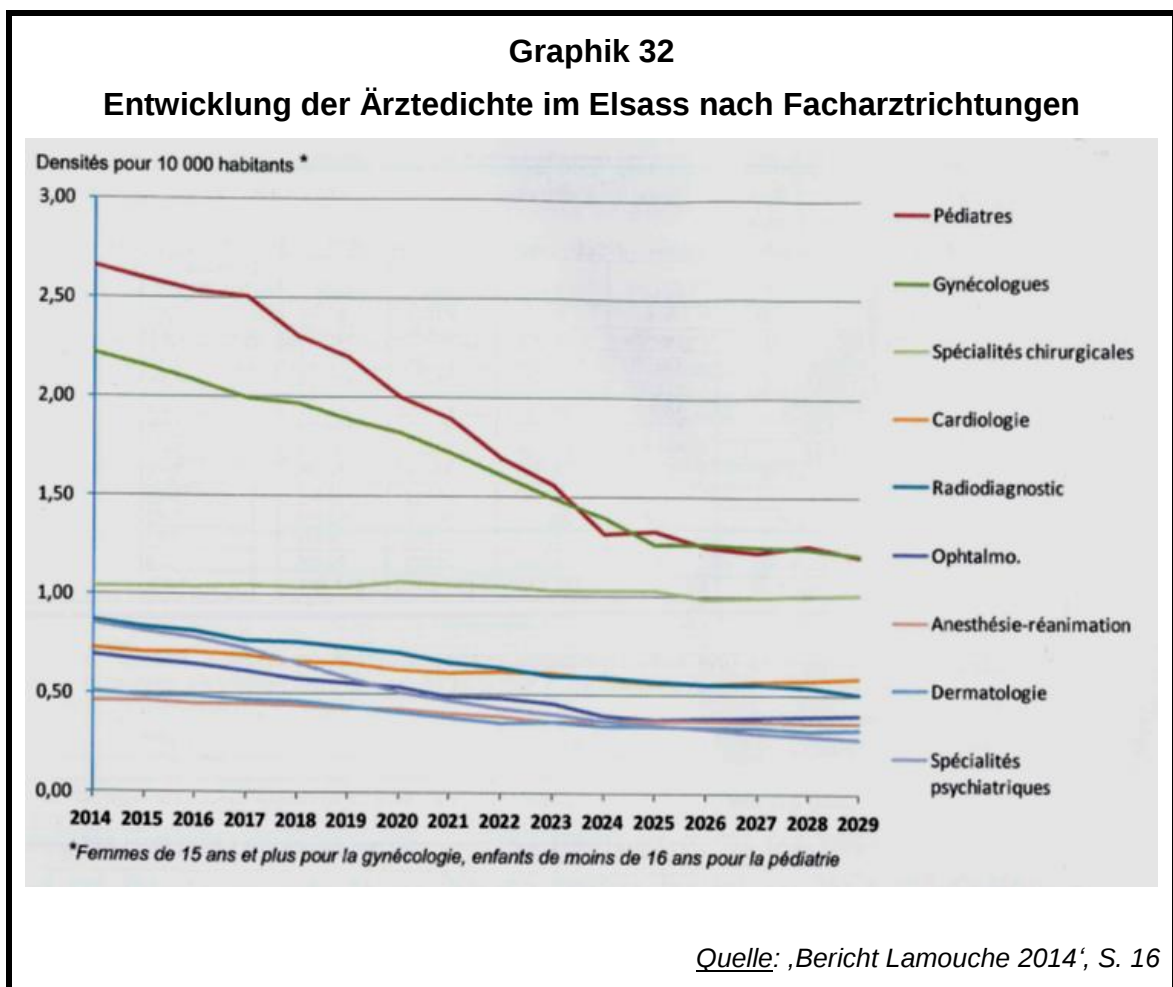
Quelle: ‚Bericht Lamouche 2014‘, S. 15 (eigene Zusammenstellung)

Graphik 31 – Entwicklung der Ärztezahl im Elsass (graphische Darstellung)



Quelle: ‚Bericht Lamouche 2014‘, S. 14

Parallel zu diesen Entwicklungen wird dem Elsass ein Bevölkerungswachstum von etwa 1 % zugesagt. Die Ärztedichte würde damit folglich noch etwas stärker sinken als die Ärztezahl. Die nachfolgende Graphik veranschaulicht den Rückgang der Ärztedichte bezüglich aller untersuchten Fachrichtungen mit Ausnahme der Chirurgie, bei der die Dichte relativ stabil bleibt. Die Fachrichtungen Pädiatrie und Gynäkologie sind am stärksten von einer abnehmenden Versorgungsdichte betroffen.



1.4 Fazit: Grenzüberschreitender Blick auf den Fachkräftemangel

Abschließend kann festgehalten werden, dass der Fachkräftemangel auf deutscher Seite sehr ausgeprägt ist. Aktuell sind, mit Ausnahme des Berufs des/der Ergotherapeuten/in, alle der hier 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 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 Fachkräfteanzahl 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.

Zum Abschluss werden die Ergebnisse der Mangelanalyse für das Oberrheingebiet in Form zweier vergleichender Tabellen zusammengefasst.

- erste Tabelle: Abbildung der aktuellen Situation 2014/2015;
- zweite Tabelle: Abbildung der zukünftigen 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
- 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 33**Versuch eines grenzüberschreitenden Vergleichs der Mangelsituation am Oberrhein (2014/2015)**

Teilraum \ 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 34****Versuch eines grenzüberschreitenden Vergleichs der Mangelsituation (2030)**

Teilraum \ 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 33) bzw. wird zukünftig, bis 2030, nicht vom Fachkräftemangel betroffen sein (Graphik 34).



und



Der Beruf ist momentan grundsätzlich vom Fachkräftemangel betroffen (Graphik 33) bzw. wird zukünftig, bis 2030, vom Fachkräftemangel betroffen sein, wenn keine korrektiven Maßnahmen ergriffen werden (Graphik 34). 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

Der zweite Teil der Studie widmet sich der Erhebung der Maßnahmen, die in den unterschiedlichen Teilräumen des Oberrheins als Reaktion auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen durchgeführt werden.

➤ Ziele der Maßnahmenerfassung

Die Erfassung 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 diesen Themen 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 potentiell für ihr Gebiet anpassen und übernehmen können;
- die Grundlage für einen grenzüberschreitenden Austausch von Erfahrungen und Best Practice Beispielen zu schaffen.

Im Hinblick auf das zentrale Ziel der vorliegenden Studie – die Erarbeitung von Empfehlungen zu grenzüberschreitenden Maßnahmen – soll die Maßnahmenerfassung auch die Möglichkeit bieten,

- herauszufinden, ob die betroffenen Akteure bereits Maßnahmen durchführen, die auf die Ausschöpfung grenzüberschreitender Potenziale ausgerichtet sind;
- abzuschätzen, ob die Akteure der Entwicklung solcher grenzüberschreitenden Maßnahmen offen gegenüber stehen;
- sicherzustellen, dass die erarbeiteten Empfehlungen nicht mit den bereits in den Teilräumen umgesetzten Maßnahmen im Widerspruch stehen;

- zu identifizieren, welche grenzüberschreitenden Potenziale bestehen (Komplementaritätspotenziale, Erfahrungs- und Best Practice-Austausch etc.).

➤ **Gliederung des Kapitels und methodologischer Ansatz**

Die Zusammenstellung der Maßnahmen erfolgt in zwei Kapiteln. Das erste beschäftigt sich mit den Maßnahmen, die von den Behörden durchgeführt werden (vgl. Kapitel 2.1). Daran anschließend wird das zweite Kapitel den Maßnahmen gewidmet, die von den Gesundheitseinrichtungen entwickelt werden (vgl. Kapitel 2.2). Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden im Rahmen beider Kapitel entwickelt.

Bei der Unterscheidung zwischen Verwaltungen und Gesundheitseinrichtungen wird in gewisser Weise eine künstliche Trennlinie gezogen. Tatsächlich können die Maßnahmen der Verwaltungen und der Gesundheitseinrichtungen ineinandergreifen oder in gegenseitiger Abstimmung entwickelt und umgesetzt werden. Die getrennte Betrachtung erklärt sich damit, dass die Maßnahmenerhebung im Rahmen der vorliegenden Studie auf unterschiedlichen Ansätzen – sowohl im Hinblick auf die Methodik als auch bezüglich des Untersuchungsgegenstands – beruhte.

Unterschiede im methodischen Ansatz

Was die Verwaltungsebene betrifft, erfolgte die Maßnahmenerfassung in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wurde ein kurzer Fragebogen, der in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppe entwickelt wurde, an die im Oberrheingebiet zuständigen Behörden verschickt, um in Erfahrung zu bringen, welche Maßnahmen von ihnen unternommen werden. Diese Umfrage – ergänzt durch einige Fachgespräche mit ausgewählten Akteuren – hat vor allem ermöglicht, die prioritären Handlungsfelder und Aktionspläne der verschiedenen Teilräume ausfindig zu machen. Im zweiten Schritt wurde eine detaillierte Analyse der von den Akteuren im Rahmen der Umfrage erwähnten Aktionspläne vorgenommen. Die Maßnahmen der Verwaltungsebene wurden somit weitestgehend auf Grundlage einer Dokumentenanalyse erfasst und

zusammengestellt. In den nachfolgenden Ausführungen wird nicht speziell auf die Umfrageergebnisse eingegangen, da diese in erster Linie der Richtungsweisung bei der anschließenden Dokumentenanalyse gedient haben.

Was die Gesundheitseinrichtungen betrifft, wurden in einer gesonderten Umfrage 1.277 Gesundheitseinrichtungen im Oberrheingebiet befragt. Die Zusammenstellung der Maßnahmen stützt sich in diesem Teil quasi ausschließlich auf die Ergebnisse dieser Umfrage. Zwar wird bei einigen Punkten auf weitere verwendete Dokumente verwiesen, es wurde aber keine umfängliche Dokumentenanalyse zu den Maßnahmen auf Ebene der Einrichtungen durchgeführt, da die entsprechenden Informationen sehr zerstreut und weitläufig sind.

Definition des Untersuchungsgegenstands

Die Entscheidung, die Maßnahmen der Behörden und die der Gesundheitseinrichtungen getrennt zu betrachten, erklärt sich ebenfalls durch Unterschiede bei dem Untersuchungsgegenstand.

Was die Verwaltungsebene betrifft, richtete sich die Analyse direkt auf den **Fachkräftemangel**: ‚Welche Maßnahmen wurden von den Akteuren als Reaktion auf den Fachkräftemangel getroffen?‘

Im Gegensatz hierzu wurden die Gesundheitseinrichtungen zu deren Maßnahmen zur Entschärfung ihrer **Rekrutierungsschwierigkeiten** (wenn vorhanden) befragt. Diese Entscheidung lässt sich durch die nachfolgenden zwei Gründe erklären:

- Zunächst wurde im Rahmen der Steuerungsgruppe angenommen, dass die Einrichtungen zwar ihre eigene Rekrutierungssituation kennen, aber nicht unbedingt Aussagen über die Fachkräftesituation – Mangel oder kein Mangel – für ihr gesamtes Gebiet treffen können. Die Angaben wären, ausgehend von den persönlichen Eindrücken der Befragten in Bezug auf das Thema, höchst subjektiv gewesen.
- Darüber hinaus sind nicht alle Teilräume und auch nicht alle Berufe vom Fachkräftemangel betroffen (vgl. Teil 1). Wäre die Umfrage 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.

Aufgrund der hohen Anzahl an erhobenen Maßnahmen werden in den weiteren Ausführungen die Schlüsselbegriffe fett markiert, so dass der Text bei Bedarf auch nur überlesen werden kann.

2.1 Maßnahmen der zuständigen Behörden als Reaktion auf den Mangel

Dieses erste Kapitel stellt einen grenzüberschreitenden Überblick über die Maßnahmen auf, die in den jeweiligen Teilräumen auf Verwaltungsebene ergriffen worden sind. Dies erfolgt sukzessiv zunächst für die beiden deutschen Bundesländer, dann die Nordwestschweiz und dann das Elsass. Zum Abschluss des Kapitels wird ein vergleichendes Fazit gezogen und erste Handlungsempfehlungen erarbeitet.

2.1.1 In Rheinland-Pfalz

Wie in Teil 1 der Studie dargelegt wurde, ist der Fachkräftemangel in Rheinland-Pfalz ein bedeutendes Problem. Diese Situation hat das Land Rheinland-Pfalz dazu bewegt – gemeinsam mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens, drei umfangreiche Aktionspläne zu erarbeiten.

➤ Die ‚Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015 – Berufsfeld Pflege‘

Bei der ‚Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe‘ handelt es sich um einen Aktionsplan des Bundeslandes Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 2012, dessen Umsetzung sich auf die drei Folgejahre erstreckt. Er bringt in Form einer Vereinbarung das Land Rheinland-Pfalz und alle Akteure des Sektors zusammen: die Bundesagentur für Arbeit Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland, Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Gewerkschaften, Städte etc. Wie sich aus dem Namen des Aktionsplans schließen lässt, betrifft er nur die Pflegeberufe (Krankenpfleger/in, Kinderkrankenpfleger/in, Krankenpflegehelfer/in, Altenpfleger/in und Altenpflegehelfer/in). Der Plan soll folglich nicht allein vom Land umgesetzt werden, sondern zielt darauf ab, einen einheitlichen Rahmen gemeinsam definierter Ziele für die Beiträge aller Akteure zu schaffen.

Der Aktionsplan legt elf Handlungsfelder fest, die wiederum in 38 Zielsetzungen unterteilt sind. Für jedes Ziel werden die genauen Verantwortlichkeiten und die zu erbringenden Beiträge der zuständigen Akteure festgelegt (das Land selbst, die für die Ausbildung zuständigen Schulen, die Gesundheitseinrichtungen etc.). Einige Ziele stellen lediglich Verpflichtungen der jeweiligen Parteien dar, andere werden anhand konkret umzusetzender Maßnahmen und Projekte präzisiert – die entweder bereits in der Rahmenvereinbarung erwähnt werden oder später zu entwickeln sind. In den nachfolgenden Ausführungen werden die verschiedenen Handlungsfelder und -ziele der Rahmenvereinbarung vorgestellt und in den Kästen konkrete Beispiele für im Rahmen der Vereinbarung umgesetzte Maßnahmen/Projekte genannt.

Das erste Handlungsfeld zielt auf eine Erhöhung der Zahl der Auszubildenden ab. Es umfasst folgende Ziele:

- Erhöhung der Zahl der Auszubildenden in den fünf oben erwähnten Pflegeberufen: Dieses Ziel soll vor allem mittels der **Erhöhung der Ausbildungsplätze und des Ausbaus der Aufnahmekapazitäten in den Gesundheitseinrichtungen** (für den praktischen Teil der dualen Ausbildung), einer effektiveren Ausschöpfung der bereits bestehenden Ausbildungskapazitäten oder der Diversifizierung der angebotenen Ausbildungsformate (besonders der Entwicklung von Ausbildungsangeboten in Teilzeit) erreicht werden. Die Vereinbarung nennt klare Zielwerte.
- Verstärkung des Informationsangebots zu Pflegeberufen für Jugendliche in der Phase der Berufsorientierung: Im Rahmen dieses Ziels wurden zwei Informationskampagnen initiiert (dargestellt im Kasten unten). Vor dem Hintergrund, dass die Pflegeberufe aktuell vor allem Frauen anziehen, soll der Zielgruppenfokus bei den Kommunikationsmaßnahmen nun primär auf junge Männer gerichtet werden.

Informationskampagne ‚Pflege on Tour‘⁴³

Im Rahmen dieser von der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. im Jahr 2011 gestarteten Kampagne besuchen berufstätige Pflegefachkräfte allgemeinbildende Schulen, um die Jugendlichen über die Gesundheitsberufe zu informieren.

Informationskampagne ‚Pflegesignal 2014‘⁴⁴

Im Rahmen dieser Kampagne hat die PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. einen Aktionskoffer entwickelt, der mit 50-Cent-Münzen mit dem Slogan ‚Wenn sie zu alt sind, um das selbst aufzuheben, sind wir für Sie da. Altenpflege – pflegesignal.de‘, Informationsmaterialien, Kampagnenleitfaden und weiteren Hilfsmitteln ausgestattet ist. Die Gesundheitseinrichtungen in Rheinland-Pfalz können den Koffer bestellen und mit seiner Hilfe sowie der Unterstützung von Presse und lokalen politischen Akteuren ihre eigene Kampagne vor Ort starten.

Hinzu kommen mehrere Ziele, die darauf ausgerichtet sind, speziell die Ausbildungen zu den Berufen des/der Altenpflegers/in und des/der Altenpflegehelfers/in zu fördern. Hervorzuheben sind hier:

- Verbesserung der Informationsangebote zu den Ausbildungsplätzen in den Gesundheitseinrichtungen (praktischer Teil der Ausbildung),
- Zahlung von Berufsausbildungsbeihilfe für Auszubildende in der Altenpflege (geknüpft an gewisse Voraussetzungen),
- Verbesserung der Informationen für Berufsinteressierte/Einrichtungen zur tariflich geregelten Ausbildungsvergütung und verstärkte Kontrolle bezüglich der Angemessenheit der in den Ausbildungsverträgen festgelegten Ausbildungsvergütungen.

⁴³ Webseite der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. URL: <http://pflegesignal.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

⁴⁴ Webseite der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. URL: <http://pflegesignal.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Die Handlungsfelder 2 und 3 zielen darauf ab, die **Nachqualifizierung und Wiedereinstiegsqualifizierung** von Personal im Gesundheitswesen zu fördern. Zum einen geht es darum, Pflegehelfer/innen und vor allem Altenpflegehelfer/innen mit einjähriger Berufserfahrung zu einer verkürzten nachqualifizierenden Ausbildung zum/zur Altenpfleger/in zu bewegen. Auf der anderen Seite sollen an- und ungelernte Hilfskräfte sowie an- und ungelernte arbeitslose Hilfskräfte für eine nachqualifizierende Ausbildung zum/zur Altenpflegehelfer/in gewonnen werden. Diese Zielsetzung hat zwei konkrete Projekte angestoßen (dargestellt im Kasten unten).

**Modellprojekt ,Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege
Niedersachsen und Rheinland Pfalz‘⁴⁵**

Dieses Projekt wurde zwischen 2010 und 2013 vom Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (INBAS) in enger Zusammenarbeit mit den rheinland-pfälzischen Ministerien für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD Rheinland-Pfalz) und für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur (MBWWK) und der Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit durchgeführt. Im Rahmen des Projekts wurden zwei Verfahren zur Feststellung von Kompetenzen, die Hilfskräfte in der Altenpflege während ihrer Berufstätigkeit erworben haben, entwickelt und erprobt (Kompetenzbilanzierung in Rheinland-Pfalz & Auswahlverfahren in Niedersachsen). Außerdem wurde eine Servicestelle eingerichtet, die Online-Beratung anbietet, Informationsveranstaltungen organisiert, entsprechende Materialien bereitstellt, über aktuelle Qualifizierungsangebote informiert, die Kompetenzfeststellung begleitet etc.

⁴⁵ Vgl. Website der Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege. Niedersachsen und Rheinland-Pfalz. URL: <http://www.nachqualifizierung-altenpflege.inbas.com/index.html> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Projekt ‚Nachqualifizierung in der Pfalz (NQ Pfalz)‘⁴⁶

Träger des Projekts ist die Industrie- und Handelskammer Rheinland-Pfalz, die vom Ministerium für Wirtschaft, Klimaschutz, Energie und Landesplanung (MWKEL Rheinland-Pfalz) sowie dem MSAGD Rheinland-Pfalz unterstützt wird. Das Projekt hat das Ziel, die modulare Nachqualifizierung als Instrument der Fachkräftesicherung zu etablieren, indem individuell angepasste Nachqualifizierungsangebote erstellt und die Betriebe/Betroffenen bis zur Externenprüfung begleitet werden,

Die Handlungsfelder 4, 5 und 6 zielen darauf ab, spezielle Zielgruppen für die Gesundheitsfachberufe zu gewinnen:

- Menschen mit Migrationshintergrund (Handlungsfeld 4): Laut der Vereinbarung liegt in dieser Zielgruppe insofern ein bedeutendes Potenzial, als **Menschen mit Migrationshintergrund** in den Gesundheitsfachberufen im Verhältnis zu ihrem Anteil an der rheinland-pfälzischen unterrepräsentiert sind. Zudem steigt die Anzahl der pflegebedürftigen älteren Personen mit Migrationshintergrund beständig an, was erfordert, dass sich die **Pflegeteams interkulturell und sprachlich weiterentwickeln**. In diesem Kontext wird in der Vereinbarung vorgesehen, Imagekampagnen zu führen, die besser an die Wert- und Berufsvorstellungen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund angepasst sind, verstärkt mit einschlägigen ethnischen Medien zusammenzuarbeiten und die Ausbildungsgänge interkulturell offener zu gestalten.
- **Ehemalige Pflegekräfte** (Handlungsfeld 5), die **durch das Angebot an speziellen Fortbildungen** zur Auffrischung, Ergänzung und Erweiterung ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten **zum Wiedereinstieg bewegt werden können**.
- Personen, die aus anderen Berufsfeldern kommen und sich neu orientieren möchten (Handlungsfeld 6): Ziel des Handlungsfelds ist es, das **Umschulungspotenzial**, vor allem was die Berufe Altenpfleger/in und

⁴⁶ Vgl. Webseite des Projekts ‚Nachqualifizierung in der Pfalz‘. URL: <http://www.nachqualifizierung-pfalz.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Altenpflegehelfer/in betrifft, **besser auszuschöpfen**. Zielgruppen sind vor allem Erwerbslose sowie Frauen, die aus familiären Gründen ihren Beruf aufgeben haben und nun Interesse am Beruf des/der Altenpfleger/in zeigen. Die Vereinbarung sieht insbesondere vor, dass die Bundesagentur für Arbeit sich stärker dafür einsetzt, geeignete Arbeitsuchende auf Umschulungsangebote aufmerksam zu machen und verkürzte Umschulungen für bestimmte Berufsprofile (z. B. arbeitslose Sozialhelfer/innen) anzubieten.

Im Handlungsfeld 7 betonen die Akteure, nationale Initiativen zu unterstützen, die eine **Modernisierung der Pflegeausbildungen** zum Ziel haben, da dies die Attraktivität der Pflegeberufe stärkt und so den aktuellen Herausforderungen, die sich durch den Fachkräftemangel ergeben, besser begegnet werden kann. Dies betrifft insbesondere die Entwurfsvorbereitung eines Pflegeberufgesetzes, im Rahmen derer u. a. die Einführung einer gemeinsamen generalistisch ausgerichteten Ausbildung für Kranken-, Kinderkranken- und Altenpfleger/innen sowie für Krankenpflege- und Altenpflegehelfer/innen vorgeschlagen wird.

Das Handlungsfeld 8 zielt vor allem auf die **Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf** ab. Laut der Vereinbarung birgt dieses Handlungsfeld – vor dem Hintergrund, dass 86 % der berufstätigen Frauen sind und die Teilzeitquote sehr hoch ist – bedeutsame Potenziale, um den Herausforderungen des Fachkräftemangels zu begegnen. Die Vereinbarung sieht vor allem gezielte Unterstützung für den Erhalt von jungen Müttern im Berufsleben und die Ermöglichung des Wechsels von einer Teilzeitbeschäftigung in eine Vollzeitbeschäftigung für Pflegekräfte vor. In diesem Sinne werden (u. a.) folgende Handlungsansätze in der Vereinbarung entwickelt:

- Auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen wird von den Verbänden darauf hingearbeitet, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf beim Personalmanagement stärker berücksichtigt wird. Rücksichtnahme auf familiäre Belange bei der Erstellung von Dienstplänen, frühzeitige Information der Angestellten über ihre Dienstzeiten, Schaffung betrieblicher Kinderbetreuungsangebote (zumindest in großen Einrichtungen),

Anpassung der Betreuungszeiten an die atypischen Arbeitszeiten der Angestellten (in den Einrichtungen, die bereits Angebote haben), Zusammenarbeit von (kleinen) Einrichtungen zur Schaffung von Kinderbetreuungsangeboten etc.

- Auf Ebene der Kinderbetreuungseinrichtungen (außerhalb der Gesundheitseinrichtungen) geht es in erster Linie darum, die atypischen Arbeitszeiten der Berufstätigen in der Gesundheits- und Pflegebranche besser zu berücksichtigen. Hier spielen vor allem Länder und Kommunen eine Rolle.
- Auf Ebene der Bildungseinrichtungen gilt es, das Prinzip der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stärker zu berücksichtigen, zum Beispiel indem Ausbildungen in Teilzeit angeboten werden.

Die Vereinbarung sieht ebenfalls vor, die Akteure ganz allgemein stärker für die Thematik zu sensibilisieren (z. B. durch Informationsveranstaltungen).

Das Handlungsfeld 9 bezieht sich auf die **Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen der Pflegekräfte** mit dem Ziel, die Berufe attraktiver zu gestalten und die Fachkräfte in der Pflege zu halten. Dieses Handlungsfeld wurde als Reaktion auf folgende Feststellungen erstellt: kurze Berufsverweildauer, vermehrtes Auftreten von Phänomenen physischer und psychischer Überlastung und Erschöpfung, belastender Umfang administrativer Aufgaben, Unzufriedenheit mit der Bezahlung, Probleme im Organisationsablauf und Personalmanagement etc. Vor diesem Hintergrund stellt die Vereinbarung mehrere Handlungsansätze zur Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen vor:

- Verstärkung der **Mitarbeiterbeteiligung** bei Entscheidungsprozessen und Organisationsabläufen,
- Verstärkung der **Managementkompetenzen der Führungskräfte** durch Fortbildungen, die den Fokus auf den Umgang mit aktuellen Herausforderungen legen,
- Verstärkung der **betrieblichen Gesundheitsförderung**, einerseits durch strukturelle/organisatorische Verbesserungen und andererseits durch spezifische gesundheitsfördernde Angebote (z. B. Gesundheitsfortbildungen und -seminare im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen

Arbeitsschutzstrategie', GDA). An dieser Stelle ist erwähnenswert, dass das Land eine Arbeitsgruppe eingesetzt hat, die sich speziell mit diesem Thema beschäftigt.

- **Entbürokratisierung:** Verminderung administrativer Aufgaben, damit sich die Pflegekräfte auf den Kern ihrer Arbeit – die pflegerischen Tätigkeiten im ursprünglichen Sinne – zurückbesinnen können. An dieser Stelle werden konkrete Handlungsansätze formuliert: Verminderung der Nachweise im Rahmen gesetzlicher Vorgaben, kritische Auseinandersetzung der Einrichtungen mit den administrativen Aufgaben im Hinblick auf eine Vereinfachung, Einführung moderner Dokumentationssysteme durch die Einrichtungen, Einstellung von Fachpersonal für administrative Aufgaben. Ebenfalls zu erwähnen ist die Einrichtung eines ‚Runden Tisches der Aufsichtsbehörden‘, der sich mit dieser Thematik beschäftigt.
- stärkere **Berücksichtigung der Anforderungen und Aufgaben bei der Festlegung von Gehältern und Löhnen,**
- Maßnahmen zum **Berufsverbleib von Senioren/innen.**

Im untenstehenden Kasten werden drei konkrete Projekte, die im Rahmen des Handlungsfelds 9 angestoßen wurden, vorgestellt. Diese drei Projekte richten ihren Fokus gezielt auf Altenpflegeeinrichtungen, was zeigt, dass es hier besonderen Handlungsbedarf in Bezug auf die Beschäftigungsbedingungen gibt.

**Projekt ‚Attraktive Arbeitsbedingungen Altenpflege Rheinland-Pfalz‘
(Ein Projekt von Great Place to work®)⁴⁷**

Dieses Projekt bietet den Altenpflegeeinrichtungen die Möglichkeit, ihre Attraktivität als Arbeitgeber zu überprüfen. Die Evaluierung stützt sich primär auf Befragungen der Personalführung und der Angestellten. Die Auswertung zeigt der

⁴⁷ Vgl. Projekt ‚Attraktive Arbeitsbedingungen Altenpflege Rheinland-Pfalz‘ auf der Webseite des MSAGD Rheinland-Pfalz. Projekt ‚Führung in Einrichtungen der Altenhilfe‘ auf der Webseite des MSAGD. URL: <http://msagd.rlp.de> (> Gesundheit > Zukunftsprogramm ‚Gesundheit und Pflege – 2020‘ > Projekte) [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Einrichtung, wie attraktiv sie im Vergleich zu anderen ist, welche zentralen Stärken und Schwächen existieren und wo Optimierungspotenziale liegen.

Projekt ‚Democheck Altenpflege Rheinland-Pfalz‘

(Ein Projekt von contec GmbH)⁴⁸

Im Rahmen dieses Projekts wurde ein gratis Online-Tool entwickelt, mit dem Altenpflegeeinrichtungen eine Selbstevaluation ihres Personalmanagements vornehmen und zu optimierende Elemente ausfindig machen können. In einem zweiten Schritt können sich die Einrichtungen auf eine (ebenfalls kostenfreie) individuelle Beratung bewerben, bei der speziell angepasste Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

Projekt ‚Führung in Einrichtungen der Altenhilfe‘

(Ein Projekt des Instituts für Wirtschaft, Arbeit und Kultur – IWAK)⁴⁹

Dieses Projekt bietet den Altenpflegeeinrichtungen die Möglichkeit, ihre Führungskräfte zu Fortbildungen anzumelden, im Rahmen derer ihre Managementkompetenzen gestärkt und sie für die zentrale Bedeutung der Arbeitszufriedenheit und Berufsverweildauer sensibilisiert werden sollen. Im Mittelpunkt stehen die Themen Gesundheitsförderung, Transparenz hinsichtlich Zuständigkeiten und Rollen, Partizipation der Mitarbeitenden, Strategien zur Mitarbeitendenbindung.

Im Rahmen des Handlungsfelds 10 wird die Bedeutung einer **besseren gesellschaftlichen Anerkennung der Pflegeberufe** betont. Ziel ist, einerseits die Identifikation der Pflegekräfte mit ihrem Berufsfeld zu fördern (und sie so zu binden) und andererseits die Berufe für Nachwuchskräfte attraktiver zu machen. Dieses Ziel soll durch eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden, bei der vor allem die bedeutende Rolle der Pflegeberufe für die ganze Gesellschaft, die

⁴⁸ Vgl. Projekt ‚Democheck Altenpflege Rheinland-Pfalz‘ auf der Webseite des MSAGD Rheinland-Pfalz. Projekt ‚Führung in Einrichtungen der Altenhilfe‘ auf der Webseite des MSAGD. URL: <http://msagd.rlp.de> (> Gesundheit > Zukunftsprogramm ‚Gesundheit und Pflege – 2020‘ > Projekte) [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

⁴⁹ Vgl. Projekt ‚Führung in Einrichtungen der Altenhilfe‘ auf der Webseite des MSAGD Rheinland-Pfalz. URL: <http://msagd.rlp.de> (> Gesundheit > Zukunftsprogramm ‚Gesundheit und Pflege – 2020‘ > Projekte) [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Vielfältigkeit der Berufe und die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten hervorgehoben werden sollen.

Die Vereinbarung verweist darauf, dass bereits zahlreiche Initiativen in unterschiedlichsten Formaten durchgeführt werden/wurden (Fotoausstellungen, Videoclips, Theaterstücke, Informationsportale und -plattformen, Berufskennenlertage, Schnupperpraktika, Öffentlichkeitskampagnen, Ausbildungsmessen etc.). Die Herausforderung für die Zukunft besteht darin, die Koordination der von den verschiedenen Akteuren geführten Initiativen zu verbessern. Einer der vorgeschlagenen Handlungsansätze besteht in der Durchführung einer von allen Akteuren unterstützten Kampagne, in deren Rahmen u. a. eine Dachmarke mit einem gemeinsamen Logo begründet wird, unter der die Akteure ihre Einzelmaßnahmen durchführen können.

Das Handlungsfeld 11 hat schließlich das Ziel, das **Potenzial der Zuwanderung von Berufstätigen mit ausländischem Abschluss** auszuschöpfen. Dies bezieht sich vor allem auf die Zuwanderung aus der Europäischen Union, aber auch darüber hinaus. Zwei große Handlungsachsen gehen aus der Vereinbarung hervor:

- stärkere Aktivität der Agentur für Arbeit im Rahmen des Netzwerkes der europäischen Arbeitsverwaltungen (EURES), um die Zuwanderung von im Ausland ausgebildeten Personen nach Rheinland-Pfalz zu fördern;
- Erleichterung, Beschleunigung und Harmonisierung der Verfahren zur Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen.

➤ **Masterplan zur ‚Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung‘**

Der im Jahr 2007 vom Land Rheinland-Pfalz aufgestellte Masterplan zur ‚Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung‘ verfolgt das Ziel, dem Auftreten von Engpässen in der hausärztlichen Versorgung (Allgemeinmediziner/innen und andere Fachärzte/innen), insbesondere in ländlichen Regionen, vorzubeugen. Er nimmt die Form einer Vereinbarung zwischen dem Land Rheinland-Pfalz (MSAGD Rheinland-Pfalz), der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz und den Ärzteverbänden des Landes (Landesärztekammer und Hausärzteverband Rheinland-Pfalz) an. Er umfasst sechs Handlungsfelder, die jeweils zwei bis drei konkret umzusetzende Maßnahmen enthalten. Im Jahr 2011 wurde der Masterplan

durch eine zweite Vereinbarung mit fünf Handlungsfeldern und neuen Maßnahmen ergänzt. Da die Vereinbarungen aus den Jahren 2007 und 2011 eng miteinander verknüpft sind und im Großen und Ganzen die gleiche Art von Maßnahmen beinhalten, werden sie hier integriert vorgestellt.

Handlungsfeld 1 bezieht sich auf die **Imageverbesserung der Berufe**. Im Zentrum steht die Durchführung einer Informations- und Werbekampagne zur Imageverbesserung der Allgemeinmedizin, um so Nachwuchs zu generieren. Zentrales Element der Kampagne ist die Einrichtung eines Internetportals für Ärzte/innen und Medizinstudierende, auf dem die Attraktivität der Allgemeinmedizin herausgestellt und über die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten informiert wird (<http://www.hausarzt.rlp.de>).

Ergänzend hierzu werden Informationsveranstaltungen für Medizinstudierende über die Allgemeinmedizin organisiert.

Handlungsfeld 2 richtet seinen Fokus vor allem auf Ärztinnen und beschäftigt sich mit der **Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf**, wobei vor allem Maßnahmen im Zentrum stehen, die die Rückkehr in die Berufstätigkeit nach familiären bedingten Berufspausen unterstützen: Erweiterung des Angebots an Wiedereinstiegskursen für Berufsrückkehrerinnen, Möglichkeiten individueller Rückkehrbegleitung und Mentorenprogramme, Verstärkung der Information zu diesen Rückkehrangeboten.

Handlungsfeld 3 zielt darauf ab, die **Niederlassung der Ärzte/innen zu erleichtern** und **Versorgungssengpässe in ländlichen Regionen zu antizipieren und zu bewältigen**. Es wurden insbesondere die nachfolgenden Maßnahmen ergriffen:

- **Einrichtung eines Frühwarnsystems**, um die Nachbesetzung perspektivisch frei werdender Arztsitze, vor allem in bereits heute versorgungsschwachen Gebieten, planvoller und frühzeitig anzugehen;
- **Ausbau der Niederlassungsberatung**: Einrichtung von Beratungsstellen, spezielle Kurse für an der Niederlassung Interessierte, Möglichkeiten individueller Begleitung in der Vorbereitungs- und Einstiegsphase;

- Einrichtung eines **Internetportals**, um die **Kontaktfindung und -aufnahme von Praxisabgebenden und -suchenden** sowie Kooperationsinteressierten zu erleichtern (‚Praxisabgabe- und Kooperationsbörse‘ (<http://www.kvboerse.de>);
- Erweiterung der **Subventionsmöglichkeiten** für Haus- und Kinderärzte/innen, die sich in versorgungsschwachen Gebieten niederlassen wollen (Sicherungszuschläge);
- Unterstützung bei der Einrichtung von **Bereitschaftsdienstzentralen**: Ein zentraler Faktor, der Ärzte/innen hemmt, sich in ländlichen Gebieten niederzulassen, liegt in der Wochenenddienstbelastung. Die Einrichtung von Bereitschaftsdiensten ermöglicht es, hier Freiräume zu schaffen. Das Land unterstützt die Einrichtung von Bereitschaftsdienstzentralen mit Subventionen in Höhe von 75.000 € (allerdings nur, wenn sie innerhalb eines Krankenhauses eingerichtet werden);
- **Neuordnung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen** und Delegation bestimmter ärztlicher Tätigkeiten im weiteren Sinne an zusätzlich qualifiziertes Personal; besonders im Rahmen von Hausbesuchen, die von ‚Betreuungsassistenten/innen‘ durchgeführt werden könnten;
- **Erweiterung des Handlungsspielraums der Kassenärztlichen Vereinigung**, damit diese bei Bedarf passende Lösungen finden kann, um den Zugang zu medizinischer Versorgung in versorgungsschwachen Gebieten zu gewährleisten. In diesem Kontext sieht sich die Kassenärztliche Vereinigung befugt, eine Arztpraxis zu übernehmen (‚Sicherstellungspraxen‘), diese befristet mit Ärzten/innen zu besetzen und den Einsatz von sogenannten ‚Sicherstellungsassistenten/innen‘ zu finanzieren.
- Einrichtung eines **Förderprogramms**, durch das Ärzte/innen, die sich in ländlichen Gebieten niederlassen wollen, für ihre in diesem Rahmen zu tätigenden Investitionen **zinsgünstige Darlehen** erhalten (‚Niederlassungsförderung‘);
- Einrichtung eines **Mentorenprogramms** für junge Ärzte/innen, die sich niederlassen möchten;

- **Verbesserung der Sichtbarkeit von Best Practice-Beispielen**, die in versorgungsschwachen Gebieten existieren (vor allem durch Vorstellung auf der Seite www.hausarzt.rlp.de);
- Pilotprojekt, bei dem in besonders stark **unterversorgten Kommunen Ad-Hoc-Arbeitsgruppen** eingesetzt werden. Die Aufgabe der Arbeitsgruppe, die von Niederlassungsberatern der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz koordiniert wird, besteht darin, Problemursachen zu identifizieren und passgenaue Lösungsansätze zu entwickeln, um schnell Abhilfe zu schaffen.

Handlungsfeld 4 betrifft die Ausbildung und zielt darauf ab, **Medizinstudierende für die hausärztliche und allgemeinmedizinische Tätigkeit zu gewinnen**. Es wurden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen:

- **Diversifizierung der Auswahlkriterien für das Medizinstudium:** Bei bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen werden die Studienplätze von der Zentrale für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) anhand der Abiturdurchschnittsnote als zentrales Vergabekriterium vergeben. Seit 2005/2006 sind die Medizinfakultäten befugt, für 60 % ihrer Studienplätze eigene Auswahlkriterien zu definieren. Vor diesem Hintergrund hat die Medizinfakultät in Mainz ein neues Auswahlverfahren eingeführt, das die Bedeutung der Abiturnote verringert, indem ihr weitere Kriterien, wie eine hohe Motivation und das Interesse an einer hausärztlichen Tätigkeit, gegenübergestellt werden.
- **Verstärkung des Praxisbezugs im Studium** mit Fokus auf der Hausarztztätigkeit. Hier können drei spezielle Maßnahmen angeführt werden:
 - Einrichtung einer Famulaturbörse: Vor dem Hintergrund, dass es für Studierende häufig schwierig ist, eine Famulaturbörse in der ambulanten Versorgung zu finden, wird in der Famulaturbörse auf Praxen in Rheinland-Pfalz hingewiesen, die Famulaturplätze anbieten;
 - Förderung von allgemeinmedizinischen Lehrpraxen, in denen Studierende ihr Praktisches Jahr absolvieren können;

- Überlegungen zu einem Stipendienprogramm für Studierende mit dem Berufsziel Hausarzt/ärztin seitens des Deutschen Hausarztverbandes (nach Vorbild des Stipendienprogramms des Berufsverbands Deutscher Internisten, BDI).
- **Einrichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin** an der Medizinfakultät in Mainz, um der Allgemeinmedizin mehr Gewicht zu verleihen;
- jährliche **Verleihung eines Preises zur Förderung der Allgemeinmedizin**, der sich an Studierende richtet, die sich im Fach Allgemeinmedizin wissenschaftlich engagieren und in diesem Bereich weiterhin aktiv sein wollen.

Handlungsfeld 5 widmet sich der **Rolle, die die Kommunen spielen können**, um Ärzte von einer Niederlassung in ihrer Stadt/Region zu überzeugen. Es werden folgende Handlungsoptionen angeführt:

- kostenlose Unterkünfte oder günstige Immobilien für Weiterbildungsassistenten/innen und Praktikanten/innen,
- freundliches Investitionsklima,
- Benennung einer festen Ansprechperson in den Kommunen, die niederlassungswillige Ärzte/innen informiert und berät,
- gute Kindertagesstätten- und leistungskräftige Schulangebote,
- Unterstützung bei der Suche nach Räumlichkeiten bis hin zur Bereitstellung von Praxisräumen,
- Organisation eines Patientenbeförderungsservice für wenig mobile Patienten/innen.

Ein letztes, thematisch transversales Handlungsfeld zielt darauf ab, die **Einbringung des Landes und seiner Partner auf Bundesebene zu stärken**, um auf gesetzliche Änderungen, die zur Lösung der Fachkräfteproblematik beitragen können, hinzuarbeiten. Das Land Rheinland-Pfalz hat sich besonders für eine flexiblere Gestaltung der Berufsausübung von Hausärzten/innen eingesetzt – diese wird größtenteils durch Bundesgesetze geregelt. Optimierungsbedarf besteht bei folgenden Punkten:

- neue Möglichkeiten für die Öffnung einer Zweigpraxis,
- Aufhebung der Altersgrenze für Praxisärzte/innen,
- Möglichkeit der Teilzeitniederlassung,
- Abschaffung der Residenzpflicht für Vertragsärzte/innen im Jahr 2012 (die vorsah, dass Hausärzte/innen den Wohnsitz in der Nähe der Praxis wählen mussten), um ihnen zu ermöglichen, in der Stadt zu wohnen und auf dem Land zu arbeiten,
- Abschaffung der Praxisgebühr von 10,00 € pro Quartal im Jahr 2012, wodurch der damit verbundene administrative Aufwand für die Ärzte/innen entfällt.

➤ **Zukunftsprogramm ‘Gesundheit und Pflege – 2020‘**

Die durch den ‚Masterplan zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung‘ in Gang gesetzte Dynamik soll im Rahmen des vom Land im März 2014 vorgestellten Zukunftsprogramms ‚Gesundheit und Pflege – 2020‘ fortgesetzt werden. Dieses Querschnittsprojekt hat das Ziel, den Zugang zu einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung im gesamten Landesgebiet – und insbesondere in ländlichen Regionen – sicherzustellen. Es gliedert sich in drei Handlungsfelder, von denen sich gleich das erste mit der Fachkräfteproblematik beschäftigt und hier die Ziele und Initiativen der Masterpläne 2007/2011 aufgreift und weiterentwickelt. Es werden folgende Handlungsschwerpunkte gesetzt:

- Entlastung der Hausärzte/innen durch die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten im weiteren Sinne an besonders qualifiziertes Personal, insbesondere mit Hilfe des Projekts VERAH (siehe Kasten unten),
- stärkere Verankerung der Allgemeinmedizin im Studium,
- Begleitung von Kommunen bei der Entwicklung von lokalen Lösungsansätzen, insbesondere durch die Durchführung und Finanzierung von zehn Zukunftswerkstätten.

Projekt VERAH (,VERsorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis‘)⁵⁰

Das Projekt VERAH bietet den Medizinischen Fachangestellten einer Hausarztpraxis die Möglichkeit, eine qualifizierte Weiterbildungsmaßnahme (im Umfang von 200 Stunden) zu absolvieren, die sie dazu befähigt, nach bestandener Prüfung, Aufgaben, die bisher im Zuständigkeitsbereich der Ärzte lagen, zu übernehmen. Diese Aufgaben betreffen vor allem Kontrolluntersuchungen und Routine-Hausbesuche bei älteren oder in ihrer Mobilität eingeschränkten chronisch kranken Personen. Das Projekt VERAH hat den doppelten Vorteil, sowohl die Hausärzte zu entlasten als auch den medizinischen Fachangestellten berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. Das Projekt wurde 2008 vom Deutschen Hausärzteverband e.V. angestoßen und wird seitdem in den meisten Bundesländern durchgeführt, darunter auch in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Im Rahmen des Zukunftsprogramms ‚Gesundheit und Pflege – 2020‘ hat sich das Land Rheinland-Pfalz dazu verpflichtet, die Kosten der Ausbildung in Höhe von 1.700 € pro Person bei bestandener Prüfung zu übernehmen.

2.1.2 In Baden-Württemberg

Wie in Rheinland-Pfalz werden auch in Baden-Württemberg zahlreiche Maßnahmen und Projekte umgesetzt, um dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Allerdings werden sie nicht im größeren Rahmen eines Aktionsplans durchgeführt, was ihre Erfassung erschwert.

An dieser Stelle wird sich zunächst den Maßnahmen und Projekten gewidmet, bei denen die Gesundheitsfachberufe im Fokus stehen (vgl. Unterabschnitt 2.1.2.1). Anschließend werden die Maßnahmen und Projekte, die den Arztberuf betreffen, aufgeführt (vgl. Unterabschnitt 2.1.2.2).

⁵⁰ Vgl. Website des Weiterbildungsgangs ‚VERAH‘. URL: <http://www.verah.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

2.1.2.1 Maßnahmen und Projekte zu den Gesundheitsfachberufen

➤ ‚Vom Fach – Für Menschen‘: Die Informations- und Werbekampagne zu Pflege- und Sozialberufen

Diese Großkampagne wurde im Jahr 2012 vom Land Baden-Württemberg in Kooperation mit vielen verschiedenen Partnern gestartet. Ziel der Kampagne ist es, Personen für eine Berufstätigkeit im Pflegesektor zu gewinnen. Das Herzstück der Kampagne bildet ein Internetportal (<http://www.vom-fach-fuer-menschen.de>), auf dem die Berufe beworben, Informationen zur Verfügung gestellt (Informationen zum Berufsbild, der Ausbildung, den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten etc.) und weitere Serviceleistungen angeboten werden (Praktikumsbörse etc.). Darüber hinaus umfasst die Kampagne noch weitere Initiativen wie die Organisation von Informationsbesuchen in Schulen, bei denen 50 Ausbildungsbotschafter/innen von ihren Berufen berichten, und die verstärkte Präsenz in Medien und sozialen Netzwerken (Pflege-Blog, Facebook etc.).

➤ Durchführung der ‚Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015‘

Im Jahr 2012 wurde auf Bundesebene ein Aktionsplan entworfen, mit dem das Ziel verfolgt wird, dem Fachkräftemangel in der Altenpflege entgegenzuwirken. Dieser bringt in Form einer Zielvereinbarung den Bund und die Länder sowie zwölf weitere zuständige Akteure (Bundesagentur für Arbeit, Verbändevertreter/innen, Kostenträger etc.) zusammen. Die Vereinbarung legt zehn Handlungsfelder fest, die wiederum mehrere gemeinsame Ziele der Partner beinhalten. Der Aktionsplan ist in Struktur und Inhalt quasi mit der zuvor vorgestellten ‚Fachkräfte und Qualifizierungsinitiative‘ des Landes Rheinland-Pfalz identisch (vgl. Abschnitt 2.1.1). Bei den Handlungsfeldern und Zielen handelt es sich – mit einigen wenigen Ausnahmen – um dieselben. Der entscheidende Unterschied liegt darin, dass der Aktionsplan des Landes Rheinland-Pfalz alle Pflegeberufe umfasst, während jener des Bundes sich speziell auf die Berufe Altenpfleger/in und Altenpflegehelfer/in bezieht. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass sich die Maßnahmen, die das Land Baden-Württemberg für die Berufe Altenpfleger/in und Altenpflegehelfer/in auf den Weg bringen konnte, thematisch an

den Aktionsplans anlehnen und folglich auch in die gleiche Richtung gehen wie die Maßnahmen, die in Abschnitt 2.1.1. vorgestellt wurden. Um Dopplungen zu vermeiden, wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die einzelnen Maßnahmen und Handlungsprioritäten erneut vorzustellen. Stattdessen soll hier der Fokus exemplarisch auf ein Modellprojekt gerichtet werden, das in Baden-Württemberg entwickelt wurde:

Innovatives Ausbildungskonzept für den Beruf Altenpflegehelfer/in⁵¹

Die Ministerien für Kultus, Jugend und Sport (Kultusministerium) und für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (MfAS) haben im Jahr 2014 – in Abstimmung mit weiteren zuständigen Akteuren – ein neues Ausbildungsformat für Altenpflegehelfer/innen entwickelt, das sich speziell an Personen mit Migrationshintergrund und nicht ausreichenden Deutschkenntnissen richtet. Die Dauer der Ausbildung beträgt zwei Jahre (statt einem Jahr), was es möglich macht, die deutschen Sprachkompetenzen der Schüler/innen gezielt zu fördern. Seit 2014 wird dieser Ausbildungsgang bereits von sechs Schulen angeboten.⁵²

2.1.2.2 Maßnahmen und Projekte zum Arztberuf

Anhand der Dokumentenanalyse konnten mehrere Projekte ausfindig gemacht werden, die darauf abzielen, dem Mangel an Hausärzten/innen, vor allem in bereits versorgungsschwachen, zumeist ländlichen, Gebieten, vorzubeugen.

⁵¹ Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Eckpunktepapier zur Implementierung einer zweijährigen Berufsfachschule für Altenpflegehilfe für Nichtmuttersprachlerinnen und Nichtmuttersprachler (Stand am 20.06.2014).

⁵² Mathilde-Plank-Schule Ludwigsburg; Fritz-Ruoff-Schule Nürtingen; Nell-Breuning-Schule Rottweil; Alice-Salomon-Schule Hechingen; Justus-von-Liebig-Schule Waldshut-Tiengen; Valckenburgschule Ulm.

➤ Die Initiative ‚Perspektive Hausarzt‘⁵³

Dieses Projekt wurde im Jahr 2012 vom Hausärzteverband Baden-Württemberg initiiert und wird in Kooperation mit anderen baden-württembergischen Akteuren, insbesondere der AOK, der Techniker Krankenkasse, dem Sparkassenverband, dem Kultusministerium und dem MfAS, umgesetzt. Sein Hauptziel liegt darin, **Medizinstudierende für die Tätigkeit und die Niederlassung als Hausarzt/ärztin zu gewinnen**. Im Zentrum der Initiative steht die Einrichtung eines Internetportals (<http://www.perspektive-hausarzt-bw.de>) mit folgenden Aufgaben:

- Verbreitung eines positiven und realitätsnahen Bilds der Hausarztztätigkeit;
- Bereitstellung von Informationen über den Beruf, Weiterbildungsangebote, Niederlassungsmodalitäten etc.;
- Information über die verschiedenen Aktionen, die im Rahmen der Initiative organisiert werden (Entdeckungswoche mit Besuchen von Praxen in ländlichen Regionen im Rahmen des Projekts ‚Hausarzt Tour‘, Winterschool-Angebot zur Information und Fortbildung etc.);
- Erleichterung der Praxisübernahme durch die Einrichtung einer Praxisbörse, in der sich Praxen und Städte, die auf der Suche nach neuen Hausärzten/innen sind, vorstellen können.

➤ Das Projekt ‚RegioPraxisBW‘⁵⁴

Dieses Leuchtturmprojekt wurde im Jahr 2012 von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg initiiert. **Es sieht vor, die Einrichtung von hausärztlich orientierten Ärztezentren** fachlich und gegebenenfalls finanziell in Gebieten **zu unterstützen**, in denen die Versorgungssicherheit nicht mehr gewährleistet oder bedroht ist. Hierbei kommen folgende Instrumente zum Einsatz:

- Zahlung einer unterstützenden Gründungspauschale von 25.000 € pro Arzt/Ärztin (Umzugs- und Ausstattungskosten),
- Zahlung einer Strukturpauschale in Höhe von 3.000 € pro Abrechnungsquartal in den ersten drei Jahren beruflicher Aktivität in der

⁵³ Vgl. Webseite der Initiative ‚Perspektive Hausarzt‘. URL: <http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

⁵⁴ Vgl. Projekt ‚RegioPraxis‘ auf der Webseite der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). URL: <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/regiopraxiskvbw/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

- Region (Erwerb von medizinischer Ausstattung, Einstellung von qualifiziertem Personal, Einstellung von Ärzten/innen auf Vertragsbasis etc.),
- Eine spezifische Honorarregelung (Befreiung von bestimmten Höchstgrenzen der von den Krankenkassen ausgegebenen Honorare),
 - Unterstützung bei bestimmten administrativen Schritten und Managementaufgaben durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.

Das Projekt wird auch seitens des Landes, der Landkreise und Kommunen unterstützt: Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung, Unterhalt und Organisation von Patientenbeförderungsdiensten („Doc Shuttle“) etc.

Eine weitere Möglichkeit der Unterstützung besteht darin, dass die Kassenärztliche Vereinigung selbst das Ärztezentrum einrichtet, es während einer begrenzten Zeit leitet und Ärzte/innen einstellt mit dem Ziel, dass diese das Zentrum nach einigen Jahren übernehmen. Dieses Modell ermöglicht es, das wirtschaftliche Risiko zu senken, was insbesondere junge Ärzte/innen davon abhält, sich als Hausarzt/ärztin niederzulassen. Zudem erleichtert es die Aufgaben- und Arbeitsteilung (mindestens zwei Ärzte/innen), was den Anforderungen der neuen Ärztegeneration (Teamarbeit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf etc.) entspricht.

Ein Ärztehaus, das im Rahmen dieses Projekts gegründet wird, nennt sich „Regiopraxis“. Zwei Regiopraxen wurden bereits in Baiersbronn und in Bad Schussenried eröffnet.

➤ **Das „Förderprogramm für Landärzte“⁵⁵**

Dieses Programm wurde im Jahr 2012 für die Dauer von vier Jahren (2012-2016) vom Land, das heißt dem MfAS, ins Leben gerufen. Es sieht die Möglichkeit einer Niederlassungsförderung für Allgemeinmediziner/innen und Kinderärzte/innen in bestimmten Gebieten vor, in denen die ambulante hausärztliche Versorgung nicht mehr gewährleistet oder sehr bedroht ist. Das Programm ist mit einem Budget von

⁵⁵ Vgl. Webseite der Initiative „Perspektive Hausarzt“. URL: <http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

2 Millionen Euro ausgestattet. Die Förderleistungen für Ärzte/innen liegen, je nachdem wie ausgeprägt der Ärztemangel in dem Fördergebiet ist, zwischen 10.000 und 30.000 €. Förderfähig sind die Eröffnung und die Übernahme einer Praxis, die Eröffnung einer Zweigpraxis sowie die Einstellung von Ärzten/innen.

➤ **Der Koordinierungsservice KoStA („KOordinierungsSTelle Allgemeinmedizin Baden-Württemberg“)⁵⁶**

Diese Stelle wurde durch die Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung eingerichtet. Die Stelle bündelt auf einer Website alle Informationen zu Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Allgemeinmedizin (<http://www.allgemeinmedizin-bw.de>) (finanzielle Fördermöglichkeiten, Weiterbildungsplätze etc.).

➤ **Projekt VERAH („VERsorgungsAssistentin in der Hausarztpraxis“) und VERAHmobil⁵⁷**

Das Weiterbildungsprojekt VERAH, das bereits zuvor unter dem Punkt Rheinland-Pfalz vorgestellt wurde, existiert auch in Baden-Württemberg. Das Bundesland Baden-Württemberg hat sich sogar als eines der ersten für das Projekt eingesetzt. Heute sind VERAHS in mehr als 1.200 Praxen tätig und entlasten dort Ärzte/innen, indem sie ihnen Aufgaben abnehmen.

In Baden-Württemberg wurde das Projekt VERAH im Jahr 2013 auf Initiative der AOK und des Deutschen Hausärzteverbands um eine Dimension erweitert, indem sogenannte ‚VERAHmobile‘ eingeführt wurden: Für die Arztpraxen, die VERAHS beschäftigten, besteht die Möglichkeit, zu sehr günstigen Leasing-Konditionen (günstiger Eigenanteil) Fahrzeuge zu erwerben, mit denen die VERAHS Hausbesuche machen können.

⁵⁶ Webseite des Projekts ‚Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Baden-Württemberg‘. URL: <http://www.allgemeinmedizin-bw.de/startseite/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

⁵⁷ Webseite des Projekts ‚VERAHmobil‘. URL: <http://www.verahmobil.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

2.1.3 In der Schweiz

Genau wie in Deutschland wurden auch in der Schweiz zahlreiche Maßnahmen von den Verwaltungen ergriffen, um dem Problem – oder den Risiken – des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die Maßnahmen betreffen sowohl Pflegeberufe als auch den Arztberuf.

Wie in Deutschland wurden mehrere integrierte Aktionspläne für die Bundesebene, nicht aber für die kantonale Ebene, erarbeitet. Da die Dokumentenanalyse hauptsächlich auf diesen bundesweiten Aktionsplänen beruht, war es nicht möglich, die Maßnahmen gezielt für die Kantone der Nordwestschweiz herauszuarbeiten.

In Unterabschnitt 2.1.3.1 wird zunächst der allgemeine Rahmen für die Maßnahmen (Aktionspläne und Referenzdokumente) kurz dargelegt, bevor in Unterabschnitt 2.1.3.2 der Inhalt dieser Maßnahmen erläutert wird.

2.1.3.1 Allgemeiner Rahmen

Bevor auf die Maßnahmen selbst eingegangen werden kann, werden hier zunächst der übergeordnete Handlungsrahmen, in dem sie entwickelt wurden, und die Quellen, auf die sich bei der Maßnahmenanalyse bezogen wird, vorgestellt.

➤ ,Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘⁵⁸

Der ,Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ wurde von der ,Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit‘ (OdASanté) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) verfasst und richtet sich in erster Linie auf die Ermittlung des Nachwuchsbedarfs im Gesundheitswesen. In diesem Kontext wurde er bereits ausführlich in Teil 1 behandelt. Ausgehend von den Ergebnissen einer Umfrage bei den Kantonen gibt der Bericht einen Überblick darüber, welche Fördermaßnahmen

⁵⁸ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern 2009.

sowohl von den Kantonen als auch von den kantonalen Organisationen der Arbeitswelt ergriffen werden, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Im Schlussteil des Berichts werden dann Handlungsempfehlungen formuliert, was einen guten Überblick über die von der Schweiz als prioritär eingestuften Handlungsfelder verschafft.

➤ **„Masterplan Bildung Pflegeberufe“ (2010-2015)**

Der „Masterplan Bildung Pflegeberufe“ wurde gemeinsam vom Bund (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation, SBFI und Bundesamt für Gesundheit, BAG), den Kantonen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren, EDK und GDK) und den Organisationen der Arbeitswelt (OdASanté und Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen, SVBG) ins Leben gerufen. Der Einsatz des Plans im Jahr 2010 geht zurück auf:

- den zuvor erwähnten „Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009“, in dem deutlich gemacht wird, wie wichtig es ist, weitere Anstrengungen zur Entschärfung des Fachkräftemangels in den Pflegeberufen zu unternehmen;
- den Bericht „Bildung Pflegeberufe“ von 2010 des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF), in dem deutlich gemacht wird, dass ein koordiniertes Vorgehen in diesem Bereich notwendig ist.

Der „Masterplan Bildung Pflegeberufe“ bezieht sich ausschließlich auf die Grundausbildung und zielt darauf ab, die Zahl der nationalen Ausbildungsabschlüsse zu erhöhen. Er legt Maßnahmen fest und dient als Koordinationsplattform bei ihrer Umsetzung.

Bei den weiteren Ausführungen wird vorwiegend auf den Zwischenbericht des „Masterplans Bildung Pflegeberufe“⁵⁹ Bezug genommen.

⁵⁹ Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) (Hrsg.): Masterplan Bildung Pflegeberufe – Zwischenbericht, 2013.

➤ **Bericht zur ‚Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin‘**

Was die Ärzte/innen angeht, wird hauptsächlich auf den in Teil 1 angeführten Bericht ‚Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin‘⁶⁰ (i. F. ‚Strategiebericht BAG 2011‘) Bezug genommen. Wie der Titel verrät, handelt es sich hierbei um eine Strategie gegen den Ärztemangel im Allgemeinen, die einen klaren Fokus auf Hausarztmedizin setzt, da dieser Sektor – wie in Teil 1 deutlich wurde – am stärksten vom Mangel betroffen ist.

Der ‚Strategiebericht BAG 2011‘ ist in zweifacher Hinsicht interessant: Zum einen enthält er die zahlreichen von den zuständigen Akteuren bereits eingeleiteten oder durchgeführten Maßnahmen und zum anderen konkrete Empfehlungen für die zuständigen Akteure. Der Bericht selbst ist kein Aktionsplan – die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen fällt nicht zwangsläufig in den Zuständigkeitsbereich des Bundes, sondern in erster Linie in den der Kantone und der Universitäten –, bietet aber einen Überblick über die wichtigsten Aufgaben, Optimierungsvorhaben und die von den verschiedenen Akteuren getroffenen Maßnahmen. Darüber hinaus wurden die Empfehlungen des ‚Strategieberichts BAG 2011‘ in späteren Plänen immer wieder aufgegriffen, insbesondere

- im ‚Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung‘ (i. F. ‚Masterplan Hausarztmedizin‘) im Jahr 2012, der eine Reihe an Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung vorsieht. Initiiert durch den Bund in Zusammenarbeit mit der GDK wird die Umsetzung der Maßnahmen heute vom BAG koordiniert und begleitet;
- im Rahmen der Plattform ‚Zukunft ärztliche Bildung‘, die im Jahr 2010 gegründet wurde und heute unter der Leitung des BAG alle zuständigen Akteure (16 Partner) zusammenbringt. Ziel ist es, aufeinander abgestimmte Lösungen für die verschiedenen Probleme bei der Ausbildung von Ärzten/innen zu finden. In diesem Rahmen spielt auch das Thema Fachkräftemangel eine zentrale Rolle.

⁶⁰ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011.

➤ **„Fachkräfteinitiative“ (2011-2018)**

Die „Fachkräfteinitiative“ (i. F. „FKI“) wurde im Jahr 2011 vom Bund (Eidgenössischen Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung, WBF) lanciert, betrifft aber neben dem Gesundheitssektor auch viele weitere Wirtschaftssektoren. Ziel der „FKI“ ist es, den Fachkräftemangel durch die bessere Ausschöpfung des inländischen Potenzials an Fachkräften und eine Produktivitätssteigerung zu kompensieren und die Abhängigkeit der Schweiz von ausländischen Fachkräften zu reduzieren.

Die „FKI“ ist als Verbundaufgabe zwischen Bund, Kantonen und Sozialpartnern angelegt und ist in zwei Phasen unterteilt: eine Aufbauphase (2011-2015) und eine Umsetzungsphase (2015-2018). Begonnen haben die Arbeiten im Jahr 2011 mit einem Bericht des WBF, in dem die freien Arbeitskräftepotenziale identifiziert wurden, die durch entsprechende Maßnahmen aktiviert werden könnten. Auf Grundlage dieses Berichts wurden vier Handlungsfelder identifiziert, in denen die Aktivierung von Fachkräftepotenzial besonders erfolgsversprechend scheint:

- Nach-, Um- und Höherqualifizierung entsprechend den Bedürfnissen des Arbeitsmarkts,
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- Schaffung guter Bedingungen zur Berufsausübung bis zum Rentenalter und darüber hinaus,
- Förderung von Innovationen zur Entschärfung des Fachkräftemangels durch höhere Produktivität.

Anschließend wurde eine Situationsanalyse erstellt, um die bereits von den verschiedenen Akteuren durchgeführten Maßnahmen in diesen vier Handlungsfeldern, deren Stärken und Schwächen sowie mögliche Lücken zu ermitteln. Auf der Grundlage dieser Analyse wurde dann eine Strategie mit 30 Maßnahmen entwickelt, die – in jedem einzelnen Handlungsfeld – folgende Ziele vorsieht:

- Intensivierung der laufenden Maßnahmen,
- Kompensierung von Lücken durch neue Maßnahmen,

- Gewährleistung der Massnahmenkoordinierung, Einrichtung einer Diskussionsplattform und Begleitung bei der Massnahmenplanung.

Die ‚FKI‘ stützt sich sehr stark auf die bereits laufenden Massnahmen.

Bei den weiteren Ausführungen wird vorwiegend auf folgende zwei Berichte Bezug genommen:

- ‚Fachkräfteinitiative – Situationsanalyse und Massnahmenbericht‘ (2013)⁶¹: In diesem Bericht werden bereits existierende Massnahmen analysiert und eine Ist-Situation beschrieben, auf deren Grundlage die Strategie der ‚FKI‘ entwickelt wurde;
- ‚Fachkräfteinitiative – Stand der Umsetzung und weiteres Vorgehen‘ (2015)⁶²: Mit diesem Bericht wird die erste Phase des ‚FKI‘ (Aufbauphase) abgeschlossen. Die Strategie, die Vorgehensweise und die vorgesehenen Massnahmen werden detailliert dargelegt.

Die ‚FKI‘ hat durch den Volksentscheid vom 09. Februar 2014 zur ‚Initiative gegen Masseneinwanderung (MEI)‘ weiter an Bedeutung gewonnen, da sich hierdurch der Fachkräftemangel verstärken dürfte. Im Juni 2014 wurde die ‚FKI‘ als eine der wichtigsten Begleitmassnahmen zur Umsetzung der MEI deklariert. Darüber hinaus beschloss der Bundesrat am 19. September 2014 die Verstärkung und Beschleunigung der laufenden Massnahmen sowie die Initiierung zusätzlicher Massnahmen (FKI+).

2.1.3.2 Massnahmenanalyse

Nachdem der allgemeine Rahmen abgesteckt werden konnte, folgt nun die Beschreibung der bereits getroffenen und noch vorgesehenen Massnahmen. Es wurde sich dazu entschieden, die Massnahmen im Folgenden thematisch – und nicht

⁶¹ Eidgenössische Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) und Konferenz Kantonalen Volkswirtschaftsdirektoren (VDK): Fachkräfteinitiative – Situationsanalyse und Massnahmenbericht, Bern 2013.

⁶² Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF): Fachkräfteinitiative – Stand der Umsetzung und weiteres Vorgehen, Bern 2015.

nach den jeweiligen Aktionsplänen – geordnet vorzustellen, um so Dopplungen, die aufgrund der Nennung einer Maßnahme in mehreren Plänen zwangsläufig auftreten würden, zu vermeiden.

Die Maßnahmen sind in drei Teile gegliedert. Als erstes werden die Maßnahmen speziell zu den Pflegeberufen, dann die Maßnahmen zu den medizinischen Berufen und schließlich die sektorenübergreifenden Maßnahmen vorgestellt. Letztere beziehen sich nicht nur auf die Gesundheitsberufe, sondern zielen darauf ab, das Fachkräfteproblem auch für andere Berufsgruppen zu beheben. Sie stammen primär aus der ‚FKI‘.

Bevor die Maßnahmen im Detail betrachtet werden, ist hervorzuheben, dass es keine einzige Maßnahme zur verstärkten Rekrutierung im Ausland gibt. Im Gegensatz dazu besteht eines der oben genannten gemeinsamen Ziele der verschiedenen Aktionspläne darin, die bereits sehr starke Abhängigkeit der Schweiz von ausländischen Fachkräften vor allem im Gesundheitswesen zu reduzieren.

a) Maßnahmen speziell im Bereich der Pflegeberufe

Die Maßnahmen zu den Pflegeberufen sehen zugleich eine Erhöhung der Absolventenzahl (vgl. die ersten vier Punkte), eine Optimierung des Personaleinsatzes und eine stärkere Einbindung der pflegenden Angehörigen vor.

➤ Förderung der Pflegeberufe

Dem ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ zufolge wurde in allen Kantonen Informations- und Marketingarbeit zu den Pflegeberufen betrieben, um das **Interesse für diese Berufe bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die am Ende ihrer schulischen Laufbahn stehen, zu wecken**. Solche Maßnahmen werden in der Regel von den kantonalen bzw. regionalen Organisationen der Arbeitswelt sowie der Bildungs- und anderer Beratungszentren durchgeführt (Im Kanton Waadt gibt es beispielsweise ein Informationszentrum eigens für Gesundheits- und Sozialberufe). Finanziert werden diese Maßnahmen (im Rahmen von Leistungsverträgen mit den regionalen Organisationen der Arbeitswelt oder den Berufsinformationszentren) von den Kantonen und den Gesundheitseinrichtungen.

Sie richten sich primär an Jugendliche und junge Erwachsene im Berufswahlprozess und sekundär an deren Eltern und Lehrer/innen. Dabei werden verschiedene Informationsmittel und -kanäle genutzt: Broschüren, Zeitungsartikel, Inserate, Plakate, Videos, Werbespots, Websites zu den Gesundheitsfachberufen, Schulbesuche, Präsentationen auf Messen, Informationsveranstaltungen, Schnuppertage etc.

Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ zeigt, dass es an sich nicht an Maßnahmen mangelt, die Koordination und Abstimmung unter den verschiedenen Akteuren aber verbessert werden müsste. Vor diesem Hintergrund hat die OdASanté ein Projekt auf die Beine gestellt, das dafür sorgen soll, dass es für jeden Beruf einheitliche Informations- und Kommunikationsmaterialien gibt. Das Ziel dahinter besteht darin, **die ‚Marke Gesundheitsberufe‘ zu fördern** und die Gesundheitsberufe im Verhältnis zu anderen Berufs- und Wirtschaftszweigen besser zu positionieren.

Damit die Pflegeberufe tatsächlich an Attraktivität gewinnen, müssen die Maßnahmen zur Förderung der Pflegeberufe mit Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen einhergehen. Da letztere aber vorwiegend in den Zuständigkeitsbereich der Gesundheitseinrichtungen fallen – auch wenn die Kantone und Arbeitsorganisationen die Veränderungen begleiten, indem sie beispielsweise den Erfahrungsaustausch über bewährte Verfahren erleichtern –, wird das Thema an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt, sondern auf Kapitel 2.2 (Maßnahmen der Gesundheitseinrichtungen) verwiesen.

➤ **Verbesserte Möglichkeiten für den beruflichen Wiedereinstieg und die Umschulung in Pflegeberufe**

Laut des ‚Versorgungsberichts OdASanté/GDK 2009‘ setzen einige Kantone Maßnahmen um, die den beruflichen Wiedereinstieg oder Quereinstieg erleichtern sollen. Zu nennen sind hier insbesondere:

- verschiedene Kurse für Wiedereinsteiger/innen,
- vollständige oder anteilige Übernahme der Kurskosten,
- Entwicklung von Möglichkeiten zur Kompetenzfeststellung,

- finanzielle Unterstützung für Quereinsteiger/innen in Form höherer Praktikumsentschädigungen.

Beruflicher Wiedereinstieg und Umschulung spielen auch in der ‚FKI‘ eine große Rolle.

➤ **Förderung der praktischen Ausbildung in den Gesundheitseinrichtungen**

Dem ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ ist zu entnehmen:

„Das Verhältnis von Angebot und Nachfrage an praktischen Ausbildungsplätzen ist je nach Ausbildungsstufe und Beruf unterschiedlich, jedoch tendenziell angespannt. Für die berufliche Grundbildung FaGe besteht ein Mangel an Lehrstellen. Diesem Befund sind jedoch die Anstrengungen der Betriebe zur Steigerung der Lehrverhältnisse in den letzten vier Jahren gegenüberzustellen [...]. Eine Erhöhung des Angebots ist nötig, jedoch muss diese in einem für die Betriebe verkraftbaren Mass geschehen. In den meisten Bildungsgängen der Höheren Fachschulen und der Fachhochschulen fehlen Praktikumsplätze.“⁶³

Das Hauptproblem sind laut ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ aber die Kosten: Der praktische Ausbildungsteil nimmt, u. a. zeitlich gesehen, einen besonderen Platz in der Pflegeausbildung ein. Dies geht mit einem erhöhten Betreuungsaufwand von sieben Stunden pro Woche und Studierenden und beträchtlichen Kosten von etwa 300 CHF pro Woche und Studierenden für die Praktikumsbetriebe, also die Gesundheitseinrichtungen, einher. Folglich ist es umso wichtiger, **dafür zu sorgen, dass die Finanzierer/innen diese Leistungen anerkennen und angemessen entschädigen**. Hierbei ist zu bedenken, dass die Bedingungen und die Höhe der Vergütung stark von den Kantonen, der Ausbildung und der Einrichtungsart abhängen. Hauptsächlich geht es hier um:

- die Gewährleistung eines **Kosten-Nutzen-Gleichgewichts** für die ausbildenden Gesundheitseinrichtungen,
- die **Vermeidung einer Benachteiligung von Einrichtungen, die keine Ausbildungsplätze anbieten** (Vermeidung von negativen Anreizen),
- die **stärkere Einbindung und Gleichstellung der spitalexternen Einrichtungen** (Langzeitpflegeheime, Spitexdienste, Privatpraxen). Der Bericht weist darauf hin, dass die Spitäler nach wie vor die Hauptlast der

⁶³ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern 2009, S. 42.

praktischen Ausbildung tragen, was u. a. darauf zurückzuführen ist, dass die praktische Ausbildungsleistung der Spitäler besser gefördert und entschädigt wird als die der Heime und der Spitex.

Die Regelung der Leistungsvergütung war ein Kernproblem des ‚Masterplans Bildung Pflegeberufe‘. Im Zusammenhang mit der Einführung der leistungsbezogenen Fallkostenpauschalen (DRG) zur Abgeltung der stationären Behandlungen in den Spitälern im Jahr 2012 haben sich die Partner des Masterplans auf bundesweit gültige Grundsätze für die künftige Finanzierung der praktischen Ausbildungsleistungen in Spitälern geeinigt und ein einheitliches Modell zur Berechnung der Nettonormkosten entwickelt. Dem Zwischenbericht zum Stand der Umsetzung des Masterplans zufolge muss dieses Modell noch konsolidiert und eine vergleichbare Lösung für die Bereiche Langzeitpflege und Spitexdienste gefunden werden.

Die Erhöhung der Anzahl der praktischen Ausbildungsplätze kann aber nicht durch verbesserte Konditionen bei der Leistungsvergütung erreicht werden. Im ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ werden darüber hinaus auch folgende Maßnahmen genannt:

- Einführung einer **Regelung, die die Einrichtungen verpflichtet, Ausbildungsplätze anzubieten**. Die GDK empfiehlt, diese Regelung in der gesamten Schweiz durchzusetzen.
- **Übernahme eines Teils der Praktikumsvergütung** an die Studierenden der Krankenpflegeausbildung (FH) **durch die Kantone**, um die Praktikumsbetriebe, also die Gesundheitseinrichtungen, finanziell zu entlasten;
- Förderung und Finanzierung **regionaler Strukturen für die Organisation und die Durchführung des Lernbereichs ‚Training und Transfer (LTT)‘**. Der Lernbereich, den es vor allem bei Krankenpflegeausbildungen auf Ebene der Höheren Fachschule (HF) gibt, zielt darauf ab, Theorie und Praxis besser miteinander zu verknüpfen. Er fällt in den gemeinsamen Verantwortungsbereich der Ausbildungsschulen und Gesundheitseinrichtungen (vgl. Abschnitt 3.1.1).

- Hilfe beim Aufbau eines **Netzwerkes für kleinere Ausbildungseinrichtungen**, die größere Schwierigkeiten haben, Ausbildungsplätze anzubieten. Durch die Netzwerke ist es möglich, die Aufgaben zu verteilen, hoch qualifiziertes Ausbildungspersonal gemeinsam anzustellen, gemeinsam Ausbildungsgrundlagen für die Praxis zu entwickeln und zu aktualisieren oder auch Erfahrungen auszutauschen.
- Einsatz von sogenannten **„Networkern/innen“** seitens der OdA einiger Kantone (für die Ausbildungsgänge der Sekundarstufe), die aktiv auf die Betriebe zugehen und sie motivieren, zusätzliche Lehrstellen anzubieten.

Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ enthält für die praktische Ausbildung insbesondere folgende Empfehlungen:

- **Unterstützung bei der Identifizierung und Analyse des Ausbildungspotenzials** seitens der OdA mittels Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer;
- **Bessere Kommunikation bei den Gesundheitseinrichtungen über den zu erwartenden Nutzen, der sich aus der Bereitstellung von praktischen Ausbildungsplätzen ergeben kann.** Diese Kommunikationsarbeit könnte die Motivation und das Interesse der Einrichtungen steigern, vermehrt Praktikumsplätze anzubieten. Vorteile ergeben sich u. a. daraus, dass die Studierenden einen neuen und externen Blick auf die Einrichtung mitbringen und neue Impulse von ihnen ausgehen können. Außerdem können bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgrund der entstandenen guten Beziehungen Anreize geschaffen werden, nach der Ausbildung weiterhin in der Einrichtung zu arbeiten.

➤ **Vielfalt des Ausbildungsangebots bei den Pflegeberufen**

Mit Inkrafttreten des Berufsbildungsgesetzes im Jahr 2004 wurden die Ausbildungen zu den Gesundheitsfachberufen, für die zuvor ausschließlich die Kantone zuständig waren, in das allgemeine Bildungssystem des Bundes aufgenommen. Dafür wurden die Ausbildungen grundlegend überarbeitet. Inhalte, Namen und dazugehörige Abschlussbezeichnungen wurden geändert und völlig neue Ausbildungsgänge wie beispielsweise die Ausbildung zum Fachmann/frau

Gesundheit (FaGe) eingeführt. Nun sind in der Schweiz im Bereich der Pflegeberufe auf jeder Stufe des Bildungssystems Ausbildungsangebote vorhanden – von der Grundbildung (mit eidgenössischem Berufsattest, EBA) über die berufliche Grundbildung ‚auf mittlerer Ebene‘ (mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis, EFZ) bis hin zu Ausbildungsgängen an den Höheren Fachschulen (Tertiärstufe B – höhere Berufsbildung) und Bachelor- sowie Masterstudiengängen an den Fachhochschulen und Universitäten (Tertiärstufe A – universitäre Berufsbildung).

Die Eingliederung der Pflegeberufe in das Bildungssystem des Bundes trägt zur Eindämmung des Fachkräftemangels bei und ermöglicht:

- **mehr Transparenz der Angebote,**
- stärkere Kohärenz des gesamten Ausbildungsangebots und **Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Stufen der Bildungssystematik** mit der Möglichkeit, sich nach Abschluss einer Ausbildung leichter weiterzubilden und zu spezialisieren,
- **vielfältigere Zugangsmöglichkeiten zu den Gesundheitsfachberufen,** vor allem durch Ausbildungsangebote auf den ‚unteren‘ und ‚mittleren‘ Bildungsstufen (EBA und EFZ).

Die Reform der Pflegeausbildungen ist Teil des ‚Masterplans Bildung Pflegeberufe‘ und dauert immer noch an.

➤ **Optimierter Einsatz des bestehenden Personals**

Wie in vorigem Abschnitt gesehen, wurde das schweizerische Bildungssystem der Pflegeberufe seit 2004 grundlegend verändert: Im Mittelpunkt standen die Einführung des FaGe und die Anpassung der Inhalte der meisten Ausbildungsgänge. Durch diese Reform wurden die Einrichtungen dazu veranlasst, auch die Zusammensetzung ihrer Teams und die teaminterne Aufgabenverteilung anzupassen, um den **‚Skill- und Grademix‘ zu optimieren**, das heißt, für jede Person abhängig von ihren Kompetenzen und Qualifikationen den richtigen Einsatzort zu finden.

Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ weist jedoch auch auf die Mängel der Reform hin:

„Die Praxis hat diese Entwicklungen in der Ausbildungstätigkeit zwar aufgenommen, in der Berufspraxis aber noch nicht konsequent umgesetzt. Die Pflichtenhefte der Mitarbeitenden schöpfen deren Kompetenzprofile oft nicht aus. Durch die Überprüfung von Abläufen in Verbindung mit einer Überprüfung und Neugestaltung des Skill- und Grademix kann eine bessere Ausschöpfung der Kompetenzen des bestehenden Personals erreicht werden.“⁶⁴

Zentrale Herausforderungen bestehen in:

- der Eingliederung der neuen Berufsbilder in die Pflege- und Behandlungsteams (insbesondere der FaGe),
- dem Nebeneinander der Pflegeausbildung an Fachhochschulen und Höheren Fachschulen, da es zu Unklarheiten über die genaue Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachmann/frau FH und Pflegefachmann/frau HF kommt.

An dieser Stelle obliegt es ganz eindeutig den Einrichtungen, die notwendigen Änderungen vorzunehmen. Allerdings können sie hierbei auf die Unterstützung von den zuständigen Verwaltungen und Organisationen zählen. So wurde beispielsweise von der OdA beider Basel ein Handbuch zur Zusammensetzung von Teams nach Qualifikationsniveau (Skill- und Grademix) erarbeitet. Im ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ wird ebenfalls erwähnt, dass einzelne Kantone oder regionale OdA Schulungen und Informationsveranstaltungen zur Planung und Durchführung der Änderungen innerhalb der Einrichtungen anbieten.

➤ **Mehr Pflege durch Angehörige**

Im Hinblick auf eine Reduzierung des Bedarfs an Pflegepersonal setzt die ‚FKI‘ auch auf **mehr pflegende Angehörige** und Freiwillige. Hierzu sollen folgende Maßnahmen beitragen:

- Das SBFI bietet **Kurse** zur Unterstützung älterer Personen an, die sich freiwillig um pflegebedürftige Angehörige oder Freunde//innen kümmern.
- Im Dezember 2014 hat der Bundesrat den **„Aktionsplan zur Unterstützung von betreuenden und pflegenden Angehörigen“** verabschiedet, der für erwerbstätige pflegende Angehörige gedacht ist. Ziel des Plans ist es, die

⁶⁴ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern 2009, S. 64.

Unterstützungsmaßnahmen besser auf die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen anzupassen, damit diese die zusätzliche Belastung besser tragen können.

- Der Bund leistet einen Finanzbeitrag an die Forschungsunternehmen und -institute, die **Instrumente zur Entlastung der pflegenden Angehörigen** (technische Hilfsmittel zur Förderung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen, Geräte zur eigenständigen Überwachung des Gesundheitszustandes zu Hause etc.) entwickeln.
- Die Stadt St. Gallen startete im Jahr 2013 ein **Modellprojekt zur Zeitvorsorge**. Das Modell sieht vor, dass aktive Senioren hochaltrige pflegebedürftige Menschen zuhause oder in einer Pflegeeinrichtung unterstützen. So können sie ‚Zeitgutschriften‘ sammeln, die sie später im Bedarfsfall wiederum selbst einlösen können. In der ‚FKI‘ wird diese Maßnahme als Modellprojekt hervorgehoben, das vom Bund und/oder Kantonen unterstützt werden könnte.
- Bund und Kantone könnten auch den **Best Practice Austausch** fördern, was zum Beispiel die Entwicklung innovativer Wohnformen für Pflegebedürftige betrifft.

b) Maßnahmen zum Arztberuf

Die Maßnahmen, die den Arztberuf betreffen, sind sowohl auf Ebene der Berufsausbildung als auch auf Ebene der Berufsausübung zu finden.

➤ Mehr Ausbildung von Ärzten

Wie in Teil 1 erläutert, wird geschätzt, dass die Schweiz jährlich 1.200 bis 1.300 Abschlüsse ausstellen muss, um die Ärztedichte in Zukunft mit inländisch ausgebildeten Ärzten/innen (d. h. ohne Zugänge aus dem Ausland) aufrechterhalten zu können. Die Zahl der im Jahr 2009 ausgestellten Abschlüsse lag jedoch nur bei knapp über 700. Durch dieses Defizit sehen sich die Universitätskantone dazu veranlasst, die Zahl der Ausbildungsplätze schrittweise zu erhöhen, sodass im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ mit 850 bis 900 ausgestellten Abschlüssen im Jahr 2015 gerechnet wird. Es sind jedoch noch weitere Anstrengungen erforderlich. In Anlehnung an die ‚FKI‘-Dokumente haben Bund und

Kantone daher vereinbart, ab 2018/2019 jedes Jahr zusätzlich etwa 300 Ärzte/innen auszubilden.

Eine der Schwierigkeiten hierbei liegt darin, dass die klinischen Kapazitäten (entspricht der Zahl der Patienten/innen, die sich für eine Behandlung durch Ärzte/innen in der Ausbildung zur Verfügung stellen) unter den Aufnahmekapazitäten (entspricht der Zahl der Studienplätze) liegen. Der ‚Strategiebericht BAG 2011‘ gibt eine Abweichung von -20 % an. Diese Situation dürfte sich Schätzungen zufolge seit der Einführung der leistungsbezogenen Fallkostenpauschalen (DRG) im Jahr 2012 noch verschärft haben, da sich die Verringerung des durchschnittlichen Spitalaufenthalts negativ auf die klinischen Kapazitäten ausgewirkt haben dürfte. In diesem Zusammenhang besteht eine der empfohlenen Lösungen in der **stärkeren Nutzung von E-Learning-Programmen für die Vermittlung von klinischem Wissen** (Simulationen, Fallbeispiele mit virtuellen Patienten/innen). Während E-Learning in Deutschland auf Bestreben der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) hin bereits weit verbreitet ist, werden die vorhandenen Möglichkeiten in der Schweiz noch wenig genutzt.

Ebenso wird empfohlen, die **Nichtuniversitätskantone stärker einzubeziehen, um zusätzliche klinische Kapazitäten zur Verfügung stellen zu können.**

➤ **Erhöhte Attraktivität der Hausarztmedizin auf Ausbildungsebene**

Angeichts des Mangels, der sich in der Hausarztmedizin abzeichnet, gibt es einige Maßnahmen, durch die mehr Studierende in dieser Branche angezogen werden sollen.

Die Maßnahmen beziehen sich zunächst auf die **stärkere Einbindung der Hausarztmedizin bei der universitären Ausbildung**. Zu diesem Zweck wurden an allen medizinischen Fakultäten **Lehrstühle für Hausarztmedizin** (Institute für Hausarztmedizin) eingerichtet. Laut dem ‚Strategiebericht BAG 2011‘ müssen weitere Anstrengungen unternommen werden: Die Institute müssen besser dotiert und die Vernetzung vorangetrieben werden. Vor allem müssen die

Forschungsaktivitäten intensiviert werden, was voraussetzt, dass die Möglichkeiten für den Erhalt von Forschungsgeldern ausgebaut werden.

Weitere Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, den Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Ausbildung mehr **Möglichkeiten zu bieten, die Hausarztmedizin in der Berufspraxis kennenzulernen**. Für die Ausbildung auf Universitätsniveau wird im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ empfohlen, mehr Möglichkeiten zu schaffen, Teile des Wahlstudienjahres (vor eidgenössischer Prüfung) in Hausarztpraxen absolvieren zu können. Es wird außerdem dazu geraten, **Mentorenprogramme** zwischen Studierenden und jungen Ärzten/innen der Hausarztmedizin – vor allem in versorgungsanfälligen Gebieten, um deren Attraktivität zu steigern – ins Leben zu rufen. Anstrengungen werden aber hauptsächlich im Bereich der Weiterbildung und vorwiegend im stationären Bereich unternommen, wodurch die spezialisierte Akutversorgung letztlich begünstigt wird. Aus diesem Grund wurde kürzlich die **medizinische Praxisassistenz** eingeführt, durch die es möglich ist, einen Teil der Weiterbildung in Hausarztpraxen oder in ambulanten Gesundheitszentren zu absolvieren. Die medizinische Praxisassistenz wurde im Rahmen eines Pilotprojekts auf kantonaler Ebene entwickelt. Eines der Hauptprobleme ist der Lohnunterschied zwischen Stellen in Praxen und Spitälern, durch die die medizinische Praxisassistenz an Attraktivität verliert. Daher haben sich einige Kantone finanziell engagiert und gewähren Zahlungen, um das Lohngefälle auszugleichen. Doch eine solche Finanzierung kann nicht langfristig gewährleistet werden; über dauerhafte Finanzierungsmodelle wird verhandelt.

➤ **Maßnahmen zur Gestaltung der Weiterbildungsgänge**

Der ‚Strategiebericht BAG 2011‘ enthält verschiedene Optimierungsempfehlungen für die Weiterbildungsgänge, die ebenfalls einen Beitrag zur Entschärfung des Fachkräftemangels leisten könnten. Das Augenmerk liegt auf der

- Vermeidung von ‚Warteschlaufen‘, das heißt Weiterbildungszeit, die zur Erreichung des Weiterbildungstitels nicht erforderlich ist;
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Schaffung von Weiterbildungsplätzen in Teilzeit, spezifische Kinderbetreuungsangebote für Spitalpersonal, Modularisierung der Weiterbildung, Maßnahmen, die es

ermöglichen, eine Weiterbildung in der näheren Umgebung zu absolvieren, um Wohnortwechsel zu vermeiden.

➤ **Stärkung der integrierten Versorgung („Managed Care“)**

Eine der Prioritäten im Hinblick auf die Verringerung des Ärztemangels liegt in einer stärkeren Koordinierung der medizinischen Versorgung. Die integrierte Versorgung hat sich in der Schweiz vorwiegend durch den Aufbau von **„Ärztenetzen“** herausgebildet. Beschrieben wird dies im **„Strategiebericht BAG 2011“** folgendermaßen:

„Bereits vor 20 Jahren haben Ärztinnen und Ärzte begonnen, sich in Netzwerken zusammenzuschliessen. Gemäss den neusten Zahlen des Forum Managed Care werden mittlerweile in 86 Netzwerken rund 900'000 Versicherte betreut. Diesen Ärztenetzen haben sich rund 50 Prozent aller ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger und über 400 Spezialärztinnen und -ärzte angeschlossen. [...] Beinahe alle Netze (96 Prozent) arbeiten mit Qualitätszirkeln. Ärztinnen und Ärzte in Netzwerken kooperieren nicht nur unter sich, sondern – häufig vertraglich vereinbart – mit Spezialisten, Spitälern usw. oder wählen ihre bevorzugten Kooperationspartner (vertikale Vernetzung) aufgrund von Erfahrungen in Qualitätszirkeln oder von Qualitätsdaten. [...] All diesen Modellen gemeinsam ist das Prinzip des Gatekeeping: Die versicherte Person verpflichtet sich, bei gesundheitlichen Beschwerden immer den gleichen ‚Eingang‘ ins Gesundheitswesen zu nehmen. Dies kann der Hausarzt oder die Hausärztin sein, ein Gesundheitszentrum (HMO) oder ein medizinisches Callcenter, das telefonisch kontaktiert wird oder in bestimmten Fällen auch ein Spezialist, eine Spezialistin. In der Schweiz sind als integrierte Organisationsformen vor allem HMO und Hausarztmodelle verbreitet.“⁶⁵

Neben der Qualitätssteigerung in der Pflege und der Kostensenkung im Gesundheitswesen leisten integrierte Versorgungsstrukturen einen doppelten Beitrag zur Lösung des Fachkräftemangels, indem sie

- einerseits die effizientere Nutzung verfügbarer Ressourcen ermöglichen
- und andererseits Ärzte/innen mit Praxen in ländlichen Gebieten aus einer gewissen Isolation befreien und somit die Niederlassung in diesen Gebieten attraktiver werden lassen.

Deshalb wird im **„Strategiebericht BAG 2011“** dazu geraten, die integrierte Versorgung mit geeigneten Anreizen weiter zu fördern und zu stärken. Die Stärkung geschah vorwiegend durch die **Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 2011**. Dieses sieht nunmehr eine Selbstbeteiligung von 10 % für Patienten/innen vor, die diesen Ärztenetzen beigetreten sind, im

⁶⁵ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, Bern 2011, S. 42.

Gegensatz zu einer Selbstbeteiligung von 15 % für Patienten/innen, die sich weiterhin die freie Ärztwahl vorbehalten wollen.

Dieses Thema wurde im Rahmen der Maßnahme 24 mit dem Titel ‚Förderung der koordinierten Versorgung‘ in die ‚FKI‘ aufgenommen:

„Eine der vorrangigen Prioritäten von ‚Gesundheit2020‘ ist die Förderung eines zeitgemässen Versorgungsangebotes. Der Schwerpunkt liegt dabei auf derjenigen Patientengruppe, die zahlreiche teure Leistungen benötigt. Konkret die 10 Prozent, auf welche 70 bis 80 Prozent der Versorgung entfallen. Genau hier hat eine gut abgestimmte Koordination eine hohe Bedeutung, um dem Fachkräftemangel zu begegnen, da an diesen Fällen meistens mehrere Ärzte, Therapeuten, Spitäler und weitere Institutionen beteiligt sind. Die Förderung einer integrierten Versorgung ist in Anbetracht des wachsenden Anteils älterer Menschen umso wichtiger. Die Anzahl der Patienten, die umfangreiche und teure Leistungen benötigen, steigt.“⁶⁶

Zur Unterstützung dieser Bemühungen sieht die ‚FKI‘ ebenfalls die Einführung eines nationalen Forschungsprogramms mit dem Titel **‚Versorgungsforschung im schweizerischen Gesundheitssystem. Nationales Forschungsprogramm‘** vor (Maßnahme 25). Ziel des Programms ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sich die Strukturen der Krankenversorgung optimieren, die Versorgungsqualität und die Effizienz steigern, das Pflegeangebot besser regulieren und die Patientenorientierung und -sicherheit erhöhen lassen. Bereits dadurch dürfte es möglich sein, den Fachkräftemangel zu reduzieren.

➤ **Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung von Fachkräftemangel im Bereich der Hausarztmedizin**

In einigen Fällen sollen spezifische Maßnahmen bereits das Risiko, dass sich eine Mangelsituation – vor allem in abgelegenen Gebieten – entwickeln könnte, eindämmen. Zu nennen sind an dieser Stelle vor allem:

- laufende Diskussionen rund um **bessere Vergütungsbedingungen für niedergelassene Ärzte/innen**,
- Maßnahmen, die eine **Niederlassung in einer Einzelpraxis in entlegenen Gebieten einfacher gestalten/fördern** sollen. Im Folgenden Überlegungen des BAG hierzu:

⁶⁶ Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF): Fachkräfteinitiative – Stand der Umsetzung und weiteres Vorgehen, Bern 2015, S. 52.

„Eine **bessere Abgeltung der Leistungen alleine** wird wahrscheinlich **nicht ausreichend**. Vielmehr muss die Schwelle zur Übernahme einer Praxistätigkeit in abgelegenen Regionen mit zusätzlichen Massnahmen abgebaut werden, die

- das wirtschaftliche Risiko für den Einzelnen verringern und
- die Endgültigkeit des Niederlassungsentscheides aufheben sowie
- die Isolation des Grundversorgers/der Grundversorgerin verhindern.

Dies könnte beispielsweise dadurch erreicht werden, dass Gemeinden/Talschaften ev. gemeinsam mit privaten Partnern Praxisräumlichkeiten vorfinanzieren und an den oder die Grundversorger/in vermieten. Dadurch [würden] zwei der wesentlichen Aspekte, welche von jungen Ärztinnen und Ärzten als Argumente gegen eine Praxiseröffnung in ländlichen Regionen angeführt werden, entfallen; die Standortgebundenheit und das finanzielle Risiko. Um auch die Isolation, die mit der Arbeit in einer Einzelpraxis verbunden ist, aufzubrechen und darüber hinaus die Möglichkeiten zu einer besseren Zusammenarbeit mit ärztlichen, aber vor allem auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern der Grundversorgung besser auszuschöpfen, könnten solche Praxen in Zukunft in bestehende oder neue Alters- und Pflegeheime bzw. in Spitexzentralen oder andere bestehende Gesundheitseinrichtungen (Beratungsstellen etc.) integriert werden.“⁶⁷

- Abschließend ist hier noch auf die **Entwicklung ‚neuer Versorgungsmodelle‘** einzugehen, auf die in der Schweiz besonderer Wert gelegt wird. Dieser Begriff verweist im Besonderen auf verschiedene **Formen gemeinschaftlicher Berufsausübung** (Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren etc.) **als Alternative zur Einzelpraxis**. Verschiedene Studien zeigen, dass die Arbeit in Einzelpraxen nicht mehr den Berufsvorstellungen der jüngeren Ärztegeneration entspricht – nicht nur in der Schweiz, sondern auch in den meisten westlichen Ländern. Die jüngeren Ärzte/innen legen besonders großen Wert auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf; eine Entwicklung, die sich auch dadurch verstärken wird, dass sich immer mehr Frauen für den Arztberuf entscheiden. Gleichzeitig lässt sich eine Arbeitszeitverkürzung – zugunsten der Familienzeit – wirtschaftlich gesehen, oft nicht mit der Arbeit in einer Einzelpraxis vereinbaren. Dieser ist einer von vielen Faktoren, die mit dafür verantwortlich sind, dass Einzelpraxen vor allem in ländlichen Gebieten wenig attraktiv sind. Vor diesem Hintergrund bieten die neuen Versorgungsmodelle einige Vorteile gegenüber einer Einzelpraxis:

„Dazu gehören namentlich Kostenersparnisse durch die gemeinsame Infrastruktur, ein höheres und weniger starken Schwankungen unterworfenen Einkommen, Entlastung von administrativen Arbeiten, Befreiung aus der Isolation und Teamarbeit, geregelte

⁶⁷ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung, Bericht des Bundesrates, 2010, S. 19.

Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit, bessere Fortbildungsmöglichkeiten, Abbau von Stressfaktoren und Erhöhung der Lebensqualität“.⁶⁸

Aus diesen Gründen spielt die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle bei den schweizerischen Überlegungen zum Thema Fachkräftemangel stets eine entscheidende Rolle. Es wurden bereits diverse **Arbeitsgruppen** – vor allem auf Ebene der GDK – mit dem Auftrag eingerichtet, innovative Lösungsansätze zu erarbeiten. An dieser Stelle kann ein Vorschlag aus dem ‚Situationsbericht BAG 2010‘ angeführt werden:

„Die aktuelle Diskussion über die (zu hohe) Zahl von Spitälern in der Schweiz bietet weitere Chancen für eine Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung; in den Räumlichkeiten dieser Spitäler könnten in Zukunft Gesundheitszentren eingerichtet werden. Die Beschäftigung mehrerer Ärztinnen und Ärzte (auch mit Teilzeitpensen) sowie anderer nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen am gleichen Ort eröffnete den zukünftigen Grundversorgern die Möglichkeit, Berufstätigkeit und Familie besser zu vereinbaren sowie das Berufsleben generell flexibler zu gestalten.“⁶⁹

➤ **Interprofessionalität**

Um einer Mangelsituation vorzubeugen, setzt die Schweiz zudem auf Interprofessionalität, das heißt auf eine **stärkere Einbindung der verschiedenen Gesundheitsfachberufe in die medizinische Versorgung**. Der ‚Strategiebericht BAG 2011‘ enthält folgende Empfehlung:

„Der Einbezug nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen in der medizinischen Grundversorgung muss im Sinne einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Leistungen, die nicht zwingend durch sie erbracht werden müssen, verstärkt werden (z. B. spezialisierte Pflegende, spezialisierte medizinische Praxisassistentinnen, Ernährungsberatung, Apothekerinnen und -apotheker).“⁷⁰

Im Rahmen der Plattform ‚Zukunft ärztliche Bildung‘ wurde das Thema ‚Interprofessionalität‘ als besonders prioritär eingestuft und ihm eine eigene Themengruppe gewidmet. Auch in der ‚FKI‘ wird dem Thema besondere Aufmerksamkeit zuteil.

⁶⁸ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, Bern 2011, S. 43.

⁶⁹ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung, Bericht des Bundesrates, Bern 2010, S. 20.

⁷⁰ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, Bern 2011, S. 62.

In diesem Zusammenhang ist auch der Entwurf des **Gesundheitsberufegesetzes (GesBG)** zu verstehen, das bis Ende 2015 verabschiedet werden soll (Maßnahme Nr. 8 der FKI). Das Gesetz soll die Ausbildung und die Berufsausübung für die fünf Ausbildungsgänge auf Fachhochschulniveau (Pflege, Physio- und Ergotherapie, Hebamme sowie Ernährung und Diätetik) regeln. Das Gesetz zielt u. a. darauf ab, **mehr Kohärenz zwischen den Berufen zu schaffen, indem die je nach Abschluss erworbenen Kompetenzen voneinander** und vor allem von denjenigen im Medizinalberufegesetz **abgegrenzt werden**. Dadurch wird gemäß der ‚FKI‘ „eine **normative Grundlage** geschaffen, die **Interprofessionalität und einen optimalen Skill- und Grademix erleichtert**. [Diese kann] auch als Basis für die Übertragung bestimmter Aufgaben zwischen den Berufen dienen“⁷¹.

Die Entwicklung der Interprofessionalität in der medizinischen Versorgung ist in zweifacher Hinsicht interessant:

- einerseits können Ärzte/innen dadurch entlastet und **der Ärztemangel entschärft** werden,
- andererseits eröffnen sich neue Entwicklungsperspektiven für Pflegekräfte, was dazu beitragen kann, sie im Beruf zu halten und den **Ärztemangel zu entschärfen**.

Dieser Aspekt wird im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ hervorgehoben:

„Die grosse europäische NEXT (nurses' early exit) -Studie zeigt, dass viele Pflegende vorzeitig aus ihrem Beruf aussteigen. Mit zunehmendem Alter und Erfahrung wollen sie selbständiger arbeiten. Aus dieser Perspektive erscheint das Prüfen aller verfügbaren Möglichkeiten zur nachhaltigeren Nutzung der personellen Ressourcen sinnvoll. Wenn vermehrt spezifisch ausgebildete Pflegende in der ambulanten medizinischen Gesundheitsversorgung eingesetzt würden, könnte dadurch die Berufsverweildauer insgesamt erhöht werden. Dafür sind aber auch entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten nötig, die auf die ärztlichen Curricula abgestimmt werden müssen.“⁷²

⁷¹ Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF): Fachkräfteinitiative – Stand der Umsetzung und weiteres Vorgehen, Bern 2015, S. 73.

⁷² Bundesamt für Gesundheit (BAG): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, Bern 2011, S. 44.

Über Pflegefachkräfte hinausgehend gibt es auch Überlegungen dazu, wie freiberuflich tätige Ärzte/innen durch medizinische Praxisassistenten/innen entlastet werden können. Im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ steht dazu:

„Von Seiten der Hausärztinnen und Hausärzte wird vielfach das ungenutzte Potenzial der medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) erwähnt. Ihrer Meinung nach könnten diese den Hausarzt oder die Hausärztin vermehrt unterstützen, was als Ausweg aus der Grundversorger-Krise aufgezeigt wird. Der Schweizerische Verband der medizinischen Praxisassistentinnen (SVA) erarbeitet federführend zusammen mit der FMH und den Medizinischen Berufsschulen ein Konzept zur Reglementierung einer modular aufgebauten Berufsprüfung mit eidgenössischem Fachausweis für Medizinische Praxisassistentinnen. Die neue Ausbildung unter der vorläufigen Berufsbezeichnung ‚Medizinische Praxisleiterin‘ soll die MPA sowohl im medizinisch-fachlichen wie im administrativen Bereich befähigen, in grösseren Arztpraxen eine leitende Funktion im Team einzunehmen. FMH und SVA haben eine Prüfungsträgerschaft gegründet, um die nötigen Strukturen und reglementarischen Grundlagen gemeinsam zu erarbeiten (gemäss Projektbeschreibung sollten 2011 erste Prüfungen stattfinden).“⁷³

➤ Einführung elektronischer Gesundheitsdienste

In Anbetracht des Ärztemangels führt die Schweiz auch elektronische Gesundheitsdienste (e-Health) ein. Die ‚Strategie e-Health Schweiz‘ wurde 2007 vom Bundesrat lanciert. Einige Abschnitte daraus, die einen Beitrag zur Eindämmung des Ärztemangels leisten können, wurden in die ‚FKI‘ (Maßnahme 27) und den ‚Strategiebericht BAG 2011‘ aufgenommen. Folgende zwei Aspekte sind hervorzuheben:

- Der Entwurf zum **Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier** (Veröffentlichung voraussichtlich 2015). Es soll die Qualitätssteigerung der Behandlungsprozesse, die Erhöhung der Patientensicherheit und die Effizienz des Gesundheitssystems ermöglichen. Vor allem der letzte Aspekt ist angesichts des Mangels interessant und wird im ‚Strategiebericht BAG 2011‘ wie folgt aufgegriffen:

„Im Rahmen einer integrierten Versorgung kann die Verwendung von elektronischen Patientendossiers eine medizinisch wirksame und ökonomisch effiziente Zusammenarbeit der Leistungserbringenden über die gesamte Behandlungskette fördern. Durch eine konsequente Anwendung stehen verschiedene Befunde allen zeitgleich zur Verfügung, wodurch Entscheidungen über die Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten schneller und kompetenter getroffen werden können.“⁷⁴

⁷³ Ebd., S. 46.

⁷⁴ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, Bern 2011, S. 46.

- Die **Einführung der Telemedizin** zur Entlastung von Ärzten/innen. Die aktuellen folgenden Maßnahmen und Projekte veranschaulichen die laufenden Entwicklungen zur Telemedizin:
 - Dem ‚Strategiebericht BAG 2011‘ ist zu entnehmen, dass einige Krankenversicherer bereits Modelle anbieten, bei denen zunächst ein telemedizinisches Callcenter kontaktiert werden muss. Das dort arbeitende Gesundheitspersonal muss mehrjährige klinische Erfahrung aufweisen und arbeitet mit computergestützten Abfragesystemen, die als Leitfaden für das Gespräch dienen.
 - In der ‚FKI‘ wird das im Jahr 2012 von pharmaSuisse (Schweizerischer Apothekerverband) ins Leben gerufene **Projekt ‚netCare‘ – eine telemedizinische Dienstleistung via Apotheken, die den Gang zum/zur Arzt/Ärztin ersparen können** – erwähnt. In der Zusammenarbeit zwischen Apothekern/innen und Ärzten/innen liegt nach Angaben der ‚FKI‘ sehr großes Potenzial zur Eindämmung des Ärztemangels.

c) **Sektorenübergreifende Maßnahmen**

Abgesehen von den Maßnahmen speziell im Gesundheitswesen sieht die ‚FKI‘ weitere sektorenübergreifende Maßnahmen vor, um dem Fachkräftemangel in der Schweiz entgegenzuwirken.

➤ **Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist eines der vier Handlungsfelder der ‚FKI‘. Sie gilt als entscheidender Erfolgsfaktor für den Wiedereinstieg nichterwerbstätiger Personen in den Arbeitsmarkt und für die Erhöhung des Arbeitspensums teilzeitarbeitender Personen, vor allem von Müttern.

Einige von der ‚FKI‘ vorgesehenen Maßnahmen betreffen die **Erweiterung des Angebots familienergänzender Betreuungsplätze für Kleinkinder**. Vor diesem Hintergrund beschloss der Bund, sein Impulsprogramm für die **Schaffung von Kinderbetreuungsplätzen**, das am 1. Januar 2015 ausgelaufen wäre, um vier Jahre zu verlängern. Durch das Programm sollen Kantone, Gemeinden und

eventuell Einrichtungen unterstützt werden, die ihr finanzielles Engagement für die familienergänzende Kinderbetreuung erhöhen oder Projekte auf die Beine stellen, mit denen die Betreuungsangebote noch besser an die Bedürfnisse der Eltern angepasst werden. Mit einer Änderung des Zivildienstgesetzes kann durch den **Einsatz von Zivildienstleistenden** außerdem das Betreuungsangebot in den Schulen (Vorschul- und Sekundarstufe II) erweitert werden.

Andere zielen darauf ab, die **durch die Steuergesetzgebung entstandenen negativen Arbeitsanreize zu verringern oder aufzuheben**. Aktuell lohnt sich die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit eines/einer Ehepartners/in oder eine Erhöhung des Zweiteinkommens, zum Beispiel durch den Wechsel von einer Teilzeit- in eine Vollzeitstelle, für viele Familienhaushalte in der Schweiz nicht, da das Mehreinkommen nicht ausreicht, um die Mehrkosten aufgrund der höheren Steuern und der benötigten Kinderbetreuung zu decken.

Ergänzend hierzu werden Maßnahmen genannt, die auf die Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs nach einer familienbedingten Erwerbsunterbrechung abzielen. Geplant ist vor allem eine Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG). Diese sieht vor, die Kriterien für den Anspruch auf Leistungen, die den Wiedereinstieg in den Beruf erleichtern, für die Versicherten, die sich der Erziehung ihrer Kinder gewidmet haben, abzumildern.

➤ **Förderung eines längeren Verbleibs von älteren Beschäftigten im Erwerbsleben**

Das Ziel eines der vier Handlungsfelder der ‚FKI‘ ist die Schaffung guter Bedingungen zur Berufsausübung bis zum Rentenalter und darüber hinaus.

Es sind verschiedene **Änderungen für die Ausgestaltung der Altersvorsorge** vorgesehen, die dafür sorgen, dass für Berufstätige, die sich für eine Arbeitszeitverkürzung (Teilzeitarbeit) am Ende der beruflichen Laufbahn entscheiden, keine Nachteile bei der Berechnung des Rentenanspruchs entstehen.

Andere Maßnahmen haben das Ziel, **den Wiedereinstieg älterer Arbeitsuchender in den Arbeitsmarkt** zu verbessern. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um die Erarbeitung von **Projekten zur Betreuung dieser Personengruppe**. Ein Beispiel wäre hier das Projekt ‚Tandem 50 plus‘ vom Kanton Aargau, ein Mentoringprogramm, bei dem eine erwerbstätige Person die Stellensuche einer arbeitslosen Person unterstützt. Die Maßnahmen richten sich aber auch an Arbeitgeber/innen. Der Kanton Aargau hat beispielsweise die Sensibilisierungskampagne ‚Potenzial 50plus‘ durchgeführt, um Unternehmen zu animieren, künftig vor allem älteren Arbeitsuchenden mit oft mehr Berufserfahrung eine Chance zu geben.

2.1.4 Im Elsass

Was das Elsass betrifft, sollen die Ergebnisse der Mangelanalyse zeigen, dass die in dieser Studie untersuchten Berufe zurzeit nur sehr wenig vom Fachkräftemangel betroffen sind und dass die Situation auch zukünftig ganz allgemein günstig bleiben wird. Aus diesem Grund bleibt die Anzahl der Maßnahmen, die von den Verwaltungen unternommen werden, begrenzt. Ansonsten handelt es sich hauptsächlich um Maßnahmen, die darauf ausgelegt sind, eine bessere Ärzteverteilung im Elsass zu erwirken. Der Großteil dieser Maßnahmen geht auf eine Strategie auf nationaler Ebene (‚Pacte territoire-santé‘) zurück, die von der jeweiligen ARS auf regionaler Ebene eingeführt wurde. Die ARS Alsace ergreift aber selbst noch weitere Maßnahmen.

➤ ‚Pacte territoire-santé‘

Der ‚Pacte territoire-santé‘ wurde im Jahr 2013 vom Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes in Paris erstellt und wird in allen französischen Regionen durch die jeweilige Agence Régionale de Santé (ARS) in Abstimmung mit den lokalen Akteuren/innen (gewählte politische Vertreter/innen, Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, Medizinfakultäten etc.) umgesetzt. Das Ziel des Plans, der in drei Handlungsachsen und zwölf Maßnahmen unterteilt ist, besteht darin, **die Versorgungssituation in Gebieten zu verbessern, die als medizinisch unterversorgt gelten**. Die Vorstellung der in diesem Plan vorgesehenen Maßnahmen erfolgt auf Grundlage der Broschüre ‚Pacte territoire santé – Lutter

contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins – Bilan 2013 et perspectives 2014⁷⁵ des Ministère des affaires sociales et de la santé. Bei einigen Themen hebt die Broschüre Pilotprojekte hervor, die im Elsass oder in anderen französischen Regionen umgesetzt werden. Diese Projekte werden hier kurz vorgestellt, ohne sich dabei geographisch auf das Elsass zu beschränken, da auch die Maßnahmen in den anderen Regionen für den/die Leser/in von Interesse sein können.

Einige Maßnahmen des Plans zielen darauf ab, **Medizinstudierende für eine allgemeinmedizinische und hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen und die Praxisniederlassung junger Absolventen/innen, vor allem in versorgungsschwachen Gebieten, zu erleichtern.**

- Zusatzzahlungen, die die Studierenden honorieren sollen, die bereit sind, ihre studienbegleitenden Praktika in Arztpraxen zu absolvieren („prime de responsabilité“);
- Einführung einer **pauschalen Fahrtkostenerstattung** von 130 € pro Monat für die Studierenden, **die ihr Praktikum in schwer erreichbaren Gebieten absolvieren**;
- Impulse für Hausarztpraxen, mehr Praktikumsplätze anzubieten;
- Entwicklung sogenannter „Verpflichtungsverträge“ („contrats d'engagement de service public“). Diese sehen vor, dass Studierende **ein Stipendium von 1.200 € pro Monat erhalten, das an die Zusage gekoppelt ist, ihre ärztliche Tätigkeit in Zukunft in einem versorgungsschwachen Gebiet auszuüben** (Die Dauer dieser Tätigkeit entspricht der Dauer der Bezüge). Dieses Instrument wurde nicht erst im Rahmen des „Pacte territoire-santé“ entwickelt; dieser sieht aber vor, es zu vereinfachen und auf Studierende der Zahnmedizin auszuweiten.
- Einführung sogenannter „territorialer Allgemeinmedizinerverträge“ („contrat de praticien territorial de médecine générale“, PTMG). Diese bieten den Unterzeichnern/innen im Gegenzug für eine Niederlassung in versorgungs-

⁷⁵ Ministère des affaires sociales et de la santé (Hrsg.): Pacte territoire santé – Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins – Bilan 2013 et perspectives 2014, Presseheft der Konferenz „Pacte territoire santé“ vom 10. Februar 2014 in Chalon sur Saône.

schwachen Gebieten eine Einkommensgarantie (d. h. Aufstockung des monatlichen Nettoeinkommens auf 3.640 €) und eine bessere soziale Absicherung bei Mutterschaftsurlaub und im Krankheitsfall.

- Einsatz eines/einer Niederlassungsberaters/in (‘référént installation’) in jeder Region, dessen Aufgabe darin besteht, Ärzte/innen bei allen Schritten bis zur Niederlassung zu begleiten. An dieser Stelle ist anzumerken, dass bereits zuvor einige regionale Internetportale zur Unterstützung von Gesundheitspersonal (‘plateformes régionales d’appui aux professionnels de santé’, PAPS) eingerichtet wurden. Auf diesen wurden Informationen zur Niederlassung, zu Bedingungen der Berufsausübung etc. gesammelt und zur Verfügung gestellt.

Andere Maßnahmen zielen drauf ab, **attraktivere Bedingungen für die Berufsausübung** für Ärzte/innen zu schaffen, die in einer Praxis in einem versorgungs-schwachen Gebiet arbeiten.

- **Förderung der Entwicklung kollektiver ambulanter Versorgungsstrukturen** (pluriprofessionelle Ärztehäuser, polyvalente Gesundheitszentren) durch eine Verbesserung der Verdienstmöglichkeiten. Die Entwicklung solcher kollektiven Strukturen ermöglicht es vor allem, den Forderungen der jungen Ärztegeneration nach einer besseren Work-Life-Balance nachzukommen.
- **Erweiterung der Forschungsmöglichkeiten zugunsten der Ärztehäuser und Gesundheitszentren** – Forschungsaktivitäten waren bisher größtenteils den Krankenhäusern vorbehalten –, sodass Studierende und Pflegepersonal nun ihre pflegerischen Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung und Forschungsprojekte kombinieren können. Diese Öffnung wird durch die Annäherung von Ärztehäusern/Gesundheitszentren und Universitäten sowie die Ausweitung des ‘Krankenhausprogramms zur klinischen Forschung’ (‘programme hospitalier de recherche clinique’, PHCR) im Bereich der medizinischen Grundversorgung möglich. Letzteres ermöglicht den Ärztehäusern/Gesundheitszentren, Forschungsprojekte autonom zu tragen.

- **Weiterentwicklung der Telemedizin** auch im ambulanten Sektor: Das Sozialversicherungsfinanzierungsgesetz („loi de financement de la sécurité sociale“) erlaubt seit 2014 die Erprobung von Abrechnungsmöglichkeiten von telemedizinischen Leistungen in Hausarztpraxen.

Schließlich gibt es Maßnahmen, die darauf abzielen, die **Kooperation zwischen den Einrichtungen und/oder den verschiedenen Berufen zu stärken**. Das Ziel besteht hier nicht primär darin, Ärzte/innen für die Niederlassung in versorgungsschwachen Gebieten zu gewinnen, sondern die Arbeitseffizienz bei gleicher Personaldichte zu steigern:

- **Mehr Möglichkeiten für die Übertragung von Aufgaben**, um die Wartezeit zu reduzieren und mehr Behandlungszeit für die Patienten/innen zu gewinnen.

Beispiele:

- Pays de la Loire: Kooperationsprotokoll zwischen Augenärzten/innen und Optikern/innen („protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes“), das dem Optiker ermöglicht, ohne vorherige ärztliche Verordnung eine Sehstärkenüberprüfung vorzunehmen;
- Haute-Normandie: Kooperationsprotokoll zu Impfterminen („protocole sur le calendrier vaccinal“): Beratung und Verschreibung der Impfung durch den Krankenpfleger/innen;
- auf nationaler Ebene: Einrichtung eines Kooperationsprotokolls („protocole de coopération ASALEE“), das die Zusammenarbeit von Krankenpflegern/innen und Allgemeinmediziner/innen bei der Früherkennung von Raucherkrankheiten, Untersuchung/Betreuung von Diabetikern/innen und von kardiovaskulären Risikopatienten/innen fördert.
- **Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen angestellten Ärzten/innen und ambulanten Versorgungsstrukturen:** Hierzu können Ärzte/innen, die in einer Einrichtung angestellt sind (stationäre Versorgung), die Erlaubnis erhalten, parallel freiberuflich zu arbeiten (ambulante Versorgung) und gleichzeitig ihren Angestelltenstatus beizubehalten.

- **Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen benachbarten Krankenhäusern:** Einrichtung von ‚gemeinsamen Personalteams‘ (‚équipes de territoire‘) zur besseren Personalressourcenverteilung. Es handelt sich um Teams, die sich aus Fachkräften verschiedener Einrichtungen zusammensetzen. In der französischen Region Centre haben die städtischen Krankenhäuser in Châteauroux und in Blanc ein regionales Personalteam eingerichtet. Dieses setzt sich aus medizinischem und nicht-medizinischem Personal aus den Notfallstationen der beiden Krankenhäuser zusammen, die unter der Koordination eines/einer leitenden Arztes/Ärztin und auf der Basis eines einheitlichen Einsatzplans, gemeinsamer Arbeitsabläufe und Behandlungsprotokolle arbeiten.

➤ **Maßnahmen der ARS**

Bezüglich der Ärzteverteilung auf regionalem Gebiet führt die ARS auch eigene Maßnahmen durch, die nur am Rande mit dem ‚Pacte territoire-santé‘ in Verbindung stehen. Bei den Gesprächen mit den Verantwortlichen der ARS kristallisierten sich zwei Maßnahmen heraus:

- Die ARS hat eine Reihe von Begleitmaßnahmen für den Aufbau multidisziplinärer Gesundheitshäuser in den kritischen Gebieten ergriffen, die auf Ausschreibungen beruhen. Die Träger der bewilligten Projekte erhalten eine finanzielle Unterstützung (zwischen 25.000 und 100.000 €) und werden von einem privaten Beratungsunternehmen begleitet.
- Die ARS hat außerdem mit einigen französischen Gebietskörperschaften (und weiteren Vertragspartnern) sogenannte ‚contrats locaux de santé‘ (CLS – lokale Gesundheitsverträge) geschlossen, die im HPST-Gesetz (Gesetz über die Reform der Krankenhäuser, auf Patienten/innen bezogen, des Gesundheitswesens und der Territorien) vorgesehen sind. In diesem Rahmen verpflichten sich die ARS und die lokal gewählten Vertreter/innen u. a. zur Zusammenarbeit im Bereich der Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung von Ärzten/innen; zum Beispiel indem sie Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Momentan gibt es fünf solche lokalen Gesundheitsverträge in Mulhouse, Straßburg, im Val d’argant (vallée de

Sainte-Marie-aux-Mines) und im Vallée de la Bruche (Vertragsschluss steht bevor). Die Maßnahmen aus den Verträgen für Straßburg und Mulhouse beziehen sich auf die Problemviertel, die für Ärzte/innen wenig attraktiv sind.

Laut den Gesprächspartnern/innen von der ARS werden Zusammenschlüsse oder Kooperationen von kleinen Einrichtungen, die für einen angemessenen Betrieb als zu klein angesehen werden, stark von der ARS gefördert. Das Problem betrifft in erster Linie Altenpflegeeinrichtungen und spiegelt sich daher im ‚schéma régional d’organisation médico-social‘ (SROMS – regionaler Organisationsplan im medizinisch-sozialen Bereich) wider. Tatsächlich haben viele Altenpflegeeinrichtungen 70 bis 80 Betten und somit weniger als die 80 von der ARS empfohlenen Betten. Ziel der ARS ist es, die Einrichtungen auf etwa 100 Betten zu vergrößern. Die Pläne für Zusammenschlüsse oder Kooperationen von kleinen Einrichtungen kamen aus finanziellen Gründen zustande und nicht, weil es an Fachkräften mangelt. Dennoch kann dies durch die Attraktivitätssteigerung der Einrichtungen und die gemeinsame Nutzung von Fachkräften dazu beitragen, die bestehende Probleme (Ärztmangel, Rekrutierungsschwierigkeiten von Pflegekräften) zu beheben. .

➤ **Erweiterung des Ausbildungsangebots für Ergotherapeuten/innen und Psychomotoriker/innen**

Wie in Teil 1 erwähnt gab der Mangel an Ergotherapeuten/innen und Psychomotorikern/innen der Region Elsass im Jahr 2012 Anlass zur Gründung des Institut interrégional de formation en ergothérapie (IIFE – überregionale Ausbildungseinrichtung für Ergotherapeuten/innen) und des Institut interrégional de formation en psychomotricité (IIFP – überregionale Ausbildungseinrichtung für Psychomotoriker/innen). Beide Institute sind Teil des Institut de formation aux métiers de la santé (IFMS – Ausbildungseinrichtung für Gesundheitsberufe) in Mulhouse. Ihre Gründung war innovativ, da diese Ausbildungen in Frankreich vom öffentlichen Sektor ansonsten nur selten angeboten werden. Sie werden vorwiegend an privaten Ausbildungseinrichtungen angeboten und sind daher aus finanziellen Gründen nur schwer zugänglich. Eine weitere Besonderheit dieser Institute liegt darin, dass sie nicht nur von einer französischen Region allein

getragen werden, sondern von mehreren zusammen (das IIFE von drei, das IIFP von fünf).

2.1.5 Fazit und Empfehlungen

Zunächst ist festzuhalten, 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 dieser Studie durchgeführten Analyse des Fachkräftemangels (vgl. Teil 1).

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 von älteren Beschäftigten im Erwerbsleben, berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten etc. Diese Themen sind äußerst wichtig und werden von den Verwaltungen auch als solche anerkannt. So zeigt die europaweite NEXT-Studie (nurses' early exit), dass die durchschnittliche Berufsverweildauer von Krankenpflegern/innen im Vergleich zur Berufsverweildauer von Erwerbstätigen in

anderen Wirtschaftssektoren besonders kurz ausfällt. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist in dreifacher Hinsicht von Interesse:

- Erstens reduziert eine längere Berufsverweildauer der Fachkräfte den Bedarf an Absolventen/innen erheblich. Der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ beziffert den möglichen Effekt wie folgt:
„Gelingt es, die mittlere Berufsverweildauer um ein Jahr zu verlängern, kann der jährliche Nachwuchsbedarf je nach Ausgangslage um 5 % (bei einer bisherigen mittleren Berufsverweildauer von 20 Jahren) bis 10 % (bei einer bisherigen mittleren Berufsverweildauer von 10 Jahren) gesenkt werden.“⁷⁶
- Zweitens tragen die Bemühungen, mehr Fachkräfte auszubilden nur dann Früchte, wenn die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen verbessert werden.
- Drittens führen schlechte Arbeitsbedingungen zu einem Teufelskreis: Die Tatsache, dass viele Fachkräfte ihre Beschäftigung aufgeben, führt (vor allem in Deutschland) zunehmend zur Überlastung der verbliebenen Fachkräfte, sodass mit weiteren Personalverlusten gerechnet werden muss.

Was die Berufsverweildauer betrifft, sind es primär die Gesundheitseinrichtungen, die aktiv werden müssen, um die Fachkräfte im Beruf zu halten (in Kapitel 2.2 wird dieses Thema noch einmal aufgegriffen). Die Aufgaben der Behörden liegen dagegen eher in:

- der Sensibilisierung der Einrichtungen 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 von älteren Beschäftigten im Erwerbsleben begünstigen).

⁷⁶ Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern 2009, S.12.

Was die medizinischen Berufe anbelangt, 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,
- Einführung 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 anbelangt, wurde innerhalb der Steuerungsgruppe darauf hingewiesen, dass die Zahl der Ärzte/innen mit ausländischem Abschluss zunimmt, insbesondere aus Rumänien.⁷⁷ Die Rekrutierung von Ärzten/innen im Ausland ist in Frankreich aus zwei Gründen ein Tabuthema:

⁷⁷ Dabei handelt es sich oft um französische Staatsbürger/innen, die nach erfolgreichem Abschluss ihrer Ausbildung in Rumänien nach Frankreich zurückkehren, um dort ihren Beruf auszuüben.

- aus ethischen Gründen im Hinblick auf die betroffenen Länder: „Einige Länder befinden sich heute in Schwierigkeiten, weil ihre eigenen Ärzte das Land verlassen und nach Frankreich gehen.“⁷⁸
- aufgrund des Auswahlsystems in den medizinischen Fakultäten in Frankreich: „Warum einen Numerus Clausus einführen, wenn dieser umgangen werden kann?“⁷⁹.

Aus diesen Gründen wird die Rekrutierung im Ausland nicht als struktureller Lösungsansatz vorgesehen.

Es wird empfohlen, den grenzüberschreitenden Erfahrungs- und Best Practice-Austausch zwischen 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.

Was die Pflegeberufe anbelangt, könnte ein grenzüberschreitender Austausch über Maßnahmen zur Verlängerung der Berufsverweildauer, beispielsweise über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, ebenfalls von Interesse sein. Auch wenn das Elsass zurzeit nicht von einem Fachkräftemangel betroffen ist, besteht kein Zweifel daran, dass auch hier Optimierungen wünschenswert sind. Diese Maßnahmen betreffen allerdings hauptsächlich die Einrichtungen. Es wird daher an dieser Stelle auf die Empfehlungen am Ende des Kapitels 2.2 verwiesen.

⁷⁸ Übersetzt aus dem Französischen, nach: Patrick Romestaing (Vizepräsident des Conseil National de l'Ordre des médecins), zitiert in: Beguin, François: Un quart des nouveaux médecins en France ont un diplôme étranger. URL: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/27/un-quart-des-nouveaux-medecins-en-france-ont-un-diplome-etranger_4530024_3224.html [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

⁷⁹ Übersetzt aus dem Französischen, aus: Patrick Romestaing (Vizepräsident des Conseil National de l'Ordre des médecins), zitiert in: BEGUIN, François: Un quart des nouveaux médecins en France ont un diplôme étranger. URL: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/27/un-quart-des-nouveaux-medecins-en-france-ont-un-diplome-etranger_4530024_3224.html [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

2.2 Maßnahmen der Gesundheitseinrichtungen als Reaktion auf Rekrutierungsschwierigkeiten

Als Ergänzung zur Analyse der Maßnahmen auf Verwaltungsebene wurden auch die Maßnahmen der Gesundheitseinrichtungen untersucht. In der Tat sind es bei einigen Handlungsfeldern, wie beispielsweise bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, primär die Gesundheitseinrichtungen, die etwas gegen den Fachkräftemangel ausrichten können.

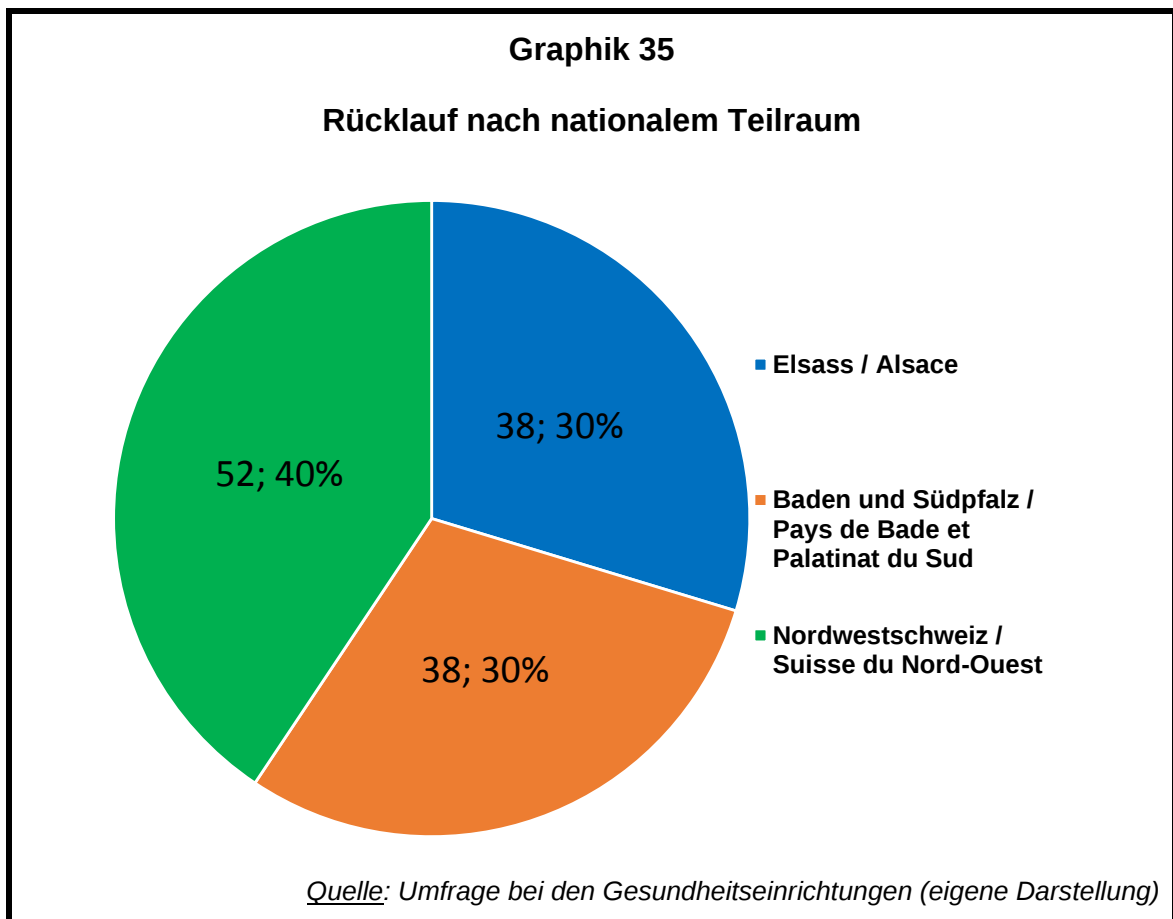
2.2.1 Methodologischer Ansatz

Zur Erfassung der Maßnahmen, die auf Ebene der Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden, wurde eine Umfrage durchgeführt. Bevor die Ergebnisse dieser Umfrage vorgestellt werden, gilt es näher auf die Zielgruppe der Befragung und den Rücklauf einzugehen.

Der Fragebogen wurde an 1.277 Gesundheitseinrichtungen der nachfolgenden vier Kategorien im Oberrheingebiet verschickt:

- Krankenhäuser/Kliniken,
- Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtungen,
- Altenpflegeeinrichtungen,
- Ambulante Pflegedienste.

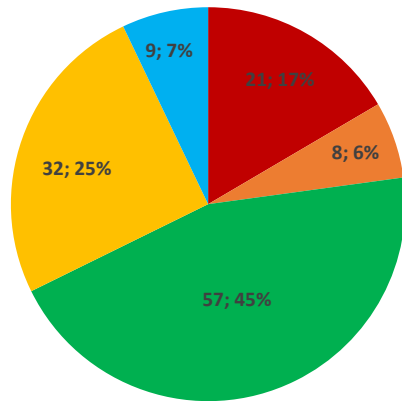
Von den 1.277 versandten Fragebögen wurden 128 zurückgeschickt, was einer Rücklaufquote von 10 % und durchschnittlich circa 40 Antworten pro nationalem Teilraum entspricht. Die Teilnahme an der Umfrage war zwischen den drei nationalen Teilräumen gut ausgeglichen.



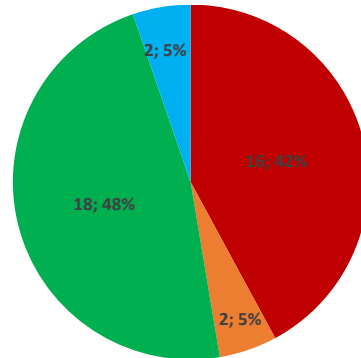
Mit Blick auf die Art der Einrichtungen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, fällt auf, dass die Altenpflegeeinrichtungen stark repräsentiert sind (44,8 % aller Antworten). Die zweite Gruppe bilden die ambulanten Pflegedienste (24,8 % aller Antworten). Die Krankenhäuser und Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen waren deutlich weniger repräsentiert (16,8 % und 6,4 % aller Antworten). Allerdings ist die Zusammensetzung des Rücklaufs in Bezug auf die Einrichtungsarten von Teilraum zu Teilraum stark unterschiedlich. Auf deutscher Seite gab es beispielsweise keine Antwort aus dem Krankenhaussektor, während die Antworten aus dem Krankenhaussektor auf französischer Seite 42,1 % ausmachen. Hier muss beachtet werden, dass in den Krankenhäusern in Frankreich meist eine Altenpflegeabteilung integriert ist. Es ist wichtig, diese wesentlichen Unterschiede bei den nachfolgenden Ausführungen im Bewusstsein zu behalten.

Graphik 36 – Rücklauf nach Einrichtungsart und nationalem Teilraum

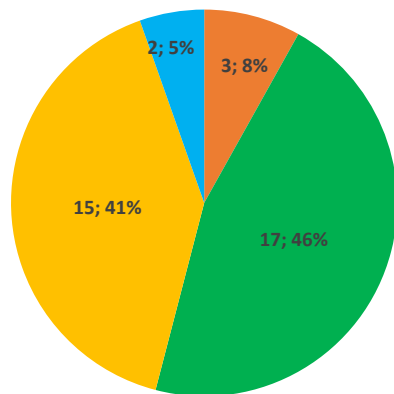
Rhin supérieur/Oberrrheingebiet



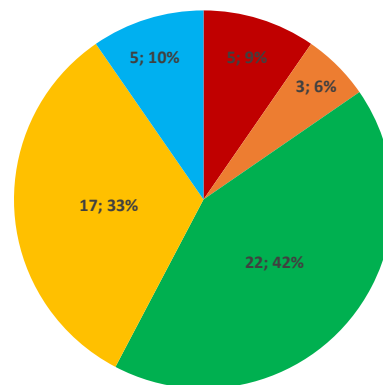
Alsace/Elsass



Pays de Bade & Palatinat du Sud/Baden & Südpfalz



Suisse du Nord-Ouest/Nordwestschweiz



- Krankenhaus oder Klinik / Établissement de soins MCO ou Etablissement spécialisé en psychiatrie
- Établissement de soins de suite et réadaptation (SSR)
- Altenpflegeeinrichtung / EHPAD
- Ambulanter Pflegedienst / SSIAD ou Centre de santé
- Andere / Autres

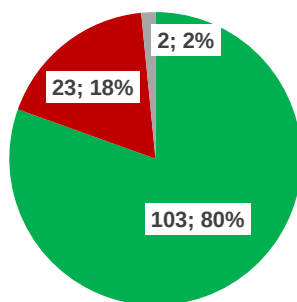
Quelle: Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen (eigene Darstellung)

2.2.2 Maßnahmen und Maßnahmevorschläge

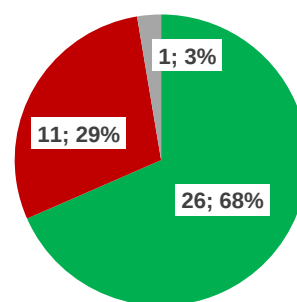
Es sei daran erinnert, dass sich die Umfrage nicht auf den Fachkräftemangel sondern auf die Rekrutierungsschwierigkeiten der Gesundheitseinrichtungen bezog. Es konnte zuerst festgestellt werden, dass eine sehr große Mehrheit der Einrichtungen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, in der Tat Maßnahmen entwickelt hat. Dies trifft sowohl auf das Oberrheingebiet im Allgemeinen als auch auf seine Teilräume im Einzelnen zu. Es kann dennoch festgehalten werden, dass der Anteil der Einrichtungen, die Maßnahmen ergreifen, in Frankreich (68 %) geringer ist als in Deutschland (92 %) und der Schweiz (82,4 %).

Graphik 37 – Werden von Ihrer Einrichtung Maßnahmen unternommen, um Rekrutierungsschwierigkeiten entgegenzuwirken bzw. vorzubeugen?

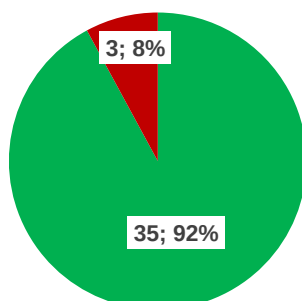
Rhin supérieur/Oberrheingebiet



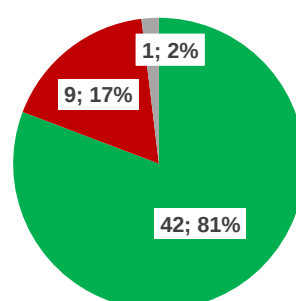
Alsace/Elsass



**Pays de Bade & Palatinat
du Sud/Baden & Südpfalz**



**Suisse du
Nord-Ouest/Nordwestschweiz**



■ **Oui / Ja** ■ **Non / Nein** ■ **Non-réponses / Keine Angabe**

Quelle: Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen (eigene Darstellung)

Die Befragten wurden gebeten, die von ihren Einrichtungen durchgeführten Maßnahmen sowie Ihre Ideen für relevante Maßnahmen kurz zu beschreiben. Details zu den Antworten auf diese beiden Fragen sind der Tabelle in Anhang 3 zu entnehmen. Es handelt sich hier um die Antworten in ihrer Rohfassung. Zur leichteren Erfassung der Antworten durch den/die Leser/in sind sie in 15 Kategorien eingeteilt und nach nationalen Teilräumen geordnet. Einige der Kategorien überschneiden sich: Zum Beispiel können Maßnahmen zum Thema Arbeitszeitmodelle (Kategorie 1 ‚Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf‘) gleichzeitig als Maßnahmen des Personalmanagements angesehen werden (Kategorie 6 ‚Personalmanagement‘). Bei den thematischen Kategorien handelt es sich um die folgenden:

- | | | |
|---|---|---|
| 1 Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf | } | Verbesserung der
Arbeitsbedingungen im
weiten Sinne |
| 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 | | |

Erwähnenswert ist, dass die Anzahl der erhobenen Maßnahmen für Frankreich deutlich geringer ist als für Deutschland und die Schweiz. Wie zuvor gezeigt, hat die große Mehrheit der französischen Einrichtungen, die geantwortet haben, Maßnahmen ergriffen. Allerdings ist die durchschnittliche Anzahl der Maßnahmen

pro Einrichtung wesentlich geringer als in den Nachbarländern. Dies scheint erneut die Feststellung zu bestätigen, dass der Fachkräftemangel und die Rekrutierungsschwierigkeiten auf französischer Seite des Untersuchungsgebiets weniger ausgeprägt sind, als auf deutscher oder schweizerischer Seite.

An dieser Stelle sind auch die Unterschiede bei der Verteilung der Maßnahmen auf die 15 Kategorien von Interesse. Auf französischer Seite hebt sich keine Kategorie durch besonders viele ihr zugeordnete Maßnahmen hervor. Die Anzahl der Maßnahmen in den hier definierten Kategorien bleibt jeweils begrenzt. Im Gegensatz hierzu fallen auf deutscher und schweizerischer Seite drei Kategorien durch besonders viele zugeordnete Maßnahmen deutlich auf:

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen (59 Angaben aus der Schweiz und 36 aus Deutschland),
- berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (16 Angaben aus der Schweiz und 28 aus Deutschland),
- stärkere Anstrengungen auf Ebene der Ausbildung (15 Angaben aus der Schweiz und 20 aus Deutschland).

Im Folgenden sollen nun die erfassten Maßnahmen detaillierter besprochen werden.

Die ersten beiden Kategorien, die angesprochen werden (Verbesserung der Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten), bilden Maßnahmen ab, bei denen es primär um Personalbindung geht. Die meisten Studien, die sich mit Fachkräftemangel beschäftigen, haben in der Tat gezeigt, dass die Berufsverweildauer im Pflegewesen im Gegensatz zu anderen Wirtschaftssektoren relativ kurz ist. Bei der Lösung der Fachkräfteproblematik im Pflegewesen scheint es folglich eine wichtige Stellschraube zu sein, die Fachkräfte im Gesundheitswesen zu halten.

➤ **Verbesserung der Arbeitsbedingungen**

Auf deutscher und schweizerischer Seite handelt es sich bei der Kategorie ‚Verbesserung der Arbeitsbedingungen‘ (im weiten Sinne) um diejenige mit den

meisten zugeordneten Maßnahmen. In diesem Bereich werden hauptsächlich Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitszeitmodelle unternommen. Im Zentrum stehen hier besonders die Vermeidung (oder Minimierung) geteilter Dienste und die Flexibilisierung der Arbeitszeiten in dem Sinne, dass auf individuelle Wünsche der Mitarbeitenden eingegangen und die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben erleichtert wird (Teilzeitmodelle etc.). Gleiches gilt für die wenigen Maßnahmen, die in diesem Bereich für die französische Seite gesammelt werden konnten. Bei den deutschen und schweizerischen Antworten ist auffällig, dass die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem für junge Mütter immer wieder eine Rolle spielt. Neben der Arbeitszeit betreffen die Maßnahmen in der Kategorie ‚Verbesserung der Arbeitsbedingungen‘ – mit weitaus weniger Nennungen – folgende Aspekte:

- Attraktivität der Gehälter und andere Maßnahmen in Bezug auf die Bezahlung (Bonussysteme, Betriebsrente, Leistungsprämien etc.);
- diverse nicht-finanzielle Leistungen: Betriebswohnung während des Dienstes, Dienstwagen, kostenfreie Parkplätze, Angebot an Kinderkrippenplätzen, Essenscoupons und -vergünstigungen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass diese Art von Maßnahmen nur von deutscher und französischer Seite getroffen wurde.
- Gesundheitsförderung der Angestellten (ebenfalls nur von deutscher und französischer Seite);
- Förderung eines positiven Arbeitsklimas und Teamzusammenhalts sowie Schaffung guter materieller und technischer Rahmenbedingungen: Anschaffung von moderner und qualitativ hochwertiger Ausrüstung in ausreichender Menge, Renovierung/Modernisierung der Räumlichkeiten, Ruheräume für das Personal, gemeinsame Pausen, Betriebsausflüge, Entwicklung einer innerbetrieblichen Kultur der ‚Offenheit und Transparenz‘, besonderer Stellenwert der internen Kommunikation etc.

➤ **Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten**

Die zweite Kategorie, die aufgrund der zahlreichen ihr zugeordneten Maßnahmen auffällt, ist jene der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Eine große Anzahl von Maßnahmen soll dem Personal ermöglichen, sein Kompetenzniveau zu halten, sich

zu spezialisieren oder Zusatzqualifikationen zu erwerben. Einige Maßnahmen zielen darauf ab, das Nachqualifizierungspotenzial zu erschließen – zum Beispiel geht es darum, in Frankreich eine hauswirtschaftliche Hilfskraft („auxiliaire de vie sociale“) für eine Nachqualifizierung zum/zur Krankenpflegehelfer/in („aide-soignant“), oder in der Schweiz ein/eine Assistent/in Gesundheit und Soziales (AGS) für eine Qualifizierung zum/zur Fachmann/frau Gesundheit und Soziales (FaGe) zu gewinnen. Die Unterstützungsmaßnahmen, die von den Einrichtungen durchgeführt werden, bestehen darin, den Entwicklungsbedarf des Personals zu eruieren (z. B. im Rahmen jährlicher Mitarbeitergespräche), Angebote für interne Fort- und Weiterbildungen zu entwickeln, bestehende Angebote zu verbessern, die Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen zu erleichtern (durch Teil- oder Vollkostenübernahme, zeitliche Freistellung etc.) oder Angestellte bei der individuellen Karriereplanung zu begleiten.

Bei dem Thema „Begleitung bei der Karriereplanung“ geht es einerseits darum, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten zu bieten. Andererseits wird es aber auch als Möglichkeit gesehen, ältere Mitarbeitende im Berufsleben zu halten, wie es die nachfolgende Antwort (aus Frankreich) aus einem der Fragebögen deutlich macht:

„[Eine Maßnahme wäre, m]einer Meinung nach[,] einen echten Karriereplan für das Gesundheitspersonal [zu] entwickeln. Ich kann an dieser Stelle allerdings nur für die nicht-medizinischen Berufe sprechen. Es scheint mir sinnvoll, über ein Rentenpunktesystem („système de points retraite“) oder durch die Zuweisung zu ‚leichteren‘ Stellen im Alter („postes allégés pour les soignants plus âgés“), die Arbeit der Mitarbeiter aufzuwerten, die in Sektoren arbeiten, die anerkannter Weise zu den schwierigen zählen: Operationsdienst, Altenpflege, Notfallpflege. Eine Strategie, bei der es darum ginge, Mobilität anzuregen und Personal zu haben, das seine Anpassungsfähigkeiten weiterentwickelt und offener, innovativer ist. Dieser Karriereplan würde gleich ab Ende der Ausbildung ausgearbeitet werden. In den ersten Jahren könnte der Mitarbeiter in technischeren Sektoren eingesetzt werden, um seine Kenntnisse zu festigen. Meiner Ansicht nach würde dieses Punktesystem (fünf Jahre Operationsblock, drei Jahre Unfallpflege, fünf Jahre Altenpflege, interinstitutionelle Ersatzteams) dem Mitarbeiter ermöglichen, seinen beruflichen Werdegang vorzuplanen und am Ende seiner Karriere (Wir sprechen hier von älteren Mitarbeitern) leichtere Stellen ohne Nachtschichten und mit einheitlichen Arbeitszeiten inne zu haben.“⁸⁰

➤ **Verbesserung des Personalmanagements**

Die Maßnahmen, die sich in den beiden vorangegangenen Kategorien wiederfinden, gehen mit der Entwicklung neuer Ansätze im Bereich des

⁸⁰ Übersetzt aus dem Französischen, nach: Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen.

Personalmanagements einher. Anhand der Antworten lassen sich folgende wichtige Tendenzen herausstellen:

- Individualisierung der Lösungsansätze (Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Arbeitszeitgestaltung, Suche nach Maß- statt Musterlösungen, Individualisierung des beruflichen Werdegangs)
- Stärkung des Mitspracherechts des Personals zum Beispiel bezüglich der Arbeitszeitmodelle oder der Arbeitsprozesse. In diesem Kontext ist die von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) entwickelte Methode ‚Arbeitssituationsanalyse – BGW asita‘ hervorzuheben, auf die in einem der deutschen Fragebögen hingewiesen wurde (siehe Kasten unten).

„Die Arbeitssituationsanalyse (asita) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)“⁸¹

Es handelt sich hierbei um ein Verfahren zur Evaluierung der internen Unternehmensorganisation, das sich auf eine qualitative Mitarbeiterbefragung im Rahmen von zwei- bis dreistündigen Gruppendiskussionsgesprächen stützt. Der frühzeitige Einbezug der Mitarbeitenden ermöglicht es, ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen und folglich die Mitarbeiterzufriedenheit zu steigern, dient der Optimierung des Ressourceneinsatzes und der Arbeitsprozesse, indem innovative Lösungen gefunden werden können, und wirkt sich positiv auf die Akzeptanz der letztlich getroffenen Entscheidung im Personalstamm aus. Die Mitarbeiterbeteiligung findet nicht notwendigerweise ausschließlich auf Ebene des Entscheidungsprozesses statt, sondern kann bis in die Umsetzungsebene selbst reichen (z. B. eigenständig organisierte Rufbereitschaftsdienste am Wochenende/Wochenenddienste mit Hilfe eines gemeinsamen Einsatzplanboards, für das vorab gemeinsame Regeln festgelegt wurden).

⁸¹ Vgl. Projekt ‚BGW asita‘ auf der Webseite der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). URL: www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gesundheitsmanagement/Angebote-Produkte/Arbeitssituationsanalyse.html [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

Neben diesen allgemeinen Tendenzen konnten durch die Befragung auch spezifischere Maßnahmen erfasst werden, die an dieser Stelle von Interesse sein können:

- Rotationsangebote zwischen den Abteilungen/Stationen (z. B. zwischen ambulant und stationär) und/oder Standorten einer Einrichtung ermöglichen es, die Tätigkeiten und den Arbeitsalltag des Personals zu diversifizieren,
- ressourcenorientierte Zuordnung von Spezialaufgaben und -verantwortung,
- Personalpools für zeitlich begrenzte Einsätze (Kleinpensen),
- spezielle Begleitungs- und Betreuungsangebote für neue Mitarbeiter/innen in der Einführungsphase (z. B. Mentorenprogramm).

Ebenfalls zu erwähnen ist die Bedeutung, die der Reduzierung administrativer Aufgaben beigemessen wird, um so wieder den/der Patienten/in in den Berufsmittelpunkt zu rücken. Die Ausweitung administrativer Aufgaben (erhöhte Anforderungen bezüglich der Patientendokumentation, etc.) scheint in der Tat ein entscheidender demotivierender Faktor für das Pflegepersonal zu sein, das sich auf seine originären Aufgaben, das heißt die Arbeit am und mit dem/der Patienten/in, konzentrieren möchte. Zu dieser Thematik wurden in den Fragebögen größtenteils Maßnahmenvorschläge und -wünsche notiert, die es zukünftig umzusetzen gälte. Die Anzahl der Maßnahmen, die hierzu tatsächlich umgesetzt werden, bleibt begrenzt, was sicherlich darauf zurückzuführen ist, dass administrative Aufgaben eine Folge gesetzlicher Auflagen sind, an die sich die Einrichtungen halten müssen.

An dieser Stelle soll eine Antwort (aus der Schweiz) zitiert werden:

„Wir sind überzeugt, dass für Mitarbeitende im Sozial- und Gesundheitsbereich der Arbeitsinhalt im Vordergrund steht. Grundsätzlich ist eine gute intrinsische Motivation vorhanden. Die Mitarbeitenden sind auch bereit, entsprechend den Rahmenbedingungen mit hoher Produktivität zu arbeiten. Zu vermeiden sind extrinsische Demotivatoren wie:

- Überbordende Administration ohne Nutzen für den direkten Arbeitsbereich
- Mangelnde Mitsprache im Arbeitsbereich
- Vorgesetzte, die nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht Prozesse definieren und Ziele vorgeben.

Diese Einsicht ist aufgrund der mehrjährigen Leitungserfahrung im Spitex-Bereich zusätzlich untermauert, wo viele Pflegende aus Deutschland oder aus Kliniken im ambulanten Bereich (trotz des dichten Arbeitsprogramms) glücklich wurden, da der Klient im Zentrum stand und die Anliegen der Mitarbeitenden ernst genommen wurden.“

Parallel zur Umfrage konnten sich die Autorenschaft der vorliegenden Studie mit Führungskräften mehrerer Gesundheitseinrichtungen über die Weiterentwicklung der Personalmanagementtechniken austauschen. Nach Angaben von Céline Dugast, Direktorin des Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter (Wissembourg/Weißenburg), handelt es sich hierbei um ein Schlüsselthema. Ihrer Meinung nach ist es essentiell, Führungskräfte vermehrt in den neuen Managementtechniken zu schulen und das Gesundheitswesen auf diesem Gebiet zu ‚desektoralisieren‘ (‚désectoraliser‘), das heißt, ihn mehr für Managementmethoden zu öffnen, die in anderen Sektoren entwickelt wurden und sich dort bereits bewähren konnten. Das Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter nimmt außerdem an einem transnationalen Projekt zum Austausch von Best Practice-Beispielen teil, das sich nicht zuletzt mit der Managementthematik beschäftigt und auf das in Abschnitt 2.2.4 ausführlich eingegangen wird. Eine der Kernbotschaften, die aus diesem Interview hervorgeht, besteht darin, dass leitende Ärzte, mögen sie noch so qualifiziert und leistungsstark auf ihrem Fachgebiet sein, nicht immer auch über die notwendigen Mittel verfügen, um ein effizientes Management zu etablieren.

➤ **Kooperation zwischen Einrichtungen**

Die Optimierung des Personalmanagements wurde von den Befragten nicht nur auf Ebene ihrer eigenen Einrichtung angegangen. So haben einige Akteure Kooperationen mit anderen Gesundheitseinrichtungen initiiert, die darauf abzielen, gemeinsame Personalpools zum Beispiel für Nachtdienste aufzubauen. Personalkooperationsstrukturen können sich sowohl zwischen Einrichtungen des gleichen Trägers als auch zwischen unabhängigen Einrichtungen entwickeln, wobei im Allgemeinen die geographische Nähe als zentrales Kooperationskriterium erfüllt sein muss (Nachbarschaftsradius). Neben einigen bereits bestehenden Initiativen werden solchen Kooperationen auch als erfolgsversprechender Ansatz für die Zukunft gesehen.

Es konnte ebenfalls ein Interesse am Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen verschiedenen Einrichtungsarten festgestellt werden, zum Beispiel zwischen einem Krankenhaus und einer Pflegeeinrichtung in Frankreich oder zwischen einem Spitex

und einer anderen Institution in der Schweiz. Solche Kooperationen scheinen aus den folgenden zwei Gründen besonders vorteilhaft zu sein:

- Einerseits ermöglichen die Kooperationen es, die Tätigkeiten und den Arbeitsalltag des Personals zu diversifizieren und ihm so Wege zur beruflichen Weiterentwicklung zu öffnen.
- Andererseits können die Attraktivitätsunterschiede zwischen Einrichtungsarten des Gesundheits- und Sozialwesens auf Einrichtungs- und Makroebene geebnet werden. Aus dem Fragebogen einer schweizerischen Spitexeinrichtung geht beispielsweise hervor, dass die ambulante Pflege nur wenig attraktiv ist und dass es durch Kooperationsstrukturen möglich sei, die Schwierigkeiten, die sich aus der Konkurrenz mit anderen Einrichtungsarten ergeben, zu überwinden.

In einigen Fällen wird sogar mit Blick auf die Erweiterung der Personalkapazitäten eine Fusion mit anderen Einrichtungen in Erwägung gezogen.

Die Kooperation zwischen Einrichtungen wird allerdings nicht nur unter dem Gesichtspunkt der gemeinsamen Nutzung von Personalpools behandelt. Einige Befragte zeigen sich auch an folgenden Punkten interessiert:

- Erfahrungsaustausch zwischen den Einrichtungen: Treffen zwischen Personalern/innen zum Best Practice Austausch im Bereich Personalrekrutierung, Projekt zum Thema ‚Wie funktioniert eine Altenpflegeeinrichtung mit weniger Personal?‘, (grenzüberschreitendes) Forum zur Vorstellung der Gesundheitsfachberufe, vor allem jener, bei denen die Fachkräftesituation angespannt ist, etc.;
- Durchführung wissenschaftlicher Projekte mit Beteiligung mehrerer Einrichtungen.

➤ **Intensivierung der Ausbildungs- und Rekrutierungsanstrengungen**

Die zuvor aufgeführten Maßnahmen zielen in ihrer Mehrheit darauf ab, bereits beschäftigtes Personal zu halten. Die Rekrutierungsschwierigkeiten bewegen die Einrichtungen aber auch dazu, ihre Anstrengungen bei der Personalbeschaffung zu erhöhen. Die Anstrengungen betreffen vor allem folgende Punkte:

- Erhöhung des Ausbildungsengagements der Einrichtungen: Schaffung neuer Ausbildungsplätze innerhalb der eigenen Einrichtung (Deutschland und Schweiz), Diversifizierung des Ausbildungsangebots (Schweiz), Teilnahme an Ausbildungsmessen, Schnupperpraktika, finanzielle Unterstützung der Auszubildenden während ihrer Ausbildung etc.;
- Intensivierung und Diversifizierung der Rekrutierungsstrategien und des Personalmarketings: Ausweitung des Suchradius, Teilnahme an Berufsmessen, Kooperation mit Arbeits- und Vermittlungsagenturen, Rückgriff auf HR-Experten/innen, Intensivierung des Kontakts zu Berufsschulen, stärkere Berücksichtigung der Bewerberwünsche. Auf dieser Ebene wurden auch zwei Maßnahmenvorschläge formuliert: grenzüberschreitende Anwerbung und Erstellung einer Bewerberplattform, auf der Lebensläufe eingestellt werden können.
- Erhöhung des Bekanntheitsgrads und Imageverbesserung der Einrichtungen durch verstärkte PR- und Kommunikationsaktionen oder durch Labelisierung (z. B. schweizerisches Siegel ‚Attraktiver Arbeitgeber Pflege‘);
- Teilnahme an Wiedereinsteigerprogrammen;
- Rückgriff auf Fachkräfte mit ausländischem Abschluss und Schaffung von speziellen Eingliederungsmaßnahmen: Nachschulungen, Sprachkurse, Mentorenprogramme, Unterstützung bei der Wohnungssuche, bei der Beantragung der Arbeitserlaubnis und der Abschlussanerkennung.

➤ **Imageverbesserung der Pflegeberufe**

Einige deutsche und schweizerische Einrichtungen heben ganz allgemein die Notwendigkeit einer Imageverbesserung der Pflegeberufe sowie die Verbesserung des Ansehens und der gesellschaftlichen Anerkennung der Pflegeberufe hervor. Es ist anzumerken, dass diese Forderung auf französischer Seite nicht auftaucht. Eine solche Aufwertung der Berufe ist allgemein wünschenswert, wird aber insbesondere in Verbindung mit dem Bereich der Langzeit- und Altenpflege genannt. Nach Angaben eines Befragten besteht eine Herausforderung darin, ein Berufsbild zu verbreiten, das die aktuellen Berufsrealitäten besser widerspiegelt. Dabei sollen auch männliche Bewerber für die Pflegeberufe gewonnen werden. Bei der Imageverbesserung der Pflegeberufe ist nach Angaben der Befragten die Rolle der

Medien und der Politik entscheidend. In einem Schweizer Fragebogen wird für die Anerkennung einer eigenen Rolle der Pflegefachkraft plädiert (wie es sie in Frankreich gibt). Es geht darum, den Pflegeberuf nicht länger als Assistenzberuf, sondern als eigenständigen Beruf zu sehen.

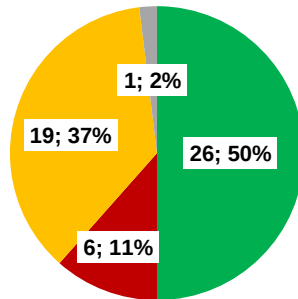
2.2.3 Positionierung gegenüber der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit

Da eines der Ziele der vorliegenden Studie die Formulierung von Empfehlungen in Bezug auf grenzüberschreitende Maßnahmen ist, wurden die Einrichtungen bei der Umfrage auch nach ihren Einstellungen zu der Idee, grenzüberschreitende Lösungsansätze für die Rekrutierungsschwierigkeiten zu entwickeln, gefragt. Die Auswertung dieser Frage zeigt, dass etwa die Hälfte der Einrichtungen (53 %) eine grenzüberschreitende Herangehensweise für sinnvoll hält, während 17 % von der Idee eher abgeneigt sind. Ein Drittel der Einrichtungen hat zu der Frage aktuell keine Meinung.

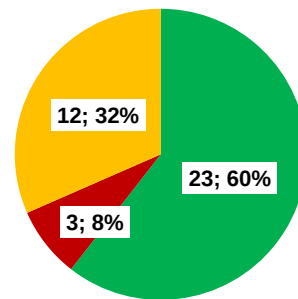
Graphik 38

Scheint es Ihnen sinnvoll, über grenzüberschreitende Maßnahmen, d. h. Maßnahmen, die in Zusammenarbeit oder in Koordination mit einem Partner aus dem Nachbarland durchgeführt werden, nachzudenken?

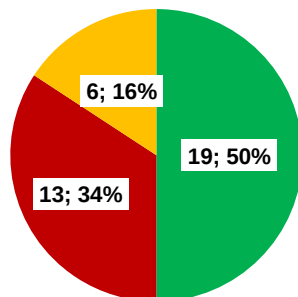
Rhin supérieur/Oberrheingebiet



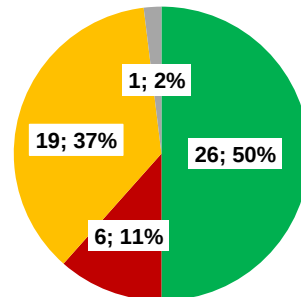
Alsace/Elsass



Pays de Bade & Palatinat du Sud/Baden & Südpfalz



Suisse du Nord-Ouest/Nordwestschweiz



■ Oui / Ja ■ Non / Nein ■ Pas d'avis / Keine Meinung ■ Non-réponses / Keine Angabe

Quelle: Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen (eigene Darstellung)

Anschließend wurden die Einrichtungen nach ihren möglichen Ideen für grenzüberschreitende Maßnahmen gefragt. Bei den Antworten hebt sich das Thema grenzüberschreitende Kooperation auf Ebene der Ausbildung deutlich ab. Die Maßnahmenideen betreffen vor allem folgende zwei Aspekte:

- grenzüberschreitende Praktika, Studierenden-/Auszubildendenaustausch sowie gemeinsame Kurse bzw. Studiengänge zur Förderung des Erfahrungsaustauschs und der grenzüberschreitenden Mobilität,
- Angleichung der Ausbildungsinhalte und der Ausbildungsniveaus, vor allem im Bereich der Pflegeberufe.

Die Maßnahmenideen auf diesem Gebiet kommen allerdings quasi ausschließlich von Seiten des Elsass und der Nordwestschweiz. Das Interesse an solchen Maßnahmen scheint auf deutscher Seite wesentlich geringer ausgeprägt zu sein. Die Gründe hierfür werden in Kapitel 4.2 analysiert.

Eine der am meisten wiederkehrenden Maßnahmenideen besteht in der Weiterentwicklung des Erfahrungsaustauschs in Form von Begegnungstagen, Reflexionsgruppen, Einrichtungsbesichtigungen etc.. Folgende Themen für den Erfahrungsaustausch werden genannt: Organisationsmodelle, Arbeitsweisen, Hürden und Hemmnisse bei der Rekrutierung sowie Überwindungsstrategien. Laut den Befragten sollte ein solcher Austausch nicht nur auf Ebene des Managements stattfinden, sondern auch das Gesundheitspersonal selbst miteinbeziehen.

Es werden auch zwei Maßnahmenideen eher struktureller/organisatorischer Natur eingebracht, die die Weiterentwicklung des grenzüberschreitenden Austauschs unterstützen könnten:

- Errichtung von grenzüberschreitenden Netzwerken ähnlicher Einrichtungen (z. B. Netzwerk von Altenpflegeeinrichtungen),
- Einrichtung einer grenzüberschreitenden Berufsinformationsbörse für Berufsinteressierte.

Schließlich wird von einigen Befragten die Frage nach der grenzüberschreitenden Mobilität von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen aufgeworfen. In den meisten Fällen handelt es sich um Einrichtungen, die angeben, bereits Fachkräfte aus einem der Nachbarländer eingestellt zu haben. In einigen Fällen werden jedoch auch Maßnahmen wie zum Beispiel die Schaffung einer grenzüberschreitenden Stellenbörse vorgeschlagen. Einige der Befragten heben hervor, mit welchen Schwierigkeiten die Entwicklung grenzüberschreitender Mobilität verbunden ist. An erster Stelle steht die Sprachbarriere, gefolgt von Schwierigkeiten aufgrund mangelnder Kenntnisse der benachbarten Gesundheitssysteme und Pflegekulturen, sowie aufgrund von Unterschieden bei den Ausbildungsniveaus und den Berufen (vgl. Teil 3).

2.2.4 Fazit und Empfehlungen

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

Erstens werden in allen Teilräumen des Oberrheins sehr viele Maßnahmen von den Einrichtungen getroffen. Auch wenn der Fachkräftemangel aktuell nicht alle Berufe und Teilräume des Oberrheins trifft, konnte somit doch 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.

Drittens hält es die Mehrheit der befragten Einrichtungen für sinnvoll, über grenzüberschreitende Maßnahmen als Reaktion auf bestehende Rekrutierungsschwierigkeiten nachzudenken.

Diese drei Erkenntnisse bekräftigen also den Ansatz, den vorgefundenen Schwierigkeiten mit der Entwicklung grenzüberschreitender Maßnahmen zu begegnen. Aus den Umfrageergebnissen lassen sich drei Handlungsfelder ableiten:

- Entwicklung von Kooperationen auf Ebene der Ausbildung (Studierenden-/Auszubildendenaustausch, grenzüberschreitende Praktika etc.),
- Entwicklung der grenzüberschreitenden Mobilität des Gesundheitspersonals,
- Erfahrungsaustausch zwischen den Einrichtungen.

Die beiden ersten Handlungsfelder werden gesondert in Kapitel 4 dieser Studie behandelt. An dieser Stelle wird der Fokus auf den grenzüberschreitenden Erfahrungsaustausch zwischen Einrichtungen gelegt.

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 Erfahrungsaustauschs 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 einen solchen Austausch schaffen, zum Beispiel durch die Organisation von Treffen/Seminaren oder, wie es einer der Befragten vorschlägt, 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 miteinzubeziehen.

Der Erfahrungsaustausch kann auch die Form richtiger Projekte annehmen. Als Anschauungsbeispiel ist das hier unten ausgeführte Projekt MED-Life hervorzuheben, an dem sich das Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter beteiligt hat und das in Bezug auf die gewählte methodologische Herangehensweise als Best Practice-Beispiel gesehen werden kann.

Projet MED-LIFE – Implementierung neuer Arbeitszeit- und Organisationsmodelle in deutschen Krankenhäusern durch Transfer europäischer Best Practice-Beispiele⁸²

Dieses Projekt, das aus Mitteln des EFRE kofinanziert wurde, wurde zwischen September 2012 und 2014 umgesetzt. Beteiligt waren das Beratungsinstitut gaus gmbh – medien bildung politikberatung (Projektleitung), das Universitätskrankenhaus Göteborg (Schweden), das Krankenhaus Isala Klinieken Zwolle (Niederlande) und das Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter (Frankreich).

Ziel des Projekts ist der systematische Transfer von Best Practice-Beispielen im Bereich Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance auf deutsche Krankenhäuser.

In der ersten Projektphase wurden Best Practice-Fallstudien für jeweils ein Krankenhaus in Schweden, Frankreich und der Schweiz durchgeführt. Thematisch wurde sich bei der Studie auf folgende Aspekte konzentriert:

- teamübergreifende Zusammenarbeit,
- Kinderbetreuung und familienfreundliche Organisationsmodelle,
- verlässliche Arbeitszeiten,
- berufliche Perspektiven/Durchlässigkeit zwischen den Berufen,
- Führungsarbeit,
- Management und Organisationsabläufe.

Durch die Studien haben sich im Hinblick auf eine Verbesserung der Work-Life-Balance thematisch folgende zwei zentrale Handlungsfelder herauskristallisiert:

- einerseits verlässliche Arbeitszeitmodelle,
- andererseits die notwendige Neugestaltung und Anpassung einrichtungsinterner Organisationsprozesse; hierzu werden Führungskräfte mit den erforderlichen Managementkompetenzen benötigt.

⁸² gaus gmbh – medien bildung politikberatung: MED – LIFE, Projektpräsentation. URL: http://www.aachen.de/de/wirtschaft_technologie/fb_wifoe/projekte/projekt_gender_med_ac/downloads/kaus.pdf [Letzter Zugriff am 03.09.2015].
Forschungszentrum Jülich: MED – LIFE, Projektpräsentation. URL: http://www.fz-juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/luK&GenderMed.NRW/005-GW02-046.pdf?__blob=publicationFile [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

Das Ziel der Fallstudien war, einerseits innovative Ideen herauszustellen, aber vor allem auch den Implementierungsprozess dieser neuen Ideen zu untersuchen (z. B. Aufbau von Akzeptanz und Motivation: Wie kann sichergestellt werden, dass die Angestellten die eingeführten Maßnahmen akzeptieren? Wie können die Teams für die neuen Organisationsmodelle gewonnen werden?).

In der zweiten Projektphase wurden auf Basis dieser drei Studien didaktisch aufbereitete Handlungshilfen formuliert, die die Übernahme der erstellten Vorschläge in deutschen Krankenhäusern erleichtert sollen.

In der dritten Phase wurde der Implementierungsprozess der herausgearbeiteten Best Practice Beispiele im Klinikum Stadt Soest und im Evangelischen Krankenhaus Unna angeregt. Es handelte sich hierbei um einen partizipativen Prozess. Der Transfer war somit direkter Teil des Projekts und wurde folglich auch – im Hinblick auf die Frage, wie die Ergebnisse der Fallstudie auf die besonderen Bedingungen deutscher Krankenhäuser übertragen werden können – speziell begleitet und evaluiert. In diesem Sinne kann die dritte Projektphase als Pilotprojektphase klassifiziert werden.

Vor dem Hintergrund der hier gewonnen Erfahrungen wurden in der vierten Projektphase angepasste Handlungshilfen erstellt, die anderen Krankenhäusern ermöglichen sollen, einen vergleichbaren Entwicklungsprozess zu initiieren.

Darüber hinaus kooperieren einige Einrichtungen bereits beim Personaleinsatz oder würden hier gerne Kooperationen mit anderen Einrichtungen eingehen. Es könnte in Betracht gezogen werden, solche Ansätze auch grenzüberschreitend ins Auge zu fassen.

3 Transparenz über Ausbildungsgänge, Berufe und Anerkennung von Berufsqualifikationen

Eine der zentralen Handlungsempfehlungen, die in Teil 4 dieser Studie aufgestellt werden, liegt in der Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität von Krankenpflegern/innen und Krankenpflegehelfern/innen. In diesem Sinne scheint es sinnvoll, sich im Rahmen einer vergleichenden Analyse eingängiger mit diesen zwei Berufsprofile zu beschäftigen. Über die Unterschiede zwischen 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 im Hinblick auf den Berufsalltag.

Dazu dienen 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?

Teil 3 der vorliegenden Studie kommt besondere Bedeutung zu: Der Analysefokus richtet sich nunmehr weg vom Fachkräftemangel hin zu den eigentlichen Inhalten der Berufe und ihrer Ausbildungen. Es geht darum, grenzüberschreitende Transparenz zu nachfolgenden Aspekten herzustellen:

- im Rahmen der vorliegenden Studie: Möglichkeit für die Leser/innen den allgemeinen Kontext besser zu verstehen, in dem die Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität erfolgen würde.

- im Hinblick auf die Umsetzung der Empfehlungen: Bessere Erfassung der systembedingten, kulturellen und funktionellen Unterschiede bei der Berufsausübung, welche bei der Umsetzung der Mobilitätsstrategie Hindernisse darstellen können. Auch würde es der Erfolg dieser Strategie erforderlich machen, dass bei den Multiplikatoren und Zielgruppen Informationsarbeit zu den Berufen und ihren Ausbildungen im Nachbarland betrieben wird.
- im Allgemeinen: Tools für die Akteure entwickeln, die sich gerne in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit engagieren würden und Vorurteile abbauen, die eventuell über die Berufe und Berufstätigen im Nachbarland bestehen.

In Absprache mit der Steuerungsgruppe wird diese Analyse ausschließlich für die Berufe Krankenpfleger/in und Krankenpflegehelfer/in erstellt. Diese Entscheidung lässt sich dadurch erklären, dass sich die in Teil 4 vorgeschlagene Mobilitätsstrategie auf diese beiden Berufe konzentriert.

Dieser Teil ist wie folgt aufgebaut: Als erstes werden die Ausbildungen zum/zur Krankenpfleger/in und zum/zur Krankenpflegehelfer/in vorgestellt (vgl. Kapitel 3.1). Es folgt eine vergleichende Analyse der Berufsprofile des/der Krankenpflegers/in in Frankreich, Deutschland und der Schweiz. Der Vergleich wurde nicht für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in vorgenommen, da ihre Rolle in allen drei Ländern in Abhängigkeit von der des/der Krankenpflegers/in definiert wird (vgl. Kapitel 3.2). An dritter und letzter Stelle wird sich der Frage nach der grenzüberschreitenden Anerkennung von Berufsqualifikationen in den Gesundheitsberufen mit Fokus auf den Berufen des/der Krankenpflegers/in und des/der Krankenpflegehelfers/in gewidmet (vgl. Kapitel 3.3).

3.1 Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpfleger/in und Krankenpflegehelfer/in

Dieser Vergleich erfolgt in Form von zusammenfassenden Tabellen. Die Ergebnisse werden getrennt nach Berufen und nach Ländern dargestellt. Der vergleichende Charakter bleibt insofern erhalten, als in allen Tabellen die gleichen Kriterien verwendet werden. Ferner sind die Tabellen zweisprachig, damit der/die Leser/in stets auch den Begriff in der Originalsprache wiederfinden kann. In der Tat können länderspezifische Besonderheiten durch die Übersetzung verloren gehen.

Die Ergebnisse basieren sowohl auf einer Dokumentenanalyse (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Internetseiten der Ausbildungseinrichtungen etc.) als auch auf Fachgesprächen mit Schulen und den zuständigen Behörden in Deutschland und Frankreich. Was die Schweiz betrifft, ergaben sich keine Gesprächsmöglichkeiten. Dieser methodische Ansatz geht aus dem Wunsch hervor, sich nicht nur auf die eine theoretische Ebene, die gesetzlichen Regelungen, sondern auch auf eine praktische Ebene der Berufsausbildung zu stützen. So bestehen beispielsweise oft zahlreiche Zugangsmöglichkeiten zu den Ausbildungen: Durch die Fachgespräche konnte/-n das gängigste bzw. die gängigsten Bewerberprofil/-e ermittelt werden.

Als erstes werden die Ausbildungsprofile für den Beruf des/der Krankenpflegers/in (vgl. Abschnitt 3.1.1), dann die des/der Krankenpflegehelfers/in (vgl. Abschnitt 3.1.2) vorgestellt.

3.1.1 Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpfleger/in in Frankreich, Deutschland und der Schweiz

Infirmier (FRANCE)

Krankenpfleger/in (FRANKREICH)

	Version française/ Französische Version	Traduction en allemand/ Übersetzung ins Deutsche
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Infirmier	Krankenpfleger/in
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	La formation est réglementée au niveau national dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (durée, contenus, conditions d'accès, examens, etc.). <u>Contenus de la formation :</u> L'autorité compétente est le Ministère de la santé. Les contenus de la formation sont fixés de manière très précise dans l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009, qui constitue le référentiel de formation. Ce référentiel a été construit en lien étroit avec un « référentiel des activités » (annexe I de l'arrêté) et un « référentiel des compétences » (annexe II de l'arrêté).	Die Ausbildung wird auf nationaler Ebene in der Verordnung vom 31. Juli 2009 zum staatlichen Diplom Krankenpfleger/in reglementiert (Dauer, Inhalte, Zugangsvoraussetzungen, Prüfung etc.). <u>Ausbildungsinhalte:</u> Die zuständige Behörde ist das französische Gesundheitsministerium. Die Inhalte der Ausbildung werden sehr detailliert im Anhang III der Verordnung vom 31. Juli 2009 festgelegt (Rahmenlehrplan). Der Rahmenlehrplan wurde in enger Verbindung mit einem ‚Referenzrahmen der Tätigkeiten‘ (Anhang I der Verordnung) und einem ‚Referenzrahmen der Kompetenzen‘ (Anhang II der Verordnung) festgelegt.

	<u>Financement</u> : • en très grande partie : Région Alsace (étudiants en formation initiale) • autres acteurs (employeurs, Pôle Emploi) pour les étudiants en formation continue <u>Nombre de places de formation</u> : Quota national fixé par le ministère de la Santé et réparti par Région. La Région répartit ensuite par institut de formation. Le quota national est revu annuellement.	<u>Finanzierung</u>: • zum Großteil: Région Alsace (Studierende in der Erstausbildung) • andere Akteure für Studierende in der Weiterbildung (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit) <u>Anzahl der Ausbildungsplätze</u>: Das französische Gesundheitsministerium legt eine nationale Quote sowie die Verteilung zwischen den Regionen fest. Die Region verteilt die Plätze dann auf die Ausbildungseinrichtungen. Die nationale Quote wird jährlich neu bestimmt.
Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Cursus post-secondaire (post bac)	Postsekundärer Ausbildungsgang (nach dem Abitur)
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) L'Alsace compte dix IFSI. Tous sont rattachés à un hôpital ou groupe hospitalier. Tous les IFSI ont un statut public (et sont rattachés à un établissement hospitalier public), à une seule exception près (IFSI du groupe hospitalier Saint-Vincent de Strasbourg). Il n'y a cependant pas de différence notable entre un IFSI privé et un IFSI public.	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) Im Elsass gibt es zehn IFSI. Alle sind an ein Krankenhaus oder an einen Verbund von Krankenhäusern angebunden. Bis auf eine Ausnahme (IFSI des Krankenhausverbundes Saint-Vincent de Strasbourg) sind alle IFSI öffentlich (und an ein öffentliches Krankenhaus angebunden). Jedoch gibt es keinen bedeutsamen Unterschied zwischen einem privaten und einem öffentlichen IFSI.

	Liste des IFSI en Alsace (avec indication du nombre de places en 2014/2015). • IFSI de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord, à Brumath (61) • IFSI des Hôpitaux Civils de Colmar (140) • IFSI du pays d'Erstein (65) • IFSI du CH de Haguenau (60) • IFSI du CH de Mulhouse (155) • IFSI du CH de Rouffach (50) • IFSI du CH de Saverne (48) • IFSI du CH de Sélestat (47) • IFSI du CHRU de Strasbourg (176) • IFSI du Groupe Hospitalier Saint-Vincent à Strasbourg (96)	Liste der IFSI im Elsass (mit Angabe der Zahl der Ausbildungsplätze im Schuljahr 2014/2015). • IFSI de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord, à Brumath (61) • IFSI des Hôpitaux Civils de Colmar (140) • IFSI du pays d'Erstein (65) • IFSI du CH de Haguenau (60) • IFSI du CH de Mulhouse (155) • IFSI du CH de Rouffach (50) • IFSI du CH de Saverne (48) • IFSI du CH de Sélestat (47) • IFSI du CHRU de Strasbourg (176) • IFSI du Groupe Hospitalier Saint-Vincent à Strasbourg (96)
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	En règle générale (formation initiale) : baccalauréat (pas de spécialisation préalable dans le secondaire) Autres voies d'accès prévues à l'article 4 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (formation continue). Exemple le plus courant : titulaires d'un diplôme d'État (DE) d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture justifiant de trois années d'expérience. Ces deux publics représentent ensemble approximativement 20 % des promotions (dont une majorité d'aides-soignants).	Im der Regel (Erstausbildung): Abitur (keine vorherige Spezialisierung im Sekundarbereich) Weitere Zugangsmöglichkeiten: festgelegt in Artikel 4 der Verordnung vom 31. Juli 2009 zum staatlichen Diplom Krankenpfleger/in (Weiterbildung). Häufigster Fall: Bewerber/innen mit einem staatlichen Diplom Krankenpflegehelfer/in oder Kinderkrankenpflegehelfer/in mit dreijähriger Berufserfahrung. Diese beiden Zielgruppen machen zusammen etwa 20 % der Jahrgänge aus (darunter die Mehrheit diplomierte Krankenpflegehelfer/innen).

	L'âge minimum requis est 17 ans.	Das geforderte Mindestalter beträgt 17 Jahre.
Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	Cas général : pré-sélection sur dossier et sélection sur concours auprès de l'IFSI. Procédure d'admission simplifiée pour les candidats titulaires d'un DE d'aide-soignant ou d'auxiliaires de puériculture justifiant de trois années d'expériences Pour plus de précisions et pour les autres exceptions : cf. arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier Les modalités de recrutement sont identiques pour tous les IFSI.	In der Regel: Vorauswahl auf Basis der Bewerbungsunterlagen und Auswahlverfahren in Form eines ‚concours‘⁸³ am IFSI. Vereinfachtes Aufnahmeverfahren für die Bewerber/innen mit einem Abschluss als Krankenpflegehelfer/in oder als Kinderkrankenpflegehelfer/in mit dreijähriger Berufserfahrung. Für detailliertere Angaben und weitere Ausnahmen: vgl. Verordnung vom 31. Juli 2009 zum staatlichen Diplom Krankenpfleger/in Das Aufnahmeverfahren ist für alle IFSI dasselbe.
Durée de formation Ausbildungsdauer	3 ans (formation à temps plein) Pas de possibilité de formation à temps partiel ou en alternance.	3 Jahre (Vollzeitausbildung) Es besteht nicht die Möglichkeit einer Teilzeit- bzw. berufsbegleitenden Ausbildung.
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie/pratique)	4 200 heures • formation théorique à l'IFSI (2 100 h) • formation clinique = stages en établissements (2 100 h)	4.200 Stunden • theoretische Ausbildung am IFSI (2.100 Stunden) • klinische Ausbildung = Praktika in Gesundheitseinrichtungen (2.100 Stunden)

⁸³ Es handelt sich um eine mehrstufige, selektive Aufnahmeprüfung, die mündliche und schriftliche Tests beinhaltet.

Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	Certains étudiants (par ex. les titulaires d'un DE d'aide-soignant justifiant de trois années d'expériences) sont, sous certaines conditions, dispensés de certains modules d'enseignements ou stages.	Ein Teil der Studierenden (z. B. die Studierenden mit einem Abschluss als Krankenpflegehelfer/in mit einer dreijährigen Berufserfahrung) ist unter bestimmten Bedingungen von der Absolvierung bestimmter Lerneinheiten oder Praktika freigestellt.
Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	La formation comprend 60 semaines de stages obligatoires réparties sur les six semestres selon le schéma suivant : • cinq semaines au semestre 1 (stage de découverte) • dix semaines aux semestres 2, 3, 4 et 5 • 15 semaines au semestre 6 (sur deux lieux différents) Les étudiants doivent réaliser au moins un stage dans chacun des domaines suivants : • soins de courte durée • soins en santé mentale et en psychiatrie • soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation • soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie. Précisions sur la nature des stages : • Le stage du 1^{er} semestre est un stage de découverte où les étudiants sont souvent amenés à découvrir plusieurs types de soins.	Die Ausbildung beinhaltet Pflichtpraktika im Umfang von 60 Wochen, die nach dem folgenden Muster auf die sechs Semester verteilt sind: • fünf Wochen in Semester 1 („Schnupperpraktikum“) • zehn Wochen in den Semestern 2, 3, 4 und 5 • 15 Wochen in Semester 6 (zwei verschiedene Praktikumsorte) Die Studierenden müssen mindestens ein Praktikum in jedem der folgenden Bereiche absolvieren: • Kurzzeitpflege • Pflege in der Psychiatrie • Langzeitpflege und Rehabilitation • individuelle oder kollektive Pflege in Heimen Zusätzliche Angaben zu den Praktika: • Das Praktikum im ersten Semester ist ein Schnupperpraktikum, bei dem die Studierenden häufig mehrere Pflegearten kennenlernen sollen. • Die Studierenden absolvieren in der Regel zwei Praktika in der Kurzzeitpflege (das eine im Bereich

	• Les étudiants réalisent généralement deux stages de soins de courte durée (l'un en médecine, l'autre en chirurgie). • Généralement, le stage de dernière année se fait en fonction du projet professionnel de l'étudiant. • Pour les étudiants souhaitant réaliser un stage à l'étranger, ce dernier a lieu le plus souvent en fin de formation (dernier stage). Les terrains de stage sont trouvés par l'IFSI et attribués aux étudiants, en prenant en compte autant que faire se peut des objectifs, du parcours et de l'évolution des étudiants. En revanche, un étudiant souhaitant réaliser un stage à l'étranger devra le plus souvent trouver lui-même son terrain de stage (sauf dans le cas de partenariats de stages mis en place par l'IFSI), même s'il pourra être accompagné par l'établissement. Il n'y a pas d'obligation de réaliser les stages dans l'hôpital de rattachement. Dans les faits, les étudiants d'un IFSI rattachés à un grand hôpital y réalisent la majorité de leurs stages. L'IFSI est prioritaire sur les places de stages offertes par l'établissement de rattachement.	Allgemeine Medizin, das andere im Bereich Chirurgie). • In der Regel orientiert sich die Auswahl des Einsatzbereichs im letzten Jahr an den Berufsvorstellungen des Studierenden. • Die Studierenden, die ein Praktikum im Ausland absolvieren möchten, tun dies meistens gegen Ende ihrer Ausbildung (letztes Praktikum). Die Praktikumsorte werden vom IFSI ausfindig gemacht und an die Studierenden vermittelt. Dabei werden soweit möglich die Ziele, die Laufbahn und die Entwicklung der Studierenden berücksichtigt. Jedoch muss ein/e Studierende/r, der/die ein Praktikum im Ausland absolvieren möchte, seinen/ihren Praktikumsplatz selber finden (außer wenn Partnerschaften für Praktika bestehen), auch wenn er/sie von der Einrichtung begleitet werden kann. Die Studierenden sind nicht dazu verpflichtet, die Praktika in dem Krankenhaus, an das das IFSI angebunden ist, zu absolvieren. In der Realität absolvieren die Studierenden eines IFSI, das an ein größeres Krankenhaus angebunden ist, jedoch den Großteil ihrer Praktika in diesem. Das IFSI bemüht sich prioritär darum, die Praktikumsplätze des Krankenhauses, an das es angebunden ist, zu besetzen.
--	---	--

Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Non	Nein
Frais d'inscription et frais de scolarité Studiengebühren	Frais d'inscription : 180 € / année (+90 € pour le concours) Le coût de la formation est évalué à 6 000 € par an par étudiant. Ils sont pris en charge par la Région pour les étudiants en formation initiale, et par d'autres structures (employeur, Pôle Emploi) pour les autres étudiants.	Einschreibegebühren: 180 €/Jahr (+90 € für den ,concours') Die Ausbildungskosten liegen bei 6.000 € pro Jahr pro Studierendem. Sie werden für Studierende in der Erstausbildung von der Region und für die anderen Studierenden von anderen Einrichtungen getragen (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit).
Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	Les stages ne sont pas rémunérés mais indemnisés par l'établissement : • 23 € / semaine en 1^{ère} année • 30 € / semaine en 2^{ème} année • 40 € / semaine en 3^{ème} année. En revanche, les stages à l'étranger ne sont en général pas indemnisés	Die Praktika werden nicht vergütet. Die Studierenden erhalten allerdings eine Praktikumsentschädigung von der Gesundheitseinrichtung: • 23 €/Woche im ersten Jahr • 30 €/Woche im zweiten Jahr • 40 €/Woche im dritten Jahr Für Praktika im Ausland gibt es jedoch in der Regel keine Aufwandsentschädigung.
Examens	Études sur la base du système ECTS	Auf dem ECT-System basierendes Studium

Prüfungen	Les candidats ayant acquis l'ensemble des connaissances et des compétences requises, soit les 180 crédits européens, sont déclarés reçus au diplôme d'Etat d'infirmier.	Die Studierenden, die die Gesamtheit der erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen und somit 180 CPs erworben haben, erhalten das Staatliche Diplom Krankenpfleger/in.
Diplôme Abschluss	Diplôme d'Etat (DE) d'infirmier	Staatliches Diplom Krankenpfleger/in
Salaire brut de base Bruttogehalt	1 500-1 600 € / mois (secteur public)	1.500-1.600 €/Monat (im öffentlichen Sektor)
Tendances / En cours de réflexion Zukunftstrends	Processus d'universitarisation qui s'est traduit par la reconnaissance récente du diplôme d'Etat d'infirmier au grade de licence. Cette dynamique pourrait se poursuivre avec la mise en place de masters.	Akademisierungsprozess, der sich darin niederschlägt, dass das Staatliche Diplom Krankenpfleger/in seit Kurzem als Bachelor-Abschluss anerkannt wird. Diese Tendenz könnte in der Einführung von Master-Studiengängen ihre Fortsetzung finden.
Pour aller plus loin Weitere Informationen	Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (intégré dans le code de la santé publique) et ses annexes : • annexe I : Référentiel des activités • annexe II : Référentiel des compétences • annexe III : Référentiel de formation	Verordnung vom 31. Juli 2009 zum Staatlichen Diplom Krankenpfleger/in (Teil des Gesetzbuches zum öffentlichen Gesundheitswesen) und Anhänge: • Anhang I: Referenzrahmen der Tätigkeiten • Anhang II: Referenzrahmen der Kompetenzen • Anhang III: Rahmenlehrplan

Gesundheits- und Krankenpfleger/in (DEUTSCHLAND)

Infirmier (ALLEMAGNE)

	Deutsche Version/Version allemande	Übersetzung ins Französische/Traduction en français
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Infirmier
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	Die Ausbildung wird: • auf Bundesebene durch das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) (Dauer, Zugangsvoraussetzungen, Prüfung etc.) • sowie auf Landesebene (Rahmenlehrpläne) gesetzlich geregelt. <u>Ausbildungsinhalte:</u> Der Bund legt Mindestanforderungen bezüglich der Ausbildungsinhalte fest. Siehe insbesondere die in der Anlage 1 der KrPflAPrV festgelegten Themenbereiche.	La formation est réglementée : • au niveau fédéral dans la loi sur le métier d'infirmier (KrPflG) et l'ordonnance relative à la formation et aux modalités d'examen pour le métier d'infirmier (KrPflAPrV) (durée, conditions d'accès, examens, etc.) • ainsi qu'au niveau des Länder (référentiels de formation). <u>Contenus de la formation :</u> L'État fédéral fixe des exigences minimales sur le contenu de la formation. Voir en particulier la liste des champs thématiques dans l'annexe 1 de la KrPflAPrV.

	Näheres wird von den Ländern in Rahmenlehrplänen festgelegt: • Rheinland-Pfalz: Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz • Baden-Württemberg: Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Die zuständigen Ministerien sind: • in Rheinland-Pfalz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit • in Baden-Württemberg: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren <u>Finanzierung:</u> Die Finanzierung erfolgt seit 2006 über Ausgleichsfonds der Länder. Diese Fonds werden durch Zahlungen aller Krankenhäuser – auch durch die nicht ausbildenden Krankenhäuser – gespeist, die jeweils einen Zuschlag auf die Entgelte je teil- und vollstationärem Fall berechnen. Aus den Fonds der Länder, die von den Landeskrankenhausgesellschaften verwaltet werden, fließen die Gelder	Au-delà, les contenus de la formation sont définis dans des référentiels de formation (Rahmenlehrpläne) établis au niveau des Länder : • Rhénanie-Palatinat : Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland – Pfalz • Bade-Wurtemberg : Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege Les ministères compétents sont : • en Rhénanie-Palatinat : le Ministère du Travail, des Affaires Sociales, de la Famille et de la Santé • en Bade-Wurtemberg : le Ministère du Travail, de l'Ordre social, de la Famille, des Femmes et des Séniors <u>Financement :</u> Depuis 2006, le financement repose sur un fonds de compensation. Ce fonds est alimenté par les hôpitaux (y compris par ceux qui ne portent pas de formation), l'alimentation du fonds étant prise en compte dans la tarification des soins. Le fonds est géré par la Landeskrankenhausgesellschaft qui reverse les sommes aux établissements de santé porteurs d'une formation. Le budget formation attribué à chaque
--	--	--

	wiederum nach festgelegten Regeln an die Ausbildungsstätten. Das krankenhausindividuelle Ausbildungsbudget soll dabei grundsätzlich die Ausbildungskosten der ausbildenden Krankenhäuser decken, insbesondere die Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung. <u>Anzahl der Ausbildungsplätze:</u> Die Anzahl der Ausbildungsplätze ist vom krankenhausindividuellen Ausbildungsbudget abhängig, das vor Ort zwischen den ausbildenden Krankenhäusern und den örtlichen Krankenkassen verhandelt wird.	hôpital doit couvrir tous les coûts de la formation, y compris la rémunération des personnes en formation et les coûts annexes qui incombent aux hôpitaux du fait de leur mission de formation. <u>Nombre de places de formation :</u> Le nombre de places de formation est dépendant du budget formation attribué à chaque hôpital, lequel est négocié entre les hôpitaux porteurs d'une formation et les caisses d'assurance maladie locales.
Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Ausbildungsgang der Sekundarstufe II	Cursus du secondaire (deuxième cycle)
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	Staatlich anerkannte Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern oder die mit Krankenhäusern verbunden sind Die Schulen können entweder öffentlich, privat oder freigemeinnützlich sein. Es bestehen aber keine relevanten Unterschiede zwischen den drei Modellen.	Écoles d'infirmiers reconnues par les autorités étatiques et rattachées à des hôpitaux. Les écoles peuvent être de statut public, privé ou caritatif. Il n'existe cependant pas de différence importante entre ces trois modèles.

	In Baden gibt es 17 Gesundheits- und Krankenpflegeschulen: • Schule für Pflegeberufe der Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH (Kreiskrankenhäuser Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim) • Schule für Pflegefachberufe Klinikum Mittelbaden gGmbH • Ökumenisches Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH Offenburg • Pflegeschule der Kliniken des Landkreises Karlsruhe an der Rechbergklinik Bretten • Berta-Renner-Schule – Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der evangelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr • Schule für Pflegeberufe Klinikum Karlsruhe gGmbH • Krankenpflegeschule der St. Vincentius-Kliniken gAG • Gesundheits- und Krankenpflegeschule Klinikum Karlsbad • Fachschule für Pflege Spital Bad Säckingen • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Landkreis Emmendingen • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg	On recense 17 écoles d'infirmiers dans le pays de Bade : • Schule für Pflegeberufe der Kliniken des Landkreises de Lörrach GmbH (Kreiskrankenhäuser Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim) • Schule für Pflegefachberufe Klinikum Mittelbaden gGmbH • Ökumenisches Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH Offenburg • Pflegeschule der Kliniken des Landkreises Karlsruhe an der Rechbergklinik Bretten • Berta-Renner-Schule – Schule für Gesundheits- und Krankenpflege der evangelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr • Schule für Pflegeberufe Klinikum Karlsruhe gGmbH • Krankenpflegeschule der St. Vincentius-Kliniken gAG • Gesundheits- und Krankenpflegeschule Klinikum Karlsbad • Fachschule für Pflege Spital Bad Säckingen • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Landkreis Emmendingen • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Evangelisches Diakoniekrankenhaus Freiburg • Die staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im RKK Klinikum
--	---	---

	• Die staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im RKK Klinikum gGmbH (Standorte Loretto-Krankenhaus und St. Josefskrankenhaus) • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Universitätsklinikum Freiburg • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Achern • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Lahr • Bildungshaus Pflege Gesundheits- und Krankenpflegeschule Theresienklinik Bad Krozingen In der Südpfalz gibt es drei Gesundheits- und Krankenpflegeschulen: • Nardini-Pflegeschule für Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege am Vinzentius-Krankenhaus Landau • Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Südpfälzischen Zentrum für Pflegeberufe (Kooperationseinrichtung des Pfalzkrankums für Psychiatrie und Neurologie, Klingenmünster und des Klinikums Landau – Südliche Weinstraße GmbH)	gGmbH (Standorte Loretto-Krankenhaus und St. Josefskrankenhaus) • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Universitätsklinikum Freiburg • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Achern • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Lahr • Bildungshaus Pflege Gesundheits- und Krankenpflegeschule Theresienklinik Bad Krozingen On recense trois écoles d'infirmiers dans le Palatinat Sud-est : • Nardini-Pflegeschule für Gesundheits- u. (Kinder)Krankenpflege am Vinzentius-Krankenhaus Landau • Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Südpfälzischen Zentrum für Pflegeberufe (Kooperationseinrichtung des Pfalzkrankums für Psychiatrie und Neurologie (AdöR), Klingenmünster und des Klinikums Landau – Südliche Weinstraße GmbH)
--	---	--

	• Gesundheits- und Krankenpflegeschule Dernbach – Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach	• Gesundheits- und Krankenpflegeschule Dernbach – Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	[siehe Schema im Anhang 2] Die Zulassung ist mit verschiedenen Abschlüssen der Sekundarstufe I möglich: • Realschulabschluss oder eine andere gleichwertige abgeschlossene Schulbildung • erfolgreicher Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung • Hauptschulabschluss & erfolgreich abgeschlossene zweijährige Berufsausbildung • Hauptschulabschluss & abgeschlossene einjährige Ausbildung als Krankenpflegehelfer/in oder Altenpflegehelfer/in Die Mehrheit der zugelassenen Kandidaten/innen hat einen Realschulabschluss.	[cf. schéma en annexe 2] L'accès à la formation est possible avec plusieurs diplômes du 1^{er} cycle du secondaire : • Realschulabschluss⁸⁴ ou un autre diplôme de même valeur • diplôme venant sanctionner une autre formation généraliste de dix ans (primaire & secondaire), par ex. Abitur • Hauptschulabschluss⁸⁵ & deux années de formation professionnelle • Hauptschulabschluss & formation d'aide-soignant ou d'aide-soignant spécialisé en gériatrie (sur un an) La majorité des candidats admis ont le Realschulabschluss.

⁸⁴ Diplôme obtenu à la fin de la Realschule, qui correspond à un enseignement du 1^{er} cycle du secondaire orienté vers une formation professionnelle (et plus étendu que l'enseignement délivré en Hauptschule). Il vient sanctionner une formation de dix ans en primaire et secondaire.

⁸⁵ Diplôme obtenu à la fin de la Hauptschule, qui correspond à un enseignement du 1^{er} cycle du secondaire orienté vers une formation professionnelle (et moins étendu que l'enseignement délivré en Realschule). Il vient sanctionner une formation de neuf ans en primaire et secondaire.

Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	Die Ausgestaltung des Auswahlverfahrens ist relativ offen und wird vom Träger der Ausbildung festgelegt. In der Regel wird die Auswahl auf Basis von Bewerbungsunterlagen und Eignungstests (Bewerbungsgespräch, schriftlicher Test etc.) durch die ausbildende Schule getroffen. Beispiele: • Schule für Pflegeberufe Klinikum Karlsruhe gGmbH: Auswahlverfahren mit Einzelgespräch, Gruppendiskussion und Kreativaufgabe • Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Universitätsklinikum Freiburg: Auswahlverfahren mit Einzelgespräch und Aufgabe in Kleingruppe	Les modalités sont définies relativement librement par l'établissement de santé porteur de la formation. En général la sélection se fait sur dossier et vérification d'aptitude (entretien, tests écrits, etc.) par l'école de formation. Exemples : • école de soins de la Klinikum Karlsruhe gGmbH : procédure d'admission incluant un entretien, une discussion en groupe et des exercices créatifs • école d'infirmier de la Universitätsklinikum Freiburg : Procédure d'admission incluant un entretien et des exercices en petits groupes
Durée de formation Ausbildungsdauer	3 Jahre (Vollzeit) Max. 5 Jahre (Teilzeit)	3 ans (à temps plein) Max. 5 ans (à temps partiel)
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie / pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen)	Die Ausbildung setzt sich aus theoretischem und praktischem Unterricht an der Schule und einem praktischen Ausbildungsteil zusammen: 4.600 Stunden (Minimum) • theoretischer und praktischer Unterricht an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule: 2.100 Stunden	La formation est composée de cours à l'école et d'une formation pratique : 4 600 heures (minimum) • cours à l'école d'infirmiers : 2 100 h • formation pratique en établissement de santé : 2 500 h

und -verteilung Theorie/Praxis)	• praktische Ausbildung in den Gesundheitseinrichtungen: 2.500 Stunden	Les cours en école d'infirmiers comprennent des cours théoriques et des cours pratiques.
Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zur praktischen Ausbildung	Der/die Auszubildende begibt sich in ein Anstellungsverhältnis, indem er/sie einen Ausbildungsvertrag mit dem Träger der Ausbildung (d. h. dem Krankenhaus, an das die Schule angebunden ist) abschließt. Die Schule trägt die Verantwortung für die Koordination und Organisation der gesamten Ausbildung (u. a. Auswahl der Einsatzbereiche der Auszubildenden). Laut KrPflAPrV (Anhang 1) müssen die Auszubildenden die praktische Ausbildung in folgenden Fachbereichen absolvieren: • in der stationären Versorgung: innere Medizin, Geriatrie, Neurologie, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Wochen- und Neugeborenenpflege und Psychiatrie (min. 1.500 Stunden) • in der ambulanten Versorgung: in präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Gebieten (min. 500 Stunden) 500 Stunden werden frei verteilt.	L'apprenant signe un contrat salarial avec l'hôpital de rattachement. L'école est compétente pour l'organisation et la coordination de la formation (notamment le choix des terrains de stage). Selon l'annexe 1 de l'ordonnance fédérale relative aux examens et à la formation d'infirmier (KrPflAPrV), la formation pratique doit couvrir chacun des domaines suivants : • en soins stationnaires : médecine interne, gériatrie, neurologie, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, soins aux nouveaux-nés et psychiatrie (minimum 1 500 heures) • en soins ambulatoires : dans les domaines des soins préventifs, curatifs et palliatifs (minimum 500 heures) 500 heures sont réparties librement.

	Der Spielraum der Schulen bezüglich der konkreten Ausgestaltung der praktischen Einsätze hängt von den Rahmenlehrplänen in den jeweiligen Ländern ab. Beispiel Rheinland-Pfalz: Der Rahmenlehrplan gibt wenige Anweisungen. Er beinhaltet im Wesentlichen folgende Bestimmungen: • Die Auszubildenden müssen bei der praktischen Ausbildung alle Pflegeschwerpunkte der KrPflAPrV abdecken. • Die Auswahl der Einsatzbereiche orientiert sich an diesen Pflegeschwerpunkten und nicht an bestimmten Einrichtungen/Abteilungen/Stationen. • Die Einsatzdauer pro praktischem Einsatz sollte in der Regel vier Wochen nicht überschreiten. Soweit möglich findet die praktische Ausbildung beim Träger der Ausbildung statt. Bei den Einsatzbereichen, die vom Träger der Ausbildung nicht angeboten werden, erfolgt die praktische Ausbildung in anderen Gesundheitseinrichtungen.	Les marges de manœuvre de l'école quant à l'organisation concrète de la formation pratique varient selon les référentiels de formation des Länder. Exemple du Land de Rhénanie-Palatinat : le référentiel de formation fixe peu de contraintes. Il comporte en particulier les dispositions suivantes : • La formation pratique doit permettre de couvrir l'ensemble des champs thématiques listés dans l'ordonnance fédérale relative aux examens et à la formation d'infirmier (cf.rubrique « aller plus loin »). • Le choix des terrains se fait sur la base de ces champs thématiques et non en fonction de la nature de l'établissement ou du service. • La durée des « stages » ne doit, en règle générale, pas excéder quatre semaines. La formation pratique est, autant que possible, effectuée dans l'hôpital de rattachement. Pour les compétences qui ne peuvent être validées dans cet établissement, les apprenants effectuent leur formation pratique dans d'autres établissements de santé.
--	--	--

Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Nein	Non
Frais d'inscription et frais de scolarité Schulgeld	Für die Ausbildung wird kein Schulgeld erhoben.	Pas de frais de scolarité.
Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	Die Ausbildungsvergütung für Auszubildende im Öffentlichen Dienst ist tariflich geregelt und beträgt mindestens: • im ersten Ausbildungsjahr: 976 € • im zweiten Ausbildungsjahr: 1.017 € • im dritten Ausbildungsjahr: 1.118 €	La rémunération de la formation pratique est, pour le service public, fixée dans une convention collective et s'élève à minimum : • en première année : 976 € • en deuxième année : 1 017 € • en troisième année : 1 118 €
Examens Prüfungen	Staatliche Prüfung zum Gesundheits- und Krankenpfleger Schriftlicher Teil – Mündlicher Teil – Praktischer Teil	Examen du diplôme d'État Partie écrite – partie pratique – partie orale
Diplôme Abschluss	Staatlich anerkannte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Staatlich anerkannte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in (Diplôme d'infirmier reconnu par les autorités étatiques)
Salaire brut de base	2.100-2.200 €/Monat (im öffentlichen Sektor)	2 100-2 200 € / mois (secteur public)

Bruttogehalt		
Tendances / En cours de réflexion Zukunftstrends	Seit 2012 wird angestrebt, die Altenpflegeausbildung, die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeausbildung zusammenzuführen. Noch ist das Gesetz allerdings in der Planungsphase – Finanzierungsfragen und Fragen der Trägerschaft sind noch offen. Ein Beispiel für eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule, die bereits eine generalistische Ausbildung eingeführt hat, ist das Bildungshaus Pflege Gesundheits- und Krankenpflegeschule Theresienklinik Bad Krozingen: http://www.bildungshauspflege.de/ Ein Beispiel für eine Gesundheits- und Krankenpflegeschule, die eine integrierte Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegeausbildung anbietet, ist das Ökumenische Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH Offenburg: http://www.pflegeausbildung-og.de/35-jaehrige-integrierte-gesundheits-und-krankenpflege-sowie-altenpflegeausbildung-ipa In bestimmten Hochschulen werden Bachelor-Studiengänge in Pflege bzw. angewandten Gesundheitswissenschaften angeboten. Das	Il est envisagé depuis 2012 de fusionner les formations d'infirmier, d'infirmier spécialisé en gériatrie et d'infirmier spécialisé en puériculture en une formation généraliste. La loi en est encore au stade de planification – des questions de financement et de responsabilité restent à clarifier. Un exemple pour une école d'infirmier ayant déjà introduit une formation généraliste est le Bildungshaus Pflege Gesundheits- und Krankenpflegeschule Theresienklinik Bad Krozingen : http://www.bildungshauspflege.de/ Un exemple pour une école d'infirmier proposant une formation intégrée Infirmier et Infirmier spécialisé en gériatrie, est le Ökumenische Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH Offenburg : http://www.pflegeausbildung-og.de/35-jaehrige-integrierte-gesundheits-und-krankenpflege-sowie-altenpflegeausbildung-ipa Certaines Hochschulen proposent des cursus de licence en soins. Dans le Rhin supérieur, seule la Katholische Hochschule Freiburg propose ce cursus.

	Bachelor-Studium wird am Oberrhein nur von der Katholischen Hochschule Freiburg angeboten. Dies ist jedoch eine neue Entwicklung; die Anzahl der Ausbildungsplätze bleibt noch gering. Dabei handelt es sich meistens um ‚duale‘ Angebote, die eine staatlich anerkannte Berufsausbildung mit einem Hochschulstudium koppeln. Die Studierenden erhalten damit zwei Abschlüsse: Staatlich anerkannte Gesundheitspflege und Bachelor of Arts. Die Dauer der dualen Ausbildungen beträgt in der Regel vier bis 4,5 Jahre. Das Bachelor-Diplom gibt aktuell kein Anspruch auf ein höheres Gehalt oder erweiterte Verantwortungen. In diesem Sinne kann es als eine ‚Investition in die Zukunft‘ betrachtet werden.	La mise en place de tels cursus correspond à une évolution récente ; le nombre de places de formation reste réduit à l'heure actuelle. Il s'agit le plus souvent d'offres de formation « duales » intégrant formation classique en école d'infirmier et formation universitaire en Hochschule. Les étudiants obtiennent ainsi deux diplômes : diplôme d'infirmier reconnu par les autorités étatiques et Bachelor of Arts. La durée de ces formations intégrées est en règle générale de quatre ans ou 4,5 ans. A l'heure actuelle, le Bachelor ne donne pas droit à un salaire ou à des responsabilités plus élevés. Il peut donc être considéré comme un « investissement pour le futur ».
Sources / Pour aller plus loin Quellen/Weitere Informationen	<u>Auf Bundesebene:</u> Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). [bezüglich der Finanzierung der Ausbildung] Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze Krankenhausfinanzierungsgesetz (siehe insbesondere § 2 Nummer 1a und § 17 a).	<u>Au niveau fédéral :</u> Loi sur le métier d'infirmier. Ordonnance relative à la formation et aux modalités d'examen pour le métier d'infirmier. [Concernant le financement de la formation] Loi sur le financement des hôpitaux (voir en particulier §2 n°1a et § 17 a)

	<u>Auf Landesebene:</u> Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz. Papier zur Lehrplanentwicklung und Lehrplanimplementierung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege am Beispiel des Landes Baden-Württemberg.	<u>Au niveau des Länder :</u> Référentiel de formation du Land Rhénanie-Palatinat. Papier relatif au développement du référentiel de formation dans le Land de Bade-Wurtemberg, intitulé « Lehrplanentwicklung und Lehrplanimplementierung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege – das Beispiel Baden-Württemberg ».
--	--	---

Pflegefachmann/frau HF (SCHWEIZ)

Infirmier ES (SUISSE)

	Deutsche Version/Version allemande	Version française/französische Version
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Dipl. Pflegefachmann/frau HF Krankenpfleger/in, der/die seine Ausbildung an einer Höheren Fachschule (HF) absolviert. [siehe Anhang 2]	Infirmier diplômé ES C'est-à-dire infirmier ayant obtenu son diplôme dans une École Supérieure (ES) [cf. Annexe 2]
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	Die Ausbildung wird im bundesweiten ‚Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zum diplomierten Pflegefachmann HF/zur diplomierten Pflegefachfrau HF‘ reglementiert. Der Rahmenlehrplan wird von OdASanté (Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit) und der Schweizerischen Konferenz Pflegebildungen im Tertiärbereich (SKP) entwickelt und erlassen und wird vom Bund genehmigt. Er wird unter Berücksichtigung der vom Bund festgelegten Mindestanforderungen (Verordnung über die Berufsbildung und Verordnung über die Bildungsgänge der Höheren Fachschulen) entworfen.	La formation est réglementée pour l'ensemble de la Suisse dans le « Plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures – Soins infirmiers », élaboré par OdA Santé (Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé) et la Conférence Suisse des formations en soins infirmiers de niveau tertiaire (CSFI). Ce plan d'études-cadres est élaboré dans le respect des exigences minimales définies par l'État fédéral (ordonnance sur la formation professionnelle et ordonnance relative aux formations des écoles supérieures) et approuvé par ce dernier.
Positionnement dans le système de formation	Postsekundärer Ausbildungsgang auf der Tertiärstufe B (höhere Berufsbildung) [Siehe Anhang 2]	Cursus post-secondaire, relevant du secteur « Tertiaire B » (formation professionnelle supérieure) [cf. annexe 2]

Positionierung im Ausbildungssystem		
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	In der Nordwestschweiz bieten folgende Höhere Fachschulen den Ausbildungsgang an: • das Bildungszentrum Gesundheit (BZG) Basel-Stadt • die Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales (HFGS) Aarau (Kanton Aarau) • das Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BZ – GS) Trimbach (Kanton Solothurn) Diese Schulen sind nicht an eine klinische Einrichtung gebunden. Das BZG Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt gehört organisatorisch zum Erziehungsdepartement Basel-Stadt. Es wird gemeinsam von den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Rahmen eines Staatsvertrags finanziert.	En Suisse du Nord-Ouest, les Ecoles supérieures proposant des formations « infirmiers ES » sont : • le Bildungszentrum Gesundheit (BZG) de Bâle-Ville • la Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales (HFGS) Aarau (canton d'Argovie) • le Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BZ – GS) de Trimbach (canton de Soleure) Ces écoles ne sont pas rattachées à un établissement hospitalier. Le BZG relève directement du Département de l'éducation (Erziehungsdepartement) du canton de Bâle-Ville. Il est financé conjointement par les cantons de Bâle-Ville et Bâle-campagne.
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	Häufigster Fall: Bewerber/innen mit einem Eidgenössischen Fähigkeitszeugnis, EFZ (Abschluss einer beruflichen Grundbildung – Berufslehre – von mind. drei Jahren) im Bereich Gesundheit [Siehe Anhang 2]	Cas le plus courant : titulaires d'un certificat fédéral de capacité, CFC (diplôme venant sanctionner une formation professionnelle de base – en apprentissage – de minimum trois ans) en lien avec la santé [cf. annexe 2]

	Grundsätzlich ist der Zugang mit allen Abschlüssen der Sekundarstufe II, mit oder ohne Matura, mit oder ohne Bezug zum Gesundheitsbereich, möglich. Im Unterschied zur Ausbildung zum Dipl. Pflegefachmann/frau FH, die von den Fachhochschulen angeboten wird, ist die Matura nicht erforderlich.	Fundamentalement : accès possible pour tous les titulaires d'un diplôme du secondaire, avec ou sans <i>maturité</i>, avec ou sans spécialisation dans le domaine de la santé. À la différence de la formation « Infirmier HES » proposé dans les Hautes Écoles spécialisées, la <i>maturité</i> n'est pas exigée.
Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	In der Regel wird die Auswahl auf Basis von Bewerbungsunterlagen und Eignungstest (z. B. Gespräch & zweitägiges Praktikum) getroffen. Die Ausgestaltung des Auswahlverfahrens ist relativ offen und wird vom Träger der Ausbildung definiert. Sie unterscheidet sich je nach Einrichtung und Bewerberprofil. <u>Beispiel BZG Basel-Stadt:</u> https://www.bzgbs.ch/media/uploads/shared/_pdf/BZG_Detailbroschuere_PFLEGE_2014.pdf (Seite 6) <u>Beispiel HFGS Aarau:</u> http://www.hfgs.ch/index.php/pflege/eignungsabklaerung	Sélection sur dossier et Test d'aptitude (par ex. entretien & stage de deux jours) Les modalités sont définies relativement librement par le prestataire de la formation. Elles varient en fonction de l'établissement et en fonction du profil du candidat <u>Exemple BZG Basel-Stadt :</u> https://www.bzgbs.ch/media/uploads/shared/_pdf/BZG_Detailbroschuere_PFLEGE_2014.pdf (page 6) <u>Exemple HFGS Aarau :</u> http://www.hfgs.ch/index.php/pflege/eignungsabklaerung
Durée de formation	3 Jahre für eine Ausbildung in Vollzeit	3 ans pour une formation à temps plein

Ausbildungsdauer	4 Jahre für eine Ausbildung in Teilzeit (z. B. vom BZG Basel-Stadt angeboten) 2 Jahre für Bewerber/innen mit dem Abschluss Fachmann/frau Gesundheit EFZ (= Berücksichtigung der bereits erworbenen Qualifikationen)	4 ans pour une formation à temps partiel (proposé par le BZG Bâle-Ville) 2 ans pour les titulaires du CFC capacité « assistant en soins et santé communautaire » (= reconnaissance des qualifications acquises préalablement)
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie / pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	5.400 Stunden, die sich auf drei Lernbereiche verteilen: • Lernbereich ‚Schule‘ (Theorie): 40 % - 2.160 Stunden • Lernbereich ‚Praxis‘ (Praktika): 40 % - 2.160 Stunden • Lernbereich ‚Training & Transfer‘: 20 % - 1.080 Stunden Der Lernbereich ‚Training & Transfer‘ zielt u. a. darauf ab, Theorie und Praxis miteinander zu verknüpfen. Die Lerneinheiten finden zu 10 % in der Gesundheitseinrichtung und zu 10 % in der Schule statt.	5 400 heures réparties sur trois domaines de formation : • domaine de formation « école » (théorie) : 40 % - 2 160 heures • domaine de formation « pratique professionnelle » (stages) : 40 % - 2 160 heures • domaine de formation « Training & Transfer » : 20 % - 1 080 heures. Les modules « Training & Transfer » visent en particulier à faire le lien entre formation théorique et formation pratique. Ils ont lieu pour 10 % en établissement de santé et pour 10 % à l'École.
Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	Die Ausbildung beinhaltet Pflichtpraktika im Umfang von 72 Wochen. Die konkrete Ausgestaltung der Praktika variiert je nach Einrichtung:	La formation comprend 72 semaines de stages obligatoires. L'organisation des périodes de stages est variable d'un établissement à l'autre :

	<u>Beispiel HFGS Aarau:</u> Für die Ausbildung in drei Jahren regelmäßiger Wechsel zwischen einem Semester in der Schule und einem Praxissemester (dadurch insgesamt drei Praktikumsphasen) https://www.bzgbs.ch/media/uploads/shared/_pdf/BZG_Detailbroschuere_PFLEGE_2014.pdf (Seite 8) <u>Beispiel BZG Basel-Stadt:</u> Für die Ausbildung in drei Jahren Wechsel zwischen sieben Ausbildungsphasen und sechs Praktikumsphasen (von unterschiedlicher Dauer) https://www.bzgbs.ch/media/uploads/shared/_pdf/BZG_Detailbroschuere_PFLEGE_2014.pdf (Seite 8) Im Rahmen der Praktika müssen mindestens drei der fünf Arbeitsfelder der Pflege abgedeckt werden: • Pflege und Betreuung von Menschen mit Langzeiterkrankungen • Pflege und Betreuung von Kindern, Jugendlichen, Familien und Frauen • Pflege und Betreuung psychisch erkrankter Menschen • Pflege und Betreuung von Menschen in Rehabilitation • Pflege und Betreuung somatisch erkrankter Menschen	<u>Exemple HFGS Aarau :</u> Pour le cursus en trois ans, alternance chaque année entre un semestre de formation théorique et un semestre de stage (donc un total de trois périodes de stages) http://www.hfgs.ch/images/Pflege/Ausbildungsablauf_2012_3_Jahre.pdf <u>Exemple BZG Bâle-Ville :</u> Pour le cursus en trois ans, alternance de sept périodes de formation théorique et six périodes de stage (de durée variable) https://www.bzgbs.ch/media/uploads/shared/_pdf/BZG_Detailbroschuere_PFLEGE_2014.pdf (page 8) Les stages doivent couvrir au moins trois des cinq champs professionnels de soins suivants : • soins et prise en charge de personnes souffrant de maladies chroniques • soins et prise en charge d'enfants, d'adolescents, de familles et de femmes • soins et prise en charge de personnes souffrant de maladies psychiques • soins et prise en charge de personnes en réadaptation • soins et prise en charge de personnes souffrant de maladies somatiques
--	---	--

	• Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause Es ist jedoch möglich, sich vertieft in einem Arbeitsfeld der Pflege ausbilden zu lassen, indem bis zu zwei Drittel der praktischen Ausbildung in identischen oder ähnlichen Arbeitsfeldern der Pflege absolviert werden. Während der praktischen Ausbildung müssen berufliche Erfahrungen im gesamten Spektrum des Pflegekontinuums (Gesundheitsförderung und -förderung, Prävention, akute Erkrankungen, Rekonvaleszenz und Rehabilitation, Langzeitpflege, palliative Betreuung) erworben werden. Die Studierenden sind in einem Anstellungsverhältnis, das je nach Schule jedoch unterschiedlich organisiert wird: <u>Beispiel BZG Basel-Stadt:</u> Die Studierenden unterzeichnen einen Ausbildungsvertrag mit der Gesundheitseinrichtung, in der sie alle oder einen Großteil ihrer Praktika absolvieren (= Anstellungsbetrieb). Es besteht die Möglichkeit, ein Praktikum in einer anderen Einrichtung zu absolvieren.	• Soins et prise en charge de personnes à domicile Il est toutefois possible de se former plus en profondeur dans un champ professionnel donné, en réalisant jusqu'à deux tiers de la formation pratique dans des champs professionnels identiques ou similaires. Pendant la formation pratique, les expériences professionnelles doivent couvrir l'ensemble du continuum des soins (Maintien et promotion de la santé, prévention : maladies aiguës ; convalescence et réadaptation ; soins longue durée ; soins palliatifs et accompagnement). Les étudiants ont un contrat salarial, avec cependant des modes d'organisation différents selon les écoles. <u>Exemple du BZG Bâle-Ville :</u> Les étudiants signent leur contrat salarial avec un établissement de santé dans lequel ils réalisent la totalité ou la quasi-totalité de leurs stages (possibilité de réaliser un stage dans un autre établissement).
--	--	---

	<u>Beispiel HFGS Aarau:</u> Die Studierenden schließen einen Vertrag entweder mit einer Gesundheitseinrichtung (in der sie alle oder den Großteil ihrer Praktika absolvieren) oder mit der HFGS (Praktika werden in diesem Fall in mehreren Einrichtungen absolviert) ab.	<u>Exemple de la HFGS Aarau :</u> Les étudiants contractualisent soit avec un établissement de santé (dans lequel ils réalisent alors la totalité ou quasi-totalité de leurs stages), soit avec la HFGS (stages réalisés alors dans plusieurs établissements).
Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Es besteht die Möglichkeit, sich in einem Arbeitsfeld zu spezialisieren. Die diesbezüglichen Möglichkeiten variieren je nach Schule. • <u>Beispiel BZG Basel-Stadt:</u> Im dritten Ausbildungsjahr wählen die Studierenden Ausbildungseinheiten aus einem individuell gewählten Arbeitsfeld, in dem sie ihr spezifisches Wissen vertiefen möchten: ○ Pflege und Betreuung somatisch erkrankter Menschen ○ Pflege und Betreuung von Kindern, Jugendlichen, Familien und Frauen ○ Pflege und Betreuung von Menschen mit Langzeiterkrankungen ○ Pflege und Betreuung psychisch erkrankter Menschen • <u>Beispiel HFGS Aarau:</u> Die Studierenden haben die Möglichkeit, sich zu spezialisieren, sind aber nicht dazu verpflichtet.	Des possibilités de spécialisation existent, mais varient d'un établissement à l'autre. • <u>Exemple BZG Bâle-Ville :</u> en 3^{eme} année, les étudiants se spécialisent dans l'un des domaines suivants : ○ maladies somatiques ○ enfants, adolescents, familles et femmes ○ longues maladies ○ maladies psychiques • <u>Exemple HFGS Aarau :</u> les étudiants ont la possibilité de se spécialiser mais n'y sont pas obligés

	• <u>Beispiel BZ-GS Solothurn</u>: Die Studierenden haben die Wahl zwischen zwei Spezialisierungen: ○ Arbeitsfeld Pflege und Betreuung von somatisch erkrankten Menschen ○ Arbeitsfeld Pflege und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen	• <u>Exemple BZ- GS Solothurn</u> : les étudiants ont le choix entre deux voies de spécialisation : ○ maladies somatiques ○ maladies psychiques
Frais d'inscription et frais de scolarité Studiengebühren	Die Semestergebühren unterscheiden sich von Schule zu Schule: • Beispiel BZG Basel-Stadt: 600 CHF pro Semester • Beispiel HFGS Aarau: 700 CHF pro Semester Weitere Kosten können hinzukommen (Beispiel HFGS Aarau: 200 CHF Einschreibengebühren und 200 CHF Prüfungsgebühren). Die zusätzlichen Schulkosten werden für die Schweizer Studierenden von den Kantonen übernommen.	La contribution des étudiants aux frais de scolarité varie d'une école à l'autre : • exemple BZG Bâle-Ville : 600 CHF par semestre • exemple HFGS Aarau : 700 CHF par semestre Peuvent venir s'y ajouter d'autres frais (exemple HFGS Aarau : 200 CHF de frais d'inscription et 200 CHF de frais d'examen) Les autres frais de scolarité sont pris en charge par les cantons (pour les nationaux).
Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	40.000 CHF in drei Jahren (die Verteilung in den drei Jahren kann variieren)	40 000 CHF pour trois ans (répartis sur les trois ans selon les modalités variables)

Examens Prüfungen	Qualifikationsverfahren bestehend aus folgenden drei Prüfungsteilen: a) praxisorientierte Diplom- oder Projektarbeit (im dritten Ausbildungsjahr) b) Praktikumsqualifikation (abschließende Beurteilung durch den Praktikumsbetrieb beim letzten Praktikum) c) Prüfungsgespräch von mindestens 30 Minuten (im dritten Ausbildungsjahr)	Procédure de qualification comprenant trois examens finaux : a) mémoire ou projet orienté vers la pratique (en dernière année) b) qualification de stage (évaluation finale par l'institution de stage durant le dernier stage). c) examen oral de min. 30 minutes (en dernière année)
Diplôme Abschluss	Diplomierte/r Pflegefachmann/frau HF mit eidgenössisch anerkannten HF-Diplom	Diplôme d'infirmier ES
Salaire brut de base Bruttogehalt	4.900-5.250 €/Monat (Unterschiede je nach Kanton)	4 900-5 250 € / mois (différences selon les cantons)
Sources / Pour aller plus loin Quellen/Weitere Informationen	Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV) vom 19. November 2003. Verordnung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der Höheren Fachschulen (MiVo-HF) vom 11. März 2005	Ordonnance sur la formation professionnelle (OFPr) du 19 novembre 2003. Ordonnance du Département Fédéral de l'Economie, de la Formation et de la Recherche (DEFR) concernant les conditions minimales de reconnaissance des filières de formation et des études postdiplômes des écoles supérieures (OCM ES) du 11 mars 2005

	Rahmenlehrplan für den Bildungsgang zur diplomierten Pflegefachfrau HF/zum diplomierten Pflegefachmann HF	Plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures
	Webseite des BZG Basel-Stadt	Site du BZG Bâle-Ville
	Webseite der HFGS Aarau	Site de la HFGS Aarau
	Webseite des BZ – GS Solothurn	Site de la BZ – GS Solothurn

Pflegefachmann/frau FH (SCHWEIZ)

Infirmier HES (SUISSE)

	Deutsche Version/Version allemande	Version française/französische Version
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Pflegefachmann/frau FH Krankenpfleger/in, der/die seine/ihre Ausbildung an einer Fachhochschule absolviert. [Siehe Anhang 2]	Infirmier HES C'est-à-dire infirmier ayant obtenu son diplôme dans une Haute École Spécialisée (HES) [cf. annexe 2]
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	Die Ausbildung unterliegt verschiedenen Bestimmungen auf Bundes- bzw. interkantonalen Ebene, die Mindestanforderungen für die Studiengänge der Fachhochschulen (Zugangsvoraussetzungen, Titel etc.) festlegen. <u>Inhalte der Ausbildung:</u> Die Inhalte der Ausbildung werden weitgehend von den Fachhochschulen selbst festgelegt. Beispiel: Die Fachhochschule Westschweiz HES-SO (Verbund der Fachhochschulen in der Westschweiz, der von sieben Kantonen getragen wird) hat 2012 einen ‚Rahmenstudienplan Bachelor 2012 Studiengang Pflege‘ erarbeitet. Dieser bildet einen Mindestrahmen für die Bachelor-Studiengänge in	La formation est soumise à diverses dispositions de niveau fédéral ou intercommunal, qui fixent des exigences minimales pour les cursus proposés par les Hautes Ecoles Spécialisées (conditions d'accès, titres, etc.). <u>Contenus de la formation :</u> Les contenus de la formation sont en très large partie définis par les Hautes Ecoles Spécialisées elles-mêmes. Par exemple, la Haute Ecole Spécialisée de la Suisse de l'Ouest HES-SO (qui regroupe les Hautes Ecoles Spécialisées de l'ouest de la Suisse et portée par sept cantons) a élaboré en 2012 un référentiel de formation intitulé « Plan d'études cadre Bachelor – Filière de formation en soins infirmiers » qui fixe un cadre minimum pour les Bachelors en soins infirmiers

	Pflege in den Hochschulen, die der HES-SO angebundenen sind. Dennoch sind die pädagogischen Inhalte insofern in der gesamten Schweiz vergleichbar, als die Rahmenlehrpläne auf der Basis eines Referenzmodells der Abschlusskompetenzen entwickelt werden, das von der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen (KFH) im Auftrag des Bundesamtes für Bildung und Technologie (BBT) erarbeitet wurde. <u>Finanzierung:</u> Kantone, Bund, eigene Mittel <u>Zahl der Ausbildungsplätze:</u> Fachhochschulen Innerhalb der HES-SO wird die Zahl der verfügbaren Plätze einer Fachrichtung und ihre Verteilung auf die Hochschulen von den Instanzen der HES-SO festgelegt.	proposés dans les écoles qui lui sont rattachées (par ex. la Haute Ecole Arc Santé dans le canton du Jura). Cependant, les contenus de la formation sont comparables sur l'ensemble de la Suisse dans la mesure où les plans d'études (cadres) sont établis sur la base d'un référentiel de compétences finales qui a été élaboré par la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisse (KFH) à la demande de l'Office Fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). <u>Financement :</u> cantons, Etat fédéral, financement propre. <u>Nombre de places de formation :</u> Hautes Ecoles Spécialisées Au sein de la HES-SO, le nombre de places de formation à disposition d'une filière et leur répartition par haute école est fixé par les instances HES-SO.
Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Postsekundärer Ausbildungsgang auf Tertiärstufe A (Hochschulausbildung) [Siehe Anhang 2]	Cursus post-secondaire, relevant du secteur « Tertiaire A » (formations de type universitaires) [Cf. annexe 2]

Établissements de formation Ausbildungseinrichtung	In der Nordwestschweiz ist nur eine Einrichtung zu nennen, die eine Ausbildung zum Pflegefachmann/frau EFZ anbietet: es handelt sich um die Haute Ecole Arc Santé (HE-ARC Santé) in Delémont (Kanton Jura), eine der 28 Fachhochschulen, die in der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO) organisiert sind. ➔ Die vorliegende Beschreibung stützt sich darum auf das Beispiel der HE Arc Santé/HES-SO. Die Fachhochschulen sind nicht an eine Gesundheitseinrichtung angebunden.	En Suisse du Nord-Ouest, on recense un seul établissement proposant la formation infirmier HES : il s'agit de la Haute Ecole Arc Santé (HE-ARC Santé) de Delémont (canton du Jura), l'une des 28 hautes écoles relevant de la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO). ➔ Le présent descriptif a donc été rédigé à l'exemple de la HE Arc Santé / HES-SO. Les Hautes Ecoles ne sont pas rattachées à un établissement de santé.
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	[siehe Anhang 2] In der Regel: Bewerber/innen mit (Berufs-)Maturität (höchster Abschluss der Sekundarstufe, höheres Niveau als das Eidgenössische Fähigkeitszeugnis, EFZ) in einem mit dem Bereich Gesundheit verwandten Bereich. In diesem Fall erhalten die Bewerber einen direkten Zugang (d. h. ohne Zusatzmodule) zum Bachelor-Studium. Dies betrifft zwei Abschlüsse des sekundären Bereichs: • EFZ in einem mit dem Bereich Gesundheit verwandten Bereich & Berufsmaturität Gesundheit/Soziales • Fachmaturität Gesundheit	[cf. annexe 2] Cas général : titulaires d'un titre de <i>maturité</i> (plus haut diplôme du secondaire, de niveau plus élevé que le certificat fédéral de capacité, CFC) en lien avec la santé. Dans ce cas, accès direct (sans modules complémentaires). Cela concerne deux types de parcours au niveau secondaire : • CFC dans une profession apparentée au domaine de la santé & <i>maturité</i> professionnelle santé-social • <i>maturité</i> spécialisée en santé

	Zugang auch möglich für Bewerber/innen mit gesundheitsfremden Maturitätsabschlüssen. In diesem Fall erhalten die Bewerber/innen nur Zugang zum Bachelor-Studium durch die Absolvierung (vor der Aufnahme des Bachelor-Studiums) von Zusatzmodulen, die einem Jahr Arbeitswelterfahrung im Bereich Gesundheit entsprechen Dies betrifft drei Abschlüsse des sekundären Bereichs: • EFZ in einem mit dem Bereich Gesundheit nicht verwandten Berufsbereich & Berufsmaturität; • gymnasiale Maturität; • Fachmaturität mit einer anderen Ausrichtung als Gesundheit. Andere Zugangsmöglichkeiten: Richtlinien für die Zulassung zu den Bachelor-Studiengängen im Bereich Gesundheit an der HES-SO vom 21. Oktober 2011. Zusammengefasst benötigen alle Bewerber/innen einen Maturitätsabschluss und Arbeitswelterfahrung im Bereich Gesundheit (die entweder im Rahmen der vorherigen Ausbildung in der Sekundarstufe II oder im Rahmen von Zusatzmodulen erworben wurde). Damit beginnen alle Studierenden ihr	Accès possible également pour les titulaires d'un titre de <i>maturité</i> sans lien avec la santé. Dans ce cas, l'accès est conditionné à la validation de modules complémentaires équivalents à une année d'expérience du monde du travail dans le secteur de la santé. Cela concerne trois types de parcours au niveau secondaire : • CFC dans une profession non apparentée au domaine de la santé & <i>maturité</i> professionnelle ; • <i>maturité</i> gymnasiale ; • <i>maturité</i> spécialisée dans une autre orientation que santé. Autres voies d'accès possibles : cf. « Règlement d'admission en Bachelor dans le domaine Santé HES-SO » du 15 juillet 2014. Les candidats doivent donc tous disposer d'un titre de <i>maturité</i> et d'une expérience du monde de travail dans la santé (acquise soit dans le cadre de la formation du secondaire, soit dans le cadre des modules complémentaires). La totalité des étudiants commencent ainsi leurs trois ans de Bachelor avec des
--	--	--

	dreijähriges Bachelor-Studium mit Grundkenntnissen auf dem Gebiet der Gesundheit.	savoirs et des compétences basiques dans le domaine de la santé.
Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	Im Fall der HES-ARC Santé: Auswahl allein auf Basis der Bewerbungsunterlagen	Pour la HE-ARC Santé : sélection sur dossier seulement
Durée de formation Ausbildungsdauer	3 Jahre (Vollzeitausbildung) Möglichkeit der Teilzeitausbildung (vier Jahre) in einigen Hochschulen (aber nicht an der HE-Arc Santé)	3 ans (formation à temps plein) Possibilités de formation en alternance (sur quatre ans) dans certaines HES (y compris au sein de la HES-SO, mais pas à la HE-Arc Santé)
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie/pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	5.400 Stunden, die wie folgt verteilt sind: • schulische Ausbildung: 3.600 Stunden (2/3 der Ausbildung) • praktische Ausbildung: 1.800 Stunden (1/3 der Ausbildung)	5 400 heures réparties comme suit : • formation en école : 3 600 heures (2/3 de la formation) • formation pratique : 1 800 heures (1/3 de la formation)
Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	Pflichtpraktika im Umfang von 32 Wochen, die auf sechs Praktika im Umfang von sechs bis acht Wochen verteilt werden.	32 semaines de stages obligatoires réparties en six stages de six à huit semaines

Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Nein	Non
Frais d'inscription et frais de scolarité Studiengebühren	Fall der HE-Arc Santé: Die vom Studierenden zu tragenden Kosten sind die folgenden: • Einschreibengebühren (für die Einschreibung im ersten Jahr): 250 CHF • Schulgeld (Beitrag zu den Schulgebühren): 1.000 CHF/Jahr • Prüfungsgebühren: 150 CHF	Cas de la HE-Arc Santé : les frais à la charge des étudiants sont les suivants : • frais d'inscription (pour l'admission en première année) : 250 CHF • écolage (contribution aux frais de scolarité) : 1 000 CHF / an • frais de diplôme : 150 CHF
Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	Bei der HE-Arc Santé: Jährliche Zahlung in Höhe von 4.800 CHF, die in monatlichen Tranchen überwiesen wird. Diese Zahlung wird nicht als eine Entlohnung aufgefasst und unterliegt somit nicht den Sozialabgaben.	Cas de la HE-Arc Santé : indemnité annuelle d'étude / formation pratique de 4 800 CHF, versée mensuellement. Cette indemnité n'est pas considérée comme un salaire et n'est donc pas soumise aux charges sociales.
Examens Prüfungen	Modulorientiertes ECT-System	Système de crédits ECTS associés à chaque module
Diplôme Abschluss	Bachelor of Science FH in Pflege	Bachelor HES en soins infirmiers

Salaire brut de base Bruttogehalt	4.900-5.250 €/Monat (Unterschiede je nach Kanton)	4 900-5 250 € / mois (différences selon les cantons)
Sources / Pour aller plus loin Quellen/Weitere Informationen	Bundesgesetz über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz, FHSG) vom 06. Oktober 1995 Verordnung des EVD über Studiengänge, Nachdiplomstudien und Titel an Fachhochschulen vom 02. September 2005 Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren vom 13. Mai 2004 Rahmenstudienplan Bachelor 2012 Studiengang Pflege der HES-SO Richtlinien für die Zulassung zu den Bachelor-Studiengängen im Bereich Gesundheit an der HES-SO vom 21. Oktober 2011 Abschlussbericht des Projekts ‚Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe‘ der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (25. Juni 2009)	Loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées (LHES) du 06 octobre 1995 Ordonnance du DFE concernant les filières d'études, les études postgrades et les titres dans les hautes écoles spécialisées du 02 septembre 2005 Profil de la filière santé dans les Hautes Ecoles Spécialisée du 13 mai 2004, établi par la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé Plan d'études cadre Bachelor 2012 – Filière de formation en soins infirmiers » de la HES-SO. Règlement d'admission en Bachelor dans le domaine Santé HES-SO (15 juillet 2014). Rapport final du projet « Compétences finales pour les professions de santé HES » de la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (25 juin 2009).

	Anhänge des Abschlussberichts des Projekts ‚Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe‘ (25. Juni 2009). Beschreibung des Studiengangs auf der Website des HES-SO Beschreibung des Studiengangs auf der Website des HE-Arc Santé	Annexes du rapport final du Projet « Compétences finales pour les professions de la santé HES » (25 juin 2009). Description de la filière sur le site de la HES-SO. Description de la filière sur le site de la HE-Arc Santé.
Remarques Anmerkung	Die Studiengänge Pflege der HES-SO werden je nach Kanton auf Französisch oder Deutsch angeboten. Zwei Fachhochschulen der HES-SO bieten bilinguale Ausbildungen an: die FH Freiburg und die FH Valais.	Les formations en soins infirmiers de la HES-SO sont proposées, selon les cantons, soit en français, soit en allemand. Deux Hautes Ecoles de la HES-SO proposent des formations bilingues : la HES Freiburg et la HES Valais.

Fachmann/frau Gesundheit, FaGe (SCHWEIZ)

Assistant en soins et santé communautaire, ASSC (SUISSE)

	Deutsche Version/Version allemande	Version française/französische Version
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Fachmann/frau Gesundheit EFZ bekannt als ‚FaGe‘	Assistant en soins et santé communautaire CFC (CFC = certificat fédéral de capacité) Connu sous le nom d’ASSC
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	Die Ausbildung wird auf Bundesebene in der Verordnung des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) über die berufliche Grundbildung Fachmann/frau Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 13. November 2008 reglementiert (Zugangsvoraussetzungen, Dauer, Berufsbezeichnung etc.) <u>Inhalte der Ausbildung:</u> Die Inhalte der Ausbildung werden im bundesweiten ‚Bildungsplan Fachfrau/Fachmann Gesundheit‘ vom 13. November 2008 festgelegt. Der Bildungsplan wurde von OdASanté (Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit) entwickelt und vom SBFI genehmigt.	La formation est réglementée au niveau fédéral dans l’ordonnance du Secrétariat d’Etat à la formation, à la recherche et à l’innovation (SEFRI) sur la formation professionnelle initiale d’assistant en soins et santé communautaire avec certificat fédéral de capacité (CFC) du 13 novembre 2008 (conditions d’accès, durée, titre, etc.) <u>Contenus de la formation :</u> Les contenus de la formation sont définis pour l’ensemble de la Suisse dans le « Plan de formation Assistant/-e en soins et santé communautaire CFC » du 13 novembre 2008, élaboré par OdASanté (Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé) et approuvé par le SEFRI.

Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Ausbildungsgang der Sekundarstufe II [siehe Anhang 2]	Cursus du secondaire, relevant de la « Sekundarstufe II » [cf. annexe 2]
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	Bei der Ausbildung zum FaGe handelt es sich um eine duale Ausbildung, die in Berufsfachschulen, Lehrbetrieben und in Form von überbetrieblichen Kursen (von OdASanté, organisierte Kurse, die grundlegende Fertigkeiten vermitteln und Theorie und Praxis verknüpfen sollen) stattfindet. In der Nordwestschweiz bieten folgende Berufsfachschulen die Ausbildung an: • Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Kanton Solothurn • Berufsfachschule Gesundheit und Soziales Brugg (Kanton Aargau) • Berufsfachschule Gesundheit Basel-Land	La formation ASSCest une formation duale qui s'effectue dans des écoles professionnelles spécialisées, des établissements de santé et sous la forme de cours interentreprises (cours organisés par OdASanté, et visant à transmettre des connaissances de base et à faire le lien entre théorie et pratique). En Suisse du Nord-Ouest, la formation est proposée par les écoles suivantes : • Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Kanton Solothurn (canton de Soleure) • Berufsfachschule Gesundheit und Soziales Brugg (canton d'Argovie) • Berufsfachschule Gesundheit Basel-Land (canton de Bâle-Campagne)
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	Abschluss der obligatorischen Schulzeit (neun Jahre) Vereinzelte legen die Lehrbetriebe zusätzliche Voraussetzungen fest:	Avoir achevé la scolarité obligatoire (neuf ans) Certains établissements de santé fixent des conditions supplémentaires :

	Beispiel Kantonsspital Aarau: Zusätzlich zum Abschluss der obligatorischen Schulzeit: Schnupperpraktikum, Herkunft aus dem Kanton Aargau	Exemple Kantonsspital Aarau : les candidats doivent avoir effectué un stage de découverte et résider dans le canton d'Argovie.
Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	Der/die Bewerber/in richtet die Bewerbung direkt an die Gesundheitseinrichtung, in der er/sie die praktische Ausbildung absolvieren möchte. Die Ausgestaltung des Auswahlverfahrens ist relativ offen und wird durch die Gesundheitseinrichtung festgelegt. Häufig umfasst ein Auswahlverfahren • ein Bewerbungsschreiben • einen Eignungstest (nur vereinzelt). Beispiel Kantonsspital Aarau: Auswahl auf Grundlage des Bewerberdossiers Hat der/die Schüler/in einen Ausbildungsplatz, meldet er/sie sich an einer Berufsfachschule an.	L'élève candidate auprès de l'établissement de santé dans lequel il souhaite effectuer sa formation pratique. Les modalités de sélection sont définies librement par les établissements de santé. Dans la plupart des cas, la procédure d'admission comprend • un dossier ; • un test d'aptitude (parfois). Exemple Kantonsspital Aarau : Sélection sur dossier de candidature Une fois obtenu une place de formation dans un établissement de santé, le candidat s'inscrit dans une école professionnelle spécialisée.
Durée de formation Ausbildungsdauer	3 Jahre (Vollzeit)	3 ans (à temps plein)
Architecture globale de la formation (Volume	Die Ausbildung ist in drei Teile gegliedert:	La formation est divisée en trois parties :

horaire ; répartition théorie/pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	• Praxisteil: durchschnittlich 3,5 Tage pro Woche • Theorieteil (Berufsfachschule): 1.600 Lektionen, 2 Tage/Woche im ersten und zweiten Jahr; 1 Tag/Woche im dritten Jahr • überbetriebliche Kurse: 34 Tage zu acht Stunden	• formation pratique : 3,5 jours/semaine (en moyenne) • formation théorique (école professionnelle spécialisée) : 2 jours / semaine en 1^{ère} et 2^{ème} année ; 1 jour / semaine en 3^{ème} année • cours interentreprises : 34 jours à raison de huit heures / jour
Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	Der praktische Teil der Ausbildung findet in nur einer Einrichtung statt.	La partie pratique de la formation est réalisée dans un seul établissement.
Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglich- keiten (im Rahmen der Ausbildung)	Nein	Non
Frais d'inscription et frais de scolarité Studiengebühren	Es wird kein Schulgeld erhoben.	Pas de frais de scolarité.

Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	800 – 1.400 CHF je nach Jahr und Ort der Ausbildung	800-1 400 CHF selon l'année et le lieu de formation
Examens Prüfungen	Qualifikationsverfahren: • Abschlussprüfungen: 70 % der Gesamtnote ○ Praktische Arbeit ○ Berufskennntnisse ○ Allgemeinbildung • Erfahrungsnote (durchgehende Bewertung während der Ausbildung): 30 % der Gesamtnote	Procédure de qualification : • examens finaux (70 % de la note finale) ○ travail pratique ○ connaissances professionnelles ○ culture générale • contrôle continu (30 % de la note finale)
Diplôme Abschluss	Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis Fachmann Gesundheit	Certificat fédéral de capacité Assistant en soins et santé communautaire
Salaire brut de base Bruttogehalt	3.950 – 4.250 €/Monat (Unterschiede je nach Kanton)	3 950-4 250 € / mois (différences selon les cantons)
Pour aller plus loin Weitere Informationen	Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) Bildungsplan Fachfrau/Fachmann Gesundheit & Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit/Fachmann	Ordonnance du SEFRI sur la formation professionnelle initiale d'assistante/assistant en soins et santé communautaire avec certificat fédéral de capacité (CFC) Plan de formation Assistant/-e en soins et santé communautaire CFC

	Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ)	
--	---	--

3.1.2 Vergleich der Ausbildungen zum/zur Krankenpflegehelfer/in in Frankreich, Deutschland und der Schweiz

Aide-soignant (FRANCE)

Krankenpflegehelfer/in (FRANKREICH)

	Version française/ Französische Version	Traduction en allemand/ Übersetzung ins Deutsche
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Aide-soignant	Krankenpflegehelfer/in
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	La formation est réglementée au niveau national dans l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant (durée, contenus, conditions d'accès, examens, etc.). <u>Contenus de la formation</u> : L'autorité compétente est le Ministère de la santé. Les contenus de la formation sont fixés de manière précise dans l'annexe I de l'arrêté du 22 octobre 2005, qui constitue le référentiel de formation.	Die Ausbildung wird auf nationaler Ebene in der Verordnung vom 22. Oktober 2005 zum Staatlichen Diplom Krankenpflegehelfer/in reglementiert (Dauer, Inhalte, Zugangsvoraussetzungen, Prüfung etc.) <u>Ausbildungsinhalte:</u> Die zuständige Behörde ist das Gesundheitsministerium. Die Inhalte der Ausbildung werden sehr detailliert im Anhang I der Verordnung vom 22. Oktober 2005 (Rahmenlehrplan) festgelegt.

	<u>Financement :</u> • en très grande partie : Région Alsace (étudiants en formation initiale) • autres acteurs (employeurs, Pôle Emploi) pour les étudiants en formation continue <u>Nombre de places de formation :</u> Quota national fixé par le ministère et réparti par Région. La Région répartit ensuite par institut. Le quota national est revu annuellement. <u>Délivrance des diplômes :</u> Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Alsace (DRJSCS)	<u>Finanzierung:</u> • ein Großteil: Région Alsace (Studierende in der Erstausbildung) • andere Akteure (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit) für Studierende in der Weiterbildung <u>Anzahl der Ausbildungsplätze:</u> Das Gesundheitsministerium legt eine nationale Quote sowie die Verteilung zwischen den Regionen fest. Die Region verteilt die Plätze dann auf die Ausbildungseinrichtungen. Die nationale Quote wird jährlich neu bestimmt. <u>Vergabe der Diplome:</u> Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Alsace (DRJSCS) (dezentralisierte Behörde des Staats)
Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Cursus post-secondaire	Ausbildungsgang im postsekundären Bereich
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	Institut de formation des aides-soignants (IFAS) L'Alsace compte 15 IFAS. Tous sont rattachés à un hôpital ou un groupe hospitalier. La plupart des IFAS ont un statut public. Il n'y a cependant pas de	Institut de formation des aides-soignants (IFAS) Das Elsass zählt 15 IFAS, die alle an ein Krankenhaus oder an einen Verbund von Krankenhäusern angebunden sind. Der Großteil der IFAS hat einen öffentlichen Status. Jedoch gibt es keinen großen

	différence notable entre un IFAS privé et un IFAS public. Le rattachement se traduit en particulier par le fait que : • l'IFAS constitue l'un des pôles de l'hôpital. • l'équipe de direction et le personnel enseignant de l'IFAS sont recrutés par l'hôpital et relèvent de la fonction publique hospitalière. • le budget de l'IFAS est géré par l'hôpital (en concertation avec la direction de l'IFAS) Listes des IFAS en Alsace (avec indication du nombre de places en 2014/2015). • IFAS du CH Départemental de Bischwiller (30) • IFAS de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) à Brumath (20) • IFAS des Hôpitaux Civils de Colmar (60) • IFSAN du Groupe Hospitalier du Centre Alsace à Colmar (30) • IFSI du CH de Haguenau (30) • IFAS du Neuenberg à Ingwiller (30) • IFAS du CH de Mulhouse (80) • IFAS de la Fondation de la Maison du Diaconat à Mulhouse (45) • IFAS du CH de Rouffach (20)	Unterschied zwischen den privaten und den öffentlichen IFAS. Die Anbindung an ein Krankenhaus schlägt sich darin nieder, dass: • das IFAS eine Abteilung des Krankenhauses ist; • die Leitung und das Lehrpersonal vom Krankenhaus angestellt werden und zu den Angestellten im Öffentlichen Dienst des Krankenhauses gehören; • das Budget des IFAS vom Krankenhaus geführt wird (in Abstimmung mit der Leitung des IFAS). Liste der IFAS im Elsass (mit Angabe der Zahl der Ausbildungsplätze im Schuljahr 2014/2015). • IFAS du CH Départemental de Bischwiller (30) • IFAS de l'Établissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) à Brumath (20) • IFAS des Hôpitaux Civils de Colmar (60) • IFSAN du Groupe Hospitalier du Centre Alsace à Colmar (30) • IFSI du CH de Haguenau (30) • IFAS du Neuenberg à Ingwiller (30) • IFAS du CH de Mulhouse (80) • IFAS de la Fondation de la Maison du Diaconat à Mulhouse (45) • IFAS du CH de Rouffach (20) • IFAS du CH de Saverne (45)
--	--	---

	• IFAS du CH de Saverne (45) • IFAS du CH de Sélestat (15) • IFAS du CHRU de Strasbourg (70) • IFAS du Groupe Hospitalier Saint-Vincent à Strasbourg (65) • IFAS du Centre Hospitalier Intercommunal de Lauter à Wissembourg (27) • École Aides-Soignants du Centre de réadaptation de Mulhouse (qui accueille uniquement un public de travailleurs handicapés) (30)	• IFAS du CH de Sélestat (15) • IFAS du CHRU de Strasbourg (70) • IFAS du Groupe Hospitalier Saint-Vincent à Strasbourg (65) • IFAS du Centre Hospitalier Intercommunal de Lauter à Wissembourg (27) • École Aides-Soignants du Centre de réadaptation de Mulhouse (nimmt ausschließlich Beschäftigte mit einer Behinderung auf) (30)
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	Aucun diplôme préalable exigé 17 ans minimum Les voies d'accès sont très nombreuses et diverses. Il n'est pas possible de dégager un profil « standard ».	Kein vorheriger Abschluss erforderlich Mindestalter 17 Jahre Die Zugangsmöglichkeiten sind sehr zahlreich und unterschiedlich. Es ist nicht möglich, ein Standardprofil auszumachen.
Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	Les règles sont les mêmes dans tous les IFAS (arrêté du 22 octobre 2005), mais la procédure d'admission varie fortement en fonction du profil du candidat. Pour schématiser : • sélection sur dossier & entretien (sans concours) pour les candidats déjà titulaires d'un diplôme dans le secteur sanitaire et social (par ex. DE d'auxiliaire de vie sociale ou d'aide médico-psychologique ou encore	Das Aufnahmeverfahren ist dasselbe in allen IFAS (Verordnung vom 22. Oktober 2005), aber es gibt starke Unterschiede je nach Profil des/der Bewerbers/in. Zusammenfassend lässt sich folgendes festhalten: • Auswahl auf Grundlage der Bewerbungsunterlagen und eines Bewerbungsgesprächs (kein ‚concours‘) für Bewerber/innen, die bereits einen Abschluss im Gesundheits- und Sozialbereich vorweisen können (z. B. Abschluss als Sozialpfleger/in oder

	les titulaires d'un baccalauréat professionnel dans le secteur sanitaire et social) sélection sur concours pour les autres candidats (par ex. titulaires d'un baccalauréat général, personne sans diplôme ou en reconversion, etc.)	als medizinisch-psychologische/r Assistent/in oder auch Bewerber/innen mit einem Fachabitur im Bereich Gesundheit und Soziales) Auswahl durch einen ‚concours‘ für die anderen Bewerber/innen (z. B. Bewerber/innen mit einer Allgemeinen Hochschulreife, Bewerber/innen ohne Abschluss oder in der Umschulung etc.)
Durée de formation Ausbildungsdauer	1 an (dix mois) pour les formations à temps plein L'IFAS du groupe Saint-Vincent propose depuis un an 20 places de formation en apprentissage (formation sur 18 mois)	1 Jahr (zehn Monate) für Ausbildungen in Vollzeit Das IFAS des Krankenhausverbandes Saint-Vincent bietet seit einem Jahr 20 Plätze für eine Ausbildung in Form einer Berufslehre an (Ausbildungsdauer 18 Monate)
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie / pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	1 435 heures : - formation théorique : 17 semaines soit 595 heures - formation clinique = stages en établissements : 24 semaines soit 840 heures Certains étudiants (par ex. les titulaires d'un DE d'auxiliaire de puériculture ou d'ambulancier justifiant de trois années d'expériences) sont, sous certaines conditions, dispensés de certains modules d'enseignements ou stages.	1.435 Stunden: - theoretische Ausbildung: 17 Wochen, 595 Stunden - klinische Ausbildung = Praktika in Gesundheitseinrichtungen: 24 Wochen, 840 Stunden Ein Teil der Studierenden (z. B. die Studierenden mit einem Abschluss als Kinderkrankenpflegehelfer/in oder als Notfallsanitäter/in mit einer dreijährigen Berufserfahrung) ist unter bestimmten Bedingungen von der Absolvierung bestimmter Lerneinheiten oder Praktika freigestellt.

Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	La formation comprend six stages obligatoires de quatre semaines (soit 140 heures chacun) réalisés dans les services suivants : • service de court séjour : médecine • service de court séjour : chirurgie • service de moyen ou long séjour : personnes âgées ou handicapées • service de santé mentale ou service de psychiatrie • secteur extrahospitalier • structure optionnelle L'un des stages est obligatoirement réalisé dans une structure d'accueil pour personnes âgées. Les autres obligations relatives aux terrains de stage dépendent du profil des candidats (cf. articles 18 et 19 de l'arrêté du 22 octobre 2005). Les terrains de stage sont trouvés par l'IFAS et attribués aux étudiants. Le stage dans une structure optionnelle est organisé en fonction du projet professionnel de l'élève en accord avec l'équipe pédagogique. Il est effectué en fin de formation et constitue le dernier stage clinique réalisé par l'élève.	Die Ausbildung beinhaltet sechs vierwöchige Pflichtpraktika (je 140 Stunden), die in den folgenden Bereichen absolviert werden: • Kurzaufenthalt: konservative Medizin • Kurzaufenthalt: Chirurgie • Mittel- oder langfristiger Aufenthalt: ältere Menschen oder Menschen mit Behinderung • Psychiatrie • Praktikum außerhalb eines Krankenhauses • Praktikum in einer Wohn Einrichtung Eines der Praktika muss in einer Altenpflegeeinrichtung absolviert werden. Die weiteren Bestimmungen bezüglich der Einsatzbereiche/-orte sind je nach Profil des Studierenden unterschiedlich (vgl. Artikel 18 und 19 der Verordnung vom 22. Oktober 2005). Die Praktikumsorte werden vom IFAS ausfindig gemacht und an die Studierenden vermittelt. Das Praktikum mit Einsatzbereich zur Auswahl wird im Zusammenhang mit den Berufsvorstellungen des Studierenden und in Abstimmung mit den Betreuenden bzw. Lehrern/innen organisiert. Es wird gegen Ende der Ausbildung absolviert und ist das letzte Praktikum des Studierenden.
---	--	---

Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Non	Nein
Frais d'inscription et frais de scolarité Studiengebühren	Droits d'inscription : ~180 € Le coût de la formation est évalué à 4 000-5 000 € par an par étudiant. Ils sont pris en charge par la Région pour les étudiants en formation initiale, et par d'autres structures (employeur, Pôle Emploi) pour les autres étudiants.	Einschreibegebühren: ~180 € Die Ausbildungskosten liegen bei 4.000-5.000 € pro Jahr und Studierendem/r. Sie werden für Studierende in der Erstausbildung von der Region und für die anderen Studierenden von anderen Einrichtungen (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit) getragen.
Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	Les stages ne sont ni rémunérés ni indemnisés	Die Praktika werden weder vergütet noch gibt es eine Praktikumsentschädigung.
Examens Prüfungen	Évaluation continue sous forme d'épreuves écrites, orales, pratiques ou de mises en situation professionnelle	Die Bewertung erfolgt während des gesamten Studiums in Form von schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfungen.
Diplôme Abschluss	Diplôme d'État aide-soignant	Diplom Krankenpflegehelfer/in

Salaire brut de base Bruttogehalt	1 400 € / mois (secteur public)	1.400 €/Monat (im öffentlichen Sektor)
Pour aller plus loin Weitere Informationen	Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, et ses annexes, en particulier : • annexe I (référentiel de formation) • annexe V (référentiel de compétence)	Verordnung vom 22. Oktober 2005 zum Staatlichen Diplom Krankenpflegehelfer/in und Anhänge, insbesondere: • Anhang I: Rahmenlehrplan • Anhang V: Referenzrahmen der Kompetenzen

(Gesundheits- und) Krankenpflegehelfer/in (DEUTSCHLAND)

Aide-soignant (ALLEMAGNE)

	Deutsche Version/Version allemande	Übersetzung ins Französische/Traduction en français
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in [Rheinland-Pfalz: Krankenpflegehelfer/in]	Aide-soignant L'intitulé du métier est légèrement différent en Bade-Wurtemberg et en Rhénanie-Palatinat.
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	Die Ausbildung wird auf Landesebene reglementiert (Dauer, Inhalte, Zugangsvoraussetzungen, Prüfung etc.), z. B. in Baden-Württemberg in der ‚Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und Prüfung an staatlich anerkannten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe‘ Es bestehen dadurch z. T. große Unterschiede zwischen den Ländern, auch im Hinblick auf die Berufsbezeichnung und die Dauer der Ausbildung. Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in wird hier am Beispiel des Landes Baden-Württemberg beschrieben. An bestimmten Stellen wird ebenfalls auf das Land Rheinland-Pfalz hingewiesen.	La formation est réglementée uniquement au niveau des Länder (durée, contenus, conditions d'accès, examens, etc.), par ex. pour le Bade-Wurtemberg dans « l'ordonnance du ministère des affaires sociales relative à la formation et aux modalités d'examens dans les écoles d'aides-soignants ». Il en résulte des différences entre les Länder qui peuvent être importantes, y compris en ce qui concerne la durée de la formation ou l'intitulé du métier. Ce descriptif porte uniquement sur les Länder de Bade-Wurtemberg et Rhénanie-Palatinat.

	<u>Inhalte der Ausbildung:</u> Die Inhalte der Ausbildung werden im Anhang 1 der o.g. Verordnung festgelegt. Das zuständige Ministerium ist in Baden-Württemberg das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. <u>Finanzierung:</u> Die Finanzierung erfolgt seit 2006 über Ausgleichsfonds. Diese Fonds werden durch Zahlungen aller Krankenhäuser – auch durch die nicht ausbildenden Krankenhäuser – gespeist, die jeweils einen Zuschlag auf die Entgelte je teil- und vollstationärem Fall berechnen. Aus den Fonds, die von den Landeskrankenhausgesellschaften verwaltet werden, fließen die Gelder wiederum nach festgelegten Regeln an die Ausbildungsstätten. Das krankenhausindividuelle Ausbildungsbudget soll dabei grundsätzlich die Ausbildungskosten der ausbildenden Krankenhäuser decken, insbesondere die Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung. <u>Zahl der Ausbildungsplätze:</u> Das krankenhausindividuelle Ausbildungsbudget wird vor Ort zwischen den ausbildenden Krankenhäusern und den örtlichen Krankenkassen verhandelt.	<u>Contenus de la formation :</u> Les contenus de la formation sont définis dans l'annexe 1 de l'ordonnance citée ci-dessus. Le ministère compétent en Bade-Wurtemberg est le Ministère du Travail, de l'Ordre social, de la Famille, des Femmes et des Séniors. <u>Financement :</u> Depuis 2006, le financement repose sur un fonds de compensation. Ce fonds est alimenté par les hôpitaux (y compris par ceux qui ne portent pas de formation), l'alimentation du fonds étant prise en compte dans la tarification des soins. Le fonds est géré par la Landeskrankenhausgesellschaft qui reverse les sommes aux établissements de santé porteurs d'une formation. Le budget formation attribué à chaque hôpital doit couvrir tous les coûts de la formation, y compris la rémunération des personnes en formation et les coûts annexes qui incombent aux hôpitaux du fait de leur mission de formation. <u>Nombre de places de formation :</u> Le nombre de places de formation est dépendant du budget formation attribué à chaque hôpital, lequel est négocié entre les hôpitaux porteurs d'une formation et les caisses d'assurances maladies locales.
--	---	---

Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Ausbildungsgang der Sekundarstufe II	Cursus du secondaire (deuxième cycle)
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	Staatlich anerkannte Schulen, die an Krankenhäuser angebunden sind In Baden existieren fünf Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe: • Schule für Pflegefachberufe Klinikum Mittelbaden gGmbH • Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe Universitätsklinikum Freiburg • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach • Schule für Pflegeberufe der Kliniken des Landkreises Lörrach GmbH (Kreiskrankenhäuser Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim) • Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe an der BDH-Klinik Elzach In der Südpfalz wird die Ausbildung in einer einzigen Schule angeboten: Gesundheits- und Krankenpflegeschule Dernbach – Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach	Écoles d'aides-soignants reconnues par les autorités étatiques et rattachées à des hôpitaux. Au Pays de Bade, il existe cinq écoles d'aide-soignant : • Schule für Pflegefachberufe Klinikum Mittelbaden gGmbH • Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe Universitätsklinikum Freiburg • Bildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach • Schule für Pflegeberufe der Kliniken des Landkreises de Lörrach GmbH (Kreiskrankenhäuser Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim) • Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe an der BDH-Klinik Elzach En Palatinat du Sud, une seule école propose la formation : la Gesundheits- und Krankenpflegeschule Dernbach – Herz-Jesu-Krankenhaus Dernbach

Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	Hauptschulabschluss (oder gleichwertig anerkannter Bildungsstand) sowie: • den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung an einer mindestens einjährigen einschlägigen beruflichen Vollzeitschule oder an einer einjährigen Berufsfachschule für Sozialpflege in Teilzeitform (sozialpflegerisches Jahr) • oder ein freiwilliges soziales Jahr • oder eine mindestens einjährige pflegerische Tätigkeit • oder eine mindestens zweijährige Führung eines Haushalts mit mindestens einem Kind oder einer pflegebedürftigen Person • oder die Ableistung des Grundwehrdienstes mit Sanitätsprüfung • oder die Ableistung des Zivildienstes in Gesundheitseinrichtungen (oder vergleichbaren Einrichtungen) 2015 tritt eine überarbeitete Fassung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung in Kraft. In der neuen Verordnung fallen diese Zusatzvoraussetzungen weg.	Hauptschulabschluss⁸⁶ (ou diplôme de même valeur) assortie : • d'une formation supplémentaire en sanitaire et sociale de minimum un an, • ou d'une expérience de minimum un an dans ce domaine, sous des formats divers (service civique ; année de volontariat dans le social ; prise en charge d'un enfant ou d'une personne dépendante dans le cadre familial...). Ces conditions supplémentaires seront supprimées en 2015 dans le cadre de la révision de l'ordonnance relative à la formation et aux modalités d'examens dans les écoles d'aides-soignants.
Procédure d'admission	Die Ausgestaltung des Auswahlverfahrens ist relativ offen und wird vom Träger der Ausbildung definiert.	Les modalités sont définies relativement librement par le l'établissement porteur de santé porteur de la formation.

⁸⁶ Diplôme obtenu à la fin de la Hauptschule, qui correspond à un enseignement du 1^{er} cycle du secondaire orienté vers une formation professionnelle. Il vient sanctionner une formation de neuf ans en primaire et secondaire.

Aufnahmeverfahren	In der Regel: Auswahlverfahren auf Basis von Bewerbungsunterlagen und vereinzelt auch ein Bewerbungsgespräch. Beispiel Freiburg: http://www.uniklinik-freiburg.de/karriere/ausbildung/akademie-fuer-medizinische-berufe/schule-fuer-gesundheits-und-krankenpflegehilfe.html	En règle générale, la procédure d'admission se fait sur dossier avec parfois aussi un entretien. Exemple Freiburg : http://www.uniklinik-freiburg.de/karriere/ausbildung/akademie-fuer-medizinische-berufe/schule-fuer-gesundheits-und-krankenpflegehilfe.html
Durée de formation Ausbildungsdauer	1 Jahr (Vollzeit) 2 Jahre (Teilzeit)	1 an (à temps plein) 2 ans (à temps partiel)
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie / pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	Die Ausbildung setzt sich aus dem Unterricht an der Schule und einer praktischen Ausbildung in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen zusammen: Unterricht an der Schule: 700 Stunden praktische Ausbildung: 900 Stunden Der Unterricht an der Schule beinhaltet: • 600 Stunden theoretischer Unterricht • 100 Stunden praktischer Unterricht	La formation est composée de cours à l'école et d'une formation pratique dans des établissements de santé : cours à l'école : 700 heures formation pratique : 900 heures. Les cours à l'école se composent comme suit : • 600 heures de cours théoriques • 100 heures de cours pratiques
Précisions relatives à la partie pratique de la formation	Der/die Auszubildende begibt sich in ein Anstellungsverhältnis, indem er einen Ausbildungsvertrag mit dem Träger der Ausbildung (d. h. dem Krankenhaus, an das die Schule angebunden ist) abschließt.	L'apprenant signe un contrat salarial avec l'hôpital de rattachement.

Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	Die Schule ist zuständig für die Organisation der praktischen Ausbildung (u. a. Auswahl der Einsatzbereiche der Auszubildenden). Es sind Ausbildungsabschnitte in mindestens je einem konservativen und operativen Fach sowie ein Einsatz im ambulanten Bereich vorzusehen. Soweit möglich findet die praktische Ausbildung an dem Krankenhaus statt, an das die Schule angebunden ist. Beim Einsatz im ambulanten Bereich erfolgt die praktische Ausbildung in einer anderen Gesundheitseinrichtung.	L'école est compétente pour l'organisation de la formation pratique (notamment le choix des terrains). La formation pratique doit couvrir chacun des domaines suivants : • médecine • chirurgicale • soins ambulatoires La formation pratique est, autant que possible, réalisée dans l'hôpital de rattachement. Pour la formation pratique en soins ambulatoires, la formation a lieu dans d'autres structures.
Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Nein	Non
Frais d'inscription et frais de scolarité Schulgeld	Für die Ausbildung wird kein Schulgeld erhoben.	Pas de frais de scolarité

Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	Zwischen 500 und 991 €/Monat je nach Jahr und Ort der Ausbildung laut Tarifvertrag	Entre 500 et 991 € par mois selon l'année et le lieu de formation selon les conventions collectives
Examens Prüfungen	Staatliche Prüfung zum Gesundheits- und Krankenpfleger Schriftlicher, mündlicher und praktischer Prüfungsteil	Examen du diplôme d'État Une partie écrite, une partie orale et une partie pratique
Diplôme Abschluss	Staatlich anerkannte/r Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	Staatlich anerkannte/r Krankenpflegehelfer/in
Salaire brut de base Bruttogehalt	1.700-2.000 €/Monat im öffentlichen Sektor	1 700-2 000 € dans le secteur public
Tendances / En cours de réflexion Zukunftstrends	Unter Vorsitz von Baden-Württemberg hat eine Länderarbeitsgruppe Eckpunkte für gleiche Mindeststandards bei den länderrechtlich geregelten Ausbildungen zu Pflegeberufen (darunter auch die Ausbildung zum Krankenpflegehelfer/in) erarbeitet, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz sowie von der Gesundheitsministerkonferenz gebilligt wurden. Das erleichtert landesweit die gegenseitige Anerkennung der unterschiedlichen Ausbildungsabschlüsse im Helferbereich.	Sous la présidence du Land de Bade-Wurtemberg, un groupe de travail des Länder a défini des orientations en vue d'établir des exigences minimales pour les formations réglementées au niveau du Land (dont la formation aide-soignant). Ces orientations ont été validées par la Conférence des ministres du travail et des affaires sociales et la conférence des ministres de la santé des Länder. La mise en œuvre de ces orientations doit faciliter la reconnaissance mutuelle des diplômes d'aides-soignants à l'échelle de l'Allemagne.

Pour aller plus loin Weitere Informationen	Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und Prüfung an staatlich anerkannten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe [bezüglich der Finanzierung der Ausbildung] Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze Krankenhausfinanzierungsgesetz (siehe insb. § 2 Nummer 1a und § 17 a)	Ordonnance du Ministère des affaires sociales relative à la formation et aux modalités d'examen dans les écoles d'aide-soignant [Concernant le financement de la formation] Loi [fédérale] sur le financement des hôpitaux (voir en particulier §2 n°1a et § 17 a)
--	--	---

Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA (SCHWEIZ)

Aide en soins et accompagnement AFP (SUISSE)

	Deutsche Version/Version allemande	Version française/französische Version
Intitulé du métier Berufsbezeichnung	Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA (EBA = Eidgenössische Berufsattest)	Aide en soins et accompagnement AFP (AFP = attestation fédérale de formation professionnelle)
Base juridique et autorités compétentes Rechtliche Grundlagen und zuständige Behörden	Die Ausbildung wird auf Bundesebene in der Verordnung des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SFBI) über die berufliche Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA) vom 20. Dezember 2010 reglementiert (Zugangsvoraussetzungen, Dauer, Berufsbezeichnung etc.) <u>Inhalte der Ausbildung:</u> Die Inhalte der Ausbildung werden in dem bundesweiten ‚Bildungsplan Assistent/-in Gesundheit und Soziales‘ vom 10. Dezember 2010 festgelegt. Der Bildungsplan wurde von OdASanté (Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit) entwickelt und vom SBFI genehmigt.	La formation est réglementée au niveau fédéral dans l'ordonnance du Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) sur la formation professionnelle initiale d'aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) du 20 décembre 2010 (conditions d'accès, durée, titre, etc.) <u>Contenus de la formation :</u> Les contenus de la formation sont définis pour l'ensemble de la Suisse dans le « Plan de formation Aide en soins et accompagnement » du 10 décembre 2010, élaboré par OdASanté (Organisation nationale faîtière du monde du travail en santé) et approuvé par le SEFRI.

Positionnement dans le système de formation Positionierung im Ausbildungssystem	Ausbildungsgang der Sekundarstufe II [Siehe Anhang 2]	Cursus du secondaire, relevant de la « Sekundarstufe II » [cf. annexe 2]
Etablissement de formation Ausbildungseinrichtung	Bei der Ausbildung Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA handelt es sich um eine duale Ausbildung, die in Berufsfachschulen, Lehrbetrieben (Alters- und Pflegeheim, Spital, Heim für Menschen mit einer Behinderung etc.) und in Form von überbetrieblichen Kursen (von OdASanté organisierte Kurse, die grundlegende Fertigkeiten vermitteln und Theorie und Praxis verknüpfen sollen) stattfindet. In der Nordwestschweiz bieten folgende Berufsfachschulen die Ausbildung an: • Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Kanton Solothurn • Berufsfachschule Gesundheit und Soziales Brugg • Berufsfachschule Gesundheit Baselland	La formation « Aide en soins et accompagnement AFP » est une formation en système dual qui s'effectue dans des écoles professionnelles spécialisées, des établissements de santé (maison de retraite, maison médicalisée, hôpital, foyer d'hébergement, etc.) et sous la forme de cours interentreprises (cours organisés par OdASanté et visant à transmettre des connaissances de base et à faire le lien entre théorie et pratique). En Suisse du Nord-Ouest, les écoles suivantes proposent cette formation : • Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Kanton Solothurn • Berufsfachschule Gesundheit und Soziales Brugg • Berufsfachschule Gesundheit Baselland
Conditions d'accès à la formation Zugangsvoraussetzungen	Kein vorheriger Abschluss gefordert	Aucun diplôme préalable exigé

Procédure d'admission Aufnahmeverfahren	Die Bewerber/innen richten die Bewerbung direkt an die Gesundheitseinrichtung, in der sie die praktische Ausbildung absolvieren möchten. Die Ausgestaltung des Auswahlverfahrens ist relativ offen und wird durch die Gesundheitseinrichtung festgelegt. Häufig umfasst ein Auswahlverfahren • ein Bewerbungsschreiben • einen Eignungstest (nur vereinzelt). Hat der/die Schüler/in einen Ausbildungsplatz, meldet er sich an einer Berufsfachschule an.	L'élève candidate auprès de l'établissement de santé dans lequel il souhaite effectuer sa formation pratique. Les modalités de sélection sont définies librement par les établissements de santé. Dans la plupart des cas, la procédure d'admission comprend • un dossier ; • un test d'aptitude (parfois) Une fois obtenue une place de formation dans un établissement de santé, le candidat s'inscrit dans une école professionnelle spécialisée.
Durée de formation Ausbildungsdauer	2 Jahre (Vollzeit)	2 ans (à temps plein)
Architecture globale de la formation (Volume horaire ; répartition théorie / pratique) Aufbau der Ausbildung (Stundenvolumen und -verteilung Theorie/Praxis)	Die Ausbildung erfolgt in einem dualen System und ist in drei Teile gegliedert: • Praxisteil: 4 Tage/Woche in einer Gesundheitseinrichtung • Theorieteil: 1 Tag/Woche in der Berufsfachschule • überbetriebliche Kurse: 23-25 Tage	La formation se fait dans le cadre d'un système dual ; elle est divisée en trois parties : • formation pratique (établissement de santé) : 4 jours / semaine • formation théorique (école professionnelle spécialisée) : 1 jour / semaine • cours interentreprises : 23-25 jours

Précisions relatives à la partie pratique de la formation Erläuterungen zum praktischen Teil der Ausbildung	Der praktische Teil der Ausbildung findet in nur einer Einrichtung statt.	La partie pratique de la formation est réalisée dans un seul établissement.
Possibilités de spécialisation (dans le cadre de la formation) Spezialisierungsmöglichkeiten (im Rahmen der Ausbildung)	Nein	Non
Frais d'inscription et frais de scolarité Studiengebühren	Es wird kein Schulgeld erhoben.	Pas de frais de scolarité.
Rémunération de la partie pratique Ausbildungsvergütung	Zwischen 600 und 900 CHF/Monat	Entre 600 et 900 CHF par mois
Examens Prüfungen	Qualifikationsverfahren: Abschlussprüfungen: 70 % der Gesamtnote	Procédure de qualification : - examens finaux (70 % de la note finale) - travail pratique

	○ praktische Arbeit ○ Berufskenntnisse ○ Allgemeinbildung • Erfahrungsnote (durchgehende Bewertung während der Ausbildung): 30 % der Gesamtnote	○ connaissances professionnelles ○ culture générale • contrôle continu (30 % de la note finale)
Diplôme Abschluss	Eidgenössisches Berufsattest Assistent/in Gesundheit und Soziales	Attestation fédérale de formation professionnelle « aide en soins et accompagnement »
Salaire brut de base Bruttogehalt	3.600-3.850 € (Unterschiede je nach Kanton)	3 600-3 850 € / mois (différences selon les cantons)
Pour aller plus loin Weitere Informationen	Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA) Bildungsplan Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA)	Ordonnance du SEFRI sur la formation professionnelle initiale d'aide en soins et accompagnement avec attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) Plan de formation Aide en soins et accompagnement (AFP)

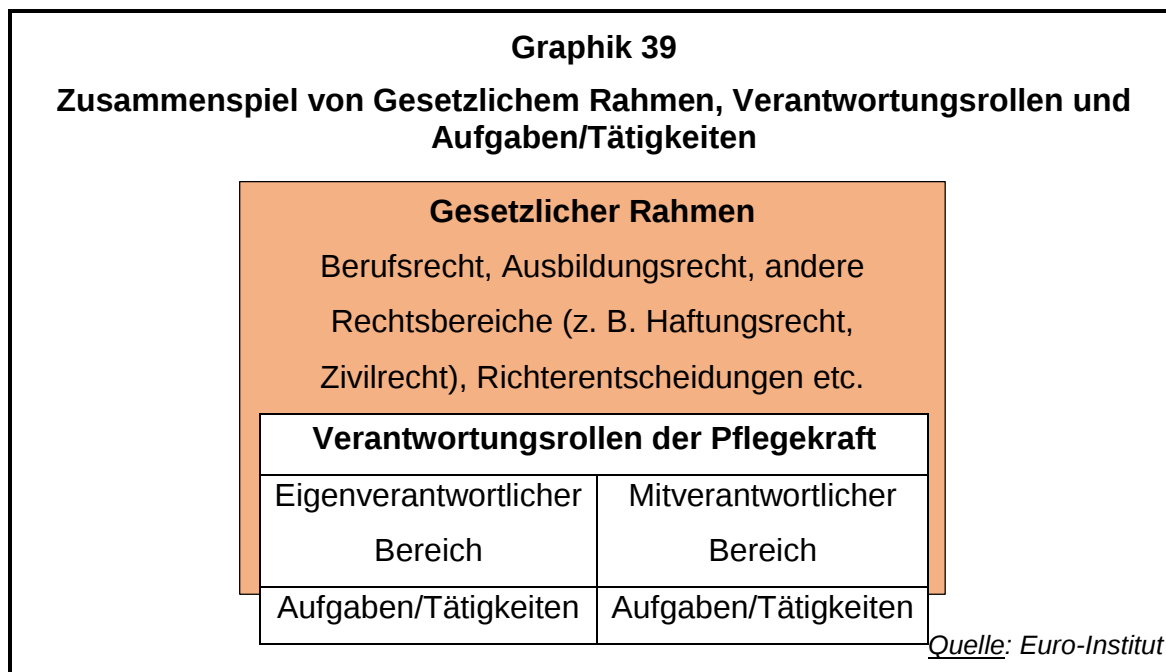
3.2 Vergleichende Analyse der Berufsprofile in Frankreich, Deutschland und der Schweiz

Im Anschluss an den Ausbildungsvergleich folgt an dieser Stelle der Vergleich der Berufe selbst. Bei der Methodik wurde sich für eine Dokumentenanalyse des aktuell gültigen und relevanten Rechtskorpus entschieden. Damit hier auch die Unterschiede in der Berufspraxis berücksichtigt werden können, wurden ergänzend zur Dokumentenanalyse auch Fachgespräche mit Krankenpflegern/innen durchgeführt, die bereits Berufserfahrung in zwei der drei hier untersuchten Länder gesammelt haben. Dies war allerdings nur für den Vergleich Deutschland/Schweiz, nicht aber für den Vergleich Frankreich/Schweiz und Frankreich/Deutschland möglich. Für den Vergleich Frankreich/Deutschland konnte ein Fachgespräch mit einer Lehrperson geführt werden, die über zentrale Kenntnisse in Bezug auf die Unterschiede, die zwischen den beiden Ländern existieren, verfügt. Es wurde sich ebenfalls mit Berufstätigen in der Schweiz ausgetauscht, die bisher noch keine Erfahrung in einem der beiden anderen Länder sammeln konnten, die aber die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen in der Schweiz selbst beleuchten konnten.

3.2.1 Einleitung: Verantwortung und Aufgaben der Krankenpfleger/innen im stationären Bereich in Frankreich, Deutschland und der Schweiz

Anhand von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen können zwei Rollen eines/einer Krankenpflegers/in unterschieden werden. In der einen Rolle führt er/sie Aufgaben in eigener Verantwortung aus, in der anderen wird er/sie auf ärztliche Anordnung hin tätig. Bei den Aufgaben in eigener Verantwortung liegt die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung beim/bei der Krankenpfleger/in. Bei den Aufgaben auf ärztliche Anordnung liegt die Anordnungsverantwortung sowie die Instruktions- und Überwachungspflicht beim/bei der Arzt/Ärztin, während der/die Krankenpfleger/in die Übernahme- und Durchführungsverantwortung trägt. Es kann folglich auch von zwei unterschiedlichen Verantwortungsrollen (eigenverantwortliche Rolle und mitverantwortliche Rolle) gesprochen werden. Während diese Unterscheidung in Frankreich und Deutschland auf Bundesebene

gesetzlich festgelegt ist, gibt es in der Schweiz Diskrepanzen zwischen der Regelung auf Bundes- und Kantonsebene. Im Praxisalltag ist die Rollenunterscheidung in allen drei Ländern präsent.



Ein erster hier zu behandelnder Unterschied liegt in der gesetzlichen Grundlage und Eindeutigkeit der Rollendefinition. Ein weiterer liegt in der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung bei den Aufgaben, die in eigener Verantwortung durchgeführt werden dürfen: In Deutschland liegt der Fokus der Aufgaben, die eigenverantwortlich durchzuführen sind, auf Grundpflegetätigkeiten⁸⁷. Diese sollen, so in der Ausbildung vermittelt, bis zur Anwendung wissenschaftlicher Konzepte mit größtmöglicher Sorgfalt ausgeführt werden. In Frankreich stehen die Pflegediagnose und die Pflegemaßnahmenentscheidung im Zentrum der ‚eigenen Rolle‘, in deren Rahmen der/die Krankenpfleger/in eigenverantwortlich handelt. Bei der Entscheidung, welche Pflegemaßnahmen der/die französische Krankenpfleger/in anordnet und ausführt, kann er/sie auf ein Repertoire von

⁸⁷ Unter Grundpflegetätigkeiten werden hier Pflegetätigkeiten verstanden, die den Patienten/innen bei „[g]ewöhnlich und regelmäßig wiederkehrende[n] Verrichtungen [...] im Bereich der Körperpflege [...] Ernährung [...] Mobilität [...] hauswirtschaftliche[] Versorgung“ unterstützten oder diese übernehmen, nach: §14 Abs. 4 SGB XI [Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung. Zweites Kapitel – Leistungsberechtigter Personenkreis (Stand am 25.07.2015)]. Es kann auch von ‚körpernahen Leistungen‘ gesprochen werden, nach: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion – Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung, 2015, S. 32f.

eigenverantwortlichen Tätigkeiten zurückgreifen, in dem sich neben Grundpflegetätigkeiten auch Behandlungspflegetätigkeiten⁸⁸ befinden. In der Schweiz wird zwischen verschiedenen Pflegefachberufen unterschieden: In der Praxis liegt der Aufgabenschwerpunkt des Berufs des/der Dipl. Pflegefachmanns /frau HF ebenfalls auf der Leitung und Gestaltung des Pflegeprozesses. Dabei ist die Durchführung von Behandlungspflegetätigkeiten gängige Praxis.

Vor dem Hintergrund dieser Unterschiede bezüglich der Rechtsgrundlage der Verantwortungsrollen und bezüglich der Schwerpunktsetzung bei den Aufgaben gilt es, sich mit zwei Gesetzesvorhaben in Deutschland und der Schweiz auseinanderzusetzen: In Deutschland kann aktuell erprobt werden, ob Behandlungspflegetätigkeiten, die bisher nur auf Delegation⁸⁹ ausgeführt werden dürfen, nun auch in eigener Verantwortung ausgeführt werden dürfen. In der Schweiz entsteht aktuell das Bedürfnis, der alltäglichen eigenen Verantwortung der Dipl. Pflegefachpersonen auch einen einheitlichen und eindeutigen rechtlichen Rahmen zu geben.

3.2.2 Vergleich der gesetzlichen Grundlagen und Eindeutigkeit der Verantwortungsrollen

3.2.2.1 Frankreich: Klare Definition von Rolle und Verantwortung des/der Krankenpflegers/in durch gesetzliche Zuordnung von Tätigkeiten im Berufsrecht

In Frankreich legt der Code de la santé publique (CSP) die Regeln für die Berufsausübung der Gesundheitsberufe („professions de santé“) fest. Das Berufsrecht enthält ausführliche Angaben zu den beruflichen Tätigkeiten und

⁸⁸ Unter Behandlungspflegetätigkeiten werden hier „Heilkundetätigkeiten im weiteren Sinne“ in Abgrenzung zu „Heilkundetätigkeiten im engeren Sinne“, die in den exklusiven Tätigkeitsbereich des/der Arztes/Ärztin fallen, verstanden. Es kann auch von „medizinnahe Leistungen“ in Abgrenzung zu „körpernahen Leistungen“, nach: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion – Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung, 2015, S. 32f.

⁸⁹ Der deutsche Begriff Delegation entspricht hier der ärztlichen Anordnung und darf nicht mit dem französischen Begriff „délégation“, sondern muss mit „sur prescription médicale“ übersetzt werden.

Verantwortungsrollen des/der Krankenpflegers/in.⁹⁰ Einerseits werden konkrete Tätigkeiten festgelegt, die im Rahmen der ‚eigenen Rolle‘ (‚rôle propre‘) – deren besondere Bedeutung eingängiger in Unterabschnitt 3.2.3.1 besprochen wird – eigenverantwortlich ausgeführt werden dürfen.⁹¹ Andererseits werden Tätigkeiten definiert, die von der Pflegekraft auf ärztliche Anordnung hin (‚sur prescription médicale‘), also in Mitverantwortung, ausgeführt werden dürfen. Bei Letzteren wird zwischen folgenden drei Bereichen unterschieden:

- Tätigkeiten, die auf ärztliche Anweisung hin vom/von der Krankenpfleger/in eigenständig durchgeführt werden (Article R. 4311-7 CSP);
- Tätigkeiten, die auf ärztliche Anweisung hin vom/von der Krankenpfleger/in eigenständig durchgeführt werden, unter der Bedingung, dass ein/e Arzt/Ärztin jederzeit eingreifen kann (Article R. 4311-9 CSP);
- Tätigkeiten in Form von Hilfestellungen bei ärztlichen Verrichtungen (Article R. 4311-10 CSP).

Die detaillierte Auflistung und Zuordnung der Tätigkeiten ermöglicht es, die Verantwortungsrolle, in der der/die Krankenpfleger/in agiert, klar zu definieren: Das heißt, ein/e Krankenpfleger/in kann im Arbeitsalltag genau bestimmen, welche Aufgaben er/sie eigenverantwortlich durchführen darf und welche Tätigkeiten ihm/ihr vom/von der Arzt/Ärztin unter welchen Umständen übertragen werden dürfen. So ist beispielsweise festgelegt, dass das erste Wechseln einer Trachealkanüle vom/von der Arzt/Ärztin auszuführen ist, die weiterführende Pflege dann aber vom/von der Krankenpfleger/in übernommen werden kann.⁹² Wenn der/die Arzt/Ärztin diese Tätigkeit an den/die Krankenpfleger/in delegiert, weiß diese/r automatisch, dass er/sie sich versichern kann, ob ein Erstwechsel durch den/die delegierende/n oder eine/n andere/n Arzt/Ärztin durchgeführt wurde.

⁹⁰ Vgl. Code de la santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie (Professions de la santé), Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier (Règles liées à l'exercice de la profession), Section 1 (Actes professionnels).

⁹¹ Vgl. zur Liste der Tätigkeiten: Article R. 4311-5 CSP [Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1].

⁹² Vgl. Article R. 4311-7, Nr. 22 CSP [Code de la santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1].

3.2.2.2 Deutschland: Situationsbedingter Entscheidungsspielraum bei der Rollen- und Verantwortungsdefinition durch fehlende gesetzliche Zuordnung von Tätigkeiten

In Deutschland bildet das Krankenpflegegesetz (KrPflG) den bundesweiten Rahmen für die Ausübung der Berufe in der Krankenpflege. Das KrPflG definiert in § 3 zwei Verantwortungsbereiche, indem es Aufgaben, die eigenverantwortlich, und Aufgaben, die im Rahmen der Mitwirkung auszuführen sind, unterscheidet.⁹³ Die Aufgaben in eigener Verantwortung fokussieren sich auf Tätigkeiten im Bereich der Grundpflege. Unter Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung fallen Aufgaben, die auf ärztliche Veranlassung hin vom/von der Krankenpfleger/in eigenständig durchgeführt werden. Hier können unter bestimmten Voraussetzungen Aufgaben der Behandlungspflege übernommen werden (z. B. Blutentnahmen). Allerdings fehlt es an einer mit Frankreich vergleichbaren Auflistung und Zuordnung von Tätigkeiten zum eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Bereich. Anders ausgedrückt, gibt es in Deutschland und der Schweiz im Gegensatz zu Frankreich kein Berufsrecht der Pflege, das Tätigkeiten eindeutig definiert und Verantwortungsbereiche absteckt.⁹⁴ Anhaltspunkte geben sowohl andere Rechtsgebiete, wie beispielsweise das Haftungsrecht, als auch die Rechtsprechung.⁹⁵ Darüber hinaus kann teilweise aus der bundesweit gültigen ‚Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege‘ (KrPflAPrV) und den darauf basierenden Lehrplänen der Länder abgeleitet werden, welche Tätigkeiten die Krankenpfleger/innen wahrnehmen. Dieser Ansatz, Informationen über Verantwortung und Aufgaben über die Ausbildungsregelungen zu erhalten, impliziert, dass die Inhalte, die ein Pflegeschüler/in erlernt, den Tätigkeiten eines/einer späteren Krankenpflegers/in entsprechen. Dieser Ansatz ist

⁹³ Der § 3 des KrPflG ist dem Ausbildungsziel gewidmet. Es wird davon ausgegangen, dass das Ausbildungsziel der späteren Tätigkeit entspricht. Vgl. Vortrag von Weiß, Thomas: Umsetzung SGB V § 63 Abs. 3c – Selbständige Ausübung von Heilkunde durch die Pflege, Interprofessioneller Pflegekongress, Deutsches Hygiene-Museum Dresden, 11.04.2014.

⁹⁴ Vgl. Höfert, Rolf: Von Fall zu Fall – Pflege im Recht, Berlin & Heidelberg 2011, S. V; Bachstein, Elke: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. In: Pflege Aktuell, Oktober 2005, S. 545.

⁹⁵ Vgl. Höfert 2011, S. V; Hell, Walter: Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht, Stuttgart 2013, S. 198.

vor allem in der Schweiz von Bedeutung und in Frankreich sekundär zum Berufsrecht⁹⁶ vorhanden.

Für die praktische Berufsausübung in Deutschland und den Arbeitsalltag der Krankenpfleger/innen bedeutet dies, dass nicht bei allen Tätigkeiten klar und eindeutig unterschieden werden kann, ob der/die Krankenpfleger/in diese nun in eigener Verantwortung ausführen darf oder auf eine explizite Anordnung eines/einer Arztes/Ärztin angewiesen ist (Graphik 40: grün-gelb schraffierter Bereich). Außerdem ist bezüglich der Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung nicht immer eindeutig, ob eine Tätigkeit vom/von der Arzt/Ärztin delegiert und vom/von der Krankenpfleger/in ausgeführt werden darf oder ob sie in den exklusiven Aufgabenbereich des/der Arztes/Ärztin fällt (Graphik 40: gelb-rot schraffierter Bereich). Es ist zu betonen, dass der Akt der Delegation hier nicht zur Debatte steht, sondern lediglich sein Umfang. Allgemein gilt, dass Heilkundetätigkeiten im engeren Sinne als Kernbereich ärztlichen Handelns in der ausschließlichen Zuständigkeit des/der Arztes/Ärztin liegen.⁹⁷ Heilkundetätigkeiten im weiteren Sinne können im Einzelfall vom/von der Arzt/Ärztin an Fachpersonal delegiert werden. Der/die Arzt/Ärztin entscheidet von Fall zu Fall anhand verschiedener ineinandergreifender Faktoren. Zu diesen gehören die objektive Befähigung/die formelle Qualifikation und (geprüfte) subjektive Qualifikation der Fachkraft, die Komplikationsdichte/Gefährdungsnähe⁹⁸/Schwere des Krankheitsfalls, Art der Leistung, Einwilligung der Fachkraft⁹⁹ und des/der Patienten/in etc.¹⁰⁰ Von primärer Bedeutung ist, dass „[d]ie Delegation ärztlicher Leistungen [...] auf keinen Fall zur

⁹⁶ Vgl. Bulletin Officiel, Santé – Protection sociale – Solidarité, N°7, 15.08.2009, S. 278.

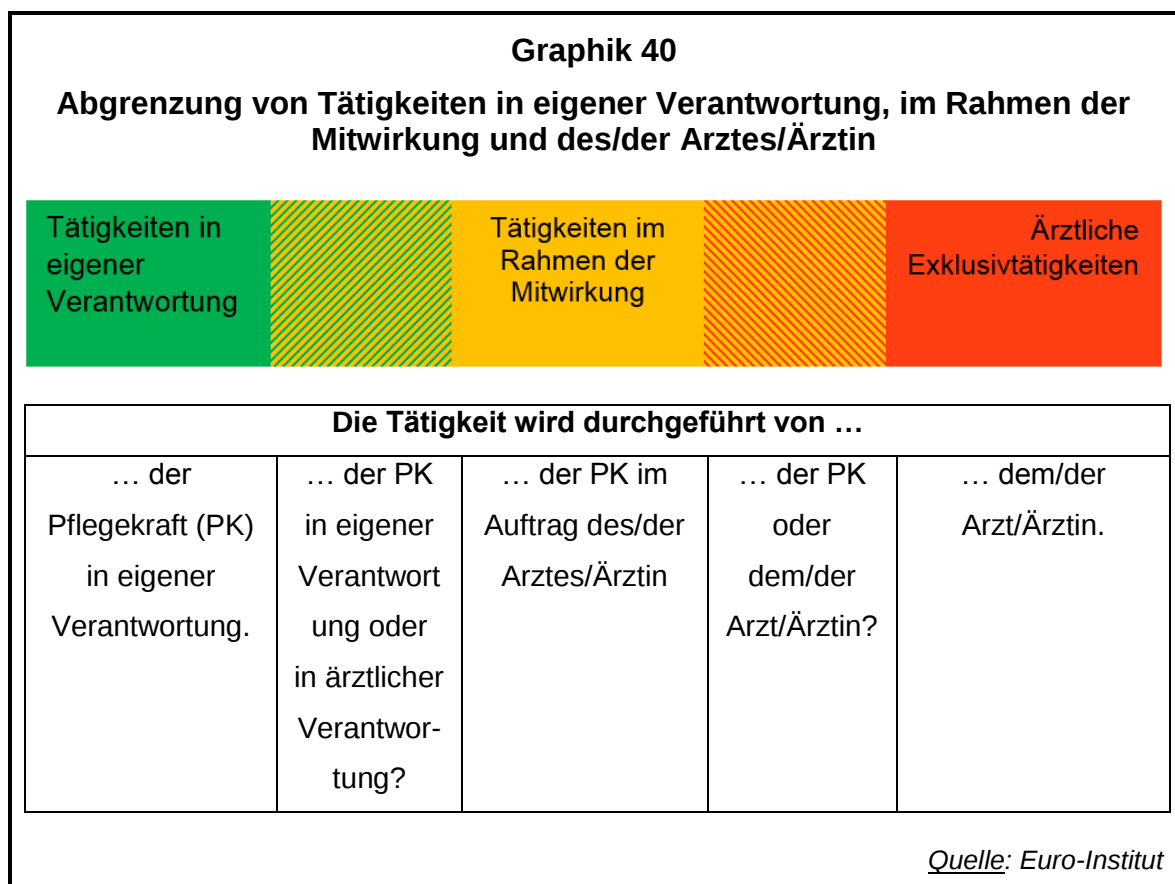
⁹⁷ Vgl. Sauer, Nicolas: Delegation ärztlicher Tätigkeiten & Haftung, Vortrag in Münster 2012: ärztliche Untersuchungen, Diagnose, Anamnese, ärztliche Beratung und Aufklärung, Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen, invasive diagnostische Maßnahmen, Kernleistungen operativer Eingriffe, Tätigkeiten der ersten OP-Assistenz ausschließlich durch ärztliche Mitarbeiter, Durchführung von Anästhesien, Infusionen/Einspritzungen in Katheter, Shunts, Ports bei zentraler Lage oder intravenöse Erstapplikationen, Injektionen, schwierige Medikationen; Schell, Werner: Die Delegation von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen auf nichtärztliches Personal.

⁹⁸ Vgl. Hell 2013, S. 200.

⁹⁹ Die Fachkraft trägt die Übernahmeverantwortung. Dies impliziert auch, dass sie sich weigern kann, eine delegierte Tätigkeit zu übernehmen, wenn sie sich zum Beispiel nicht befähigt fühlt, die Tätigkeit sachgerecht durchzuführen (=Weigerungsrecht).

¹⁰⁰ Vgl. Sauer 2012; Bachstein 2005, S. 545; Hell 2013, S. 198-201; Montgomery, Frank Ulrich Dr.: Delegation ärztlicher Leistungen an Angehörige ‚alter‘ und ‚neuer‘ Fachberufe im Gesundheitswesen, Vortrag bei der Klausurtagung des BDI-Vorstandes, 19.02.2011, S. 11-13.

Risikoerhöhung für den Patienten führen [darf]¹⁰¹. Bezüglich der subjektiven Befähigung der Fachkraft gibt es Krankenhäuser, die Befähigungsnachweise ausstellen.¹⁰² Außerdem können Krankenhäuser für die Delegation Dienstanweisungen erlassen, die sich in der Regel auf die gemeinsamen Empfehlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer (BÄK), der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (ADS) und des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege (DBfK) beziehen.¹⁰³ Allerdings gibt es „keinen abschließenden Katalog delegationsfähiger ärztlicher Leistungen“¹⁰⁴. Nach den Dienstanweisungen eines Krankenhauses richten sich inhaltlich auch die Lehrmodule der Krankenpflegesschulen, die an diese Krankenhäuser angeschlossen sind: Wenn ein Krankenhaus in seiner Dienstanweisung vorsieht, dass Blutentnahmen vom/von der Arzt/Ärztin an die Krankenpfleger/innen delegiert werden dürfen, werden die Schüler/innen in Theorie und Praxis auf diese Tätigkeit vorbereitet.



¹⁰¹ Sauer 2012. S. 23.

¹⁰² Vgl. Höfert 2005, S. 5.

¹⁰³ Vgl. Bachstein 2005; Weiß 2014.

¹⁰⁴ Montgomery 2011, S. 15.

3.2.2.3 Schweiz: Diskrepanz zwischen Bundes- und Kantonsebene bei der gesetzlichen Rollen- und Verantwortungsdefinition

In der Schweizer Bildungssystematik werden Sekundarstufe und Tertiärstufe unterschieden. Auf der Sekundarstufe II gibt es den Ausbildungsberuf des/der Fachmanns/frau Gesundheit und Soziales EFZ. Auf der Tertiärstufe wird zwischen der Tertiärstufe B (Höhere Fachschule) und A (Fachhochschule oder Universität) unterschieden. Sowohl an der Höheren Fachschule als auch an der Fachhochschule wird zum Beruf des/der Pflegefachmanns/frau ausgebildet. Es ergibt sich folgendes Bild:

- Sekundarstufe I,
- Sekundarstufe II: Fachmann/frau Gesundheit EFZ (FaGe),
- Tertiärstufe B: Dipl. Pflegefachmann/frau Gesundheit HF (Dipl. Pflegefachmann/frau),
- Tertiärstufe A: Dipl. Pflegefachmann/frau Gesundheit FH (Bachelor Pflegefachmann/frau).

Die Berufe unterscheiden und ergänzen sich in Bezug auf Ausbildung, Aufgabenschwerpunkte und Verantwortungsgrad. Je nach Struktur und Personalstammzusammensetzung der Einrichtungen und Stationen können sich die Aufgabenschwerpunkte bisweilen deutlich verschieben.

Wie auch in Deutschland gibt es in der Schweiz kein Berufsrecht der Pflege, das Tätigkeiten eindeutig definiert und Verantwortungsbereiche absteckt. Gleichzeitig wird auch hier das „pflegerische Handeln [...] durch eine Reihe von rechtlichen Grundlagen tangiert“¹⁰⁵. In der Schweiz geben primär die Ausbildungsregelungen Aufschluss über Aufgaben und Verantwortung des Pflegepersonals. Für den Beruf FaGe EFZ definiert der ‚Bildungsplan Fachmann/Fachfrau Gesundheit‘ (i. F. ‚Bildungsplan FaGe‘), der auf die ‚Verordnung über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis‘ zurückgeht, konkrete Tätigkeiten der FaGes. Für den Dipl. Pflegefachmann/frau HF lassen sich

¹⁰⁵ Landolt, Hardy: Rechtskunde für Gesundheits- und Pflegeberuf, 2004.

Informationen im ‚Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen ‚Pflege‘ mit dem geschützten Titel dipl. Pflegefachfrau HF/dipl. Pflegefachmann HF‘ (i. F. ‚Rahmenlehrplan dipl. Pflegefachpersonal HF‘) ziehen. Im Gegensatz zu den länderspezifischen Lehrplänen in Deutschland sind der ‚Bildungsplan FaGe‘ und der ‚Rahmenlehrplan dipl. Pflegefachpersonal HF‘ bundesweit gültig und nicht kantonsspezifisch. Wie bereits zuvor erwähnt, impliziert der Ansatz, Informationen über Verantwortung und Aufgaben über die Ausbildungsregelungen zu erhalten, dass die Inhalte, die ein/eine Pflegeschüler/in erlernt, den Tätigkeiten eines/einer späteren Krankenpflegers/in entsprechen.

Die Frage, wie es sich gesetzlich mit einem mitverantwortlichen und eigenverantwortlichen Bereich verhält, stellt sich in der Schweiz vor allem für das diplomierte Pflegefachpersonal. Die FaGes handeln stets in Kooperation mit anderem Personal (Dipl. Pflegefachpersonal, Pflegeexperten/innen¹⁰⁶, Ärzte/innen etc.), sodass ihre gesamten Tätigkeiten – Grundpflege und Behandlungspflege – in den Mitverantwortungsbereich fallen. Auf Bundesebene gibt es in der Schweiz keine Unterscheidung eines eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Aufgabenbereichs, wie dies in Frankreich mit Tätigkeitszuordnung (CSP) und in Deutschland allgemein (§ 3 KrPflG) der Fall ist. Auf kantonaler Ebene wird hingegen in den kantonalen Gesundheitsgesetzen (implizit oder explizit) zwischen den zwei Verantwortungsbereichen unterschieden. Diese Unterscheidung geht mit einer vagen Aufgabenzuordnung, im Umfang vergleichbar mit jener in § 3 KrPflG, einher. Durch die Diskrepanz zwischen Bundes- und Kantonsgesetz ergibt sich die Problematik, dass der/die dipl. Pflegefachmann/frau, auch wenn im kantonalen Sinne im eigenverantwortlichen Bereich agiert wird, sich die Tätigkeit durch den/die Arzt/Ärztin bescheinigen lassen muss, damit diese auf Bundesebene durch die Krankenkassen abgerechnet werden kann. Eine weitere Diskrepanz liegt zwischen Theorie (Gesetz) und Praxis (Berufsalltag), da der/die dipl. Pflegefachmann/frau im Gegensatz zur widersprüchlichen Gesetzeslage in der Berufspraxis als stark eigenverantwortlich und eigenständig handelnd etabliert und anerkannt ist. Im

¹⁰⁶ Bei Pflegeexperten/innen handelt es sich um weitergebildetes Pflegefachpersonal. Sie verfügen über vertiefte Fachkenntnisse in der klinischen Pflege und stehen dem Pflegepersonal für Fragen und Beratung zur Verfügung.

Vergleich zur gesetzlich anerkannten ‚eigenen Rolle‘ in Frankreich kann in der Schweiz von einer „halb eigenverantwortlich[en]“¹⁰⁷ Rolle gesprochen werden. Um diesen verwirrenden Status aufzuheben, wurde im Jahr 2011 die parlamentarische ‚Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege‘ auf den Weg gebracht (vgl. Unterabschnitt 3.2.4.2).¹⁰⁸

3.2.3 Aufgaben in eigener Verantwortung

3.2.3.1 Frankreich: Fokus auf der Gestaltung und Leitung des Pflegeprozesses¹⁰⁹ in der ‚rôle propre‘

Die ‚eigene Rolle‘ hat in Frankreich einen ganz besonderen Stellenwert und gilt als „Emanzipation der Pflegekraft vom/von der Arzt/Ärztin“¹¹⁰. Mit der Weiterentwicklung der Medizintechnik konzentrierten sich Ärzte/innen zunehmend auf ihre neuen medizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten (Endoskopie, Sonographie etc.) und überließen Heilkundetätigkeiten im weiteren Sinne sowie den an die medizinische Diagnose- und Therapieentscheidung anschließenden Pflegeprozess der eigenständigen Verantwortung der Krankenpfleger/innen. In den 70er Jahren wurden in Frankreich Stimmen laut, die vor diesem Hintergrund der immer größeren Verantwortung sowie in Anlehnung an kanadische und amerikanische Pflege-theorien auf die Definition ihrer ‚eigenen Rolle‘ und einen klar abgesteckten rechtlichen Rahmen pochten. Das Gesetz vom 31. Mai 1978 erkannte erstmalig die ‚eigene Rolle‘ des/der Krankenpflegers/in an und definierte diese anschließend in Verordnungen und Dekreten über die Festlegung von Vorbehaltsaufgaben in Abgrenzung zu Mitwirkungsaufgaben.¹¹¹

¹⁰⁷ Wagner, Pierre-André: Es geht um Finanzierung, nicht um Kompetenzen. In: Krankenpflege/Soins infirmiers/Cure infirmieristiche, Nr. 6/2014, S. 27.

¹⁰⁸ Vgl. ebd.

¹⁰⁹ Unter Pflegeprozess ist hier der Zyklus von Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung, Durchführung und Pflegeevaluation zu verstehen.

¹¹⁰ Fachinterview.

¹¹¹ Vgl. Catanas, Marc: Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin? 2009. URL: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html> [Letzter Zugriff am 08.05.2015].

Heute liegt der Aufgabenfokus in der ‚eigenen Rolle‘ auf der **Gestaltung und Leitung des Pflegeprozesses**: Hierbei stehen – in Anlehnung an die medizinische Diagnose und Therapieentscheidung des/der Arztes/Ärztin – die Analyse der Bedürfnisse des/der Patienten/in, die Erstellung einer **Pflegediagnose** und die Initiierung von Pflegemaßnahmen im Zentrum.¹¹² Von besonderer Bedeutung ist die Pflegediagnose als Herzstück des Pflegeprozesses. Diese Fokussierung spiegelt sich auch im neuen Ausbildungsgesetz aus dem Jahr 2009 wider, das die Pflegeausbildung vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses gesetzlich neu regelt: In einem ‚référentiel d’activités et de compétences‘ (französischer Lehrplan) wurden zehn Kompetenzbereiche definiert, von denen sich gleich der erste auf die Pflegediagnose bezieht – ‚Eine klinische Situation beurteilen und eine klinische Diagnose im Bereich der Krankenpflege erstellen.‘¹¹³ In diesem Kontext ist die bereits mehrfach erwähnte **Auflistung der Tätigkeiten in Artikel R. 4311-5 (Vorbehaltsaufgaben) als ein Maßnahmenrepertoire** zu verstehen, aus dem der/die Krankenpfleger/in je nach Pflegediagnose das Pflegemaßnahmenpaket zusammenstellt. Damit sich der/die Krankenpfleger/in auf die anspruchsvolle Gestaltung und Leitung des Pflegeprozesses und die Pflegediagnose konzentrieren kann, gibt er/sie Tätigkeiten der Grundpflege oft an Krankenpflegehelfer/innen (‚aides-soignants‘) ab.¹¹⁴

Graphik 41

Beispiel für die Aufgabenabgrenzung Pflegefachkraft und Arzt/Ärztin

Ein Arzt führt bei einer Patientin eine **Brustuntersuchung** durch (z. B. Ultraschall, Mammographie) und diagnostiziert bei einer Frau ein Mammakarzinom (**Medizinische Diagnose**). Je nach Stadium etc. entscheidet er sich für eine **Therapie** (brusterhaltende Operation, Operation der ganzen

¹¹² Vgl. Article R. 4311-3 CSP [Code de la santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier, Section 1].

¹¹³ Übersetzt aus dem Französischen, nach: Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Annexe II. In: Bulletin Officiel Santé – Protection Sociale – Solidarité, Nr. 7/2009 (15.08.2009), S. 266.

¹¹⁴ Vgl. Catanas, Marc: Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin? 2009. URL: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html> [Letzter Zugriff am 08.05.2015].

Brust, wiederherstellende Operation, Bestrahlung, Chemotherapie, Hormontherapie etc.). Auf der Grundlage dieser Entscheidungen analysiert die Pflegekraft die Bedürfnisse der Patientin und erstellt eine **Pflegediagnose**, die eine physiologische Ebene (z. B. kann es nach operativen Eingriffen auf der Körperhälfte zu Einschränkungen der Mobilität kommen, wodurch die Fähigkeit der Person, sich zu pflegen oder zu ernähren eingeschränkt sein kann) und eine emotionale Ebene (z. B. Wissensdefizite über den späteren Umgang mit der neuen Situation, Körperbildstörungen) hat. Anschließend ordnet sie **Pflegemaßnahmen** aus ihrem eigenen Maßnahmenrepertoire an (z. B. Unterstützung bei der Essensaufnahme, Unterstützung bei der Körperhygiene) und plant deren Organisation und Durchführung, entweder eigenständig oder in Zusammenarbeit mit Pflegehilfskräften.

1	Medizinische Untersuchung	Ultraschall, Mammographie	Arzt/Ärztin
2	Medizinische Diagnose	Mammakarzinom	Arzt/Ärztin
3	Therapieentscheidung	Operativer Eingriff	Arzt/Ärztin
4	Pflegediagnose	<u>Physiologische Ebene:</u> Einschränkung der Mobilität <u>Emotionale Ebene:</u> Körperbildstörung	Pflegekraft
5	Pflegemaßnahmen	Unterstützung bei der Essensaufnahme Unterstützung bei der Körperhygiene	Pflegekraft & Pflegehilfskraft

Quelle: Euro-Institut, Fachinterview

3.2.3.2 Deutschland: Fokus auf der intensiven und wissenschaftlich eingebetteten Grundpflege

Auch in Deutschland fallen Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation sowie Evaluation der Pflege als

Etappen des Pflegeprozesses in den eigenständigen Aufgabenbereich der Pflegekraft.¹¹⁵ Im Vergleich zu Frankreich fehlt in dieser Aufzählung allerdings der in den Nachbarländern zentrale Begriff der Pflegediagnose, auch wenn die ‚Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs‘ diese widerspiegelt.

Im Berufsalltag einer deutschen Pflegekraft liegt der tatsächliche Schwerpunkt bei den eigenverantwortlichen Aufgaben eindeutig auf den Grundpflegetätigkeiten – und nicht primär auf der Leitung und Gestaltung des Pflegeprozesses. Anders als in Frankreich soll hier, so in der Ausbildung vermittelt, besonderer Wert auf die Anwendung wissenschaftlicher Konzepte gelegt werden. Es geht darum, den Grundbedürfnissen des/der Patienten/in auf primärer und sekundärer Ebene nachzukommen. Primär gilt es, Ernährung, Körperpflege und Mobilität der Patienten/innen zu garantieren. Sekundär geht es darum, den Genesungsprozess des/der Patienten/innen durch die Einbettung der alltäglichen Grundpflege in wissenschaftliche Konzepte zu unterstützen. Ein Beispiel hierfür wäre das Konzept der Basalen Stimulation, für das die Pflegeschüler/innen bezüglich der Körperpflege ihrer Patienten/innen sensibilisiert werden: Die Körperpflege kann je nach Patient/in belebend oder beruhigend durchgeführt werden. So kann beispielsweise bei Patienten/innen mit akuten Schmerzzuständen, Unruhezuständen und/oder Einschlafstörungen darauf geachtet werden, dass die Temperatur des Wassers über der Körpertemperatur liegt und dass das Waschen und Abtrocknen aus Richtung des Thorax in eine Richtung geschehen. Weitere Beispiele im Bereich der Mobilität wären die Kinästhetik (Bewegungsempfindung) und das Bobath-Konzept (Rehabilitationskonzept). Obwohl sich das Interesse an der Pflegeforschung in Deutschland eher spät entwickelt hat, wird ihr heute besondere Bedeutung beigemessen und ihre Konzepte sind anerkannt und verbreitet. Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass in Ermangelung von Zeit und Personal als erstes auf diese sekundäre Ebene bei der Grundpflege verzichtet wird.

Aus dem Vergleich mit der Schweiz und Frankreich geht hervor, dass der Grundpflegefokus der deutschen Krankenpfleger/innen u. a. auf einen niedrigeren

¹¹⁵ Vgl. § 3 KrPflG [Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16.07.2003 (Stand am 16.07.2015)].

Stellenschlüssel, das heißt das Verhältnis von Krankenpflegehelfern/innen (und anderen Pflegehilfskräften) und Krankenpflegern/innen, zurückzuführen ist: Da den deutschen Krankenpflegern/innen weniger Pflegehilfskräfte zur Seite stehen und sie insgesamt weniger zahlreich sind, müssen sie alle Hilfestellungen bei den alltäglichen Verrichtungen übernehmen, sodass ihnen weniger Zeit für die Gestaltung des Pflegeprozesses und – unabhängig von der rechtlichen Begrenzung – die anspruchsvolle Behandlungspflege bleibt. Gleichzeitig entfällt bei einem reduzierten Berufsportfolio die Leitungsfunktion. Die untenstehende Graphik illustriert das unterschiedliche Verhältnis von Krankenpflegern/innen zu Krankenpflegehelfern/innen zwischen Deutschland und Frankreich.

Graphik 42

Verhältnis der Anzahl von berufstätigen Krankenpflegern/innen zu Pflegehelfern/innen im Jahr 2011

	Hôpitaux	Établissements pour personnes âgées	Intervention à domicile et accueil de jour	Ensemble des trois secteurs
Rhénanie-Palatinat	22,4 : 1	4,1 : 1	6,9 : 1	9,0 : 1
Sarre	36,7 : 1	3,1 : 1	6,9 : 1	8,5 : 1
Lorraine	1,4 : 1	0,3 : 1	2,9 : 1	1,1 : 1
Luxembourg	5,7 : 1	nd	nd	2,1 : 1
Wallonie	nd	nd	nd	1,8 : 1
Communauté germanophone de Belgique	10,9 : 1	0,3 : 1	0,7 : 1	1,1 : 1

Sources: calculs propres sur base des sources de données suivantes : Service de la Statistique de Rhénanie-Palatinat, Service de la Statistique de la Sarre, INSEE, Ministère de la Santé du Luxembourg, SPF Santé publique, Ministère de la CG

Quelle: Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK); Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion, 2015, S. 70.

2011/Alle Sektoren	Krankenpfleger/innen	Krankenpflegehelfer/innen	Verhältnis
Baden-Württemberg	16.525	2.209	7,4 : 1
Elsass	17.304	16.270	1,06 : 1

Quelle: Eigene Darstellung, nach: INSEE, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg¹¹⁶

¹¹⁶ Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Pflege in Baden-Württemberg – Personalstruktur, 2014. URL: https://www.statistik-bw.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Pflege/Pflege_06.asp [Letzter Zugriff am 03.09.2015]; Institut national de la statistique et des études économiques en Alsace (Insee) (Hrsg.), Observatoire Régional Remploi Formation (OREF): Professions sanitaires

3.2.3.3 Schweiz: Dipl. Pflegefachpersonal HF als Pflegeprozessverantwortliche unterstützt von FaGes

Zu Beginn muss hier daran erinnert werden, dass, wenn vom eigenverantwortlichen Bereich der Pflegekraft gesprochen wird, dieser nur eine kantonale Gesetzesgrundlage hat und vor allem im Berufsalltag anerkannt ist.

Die FaGes handeln in ständigem Austausch mit diplomiertem Pflegefachpersonal (Dipl. Pflegefachmann, Bachelor Pflegefachmann) und den Ärzten. Sie haben also keine ‚eigene Rolle‘, sondern agieren stets in Mitverantwortung. Sie übernehmen in Abstimmung mit dem diplomierten Pflegefachpersonal Grundpflegetätigkeiten und ihnen übertragene medizinaltechnische Verrichtungen, wie die Durchführung von subkutanen und intramuskulären Injektionen.¹¹⁷ Zum Vergleich kann die Durchführung von intravenösen Injektionen allein dem diplomierten Pflegefachpersonal übertragen werden. Allerdings ist eine derart präzise Unterscheidung nicht bei allen Verrichtungsarten möglich (z. B. Grauzonen bei Wundverbandswechsel). Auch gibt es innerhalb des Berufs FaGe Unterschiede, die auf die Änderung des Ausbildungsrahmens zurückzuführen sind: Zum Beispiel war das Legen eines transurethralen Blasenkatheters zunächst kein Bestandteil der Ausbildung, sodass Fachpersonen, deren Ausbildungsende bereits länger zurückliegt, diese Tätigkeit nur nach Absolvieren einer Nachschulung ausführen dürfen.

Das dipl. Pflegefachpersonal handelt in einem eigen- und mitverantwortlichen Bereich. Im Berufsalltag eines/einer dipl. Pflegefachmanns/frau und Bachelor Pflegefachmanns/frau liegt der Aufgabenfokus im eigenverantwortlichen Bereich auf der Leitung und Gestaltung des Pflegeprozesses. Der/die dipl. Pflegefachmann/frau trägt die fachliche Verantwortung in einfachen bis komplexen Pflegesituationen. Der Bachelor Pflegefachmann/frau trägt sie in hochkomplexen

et sociales en Alsace – Un besoin de cinq recrutements pour trois départs d'ici 2020, Schriftenreihe Insee Analyses, Nr. 6, November 2014, S. 2.

¹¹⁷ Vgl. Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté): Qualifikationsprofil Fachfrau/Fachmann Gesundheit (EFZ), 13.11.2008, S. 2.

Situationen mit unklaren, noch zu definierenden Problemen.¹¹⁸ Im ‚Rahmenlehrplan dipl. Pflegefachpersonal HF‘ werden neben dem Pflegeprozess, der Kommunikationsprozess, das Wissensmanagement und der Organisationsprozess genannt. Der Bachelor Pflegefachmann/frau zeichnet sich durch ergänzendes theoretisches und wissenschaftliches Wissen – teilweise fokussiert auf ein bestimmtes Krankheitsbild – sowie Grundlagenkenntnisse im Bereich Betriebswissenschaft und Projektmanagement aus. Dies versetzt ihn/sie in die Lage, Leitungsaufgaben zu übernehmen, andere Berufsangehörige und Lernende in der täglichen Arbeit fachlich zu unterstützen, neue evidenzbasierte Pflegekonzepte, Qualitätsentwicklungskonzepte und neue Arbeitsweisen zu entwickeln, Prozesse zu optimieren oder an Forschungsprojekten mitzuarbeiten.¹¹⁹ Die Interaktion und Aufgabenbereiche des Pflegepersonals hängen stark von der Größe und Ausrichtung der Einrichtung und Station sowie der Personalstammzusammensetzung ab. Nicht immer sind alle Berufe des schweizerischen Gesundheitsberufsportfolios (Assistent/in Gesundheit und Soziales, FaGe, Dipl. Pflegefachperson, Bachelor Fachperson, Pflegeexperten/innen etc.) vertreten. Der Bachelor Pflegefachmann/frau arbeitet in bestimmten Konstellationen gar nicht am/an der Patienten/in, sondern primär in Administration und Forschung. Es kann davon ausgegangen werden, dass die dipl. Pflegefachpersonen stets mit FaGes zusammenarbeiten und/oder von Assistenten/innen unterstützt werden. Die Zusammenarbeit kann in einem Spital beispielsweise eine Tandemstruktur FaGe/Dipl. Pflegefachperson annehmen, bei der die Aufgaben unter Verantwortung der dipl. Pflegefachperson jeden Tag neu besprochen und entsprechend der tagesaktuellen Situation fallgerecht aufgeteilt werden.

¹¹⁸ Vgl. Bildungsdirektion Kanton Zürich: Dipl. Pflegefachfrau/Dipl. Pflegefachmann – Vergleich zwischen Höhere Fachschule (HF) und Fachhochschule (FH), Dezember 2008. URL: http://www.puls-berufe.ch/documents/admis/2006721164613/FHHFUnterschiedepdf_200695165815.pdf [Letzter Zugriff am 19.03.2015].

¹¹⁹ Vgl. Bildungsdirektion Kanton Zürich 2008.

3.2.4 Ausblick: Annäherung an die französische Lage der Pflegefachkräfte? **Aktuelle Gesetzgebung in Deutschland und der Schweiz**

3.2.4.1 Deutschland: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) und Richtlinie zur Heilkundeübertragung (2011) – Eigenständige Ausübung von Heilkunde bei fest definierten Tätigkeiten

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde 2008 in Artikel § 63 SGB V die Möglichkeit geschaffen, die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte in Modellvorhaben zu erproben.¹²⁰ Der Rahmen für die Umsetzung solcher Modellvorhaben wurde im Herbst 2011 in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen ‚Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V‘ (i. F. Heilkundeübertragungsrichtlinie) abgesteckt. Die ‚Heilkundeübertragungsrichtlinie‘ definiert allgemeine Übertragungsgrundsätze und legt delegierbare Tätigkeiten in Art und Umfang sowie die notwendige Qualifikation der Pflegefachkräfte fest. In Modellvorhaben kann jetzt bei diesen fest definierten ärztlichen Tätigkeiten nicht nur die Durchführungs- sondern auch die Anordnungsverantwortung an Zusatzqualifizierte Pflegefachkräfte übertragen werden (= Substitution statt Delegation).¹²¹ Dies ist eine Annäherung an die ‚eigene Rolle‘ im französischen Sinne: Der eigenverantwortliche Bereich wird nicht nur durch die Zuordnung konkreter Tätigkeiten gesetzlich abgesteckt, sondern auch durch den Einbezug von Behandlungspflegeleistungen aufgewertet. Ein Beispiel für eine Behandlungspflegeleistung im weiteren Sinne, die in Frankreich bereits in eigener Verantwortung im Rahmen der ‚eigenen Rolle‘ durchgeführt wird und bei der in Deutschland im Rahmen der ‚Heilkundeübertragungsrichtlinie‘ seit Kurzem in Modellvorhaben erprobt werden kann, ob sie auch in Deutschland eigenständig angeordnet/durchgeführt werden darf, ist die Verpflegung und Kontrolle chronischer Hautgeschwüre (‚soins et surveillance d’ulcères cutanés chroniques‘,

¹²⁰ Vgl. § 63 SGB XI [Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung. Drittes Kapitel – Leistung der Krankenversicherung (Stand am 17.07.2015)].

¹²¹ Vgl. Szepan, Nadine-Michèle: Neue Rolle für die Pflege. In: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 13/2013, S. 37.

Article R. 4311-5 N°24). Die Vorbereitung und Durchführung solcher Modellvorhaben sind allerdings sehr komplex.¹²²

3.2.4.2 Schweiz: Initiative zur ‚Gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege‘ (2011) – sachgerechte Abgrenzung von ärztlichen Tätigkeiten und pflegerischen Aufgaben ohne Mengenausweitung

Die unterschiedliche gesetzliche Grundlage auf Bundes- und Kantonsebene führt heute in der Schweiz zu problematischen Widersprüchen:

„Den Pflegefachpersonen wird zwar ein eigenständiger Bereich zugestanden [Kantonsebene], die entsprechenden Leistungen von den Krankenkassen aber nicht übernommen [Bundesebene] – es sei denn es liege eine ärztliche Verordnung vor.“¹²³

Vor diesem Hintergrund wurde im März 2011 eine Parlamentarische Initiative zur (Bundes-),Gesetzliche(n) Anerkennung der Verantwortung der Pflege‘ eingereicht. In dieser wird gefordert, Leistungen im Bundesgesetz der Krankenversicherung (KVG) in einen mitverantwortlichen und einen eigenverantwortlichen Bereich aufzuteilen. Es würde sich hierbei um eine „sachgerechte Abgrenzung von ärztlichen Tätigkeiten und pflegerischen Aufgaben ohne Mengenausweitung“¹²⁴ handeln. Anders ausgedrückt, geht es nicht darum – wie in der ‚Heilkundeübertragungsrichtlinie‘ – neue Aufgaben zu definieren, sondern den „faktisch bereits bestehenden Zustand [der zwei Bereiche] im KVG fest[zuschreiben]“¹²⁵ und die „bestehende [gesetzliche] Doppelspurigkeit“¹²⁶ aufzuheben. Bisher passierte die Initiative erfolgreich alle Stationen. Im Januar 2015 stimmte die nationalrätliche Gesundheits- und Sozialkommission zu. Die Gesetzesänderung wird nun in Vernehmlassung gehen und anschließend im

¹²² Vgl. Deutscher Pflegerat, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Muster für ein Modell gem. § 63 (3c) SGB V zum Bereich Chronische Wunden, Berlin 2014. URL: http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegeberuf/ag-dpr-63_3c-mustermmodell-text-2014-09-10-out.pdf [Letzter Zugriff am 19.05.2015].

¹²³ Wagner 2014, S. 27.

¹²⁴ Lüthi, Urs: Eigenverantwortliche Pflege in den Mühlen der Politik. In: Krankenpflege/Soins infirmiers/Cure infirmieristiche, Nr. 2/2013, S. 23.

¹²⁵ Lüthi 2013, S. 22.

¹²⁶ Ebd.; vgl. Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Sommersession 14. Tagung der 49. Amtsdauer, Bern 2014, S. 119 & 122.

National- und Ständerat debattiert. Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen beide Kammern dem Anliegen zustimmen.¹²⁷

¹²⁷ Vgl. Wagner 2014, S. 27; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK): SGK fällt historischen Entscheid für den Pflegeberuf, 23.01.2015. URL: http://www.sbk.ch/aktuell/news-detail/article/2015/01/23/title/sgk-faellt-h.html?no_cache=1&cHash=c9c80c8fb3f10613d4e173ea8ad794fb [Letzter Zugriff am 24.03.2015].

3.3 Grenzüberschreitende Anerkennung von Berufsqualifikationen¹²⁸

Dieses Kapitel befasst sich mit den Regelungen zur grenzüberschreitenden Anerkennung der Berufsqualifikationen von Gesundheitsfachberufen.

Zunächst werden nochmal die rechtlichen Regelungen zur Anerkennung von Berufsqualifikationen, die aktuell in Kraft und von Bedeutung sind, in Erinnerung gerufen (vgl. Abschnitt 3.3.1). Daran anschließend wird konkret auf die Bedingungen der Anerkennung von Berufsqualifikationen eingegangen, die Krankenpfleger/innen bzw. Krankenpflegehelfer/innen mit einem Abschluss aus einem der Teilräume im Oberrheingebiet erfüllen müssen, um in einem anderen nationalen Teilraum arbeiten zu können.

Bei der Methodik fiel die Entscheidung auf eine Dokumentenanalyse des aktuell gültigen Rechtskorpus, die durch Informationen aus Fachgesprächen mit den im Bereich Qualifikationsanerkennung zuständigen Behörden in Frankreich, Deutschland und der Schweiz ergänzt wurde.

3.3.1 Rechtlicher Rahmen

Das aktuell in Frankreich, Deutschland und der Schweiz gültige Recht stützt sich auf die Europäische Richtlinie 2005/36/EG vom 07. September 2005¹²⁹ über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

➤ Reglementierte/Nicht reglementierte Berufe

Zunächst sollte zwischen reglementierte und nicht-reglementierten Berufen unterschieden werden.

Die Richtlinie 2005/36/EG definiert einen reglementierten Beruf als:

¹²⁸ Die Begriffe ‚Qualifikationen‘, ‚Ausbildungsnachweise‘ und ‚Abschlüsse‘ werden hier synonym verwendet. Alle Begriffe werden auch seitens der EU verwendet.

¹²⁹ Diese Richtlinie war Gegenstand mehrerer Konsolidierungen, darunter die letzte vom 20.11.2013.

„eine berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme oder Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist“.¹³⁰

Für die im Aufnahmemitgliedstaat reglementierten Berufe muss jede Person mit ausländischem Abschluss, die ihren Beruf in diesem Land ausüben möchte, einen Nachweis darüber erbringen, dass sie über die erforderlichen Kompetenzen verfügt: Die Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation ist verpflichtend. Das Ziel der Richtlinie 2005/36/EG ist es, Regeln für den Erhalt einer solchen Anerkennung in der EU zu definieren. Diese Regeln gelten für den Europäischen Wirtschaftsraum, also auch für die Schweiz.

Handelt es sich um einen im Aufnahmemitgliedstaat nicht reglementierten Beruf, sind Personen mit ausländischem Abschluss nicht dazu verpflichtet, ihre Berufsqualifikationen anerkennen zu lassen, um ihren Beruf ausüben zu dürfen: Sie können direkt mit den Einrichtungen in Kontakt treten. Es ist allerdings auch in diesem Fall möglich – und empfehlenswert – die Qualifikationen anerkennen zu lassen¹³¹, um einerseits das Einstellungsverfahren zu erleichtern und andererseits von den gleichen Lohnbedingungen und Aufstiegsmöglichkeiten wie Beschäftigte mit nationalen Abschlüssen zu profitieren. Die nicht reglementierten Berufe sind von den Regelungen der Richtlinie 2005/36/EG nicht betroffen.

In Frankreich, Deutschland und der Schweiz sind alle medizinischen und nicht-medizinischen Berufe – bis auf sehr wenige Ausnahmen bei geringqualifizierten Berufen – reglementiert und fallen somit unter die Bestimmungen der Richtlinie.

➤ **Drei Verfahren für die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen**

Für die reglementierten Berufe sieht die Richtlinie drei Grundsätze zur Anerkennung von Ausbildungsnachweisen vor:

- die automatische Anerkennung der Qualifikationen für Berufe, für die einheitliche Mindestanforderungen der Ausbildung festgelegt worden sind;

¹³⁰ Richtlinie 2005/36/EG, Artikel 3, Absatz 1a.

¹³¹ Im Fall von Unterschieden bei der Qualifizierung zwischen dem nationalen und dem ausländischen Diplom, kann der Erhalt der Anerkennung an einen Anpassungslehrgang (eventuell verbunden mit einer Nachschulung) oder an eine Eignungsprüfung gekoppelt sein.

- die allgemeine Regelung für die Anerkennung der Qualifikationen für die anderen reglementierten Berufe;
- die Anerkennung auf der Basis von Berufserfahrung für bestimmte berufliche Tätigkeiten.

Da kein Gesundheitsberuf unter die dritte Kategorie fällt, sollen im Anschluss nur die ersten beiden Grundsätze ausführlicher behandelt werden.

➤ **Das Verfahren der automatischen Anerkennung**

Die Richtlinie 2005/36/EG bestimmt, dass für eine begrenzte Anzahl von Gesundheitsfachberufen, die in sogenannten ‚sektorbezogenen Richtlinien‘ nochmals separat behandelt werden, das automatische Anerkennungsverfahren für Qualifikationen greift. Diese Automatisierung ist möglich, da die Mindestanforderungen an die Ausbildung zu diesen Berufen zugrunde liegen. Das Verfahren betrifft folgende Berufe: Krankenpfleger/innen für die allgemeine Pflege¹³², Hebammen und Entbindungspfleger, Allgemeinmediziner/innen und Fachärzte/innen¹³³.

Dies bedeutet, genauer gesagt, dass die Ausbildungsnachweise, die zur Ausübung dieser Berufe befähigen, automatisch anerkannt werden, wenn sie bestimmte in der Richtlinie definierte Mindestanforderungen erfüllen. Die Richtlinie macht in ihren Anhängen Angaben zu den nationalen Abschlüssen, die diese Kriterien erfüllen.

Beispiel für die Ausbildung zum/zur Krankenpfleger/in¹³⁴

Laut der Richtlinie muss die Mindestdauer der Ausbildung bei drei Jahren auf Vollzeitbasis (4.600 Stunden) liegen, damit eine automatische Anerkennung möglich ist. Die Ausbildung muss die im Anhang V Nummer 5.2.1. der Richtlinie aufgeführten Inhalte umfassen. Die nationalen Abschlüsse, die diese

¹³² Es wird präzisiert, dass spezialisierte Krankenpfleger/innen keine automatische Anerkennung erhalten.

¹³³ Es wird präzisiert, dass dies für eine große Zahl an Fachärzten gilt, aber nicht für alle.

¹³⁴ Weitere Informationen sind dem folgenden Link zu entnehmen:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/directive_in_practice/automatic_recognition/nures/general_de.htm [Letzter Zugriff am 12.09.2015].

Anforderungen erfüllen, werden im Anhang V Nummer 5.2.2 der Richtlinie aufgelistet.

Wenn ein Abschluss im Anhang V Nummer 5.2.2 nicht aufgeführt ist – zum Beispiel aufgrund einer Änderung der Berufsbezeichnung –, die von der Richtlinie vorgesehenen Mindestanforderungen aber erfüllt sind, wird die automatische Anerkennung dann gebilligt, wenn von den zuständigen Behörden des Herkunftsstaates eine Konformitätsbescheinigung ausgestellt wird.

Damit Berufstätige, die bereits seit mehreren Jahren ihrer Tätigkeit nachgehen und Inhaber/in eines Abschlusses sind, der aber vor der Koordinierung der Mindestanforderungen der Ausbildungen auf europäischer Ebene ausgestellt worden ist, nicht ausgeschlossen werden, ermöglichen zusätzliche Bestimmungen über erworbene Rechte die automatische Anerkennung der Berufsqualifikationen. Der/die Inhaber/in muss in diesem Fall eine Bescheinigung der zuständigen Behörden des Herkunftsstaates erbringen, die bestätigt, dass er/sie während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffenden Tätigkeiten ausgeübt hat.

In jedem anderen Fall ist es möglich, eine Anerkennung im Rahmen der allgemeinen Regelung zu erhalten.

➤ **Allgemeine Regelung zur Anerkennung von Ausbildungsnachweisen**

Für die Berufe, die nicht unter das automatische Anerkennungsverfahren fallen, ist der Erhalt einer Anerkennung möglich, aber an eine fallabhängige Überprüfung der Qualifikationen durch die zuständige Behörde im Aufnahmemitgliedstaat gekoppelt. Die Einführung einer allgemeinen Regelung in der Richtlinie 2005/36/EG erfolgt vor dem Hintergrund, einen einheitlichen und kohärenten rechtlichen Rahmen zu schaffen, der auf einem stärker automatisierten Ablauf bei der Anerkennung von Qualifikationen basiert.

Die Richtlinie legt insbesondere folgende Bewertungskriterien fest:

- Wenn der Beruf im Herkunftsland des/der Antragstellers/in nicht reglementiert ist, muss er/sie nachweisen, dass er/sie ihn während mindestens zwei Jahren im Laufe der letzten zehn Jahre ausgeübt hat.
- Die Richtlinie 2005/36/EG (Artikel 11) ordnet die Berufsqualifikationen, abhängig von der Dauer der Ausbildung und ihrer Einordnung in die Bildungssystematik, einem von fünf Niveaus zu. Die Qualifikation des/der Antragstellers/in muss dem Niveau entsprechen, auf dem auch die nationale Qualifikation eingeordnet wurde, oder dem Niveau unmittelbar darunter.
- Es dürfen keine wesentlichen Unterschiede zwischen der vom/von der Antragsteller/in absolvierten Ausbildung und der nationalen Ausbildung im Aufnahme-Mitgliedstaat bestehen.

Nach der Überprüfung der Qualifikationen teilt die zuständige Behörde ihre Entscheidung in einer Frist von vier Monaten mit. Die Behörde kann drei verschiedene Arten von Entscheidungen treffen:

- Sie kann entscheiden, die Qualifikationen der antragstellenden Person anzuerkennen, die sogleich unter denselben Bedingungen wie die Berufstätigen mit nationalem Abschluss ihren Beruf ausüben kann.
- Sie kann es ablehnen, die Qualifikationen der antragstellenden Person anzuerkennen, die somit ihren Beruf in diesem Mitgliedstaat nicht ausüben kann.
- Sie kann die Anerkennung an die Teilnahme an Ausgleichsmaßnahmen koppeln. Dies ist der Fall, wenn wesentliche Unterschiede zwischen der Ausbildung des/der Antragstellers/in und der nationalen Ausbildung festgestellt wurden. Die Ausgleichsmaßnahmen können die Form eines Eignungstests oder von Anpassungslehrgängen mit einer Dauer von maximal drei Jahren annehmen.

3.3.2 Zugangsvoraussetzungen zu einem Gesundheitsberuf im Nachbarland

3.3.2.1 Französische Seite

➤ Krankenpfleger/innen

Die Krankenpfleger/innen mit einem deutschen oder schweizerischen Abschluss, die im Elsass auf gleicher Ebene wie die Krankenpfleger/innen mit französischem Abschluss arbeiten wollen, müssen folgende Etappen durchlaufen:

- Registrierung im Verzeichnis ADELI¹³⁵ der ARS,
- Einschreibung beim ‚Conseil départemental de l’ordre infirmier‘.

Die Überprüfung des ausländischen Abschlusses erfolgt bei der Registrierung im Verzeichnis ADELI durch die ARS. Es gibt zwei Möglichkeiten:

- Wenn die antragstellende Person in Besitz eines Abschlusses ist, der die Mindestanforderungen der Richtlinie erfüllt, greift das automatische Anerkennungsverfahren: Die Registrierung im Verzeichnis ADELI erfolgt automatisch, wenn der/die Antragsteller/in über ein ausreichendes Französischniveau verfügt. Das Sprachniveau wird in subjektiver Bewertung durch die sachbearbeitende Person eingestuft. Wenn ein Zweifel in Bezug auf die Sprachkompetenz eines/einer Antragstellers/in besteht, wird dieser zum Conseil de l’ordre infirmier du département geschickt, um sich dort einem Sprachtest zu unterziehen. Die Modalitäten dieser Tests variieren von Departement zu Departement. Es wird kein offizielles Niveau verlangt.
- Wenn die antragstellende Person in Besitz eines Abschlusses ist, der die Mindestanforderungen der Richtlinie nicht erfüllt, greift die allgemeine Regelung: Sie muss einen Antrag auf Erlaubnis zur Berufsausübung bei der zuständigen Behörde, der ‚Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la cohésion sociale‘ Alsace (DRJSCS Alsace) stellen. Erteilt die DRJSCS Alsace diese Erlaubnis, kann sie sich anschließend im Verzeichnis ADELI registrieren lassen. Der Richtlinie entsprechend kann die

¹³⁵ Verzeichnis, in dem Krankenpfleger/innen und Fachkräfte zahlreicher anderer Gesundheitsberufe registriert sind.

Antragsprüfung durch die DRJSCS Alsace auch eine Ablehnung oder die Anordnung von Ausgleichsmaßnahmen zur Folge haben.

➤ **Krankenpflegehelfer/innen**

Für Krankenpflegehelfer/innen mit einem deutschen oder schweizerischen Abschluss, die im Elsass arbeiten wollen, greift in jedem Fall die allgemeine Anerkennungsregelung. Die zuständige Behörde, die die Berufsqualifikationen prüft und die Erlaubnis zur Berufsausübung erteilt, ist die DRJSCS Alsace. Die Prüfung erfolgt nach in der Richtlinie 2005/36/EG festgelegten Modalitäten.

Nach Informationen, die von der DRJSCS Alsace eingeholt werden konnten, müssen die Antragsteller/innen in den meisten Fällen Ausgleichsmaßnahmen in Form von Kurzpraktika absolvieren. In den meisten Fällen sollen die Praktika nicht dazu dienen, dass der/die Antragsteller/in einen Qualifikationsabstand im Verhältnis zum französischen Abschluss aufholt, sondern dass er sich mit der gängigen Berufspraxis und dem Berufsalltag in Frankreich vertraut machen kann (z. B. in Bezug auf Stationsorganisation und -ablauf).

An sich sind die Antragstellenden selbst für die Suche eines Praktikumsplatzes zuständig. Allerdings wird den Antragstellenden oft der Kontakt zu einem Institut de formation au métier d'aide-soignant (IFAS) hergestellt, die sich dann um die Suche kümmern. Es ist hier anzumerken, dass die Praktika nicht bezahlt werden. Ebenfalls zu erwähnen ist, dass die DRJSCS Alsace die Sprachkompetenzen der Antragstellenden nicht überprüft. Dies ist Aufgabe der Arbeitgeber.

Das Anerkennungsverfahren ist sowohl für Krankenpfleger/innen als auch für Krankenpflegehelfer/innen kostenlos.

3.3.2.2 Deutsche Seite

➤ **Krankenpfleger/innen**

Die Krankenpfleger/innen mit französischem oder schweizerischem Abschluss, die in Deutschland arbeiten wollen, müssen einen Antrag auf staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung stellen. Die Behörden, die für die Überprüfung der ausländischen

Abschlüsse und die Erteilung der staatlichen Erlaubnis zur Berufsausübung zuständig sind, sind für die Berufsausübung im Land Baden-Württemberg das Regierungspräsidium Stuttgart und für eine Berufstätigkeit in Rheinland-Pfalz das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung.

Für Krankenpfleger/innen mit französischem Abschluss erfolgt die Ausstellung einer staatlichen Erlaubnis zur Berufsausübung als Krankenpfleger/in unter Vorbehalt vorhandener Deutschkenntnisse und einiger Formalitäten (Polizeiliches Führungszeugnis, Gesundheitszustand etc.) nach dem automatischen Anerkennungsverfahren der EU ohne individuelle Gleichwertigkeitsprüfung automatisch. Für Krankenpfleger/innen mit schweizerischem Abschluss ist die Situation aufgrund der aktuellen Reform des Bildungssystems in der Schweiz komplexer: Die Frage, welche Abschlüsse im Bereich Krankenpflege anerkannt werden können (und zu welchen Bedingungen), wird aktuell noch von den zuständigen Behörden geklärt.

Damit die Antragstellenden eine staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung als Krankenpfleger/in erhalten können, müssen sie einen schriftlichen Nachweis darüber erbringen, dass sie über ein Deutschsprachniveau von B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) verfügen.

Die Bearbeitungs- und Ausstellungsgebühr der Erlaubnis zur Berufsausübung liegt bei 150 €.

➤ **Krankenpflegehelfer/innen**

Die Krankenpflegehelfer/innen mit französischem Abschluss und schweizerischem Abschluss, die in Deutschland als Krankenpflegehelfer/innen arbeiten wollen, benötigen eine staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung.

Die zuständigen Behörden, die vorhandene Berufsqualifikationen auf Gleichwertigkeit prüfen und die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung als Krankenpflegehelfer/in erteilen, sind in Baden-Württemberg ebenfalls das Regierungspräsidium Stuttgart und in Rheinland-Pfalz das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung.

Das automatische Anerkennungsverfahren gilt zwar nicht für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in. Dennoch ging aus den Informationen, die von den zuständigen Behörden eingeholt werden konnten, hervor, dass die staatliche Erlaubnis zur Berufsausübung für französische und schweizerische Staatsbürger/innen dann erteilt wird, wenn die entsprechenden Abschlüsse vorhanden sind, und dies ohne zusätzliche vertiefende Gleichwertigkeitsprüfung. Die Anerkennung erfolgt in der praktischen Umsetzung also quasi automatisch. Auch hier wird ein Nachweis über ein Deutschsprachniveau von B2 verlangt und die Bearbeitungs- und Ausstellungsgebühr liegt bei 150 €.

3.3.2.3 Schweizer Seite

➤ Krankenpfleger/innen

[Dieser Teil wird noch vervollständigt – ausstehendes Fachinterview].

➤ Krankenpflegehelfer/innen

Die Krankenpflegehelfer/innen mit französischem oder deutschem Abschluss, die in der Schweiz als Krankenpflegehelfer/innen arbeiten wollen, müssen eine Anerkennung ihrer Abschlüsse durch das Schweizerische Rote Kreuz (SRK), das für die gesamte Schweiz zuständig ist, erhalten.

Aufgrund der Tatsache, dass die Ausbildung zum/zur Assistenten/in Gesundheit und Soziales in der Schweiz zwei Jahre dauert, wohingegen die Ausbildung in Frankreich (‚aide-soignant‘) und in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (‚Gesundheits- und Krankenpfleger/in‘) nur ein Jahr umfasst, ist die Anerkennung der Abschlüsse quasi systematisch an Ausgleichsmaßnahmen gekoppelt. Diese bestehen zumeist aus einem sechsmonatigen Praktikum in schweizerischen Gesundheitseinrichtungen und einer zweiwöchigen Nachschulung. Die antragstellende Person ist selbst für die Suche eines Praktikumsplatzes zuständig. Ob das Praktikum bezahlt wird oder nicht, wird von der Einrichtungsdirektion entschieden.

Die Kandidierenden müssen ebenfalls ein Sprachniveau von B2 in einer der vier offiziellen Landessprachen nachweisen können. Das Anerkennungsverfahren kostet 600 CHF.

3.3.2.4 Allgemeine Anmerkungen

Im Hinblick auf die Empfehlungen zur grenzüberschreitenden Mobilität müssen zwei weitere Fragen gestellt werden.

Die erste Frage ist, ob die Informationen zum Anerkennungsverfahren von Abschlüssen für interessierte Fachkräfte leicht zugänglich sind. Dieses Thema wird in Teil 4 noch einmal aufgegriffen.

Die zweite Frage ist, abgesehen von den rechtlichen Vorschriften und dem Verfahren, ob die Rekrutierenden im Land selber die Abschlüsse der Nachbarländer tatsächlich als gleichwertig zu den nationalen Abschlüssen einstufen. Dieser Aspekt konnte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht weiter verfolgt werden. Es wäre jedoch interessant, dieser Frage weiter nachzugehen.

4 Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität

Im vierten und letzten Teil der Studie werden Empfehlungen zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität von Berufstätigen bzw. zukünftigen Berufstätigen im Gesundheitswesen ausgearbeitet. Letztere sind, zusammen mit dem Erfahrungs- und Best Practice-Austausch, die wichtigsten Empfehlungen der Studie.

Zu Beginn dieses Teils müssen zwei allgemeine Vorbemerkungen gemacht werden:

Erstens ist hervorzuheben, dass sich die Empfehlungen der vorliegenden Studie nur auf grenzüberschreitende Maßnahmen beziehen und dass diese nicht die wichtigste Lösung für die vorhandenen Probleme darstellen können. Sie können lediglich einen Teil zur Lösung des Problems beitragen. Das heißt auch, dass die Entwicklung von grenzüberschreitenden Maßnahmen die Akteure in den jeweiligen Teilräumen keinesfalls davon entbindet, sich weiterhin um Problemlösungen zu bemühen: Weiterentwicklung des Ausbildungsangebots, Erhöhung der Attraktivität der Berufe, Verbesserung der Arbeitsbedingungen etc. Bei diesen Handlungsfeldern handelt es sich zudem um jene, die den größten Erfolg bei der Problemlösung versprechen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass das Arbeiten im Nachbarland für Fachkräfte des Gesundheitswesens nicht attraktiv sein wird, wenn beispielsweise die dortigen Arbeitsbedingungen schlecht sind. Vor diesem Hintergrund hängen die Erfolgchancen einer grenzüberschreitenden Mobilitätsstrategie zum Teil von den Maßnahmen ab, die in den jeweiligen Teilräumen durchgeführt werden.

Zweitens ist zu betonen, dass die Stärkung der Mobilität sowohl koordiniert als auch bedarfsorientiert sein muss.

- **„Koordiniert“:** Die Entwicklung der Mobilität wird nur durch ein gemeinsames Engagement aller Akteure in allen nationalen Teilräumen möglich sein.

- **„Bedarfsorientiert“:** Die Förderung der Mobilität soll nicht ‚blind‘ angegangen werden. Hierbei sind zwei Elemente zu berücksichtigen. Zuerst muss die Stärkung der Mobilität von einem realen Bedarf ausgehen und sich auf die relevanten Berufe, Zielgruppen und Teilräume beziehen. Darüber hinaus müssen die Maßnahmen eine Win-win-Situation zum Ziel haben und die Interessen der einzelnen Stakeholder wahren.

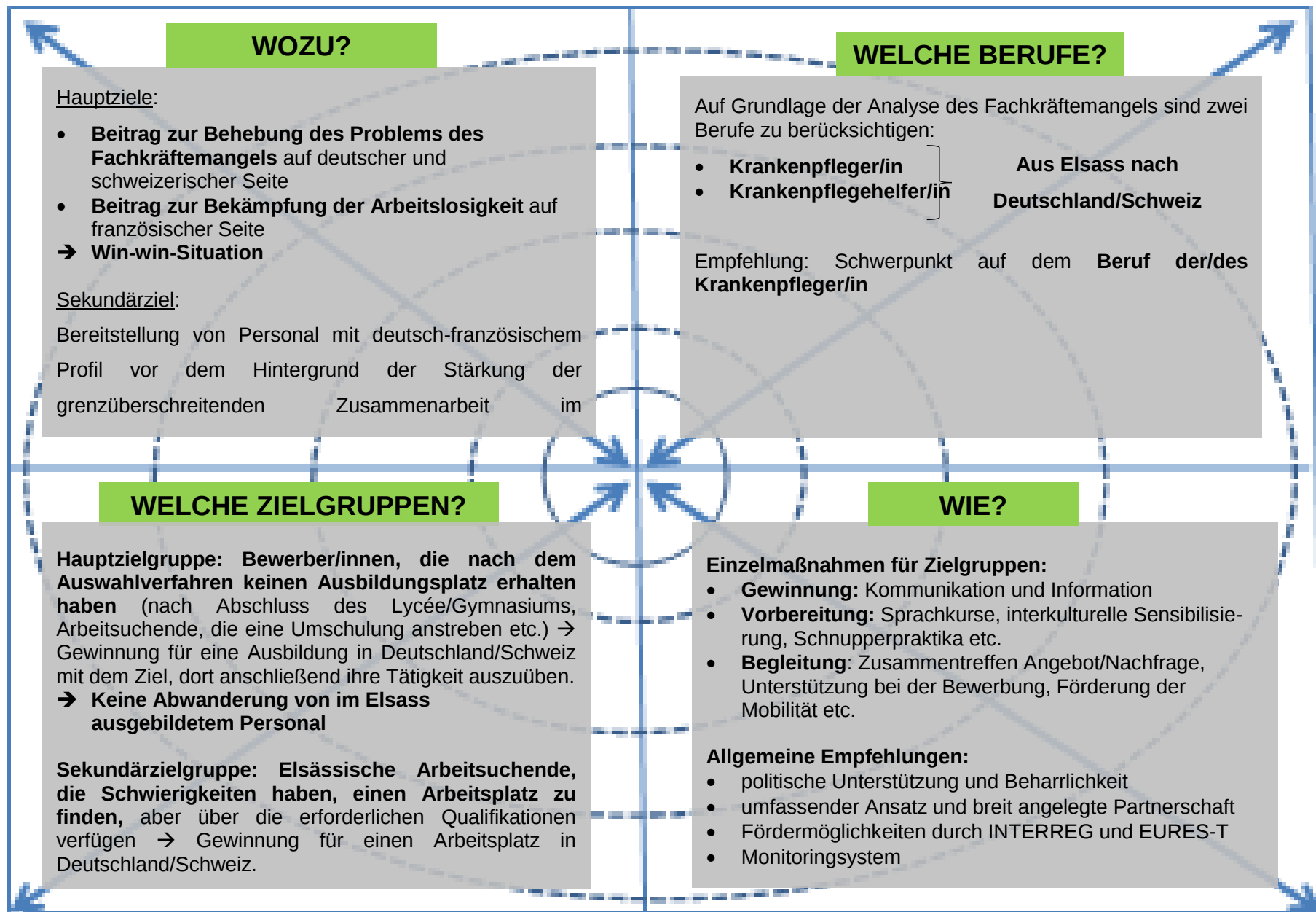
Dieser Teil gliedert sich wie folgt: Als erstes wird vorgestellt, wie die Konturen einer zukünftigen Strategie zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität aussehen könnten (vgl. Kapitel 4.1). Anschließend wird auf das Thema der grenzüberschreitenden Öffnung von Ausbildungsgängen im Oberrheingebiet eingegangen (vgl. Kapitel 4.2). Dies erfolgt in Teil 4 der Studie, da es sich um eine der vom Euro-Institut ursprünglich skizzierten Handlungsmöglichkeiten zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität handelt. Letztendlich wurde die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge allerdings nicht als geeignete Maßnahme für die 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.

4.1 Konturen einer zukünftigen Strategie zur grenzüberschreitenden Mobilität

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

Festzuhalten sind folgende drei Kernelemente der Strategie:

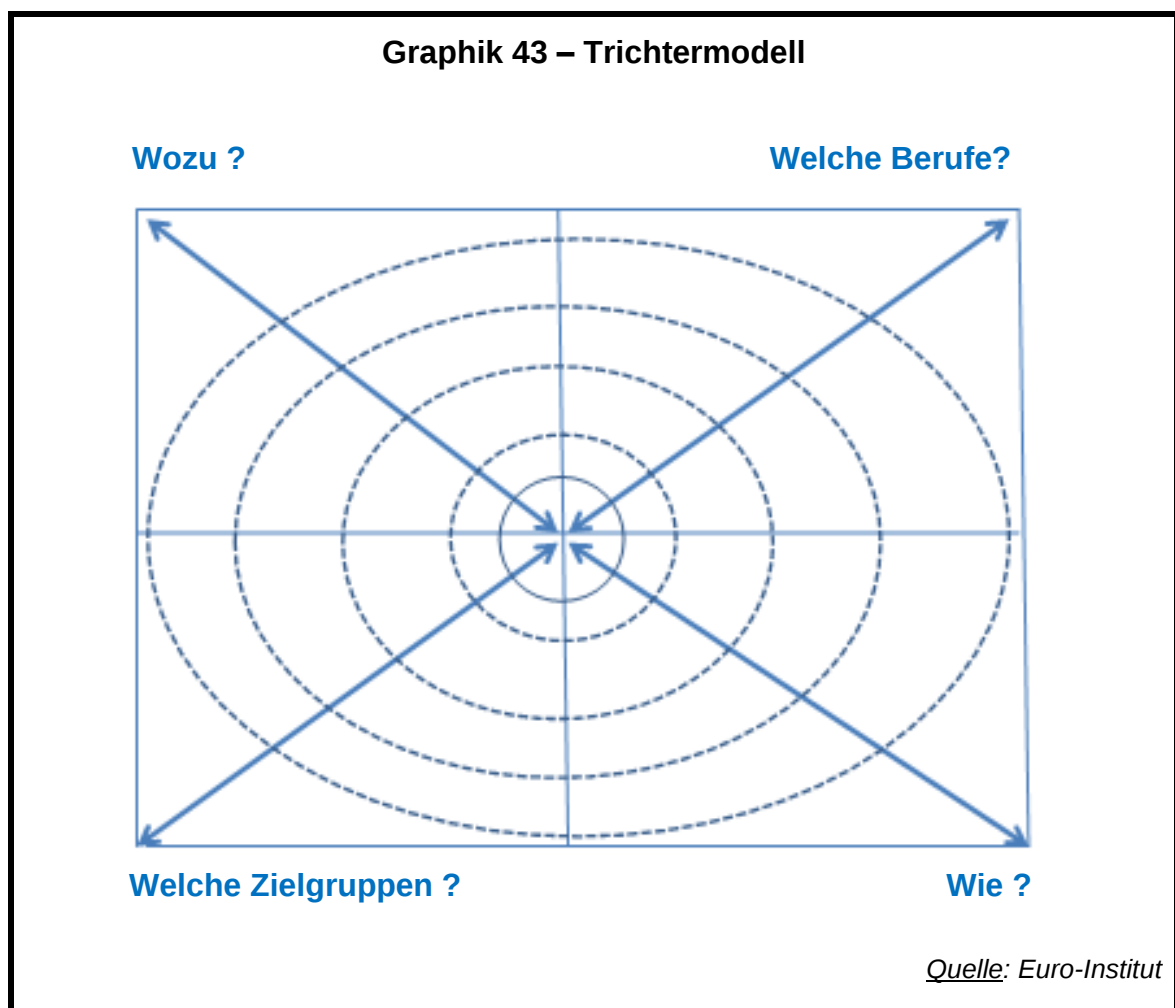
- Eine Stärkung der Mobilität würde es ermöglichen, grenzüberschreitende Komplementaritätspotenziale zu erschließen und so einen Beitrag zur Verringerung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite sowie zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf französischer Seite im Rahmen einer Win-win-Situation 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 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 Strategie zur grenzüberschreitenden Mobilität 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 in Frankreich aber keinen Ausbildungsplatz erhalten haben. Diese könnten dazu motiviert werden, ihre Ausbildung in Deutschland oder der Schweiz zu absolvieren.



In diesem Kapitel wird detailliert auf den analytischen Prozess eingegangen, der zur Festlegung der Inhalte der Strategie geführt hat. Das Kapitel ist wie folgt aufgebaut: Nach einer kurzen Beschreibung der angewandten Methodik (vgl. Abschnitt 4.1.1) wird zunächst auf die Ziele eingegangen, die mit einer Mobilitätsstrategie erreicht werden sollen (vgl. Abschnitt 4.1.2). Anschließend wird dargelegt, auf welche Berufe (vgl. Abschnitt 4.1.3) und Zielgruppen (vgl. Abschnitt 4.1.4) die Strategie fokussiert werden soll. Dann wird auf die Umsetzung der Strategie eingegangen (vgl. Abschnitt 4.1.5). Abschließend wird aufgezeigt, welche Risiken bestehen könnten (vgl. Abschnitt 4.1.6).

4.1.1 Methodologischer Ansatz

Zur Erarbeitung der Strategie griff das Euro-Institut auf das ‚Trichtermodell‘ zurück. Dieses Modell ermöglicht es, die wichtigsten Dimensionen einer Problematik integriert zu analysieren.



Die vier wichtigsten Dimensionen der Analyse sind:

Wozu?	Inwiefern ist eine Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität zweckmäßig?
Welche Berufe?	Bei welchen Berufen und aus/in welche/n Teilräume/n soll die Mobilität gestärkt werden?
Welche Zielgruppen?	An welche Zielgruppen richten sich die Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität: Studierende, Erwerbstätige, Arbeitssuchende etc.?
Wie?	Durch welche Maßnahmen kann die Mobilitätsstrategie ganz konkret umgesetzt werden?

Auf Basis des Trichtermodells hat das Euro-Institut verschiedene Handlungsmöglichkeiten zur Stärkung der Mobilität herausgearbeitet. Die einzelnen Handlungsmöglichkeiten wurden mittels einer Reihe von Kriterien bewertet, wie zum Beispiel der Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit im Hinblick auf die Zielerreichung, der Machbarkeit (Verwaltungsaufwand der Maßnahmen, rechtliche Hürden etc.), der Erfolgchancen und der Risiken. Die einzelnen Handlungsmöglichkeiten wurden anschließend in der Steuerungsgruppe diskutiert und priorisiert. Dabei konnten nicht zuletzt auch die Interessen der beteiligten Akteure stärker berücksichtigt werden. In einer dritten Phase wurde die Mobilitätsstrategie im Rahmen von Fachgesprächen mit einer Auswahl an Akteuren aus der Berufspraxis diskutiert. Dadurch konnten die Konturen und Inhalte der Strategie erneut verfeinert werden.

Die im Folgenden vorgestellte Mobilitätsstrategie wurde somit in intensiver Zusammenarbeit mit den strategischen und operativen Akteuren erstellt.

4.1.2 Stärkung der grenzüberschreitende Mobilität: Wozu?

Zunächst soll geklärt werden, welchen Beitrag eine Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität zur Problemlösung leisten kann. Diese Frage spiegelt einen der Leitgedanken der Studie wider, nämlich dass der Mehrwert von zukünftigen grenzüberschreitenden Maßnahmen im Vorfeld durch Ex-Ante-Analysen zu belegen ist. Drei Elemente belegen die Relevanz von Maßnahmen, die zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität durchgeführt werden:

➤ Ausschöpfung grenzüberschreitender Komplementaritätspotenziale

Zunächst würde eine Mobilitätsstrategie ermöglichen, grenzüberschreitende Komplementaritätspotenziale zu erschließen. Das Bestehen von Komplementaritäten lässt sich zum Teil aus der Analyse des Fachkräftemangels (vgl. Teil 1) heraus. Es wurde festgestellt, dass auf deutscher und schweizerischer Seite die meisten der untersuchten Berufe vom Fachkräftemangel betroffen sind, bzw. es bis zum Jahr 2030 sein werden. Im Gegensatz dazu zeigte sich, dass das Elsass aktuell weitgehend vom Mangel verschont geblieben ist, was auch bis zum Jahr 2030 so bleiben dürfte.

Dieser Unterschied allein lässt nicht auf nutzbare Komplementaritätspotenziale schließen. Die Analysen deuten zwar darauf hin, dass es auf elsässischer Seite keinen Fachkräftemangel gibt, belegen aber nicht, dass es einen Überschuss an Fachkräften gäbe. Zudem könnte auf französischer Seite die Umsetzung der Richtlinie 2003/88/EG zu bestimmten Aspekten der Arbeitszeitgestaltung noch nicht absehbare Auswirkungen auf die aktuelle Fachkräftesituation haben.

Wenn man allerdings vom Gesundheitswesen absieht und die anderen Wirtschaftszweige betrachtet, dann ist festzustellen, dass das Elsass mit einer hohen Arbeitslosenquote konfrontiert ist. Im vierten Quartal 2014 lag diese bei 9,3 %. Das Oberrheingebiet ist folglich auf deutscher und schweizerischer Seite von einem Fachkräftemangel und auf französischer Seite von hoher Arbeitslosigkeit geprägt. Damit könnte die Mobilitätsstrategie einen Beitrag zur Verringerung des Fachkräftemangels auf der einen und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf der anderen Seite leisten (Win-win Situation).

Selbstverständlich verfügen nicht alle Arbeitsuchenden auf französischer Seite über die erforderlichen Qualifikationen, um im Gesundheitswesen tätig zu werden, oder über die nötigen Sprachkenntnisse, um im Nachbarland zu arbeiten. Wird der grenzüberschreitende Arbeitsmarkt in seiner Gesamtheit betrachtet, kann von einer ‚Mismatch‘-Situation gesprochen werden, also von einer Diskrepanz zwischen den gesuchten und den auf dem Arbeitsmarkt vorhandenen Qualifikationen. Folglich sind die angesprochenen Komplementaritäten zurzeit nur *virtuell*. Sie könnten erst wirklich ausgeschöpft werden, wenn Lösungen zur Behebung der Mismatch-Situation gefunden werden können.

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass das Ziel einer besseren Ausschöpfung der arbeitsmarktbezogenen Komplementaritätspotenziale in voller Übereinstimmung mit den politischen Strategien zur Integration des grenzüberschreitenden Arbeitsmarkts am Oberrhein stehen. Dieser Ansatz findet sich insbesondere in der am 12. September 2013 geschlossenen ‚Rahmenvereinbarung über die grenzüberschreitende Berufsausbildung am Oberrhein‘ (Vereinbarung von Saint-Louis) wieder. Er ist ebenfalls Bestandteil der Interventionsstrategie des operationellen Programms INTERREG V Oberrhein 2014-2020 unter dem spezifischen Ziel 10 ‚Zunahme der grenzüberschreitenden Beschäftigung am Oberrhein‘.

➤ **Beitrag zur Entwicklung der grenzüberschreitenden
Gesundheitskooperation und Patientenmobilität**

Die Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität scheint auch ein relevanter Ansatzpunkt in Bezug auf die Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und der grenzüberschreitenden Patientenmobilität zu sein. Es ist in der Tat sowohl für die Belebung der Zusammenarbeit als auch für die Kommunikation mit den/der Patienten/in des Nachbarlandes notwendig, dass das Personal sowohl über die notwendigen Sprachkompetenzen, als auch über Kenntnisse des Gesundheitssystems und der Pflegekultur des Nachbarlandes verfügt. Die Stärkung der Fachkräftemobilität könnte hier eine wichtige Rolle spielen.

➤ **Interesse seitens der Gesundheitseinrichtungen**

Abschließend hat die Umfrage unter den Gesundheitseinrichtungen auf deutscher und schweizerischer Seite (vgl. Abschnitt 2.2.3) ergeben, dass diese einer Förderung der Mobilität allgemein positiv gegenüberstehen, auch wenn sie auf die Probleme hinweisen, die insbesondere mit der Sprache und der Kenntnis des Gesundheitssystems des Nachbarlands zusammenhängen. Mehrere Gesichtspunkte verdeutlichen dies:

- Die zahlreichen positiven Erfahrungen der Gesundheitseinrichtungen, die bereits jetzt Fachkräfte aus den Nachbarländern einstellen.
- Die Maßnahmen und Maßnahmenideen zur Ausweitung der Personalsuche im grenzüberschreitenden Gebiet und zur Schaffung von Instrumenten, die solche Vorgehensweisen erleichtern (z. B. eine grenzüberschreitende Stellenbörse, in die Einrichtungen ihre Stellenangebote und Arbeitsuchende ihre Lebensläufe einstellen können).
- Die Maßnahmenideen, die auf eine Abstimmung der Ausbildungsinhalte und die Entwicklung von Austauschprogrammen auf Ausbildungsebene abzielen (gemeinsame Kurse, grenzüberschreitende Praktika etc.). Solche Maßnahmen würden der grenzüberschreitenden Mobilität zugutekommen.

4.1.3 Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität: Welche Berufe?

Es gilt nun zu präzisieren, für welche Berufe und aus/in welche/n Teilräume/n die Mobilitätsstrategie sinnvoll wäre.

Die Stärkung der Mobilität scheint nur bei zwei der im Rahmen der vorliegenden Studie berücksichtigten Berufe Sinn zu machen:

- für den Beruf des/der Krankenpflegers/in vom Elsass nach Deutschland/in die Schweiz,
- für den Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in vom Elsass nach Deutschland/in die Schweiz.

Diese Empfehlung wird durch die zwei folgenden Elemente gerechtfertigt:

- Diese zwei Berufe sind auf deutscher und schweizerischer Seite vom Fachkräftemangel betroffen. Gleichzeitig deutet die Analyse darauf hin, dass das Elsass aktuell nicht mit diesem Problem konfrontiert ist und es auch bis zum Jahr 2030 nicht sein dürfte.
- Die Analysen belegen zwar nicht die Existenz eines Überschusses an Krankenpflegern/innen oder Krankenpflegehelfern/innen auf französischer Seite (was eine Situation der ‚direkten Komplementarität‘ gegenüber dem in Deutschland und der Schweiz festgestellten Mangel darstellen würden), jedoch – wie oben bereits erklärt – bietet die hohe Arbeitslosigkeit in Frankreich die Möglichkeit der Entwicklung interessanter Komplementaritäten.

Folglich würden die Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität für diese zwei Berufe vom Elsass nach Deutschland/ in die Schweiz zu einer Win-win-Situation führen, da sie einerseits einen Beitrag zur Verringerung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite und andererseits einen Beitrag zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf französischer Seite leisten. Demgegenüber wären Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität aus Deutschland/ der Schweiz in das Elsass kontraproduktiv, da sie den Fachkräftemangel in Deutschland und der Schweiz verstärken würden, ohne auf französischer Seite auf einen Bedarf zu treffen.

Die Fokussierung auf diese zwei Berufe lässt sich zudem durch das besondere Ausmaß der wegen des Fachkräftemangels bestehenden und erwarteten Schwierigkeiten in Deutschland und der Schweiz erklären.

Dabei wird empfohlen, die Anstrengungen auf den Beruf des/der Krankenpflegers/in – gegenüber dem Beruf des/der Krankenpflegehelfers/in – zu konzentrieren. Dies hat zwei Gründe:

- Die Ergebnisse der Mangelanalyse zeigen, dass der Bedarf sowohl auf deutscher als auch auf schweizerischer Seite bei den Krankenpflegern/innen deutlich größer ist als bei den Krankenpflegehelfern/innen.
- Aus den Fachgesprächen, die mit den Akteuren des Arbeits- und Ausbildungsmarkts geführt wurden, wurde ersichtlich, dass sich die Gruppe

der Krankenpflegehelfer/innen durch eine geringe Mobilitätsbereitschaft auszeichnet. Bereits in ihren Heimatländern neigen die Krankenpflegehelfer/innen dazu, nur Stellen in der Nähe ihres Wohnsitzes anzunehmen. Vor diesem Hintergrund scheinen die Erfolgsaussichten einer Mobilitätsstrategie bei den Krankenpflegern/innen größer.

Bei den anderen in dieser Studie untersuchten Berufen scheint in der Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität keine geeignete Antwort auf die Fachkräfteproblematik zu liegen. Bevor auf die Gründe hierfür eingegangen werden kann, gilt es zunächst, auf zwei Dinge hinzuweisen:

- Zum einen erfolgen die Analysen hier ausschließlich im Hinblick auf den Fachkräftemangel. Die Stärkung der Mobilität kann aber aus anderen Gründen durchaus sinnvoll sein, zum Beispiel zur Förderung der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation.
- Zum anderen beziehen sie sich auf das gesamte Oberrheingebiet, was nicht ausschließt, weiter über Lösungen für die Lokalebene nachzudenken. Ein gutes Beispiel hierfür sind die aktuellen Überlegungen zum Aufbau eines grenzüberschreitenden Ärztehauses an der deutsch-französischen Grenze, in dem Personal aus beiden Ländern arbeiten würde. Diese Überlegungen bleiben natürlich im Hinblick auf spezifische lokale Versorgungssituationen weiterhin von Interesse.

➤ **Ärzte/innen**

Bei den Ärzten/innen hat die Mangelanalyse gezeigt, dass die drei nationalen Teilräume am Oberrhein bis zum Jahr 2030 vom Fachkräftemangel betroffen sein werden. Dies betrifft sowohl Allgemeinmediziner/innen als auch Fachärzte/innen (mit Ausnahme der Schweiz). Eine proaktive Förderung der grenzüberschreitenden Mobilität würde bei diesen Berufen Gefahr laufen, die drei Teilräume in eine Konkurrenzsituation zu bringen.

Es ist gewiss nicht auszuschließen, dass bei den Fachärzten/innen für einige Fachrichtungen grenzüberschreitende Komplementaritäten bestehen. Dennoch lässt die Mangelanalyse hier keine genaueren Aussagen zu, da bei der

Datenerhebung in den drei Ländern stets unterschiedliche Facharztrichtungen gruppiert werden, wodurch sich verfügbare Daten nur sehr bedingt für einen grenzüberschreitenden Vergleich eignen.

➤ **Altenpfleger/innen und Altenpflegehelfer/innen**

Wie bei der Analyse des Fachkräftemangels festgestellt wurde, mangelt es auf deutscher Seite erheblich an Altenpflegern/innen und in geringerem Maße an Altenpflegehelfern/innen. Bis zum Jahr 2030 dürfte sich diese Situation durchaus verschärfen.

Trotz des Ausmaßes der bestehenden und zukünftigen Probleme erscheint es nicht sinnvoll, diese Berufe in die Mobilitätsstrategie aufzunehmen. Dafür gibt es zwei Gründe:

- Zum einen gibt es auf französischer Seite kein entsprechendes Berufsbild. Somit wäre es für eine/n Elsässer/in, der/die auf deutscher Seite eine Ausbildung als Altenpfleger/in oder Altenpflegehelfer/in absolviert und anschließend dort arbeitet, sehr schwierig, später einen Arbeitsplatz in Frankreich zu finden, sollte er/sie eines Tages nach Frankreich zurückkehren wollen. An sich ist es aber wichtig, die Rückkehr in das Heimatland möglich zu machen.
- Zum anderen ist es wahrscheinlich, dass diese Berufe mittelfristig verschwinden werden. Auf deutscher Seite gibt es zurzeit Überlegungen, die Kranken- und Altenpflegeausbildungen einerseits und die Krankenpflegehelfer- und Altenpflegehelferausbildungen andererseits zugunsten integrierter Ausbildungsgänge zusammenzulegen und so eine höhere berufliche Flexibilität zu ermöglichen.

➤ **Ergotherapeuten/innen und Physiotherapeuten/innen**

Es scheint ebenfalls nicht angebracht, die Berufe des/der Ergotherapeut/in und des/der Physiotherapeut/in in die Mobilitätsstrategie aufzunehmen.

Bei den Ergotherapeuten/innen lässt die Analyse der *aktuellen* Mangelsituation aufgrund der Diskrepanz zwischen der Situation im Elsass (Mangel) und der Situation in Deutschland und der Schweiz (Gleichgewicht) auf mögliche Komplementaritäten schließen. Dennoch geben drei Punkte Anlass zu Bedenken:

- Die Prognosen für das Jahr 2030 lassen erkennen, dass auch Deutschland in der Zukunft von einem Mangel an Ergotherapeuten/innen betroffen sein dürfte.
- Der aktuelle Mangel an Ergotherapeuten/innen im Elsass könnte nur konjunkturell bedingt sein (vgl. Teil 1).
- Eine Stärkung der Mobilität von der Nordwestschweiz ins Elsass ist unrealistisch, da die Gehälter in der Schweiz sehr viel höher sind als im Elsass.

Bei den Physiotherapeuten/innen lässt sich nur auf deutscher Seite ein Mangel feststellen. Im Elsass und der Nordwestschweiz ist die Situation hingegen ausgeglichen, was auch bis zum Jahr 2030 so bleiben dürfte. Eine Stärkung der Mobilität vom Elsass nach Deutschland wäre also eventuell denkbar.¹³⁶ Dennoch sprechen mehrere Argumente gegen Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität von Physiotherapeuten/innen:

- Zuerst bleibt der Mangel auf deutscher Seite begrenzt und steht in keinem Verhältnis zum Mangel bei anderen Berufen im Gesundheitswesen, wie etwa bei den Krankenpflegern/innen. So lag im Jahr 2015 der Bedarf an Physiotherapeuten/innen in Rheinland-Pfalz bei 91 Personen. Im Gegensatz dazu wurden 2.042 zusätzliche Krankenpfleger/innen benötigt. Diese Zahlen zeigen, dass die Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität bei den Physiotherapeuten/innen nicht vorrangig ist.
- Im Übrigen scheint der Beruf der Physiotherapeuten/innen in Deutschland im Gegensatz zu den Berufen der Krankenpfleger/innen bzw. Altenpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen bzw. Altenpflegehelfer/innen nicht an einem Attraktivitätsproblem zu leiden. So dürfte es auf deutscher Seite möglich sein, die Situation durch Maßnahmen wie die Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze in den Griff zu bekommen.

¹³⁶ Es wird hier aufgrund der Verdienstunterschiede erneut die Option Schweiz → Deutschland ausgeklammert.

- Schließlich wird empfohlen, Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität vor allem auf der Ausbildungsebene durchzuführen, was im Abschnitt 4.1.4 („Auf welcher Ebene?“) weiter erläutert wird. Auf dieser Ebene ist die grenzüberschreitende Mobilität bei den Physiotherapeuten/innen jedoch bereits Realität. Ungefähr 130 französische Staatsbürger/innen erhalten jedes Jahr in Baden ihren Abschluss. Fördermaßnahmen sind hier also nicht notwendig, da sich die Mobilität bereits unabhängig von einer konzertierten Strategie gut entwickelt hat. Allerdings ist festzustellen, dass die überwiegende Mehrheit dieser Absolventen/innen nach dem Abschluss wieder nach Frankreich zurückkehrt. Die grenzüberschreitende Mobilität, die sich auf der Ausbildungsebene beobachten lässt, setzt sich also nicht auf Berufsebene fort und trägt damit nicht zu einer Verringerung des Fachkräftemangels auf deutscher Seite bei. Hierzu wäre es interessant über Lösungen nachzudenken, damit sich mehr französische Absolventen/innen dafür entscheiden, nach ihrer Ausbildung auch in Deutschland beruflich aktiv zu werden.

Festzuhalten ist also, dass sich die Mobilitätsstrategie auf die Berufe des/der Krankenpflegers/in und Krankenpflegehelfers/in (mit stärkerem Fokus auf den des/der Krankenpflegers/in) in vom Elsass nach Deutschland/in die Schweiz konzentrieren wird.

4.1.4 Stärkung der grenzüberschreitende Mobilität: Welche Zielgruppe?

Nun sollte die Zielgruppe einer zukünftigen Mobilitätsstrategie genauer ermittelt werden. Die Auswahl wurde in der Steuerungsgruppe getroffen, wobei insbesondere die zwei folgenden Aspekte entscheidungstragend waren:

- Auch wenn die Analyse des Fachkräftemangels (vgl. Teil 1) darauf hindeutet, dass das Elsass bei den Berufen der Krankenpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen nicht mit einem Fachkräftemangel konfrontiert ist, heißt das nicht, dass ein Überschuss an Absolventen/innen vorliegt.

- Folglich sollten weder elsässische Absolventen/innen noch berufstätige Fachkräfte im Elsass Zielgruppen der Mobilitätsstrategie sein. Die Stärkung der Mobilität nach Deutschland und in die Schweiz darf nicht zu Lasten des Elsass geschehen. Die Maßnahmen dürfen nicht dazu führen, dass den elsässischen Einrichtungen das benötigte Personal entzogen wird.

Auf dieser Grundlage wurden für die zukünftigen Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität zwei Zielgruppen ermittelt:

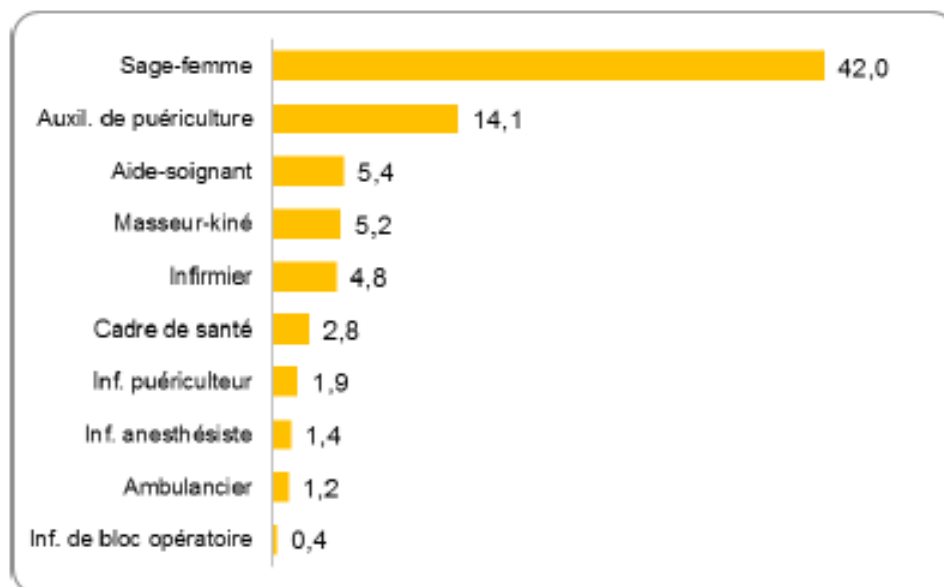
- **Zielgruppe 1: Bewerber/innen, die nach dem Auswahlverfahren zur Krankenpflegeausbildung im Elsass keinen Ausbildungsplatz erhalten haben.** Die Informationen aus dem Vergleich der Ausbildungen (vgl. Teil 3) zeigen, dass es sich hierbei in der überwiegenden Mehrheit um Abiturienten/innen handelt. In einigen Fällen handelt es sich auch um Fachkräfte aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich, die sich beruflich weiterentwickeln wollen (z. B. Personen mit staatlich anerkanntem Krankenpflegehelferabschluss, die das Auswahlverfahren für die Ausbildung zum/zur Krankenpfleger/in durchlaufen) oder um Arbeitsuchende, die eine Umschulung anstreben (ohne Ausbildung oder bestehende Erfahrungen im Gesundheits- oder Sozialbereich).
- **Zielgruppe 2: elsässische Arbeitsuchende, die Schwierigkeiten haben einen Arbeitsplatz zu finden,** aber bereits über Qualifikationen und Berufserfahrung als Krankenpfleger/in bzw. Krankenpflegehelfer/in verfügen.

Bei der Zielgruppe 1 bestünde das Ziel darin, die Interessierten dafür zu gewinnen, in Deutschland oder der Schweiz eine Ausbildung (als Krankenpfleger/in oder Krankenpflegehelfer/in) zu absolvieren und anschließend dort berufstätig zu werden. Bei der Zielgruppe 2 bestünde das Ziel darin, die interessierten Personen dafür zu gewinnen, ‚direkt‘ ihren Beruf in Deutschland oder der Schweiz auszuüben. Selbstverständlich wären in beiden Fällen spezifische Begleitmaßnahmen (Sprachkurse etc.) notwendig, um das Gelingen eines solchen Vorhabens zu sichern. Auf diese Frage wird in Abschnitt 4.1.5 ausführlicher eingegangen.

Die Mitglieder der Steuerungsgruppe sind sich darüber einig, dass die Zielgruppe 1 mit Priorität behandelt werden sollte. In der Tat gibt es in dieser Zielgruppe ein bedeutendes Potenzial an interessierten Bewerbern/innen: Wie die untenstehende Graphik zeigt, beträgt das Verhältnis zwischen der Anzahl der Ausbildungsplätze und der Anzahl der Bewerber/innen 1 zu 4,8. Bei den Krankenpflegehelfern/innen liegt das Verhältnis sogar bei 1 zu 5,4. Anders ausgedrückt, im Elsass erhalten bei den beiden Ausbildungsgängen vier von fünf Bewerbern/innen *keinen* Ausbildungsplatz.

Graphik 44

Zahl der Bewerber/innen pro Ausbildungsplatz bei den Auswahlprüfungen nach Berufen (im Durchschnitt für den Zeitraum 2010-2012)



Quelle: Drees, Enquête Ecoles 2010-2012, in: OREF, Éléments d'une réflexion sur le sanitaire et social, n°49/November 2014

Es gibt also einen bedeutenden Pool an Personen, die potentiell an einer Ausbildung in Deutschland oder der Schweiz interessiert sein können, welche ihnen ermöglichen würde, in der angestrebten Berufslaufbahn zu bleiben. Diese Zahlen verdeutlichen gleichzeitig, dass man auf französischer Seite keinerlei Befürchtungen haben muss, dass die Mobilitätsstrategie die Besetzung der Ausbildungsplätze in Frankreich erschweren könnte. Im Übrigen dürfte die Zahl der Bewerber/innen, die wirklich dazu bereit sind, den Schritt nach Deutschland/in die

Schweiz zu gehen, aufgrund anderer Faktoren, wie beispielsweise den Sprachkenntnissen, mit Sicherheit relativ gering ausfallen.

Auf Ebene der Aufnahmeländer ließen die Fachgespräche mit mehreren Gesundheitsschulen in Deutschland erkennen, dass diese der Idee, französische Bewerber/innen aufzunehmen, grundsätzlich positiv gegenüberstehen. Tatsächlich absolvieren bereits jetzt Jugendliche aus Frankreich oder anderen Ländern bei ihnen ihre Ausbildung. Darüber hinaus haben einige Ausbildungsstätten in Deutschland Probleme mit unterbesetzten Ausbildungsgängen. Wie im Elsass gibt es viel mehr Bewerberinnen und Bewerber als Ausbildungsplätze, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass sich viele Kandidaten bei mehreren Schulen bewerben. Im Regierungsbezirk Freiburg bewirbt sich im Mittel die 4fache Anzahl von Kandidierenden auf die angebotenen Ausbildungsplätze; teilweise sogar bis zur 10fachen Anzahl (vor allem bei den Freiburger Schulen). Die Nachfrage nach einem Ausbildungsplatz in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe bewegt sich im Mittel beim 2- bis 3fachen. Allerdings bleiben trotz der hohen Zahl an Bewerbungen eine bedeutende Anzahl der Ausbildungsplätze unbesetzt. Im Regierungsbezirk Freiburg schwankt die Zahl der unbesetzten Ausbildungsplätze je nach Schule zwischen 0 und 25%. Das erklärt sich einerseits dadurch, dass die Bewerberinnen und Bewerber die gesetzlichen Anforderungen bzw. die von den Schulen erwarteten Anforderungen nicht erfüllen (Sprachkenntnisse oder Sozialkompetenz, Noten des Abschlusszeugnisses etc.). Andererseits vermelden die Schulen viele Auszubildende, die trotz gültigem Ausbildungsvertrag die Ausbildung dann doch nicht antreten. Schließlich machen die Schulleitungen während der Probezeit regelmäßig von ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, wobei mangelnde Sprachkenntnisse und eine mangelnde Sozialkompetenz als häufigste Ursache genannt werden. Im Allgemeinen haben die deutschen Schulen Schwierigkeiten Kandidierende zu finden, die die erforderlichen Qualifikationen und eine ausreichende Lernmotivation aufweisen. Als Hauptschwierigkeiten bei der Besetzung von Ausbildungsplätzen wurden die mangelnde Attraktivität des Berufs (atypische Dienstzeiten, Arbeitsdichte, Gehaltsvorstellungen bzw. bessere Verdienstmöglichkeiten in anderen Branchen), und eine erhebliche Konkurrenz auf dem Ausbildungsmarkt aufgrund des demografischen Wandels genannt.

Angesichts der Probleme mit unterbesetzten Ausbildungsgängen, sähen die Ausbildungsstätten in Deutschland die Ankunft von elsässischen Kandidierenden überaus positiv.

Da die Situation in der Schweiz im Rahmen der vorliegenden Studie nicht ausreichend beurteilt werden konnte, müsste sich nochmals eingängiger mit dieser Frage beschäftigt werden. Wie in Teil 2 festgestellt werden konnte, weist der ‚Versorgungsbericht OdASanté/GDK 2009‘ darauf hin, dass es für den Praxisteil der Ausbildung an Praktikumsplätzen in den Einrichtungen mangelt. Dies wäre ein Hindernis für die Aufnahme von französischen Kandidierenden. Weiterführende Recherchen müssten zeigen, ob sich die Situation seit Veröffentlichung des ‚Versorgungsberichts OdASanté/GDK 2009‘ verbessert hat und wie es insbesondere um die Situation in der Nordwestschweiz bestellt ist.

Was die Zielgruppe 2 betrifft, so steht die Mobilitätsstrategie in perfektem Einklang mit den auf der deutschen Seite entwickelten Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. So zielt beispielsweise das Handlungsfeld 11 der ‚Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015 – Berufsfeld Pflege‘ des Landes Rheinland-Pfalz explizit auf die Rekrutierung von Fachkräften mit ausländischen Abschlüssen, vor allem aus der Europäischen Union aber auch darüber hinaus, ab.

Im Gegensatz dazu wird in den Schweizer Strategien gegen den Fachkräftemangel die Notwendigkeit betont, die Abhängigkeit der Schweiz von Fachkräften, die im Ausland ausgebildet wurden, zu reduzieren. Als Gründe werden sowohl eine sichere und stabile Gesundheitsversorgung als auch ethische Bedenken angeführt. Was den letzten Punkt betrifft, will sich die Schweiz an den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2010 verabschiedeten Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal halten. Die WHO-Empfehlungen sollen die Mitgliedstaaten dazu bewegen, ethische Grundsätze bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal aus dem Ausland zu respektieren. Die Mitgliedsstaaten werden aufgefordert, möglichst selber genügend Personal auszubilden, um den eigenen Bedarf decken zu können. An dieser Stelle

besteht scheinbar ein Widerspruch zwischen den Zielen der Schweiz und der hier vorgeschlagenen Mobilitätsstrategie. Allerdings geht aus den Schweizer Strategiedokumenten, die in Teil 2 analysiert wurden, deutlich hervor, dass der Bedarf an Fachkräften aus dem Ausland trotz aller Maßnahmen zur besseren Ausschöpfung der eigenen Ausbildungspotenziale auch in Zukunft groß sein wird. Außerdem stieß die vorliegende Strategie bei den in der Steuerungsgruppe vertretenen Schweizer Akteuren auf keinen Widerstand. Letztlich sollte folgende Aussage aus dem ‚Strategiebericht des BAG 2010‘ in Betracht gezogen werden:

„Aus der Perspektive des Verhaltenskodex der WHO steht nicht die Frage des Ausländeranteils im Sinne der Nationalität im Vordergrund, sondern die Frage nach dem Träger der Ausbildungskosten.“¹³⁷

Bei der Zielgruppe 1 – bei der es sich hier um die prioritäre Zielgruppe handelt – wäre es in der Tat die Schweiz, die als Kostenträger potentielle Nachteile zu verbuchen hätte.

4.1.5 Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität: Wie?

In diesem Abschnitt werden Empfehlungen zur Durchführung der Strategie erarbeitet.

Die Empfehlungen sind zwei unterschiedlichen Ebenen zuzuordnen:

- Empfehlung von *konkreten* Maßnahmen in Richtung der Zielgruppe (z. B. Sprachkurse),
- Allgemeine Empfehlungen bezüglich der Gesamtsteuerung der Strategie (Governance, politische Verankerung, etc.)

Dabei wurde sich insbesondere auf die Expertise der Projektgruppe ‚grenzüberschreitende Berufsbildung‘ des Expertenausschusses ‚Berufsbildung‘ der Oberrheinkonferenz sowie auf Fachgespräche mit ausgewählten Experten gestützt.

¹³⁷ Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011, S. 12.

Bei den unten stehenden Ausführungen wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Das Ziel ist nicht, das Projekt bis ins kleinste Detail zu planen, sondern:

- die wichtigsten Maßnahmen zu identifizieren, damit die zuständigen Akteure besser einschätzen können, ob und wie die Strategie umgesetzt werden soll.
- aufzuzeigen, wie vielfältig die Maßnahmen und somit auch die einzubeziehenden Akteure sind;
- daran zu erinnern, dass der Oberrhein bereits über die notwendigen Ressourcen und das Fachwissen zur Umsetzung dieser Maßnahmen verfügt. Die große Herausforderung wird darin bestehen, diese Ressourcen effizient zu nutzen und dabei die Besonderheiten des Gesundheitswesens stärker zu berücksichtigen.

4.1.5.1 Empfehlungen für Maßnahmen in Richtung der Zielgruppen

➤ Werbe- und Informationsmaßnahmen zur grenzüberschreitenden Mobilität bei den Zielgruppen

Zu allererst liegt es nahe, Informations- und Marketingmaßnahmen vorzusehen, die die bestehenden Möglichkeiten bekannt machen und das Interesse der möglichen Bewerber/innen wecken sollen.

Eine berufliche Zukunft auf der anderen Seite der Grenze ist aus verschiedenen Gründen (Sprachkenntnisse etc.) mit deutlich größerem Aufwand sowie gewissem ‚Abenteurgeist‘ verbunden. Deshalb ist es besonders wichtig, die Vorteile, die der Schritt über die Grenze mit sich bringt, hervorzuheben. Letztere müssen klar erkennbar und größer sein als der zusätzliche Aufwand im Verhältnis zu einer Berufslaufbahn im Herkunftsland. Insbesondere die folgenden Vorteile könnten hervorgehoben werden:

- die Möglichkeit, trotz den bisherigen Schwierigkeiten bei der Arbeits- oder Ausbildungssuche auf elsässischer Seite, die präferierte Berufslaufbahn einzuschlagen;
- die große Zahl an freien Krankenpfleger- und Krankenpflegehelferstellen in Deutschland und der Schweiz und somit die erhöhten Chancen, dort tatsächlich eine Arbeitsstelle zu finden;

- die Attraktivität der besseren Bezahlung in Deutschland und vor allem der Schweiz (vgl. Abschnitt 3.1.1);
- für die Zielgruppe 1 (Bewerber/innen, die nach dem Auswahlverfahren für die Ausbildung zum/zur Krankenpfleger/in keinen Platz erhielten) die Tatsache, dass die Ausbildung sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz entlohnt wird;
- die bereichernden Erfahrungen, die im Ausland gemacht werden können.

Auch wenn die Vorteile klar aufgezeigt werden müssen, so liegt es doch auch in der Verantwortung der Entscheidungsträger/innen hinsichtlich der weniger positiven Aspekte für Transparenz zu sorgen. Zum Beispiel scheinen die Arbeitsbedingungen der Krankenpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen auf deutscher und schweizerischer Seite insgesamt schlechter zu sein als in Frankreich, was insbesondere auf die Überbelastung des Personals zurückzuführen ist, auch wenn die Akteure, wie bereits gesehen, an einer Verbesserung dieser Umstände arbeiten.

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass es in Frankreich gewisse Vorurteile (wahr oder falsch) über die fehlende Eigenständigkeit der Krankenpfleger/innen bei ihrer Berufsausübung in Deutschland gibt. Dies betrifft wahrscheinlich weniger die Jugendlichen, die sich für eine Ausbildung in der Krankenpflege interessieren, als die Berufstätigen.

Ebenfalls sollte die Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung im Nachbarland aufgezeigt werden. Laut den befragten Experten/innen ist dieser Aspekt den potentiellen Mobilitätskandidaten/innen wichtig.

Schließlich erscheint es laut den Experten/innen sinnvoll, neben den auf die Berufe abzielenden Marketingmaßnahmen auch allgemeine Maßnahmen für das territoriale Marketing vorzusehen, um so die bestehenden Vorurteile aus dem Weg zu räumen und das Arbeiten/Leben in Deutschland und der Schweiz attraktiver erscheinen zu lassen.

Über den Aspekt ‚Werbung für die Mobilität‘ hinaus, wäre es angebracht, Informationen über die folgenden Aspekte zusammenzustellen und zu verbreiten:

- die Begleitmaßnahmen, die im Rahmen der Strategie entwickelt werden (Sprachkurse, Bewerbungshilfe, etc.),
- die Berufsprofile,
- für die Zielgruppe 1 alle Aspekte, die mit dem Beginn einer Ausbildung in Deutschland und der Schweiz verbunden sind (Liste der Schulen, Beschreibung der Aufnahmebedingungen und der Zulassungsverfahren, Dauer der Ausbildungsgänge, Höhe der Vergütung, Informationen zu den Ausbildungsverträgen etc.),
- für die Zielgruppe 2 Informationen zur Anerkennung von Abschlüssen und zum Antrag auf Erlaubnis zur Berufsausübung (Bedingungen, Modalitäten und Dauer des Verfahrens, zuständige Behörden etc.).

Bei einigen Aspekten wäre es eventuell möglich, auf bestehende Informationsquellen und Instrumente zurückzugreifen und/oder sich an Best Practice-Beispielen zu orientieren. So kann die vorliegende Studie als Grundlage für die Informationsarbeit über die Ausbildungsgänge und Berufsprofile dienen. Für die Mobilität von Frankreich/Schweiz nach Deutschland finden sich sehr ausführliche und gut aufbereitete Informationen zur Anerkennung von Qualifikationen auf der Website <http://www.anerkennung-in-deutschland.de>. Diese Website verfügt über eine einfach zu bedienende Suchmaschine („Anerkennungs-Finder“), die es mittels einer berufsspezifischen Suche ermöglicht, Informationen über das Verfahren, die zuständigen Behörden und erforderlichen Unterlagen zu erhalten. Der Eurodistrikt PAMINA hat vor einigen Jahren Übersichten zur Anerkennung von Qualifikationen für einige Berufe im Sozialbereich zusammengestellt und diese an die zuständigen Arbeitsvermittlungsdienststellen auf lokaler Ebene verteilt. Dies könnte für die Berufe Krankenpfleger/in und Krankenpflegehelfer/in für das Oberrheingebiet aufgegriffen werden.

Die Kommunikations- und Informationsarbeit kann in Abhängigkeit von der jeweiligen Zielgruppe ganz unterschiedliche Formen annehmen: So wären Präsentationen in Schulen, Präsenz auf Berufs- und Ausbildungsmessen,

Verteilung von Broschüren, die Schaffung einer Internetplattform über die Mobilität im Gesundheitswesen, die Nutzung von sozialen Netzwerken (Facebook, Twitter etc.), Videoerfahrungsberichte etc. denkbar. Daneben könnten Jugendliche, die bereits den Schritt ins Nachbarland gewagt haben, in den Schulen über ihre Erfahrungen berichten (sogenannte ‚Ausbildungsbotschafter/innen‘). Insgesamt sind die Möglichkeiten sehr vielfältig. Die Experten/innen betonen, dass auch nicht davor zurückgeschreckt werden darf, unkonventionelle Wege einzuschlagen (Organisation von Konzerten etc.).

➤ **Sprachkurse**

Diese Frage nimmt bei der grenzüberschreitenden Mobilität selbstverständlich eine zentrale Rolle ein. Dies trifft in besonderer Weise auf das Gesundheitswesen zu, da die Fachkräfte in ständigem Kontakt zu den Patienten/innen stehen und Kommunikation eine wichtige Rolle spielt. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Mobilitätskandidaten/innen mit unzureichenden Sprachkenntnissen Zugang zu sechsmonatigen/einjährigen Intensivsprachkursen erhalten, bevor sie eine Ausbildung im Nachbarland beginnen oder dort einen Arbeitsplatz suchen. Es besteht bereits jetzt ein breites Angebot an berufsspezifischen Deutschkursen. Hier sind insbesondere diejenigen zu nennen, die auf französischer Seite von der Région Alsace finanziert werden. Strukturen wie die AFPA und das GRETA haben in den letzten Jahren innovative Konzepte für berufsorientierte Sprachkurse entwickelt (z. B. ‚Allemandpro‘, ‚Professionnalisation allemand alternance‘). Diese Konzepte beinhalten beispielsweise:

- Schnupperpraktika im Nachbarland im Rahmen einer fachspezifischen Sprachausbildung zur Validierung einer Berufsorientierung im Pflegebereich,
- Einsatz von Berufstätigen als Dozierende,
- Instrumente zum virtuellen Durchspielen realer Situationen,
- Durchführung eines Teils der Sprachausbildung in einer Partnerorganisation auf der anderen Seite der Grenze.

Auf diese Best Practice Beispiele könnte bei der Entwicklung von speziell an die Pflegeberufe angepasste Sprachkursangebote zurückgegriffen werden.

Die sprachlichen Anforderungen sind je nach Situation unterschiedlich. Auf deutscher Seite gibt es beispielsweise für den Beginn einer Krankenpflegeausbildung keine gesetzlich festgelegten Anforderungen in Bezug auf das Sprachniveau. Laut den Verantwortlichen der Schulen, mit denen Gespräche geführt wurden, dürfte ein Deutschsprachniveau von B1 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) für die Ausbildung ausreichen. Im Gegensatz dazu ist zur Berufsausübung selbst ein Deutschsprachniveau von B2 erforderlich. In der Schweiz sind für den Beginn einer Ausbildung zum Pflegefachmann HF Sprachkenntnisse auf Niveau C1 notwendig, wohingegen ein Niveau B1 ausreicht, um als Fachmann Gesundheit (FaGe) zu arbeiten.

Im Hinblick auf die Zielgruppe 1 wurde auch untersucht, ob es möglich wäre, die Sprachkompetenzen nicht im Vorfeld, sondern während der Ausbildung aufzubauen. Wie in Teil 2 bereits erwähnt wird, hat das Land Baden-Württemberg ein innovatives Konzept ‚Altenpflegehelferausbildung für Nichtmuttersprachler‘ entwickelt, bei dem Deutschkurse während der Ausbildung angeboten werden (Die Dauer der Ausbildung wird dafür um ein Jahr, von zwei auf drei Jahre, verlängert). Es hätte interessant sein können, ähnliche Konzepte auch für die Krankenpflege- bzw. Krankenpflegehelferausbildung zu entwickeln, die somit für die französischen Bewerber/innen mit unzureichenden Deutschkenntnissen direkt zugänglich gewesen wären. Laut des zuständigen Ministeriums wäre eine solche Idee nur schwer umsetzbar, was an den Finanzierungsstrukturen der Ausbildungsgänge liegt. Die Altenpflege- und Altenpflegehelferausbildungen werden vom Land finanziert, weshalb es nach eigenem Ermessen innovative und kostenaufwendigere Formate entwickeln kann. Im Gegensatz dazu basieren die Krankenpfleger- und Krankenpflegehelferausbildungen auf einem komplexen, auf den Krankenkassen beruhenden, Finanzierungssystem. Aus diesem Grund wäre die Übertragung des Konzepts ‚Altenpflegehelferausbildung für Nichtmuttersprachler‘ auf die Krankenpflege- bzw. Krankenpflegehelferausbildung schwierig.

➤ **Sensibilisierung in Bezug auf interkulturelle Unterschiede**

Über die Sprachkenntnisse hinaus sollen die Mobilitätskandidaten/innen auch interkulturelle Kompetenzen entwickeln, die es ihnen vorab ermöglichen, besser auf die Bewerbungsgespräche/Auswahlverfahren vorbereitet zu sein, und später erleichtern, sich in die Gesundheitseinrichtung/Schule einzugliedern. In diesem Sinne wäre es sinnvoll, Kandidierende für interkulturelle Unterschiede zu sensibilisieren. Dies kann entweder im Rahmen der Sprachkurse geschehen oder Gegenstand spezifischer Maßnahmen sein. Auch hier bestehen am Oberrhein bereits Kompetenzen (z. B. beim Euro-Institut). Die Aufgabe wäre also, ein geeignetes Format zu finden, mit dem diese vorhandenen Kompetenzen im Sinne der Zielgruppen nutzbar gemacht werden könnten.

➤ **Förderung von Schnupperpraktika im Nachbarland**

Es wäre ebenfalls sinnvoll, die Möglichkeiten zur Absolvierung von Schnupperpraktika in einer Gesundheitseinrichtung auf der anderen Seite der Grenze weiterzuentwickeln. Laut den befragten Experten/innen sind solche Praktika durchaus zielführend, da sie den Mobilitätskandidaten/innen ermöglichen,

- Schwellenangst zu überwinden,
- ihre beruflichen Pläne, einer Aktivität im Pflegebereich nachzugehen, zu bestätigen, indem sie den Berufsalltag bereits vorab kennenlernen,
- die Fremdsprache konkret anzuwenden und das eigene Sprachniveau einzuschätzen,
- erste berufliche Kontakte im Nachbarland zu knüpfen.

Wie bereits erwähnt, sehen einige der bestehenden berufsorientierten Sprachkursangebote bereits solche kurzen Praktika im Nachbarland vor. Dieses Modell sollte bei der Entwicklung von Sprachkursangeboten, die sich speziell an Pflegeberufe richten, aufgegriffen werden. Auch andere Wege sind eventuell denkbar, so zum Beispiel die Schaffung einer grenzüberschreitenden Praktikumsbörse, bei der die Einrichtungen Angebote für Kurzzeitpraktika und die Bewerber/innen ihre Lebensläufe und Praktikumswünsche einstellen könnten. Das Interesse der Gesundheitseinrichtungen an einem solchen Instrument scheint durch die Umfrageergebnisse, die in Teil 2 vorgestellt wurden, belegt. Einige der Befragten

gaben an, Möglichkeiten für Schnupperpraktika in ihren Einrichtungen entwickeln zu wollen, um das Interesse an den Pflegeberufen zu wecken und so den Rekrutierungsschwierigkeiten entgegenzuwirken.

Der beste Weg, der ‚Schwellenangst‘ entgegenzutreten, besteht laut den befragten Experten/innen darin, zu handeln, bevor diese überhaupt entstehen kann. Es wäre deswegen zielführend, das Angebot an Schnupperpraktika im Nachbarland nicht nur an die hier identifizierten Zielgruppen (für die es manchmal schon ‚zu spät‘ ist), sondern auch an ein jüngeres Publikum, das heißt ab dem Collège oder dem Lycée vorzugsweise mit fachlicher Ausrichtung auf den Gesundheits- oder Sozialbereich (z. B. Bac technologique sciences et technologies de la santé et du social), zu richten. Vorstellbar sind in diesem Kontext auch Besichtigungen von Einrichtungen auf der anderen Seite der Grenze.

Für diese Art von Maßnahmen gibt es bereits Beispiele: Jedes Jahr absolvieren Schüler/innen aus dem Berufszweig ‚Pflege‘ des Lycée professionnel Heinrich-Nessel in Haguenau Praktika beim Klinikum Mittelbaden Baden-Baden. Es wäre sinnvoll, diese Best Practice Beispiele zu fördern und weiterzuentwickeln. Dazu wäre es möglich, sich an bestehenden Fördermaßnahmen zu orientieren (TRIPROCOM, EUREGIO Zertifikat etc.) bzw., sofern es möglich ist, auf diese zurückzugreifen.

➤ **Erleichterung des Zusammenkommens von Bewerber/innen und Arbeitgebenden/Gesundheitsschulen**

Eines der häufig genannten Mobilitätshindernisse sind die Schwierigkeiten, die die Bewerber/innen bei der Suche nach Stellenangeboten oder freien Ausbildungsplätzen haben. In der Regel nutzen die Einrichtungen/ausbildenden Schulen nur innerstaatliche Kanäle für die Verbreitung von Informationen über Stellenangebote/freie Ausbildungsplätze. Ihrerseits wissen die Bewerber/innen nicht immer, wo sie die Informationen finden können. Verschiedene Instrumente, Maßnahmen und Strategien wären denkbar, um dieses Hindernis zu überwinden und das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage zu erleichtern. Dazu zählen vor allem:

- die Organisation von grenzüberschreitenden Job-Datings,
- die Präsenz der Gesundheitseinrichtungen/ausbildenden Gesundheitsschulen auf Berufs-/Ausbildungsmessen auf elsässischer Seite (z. B. ‚Salon de l'Emploi‘ in Colmar, Deutsch-Französisches Berufsforum),
- die Einrichtung einer grenzüberschreitenden Stellenbörse, in welche Einrichtungen/ausbildenden Gesundheitsschulen ihre Stellenangebote und Bewerber/innen ihre Lebensläufe einstellen können.

Daneben wäre es auch wichtig, die Kandidierenden bei der Bewerbung zu begleiten, damit diese in der Lage sind, Bewerbungsmappen anzufertigen, die den Erwartungen der Einrichtungen/ausbildenden Schulen auf deutscher und/oder schweizerischer Seite entsprechen und damit sie für den Ablauf eines Vorstellungsgesprächs auf der anderen Seite der Grenze vorbereitet sind. Solche Maßnahmen können eventuell zusammen mit den weiter oben beschriebenen Maßnahmen zur interkulturellen Sensibilisierung durchgeführt werden.

➤ **Berücksichtigung praktischer und finanzieller Aspekte**

Jüngere Studien über die grenzüberschreitende Mobilität (z. B. die Studie von Euro-Institut/DFI/Strasbourg Conseil ‚Grenzüberschreitende Berufsbildung und Beschäftigung junger Menschen am Oberrhein‘) zeigen, dass die Mobilitätshindernisse nicht nur beim Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage liegen (Sprachkenntnisse, interkulturelle Kompetenzen, technische Kompetenzen, Anerkennung von Abschlüssen etc.). Die Hindernisse können rein praktischer Natur sein, so wie zum Beispiel:

- die Schwierigkeiten, zum Arbeits-/Ausbildungsort zu gelangen (insbesondere bei Jugendlichen ohne Fahrzeug),
- die Schwierigkeiten, am Arbeits-/Ausbildungsort eine Unterkunft zu finden,
- die Frage nach zusätzlichen Kosten, die mit der Mobilität einhergehen (insbesondere in Zusammenhang mit Fahrt und Unterkunft),
- der mit der Mobilität verbundene Verwaltungsaufwand.

Aus diesem Grund scheint es angebracht, die Mobilitätshindernisse mit einem integrierten Ansatz anzugehen, das heißt die Gesamtheit der möglichen

Hindernisse zu berücksichtigen und angemessene Lösungsansätze anzubieten (z. B. finanzielle Unterstützung der Mobilität, Beratung hinsichtlich alltäglicher Fragen).

Hierbei könnte es auf deutscher Seite interessant sein, sich an die regionalen Akteure (Freiburg, Karlsruhe) der Initiative ‚Fachkräfteallianz Baden-Württemberg‘ zu wenden. Diese hat zum Ziel, Zuwanderer/innen anzuziehen, die sich für einen Beruf/eine Ausbildung in Sektoren mit Fachkräftemangel interessieren. Im Rahmen der Fachkräfteallianz wurden insbesondere Beratungsstellen, sogenannte ‚Welcome Center‘, geschaffen, in denen die Zuwanderer/innen Unterstützung bei alltäglichen Fragen und Problemen bekommen.

➤ **Begleitmaßnahmen für die Rückkehr nach Frankreich (bei Bedarf)**

Die am Oberrhein gesammelten Erfahrungen im Bereich der beruflichen Mobilität lassen darauf schließen, dass eine erhebliche Anzahl der Mobilitätskandidaten/innen eines Tages nach Frankreich zurückkehren werden, um dort wieder berufstätig zu werden. Es liegt auf der Hand, dass eine Rückkehr im Hinblick auf die Behebung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite nicht gewünscht ist. Dennoch liegt es in der Verantwortung der an der Mobilitätsstrategie beteiligten Akteure, Transparenz hinsichtlich der bestehenden Möglichkeiten zu schaffen, und dafür zu sorgen, dass die Rückkehr möglich bleibt.

Diese Frage stellt sich vor allem für Bewerber/innen der Zielgruppe 1, die einen deutschen oder schweizerischen Abschluss erwerben. Wie bereits erläutert, profitieren die Krankenpfleger/innen von der automatischen Anerkennung ihres Abschlusses, wohingegen die Krankenpflegehelfer/innen den ihren leicht anerkennen lassen können. Auch wenn der juristische Rahmen klar ist, stellt sich die Frage des Zugangs zur Information seitens der Interessierten. Für die oben genannte deutsche Website über die Anerkennung von Qualifikationen für Personen, die in Deutschland arbeiten möchten, existiert kein französisches Gegenstück. Es wäre also sinnvoll, Informationen zu den Rahmenbedingungen und Verfahren leichter zugänglich zu machen.

Davon abgesehen ist zu hinterfragen, ob die Personaler/innen in den französischen Gesundheitseinrichtungen einen deutschen bzw. schweizerischen Abschluss als gleichwertig mit einem französischen Abschluss ansehen. Die Frage stellt sich insbesondere für den deutschen Abschluss zum/zur Krankenpfleger/in, was auf die Unterschiede beim Ausbildungsniveau und den in Frankreich bestehenden Vorurteilen über die Tätigkeiten der Krankenpfleger/innen in Deutschland zurückzuführen ist. Diese Frage konnte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht eingehender behandelt werden, aber es wäre wichtig, die eventuell bestehenden Schwierigkeiten zu evaluieren und gegebenenfalls in Richtung der Rückkehrer/innen einen ‚Nachbesserungsdienst‘ („service après vente“) anzubieten, der zum Beispiel ergänzende Kurse/Praktika auf freiwilliger Basis umfassen könnte.

Selbstverständlich sind diese Maßnahmen nicht in der unmittelbaren Zukunft, sondern mittel- bzw. langfristig anzusetzen, je nach Bedarf und in Abhängigkeit davon, ob die Strategie Erfolge verzeichnet.

4.1.5.2 Empfehlungen im Hinblick auf die Gesamtsteuerung der Strategie

Der Erfolg der Mobilitätsstrategie hängt in großem Maße von den Bedingungen ihrer Umsetzung und der grenzüberschreitenden Governance ab. An dieser Stelle werden einige Aspekte hervorgehoben, die besonders wichtig erscheinen.

➤ Notwendigkeit einer starken politischen Unterstützung

Angesichts der erforderlichen Anstrengungen zur Umsetzung der Mobilitätsstrategie wäre ein starkes und langfristiges politisches Commitment wünschenswert, um die betroffenen Akteure zu mobilisieren und ihre Energien zu bündeln. Die Unterstützung wird umso notwendiger sein, als es sich bei der grenzüberschreitenden Mobilität um ein relativ sensibles Thema handelt. Es gilt also eventuelle Widerstände zu überwinden und Überzeugungsarbeit zu leisten. Dabei sollen insbesondere folgende Aspekte hervorgehoben werden:

- Die Mobilitätsstrategie stellt in keiner Weise, weder in Bezug auf Qualität noch auf Quantität, eine Gefahr für die Personalrekrutierung von

elsässischen Einrichtungen dar. Sie wurde so gestaltet, dass sie die Teilräume *nicht* in eine Konkurrenzsituation bringt und die Interessen der Akteure wahrt.

- Die Mobilitätsstrategie schafft eine Win-win-Situation für die drei Teilräume des Oberrheingebiets (Beitrag zur Behebung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite, Beitrag zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit auf französischer Seite).

➤ **Notwendigkeit eines integrierten Ansatzes und einer breit angelegten Partnerschaft**

Die Mobilitätshindernisse sollen in einem umfassenden Ansatz beseitigt werden. Die oben skizzierten Maßnahmen werden nur dann die erwarteten Erfolge bringen, wenn sie in enger Abstimmung miteinander umgesetzt werden. Angesichts der Heterogenität der Zielgruppen und der Vielfältigkeit der zu berücksichtigenden Aspekte, muss die Strategie daher auf Basis einer breit angelegten Partnerschaft aller Beteiligten umgesetzt werden. Der Erfolg der Strategie verlangt außerdem das Engagement der Akteure aller drei nationalen Teilräume am Oberrhein. Es gilt folgende Akteure einzubeziehen:

- die Akteure des Arbeitsmarkts (Région Alsace, Pôle Emploi, Missions Locales, Arbeitsagenturen, zuständige Ministerien der Bundesländer, Schweizer Kantone etc.),
- die für die Ausbildung und Berufsorientierung zuständigen Akteure (Région Alsace, Académie de Strasbourg/Rectorat, Centres d'informations et d'orientation (CIO), Lycées, zuständige Ministerien der Bundesländer, die Regierungspräsidien Freiburg und Karlsruhe, die Schweizer Kantone, ausbildende Schulen auf französischer, deutscher und schweizerischer Seite etc.),
- die für das Gesundheitswesen zuständigen Verwaltungen (ARS, die zuständigen Ministerien der Bundesländer, die Regierungspräsidien Freiburg und Karlsruhe, die Schweizer Kantone),
- Akteure der grenzüberschreitenden Mobilität (EURES-T, grenzüberschreitende Arbeitsvermittlungszentren, INFOBEST etc.),

- Gesundheitseinrichtungen auf deutscher und schweizerischer Seite,
- die für die Anerkennung der Abschlüsse zuständigen Behörden,
- die regionalen Akteure der Fachkräfteallianz Baden-Württemberg,
- die grenzüberschreitenden Strukturen, zum Beispiel die Eurodistrikte zur Entwicklung von territorialen Ansätzen.

In Anbetracht der Anzahl und der Vielfältigkeit der einzubeziehenden Akteure wäre es besonders wichtig, eine Struktur zu identifizieren bzw. zu schaffen, die für die Gesamtsteuerung der Strategie zuständig wäre.

➤ **Notwendigkeit der Einstellung von Fachexperten/innen für die Strategie**

Dem Modell des EURES-T Oberrhein folgend, das zwei ‚Fachexperten/innen für grenzüberschreitende Ausbildung‘ eingestellt hat, wäre es sinnvoll, ebenfalls ein oder zwei Fachexperten/innen einzustellen, die sich insbesondere mit den folgenden Aufgabengebieten beschäftigen:

- Beratung der an der Mobilität interessierten Personen,
- Information/Kommunikation über die Strategie bei den Multiplikatoren und der Zielgruppen,
- Begleitung und Unterstützung der Multiplikatoren (CIOs, Lycées, Arbeitsagenturen etc.),
- Schnittstelle zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren.

➤ **Notwendige Beharrlichkeit**

Es soll auch betont werden, dass zur Umsetzung der Strategie von allen beteiligten Akteuren Durchhaltevermögen auf allen Ebenen erforderlich sein wird. Laut den befragten Experten/innen stellt die Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität ein langatmiges Unterfangen dar, da die zu berücksichtigenden Aspekte vielfältig sind und sich die in Bewegung zu setzenden Hebel auch auf menschlicher Ebene befinden (sich einer anderen Kultur und Sprache öffnen, Schwellenangst überwinden etc.). Die Erfahrung zeigt, dass die Strategien zur Stärkung der grenzüberschreitenden Mobilität Zeit benötigen, um ihre Wirkung zu entfalten und dass, rein quantitativ betrachtet, die Ergebnisse zumindest zu Beginn nicht immer ‚spektakulär‘ sind.

Es dürfte sich bei der hier vorgeschlagenen Strategie ähnlich verhalten, zumal das Gesundheitswesen von den bisherigen Maßnahmen zur Stärkung der Mobilität weitestgehend unberührt blieb.

Die Erwartungen sollten in der ersten Zeit nicht allzu hoch sein. Es gilt, eine neue Dynamik zu schaffen, die erst auf mittel- und langfristige Sicht wirklich in Schwung kommt. Über die rein quantitativen Aspekte hinaus, wäre es angebracht die qualitativen Auswirkungen, die die Umsetzung einer solchen Strategie mit sich bringt, zu betrachten. Beispiele wären das bessere gegenseitige Verständnis der Akteure auf beiden Seiten der Grenze, die Errichtung von grenzüberschreitenden Kompetenznetzwerken und die zunehmende Transparenz der Systeme. All diese positiven Elemente können später auch jenseits der Mangelproblematik nutzbar gemacht werden.

➤ **Fördermöglichkeiten durch INTERREG oder EURES-T**

Eine Strategie zur Stärkung der Mobilität im Gesundheitswesen würde sich perfekt in das Programm INTERREG V Oberrhein 2014-2020 einfügen. Die Integration des grenzüberschreitenden Arbeitsmarkts ist mit dem spezifischen Ziel Nr. 10 ‚Zunahme der grenzüberschreitenden Beschäftigung am Oberrhein‘ eine der im operationellen Programm festgehaltenen Prioritäten.

Hierzu ist anzumerken, dass sich unter Federführung der Région Alsace ein breitangelegtes INTERREG Projekt zu der Thematik ‚Erleichterung des Zugangs zum grenzüberschreitenden Arbeitsmarkt‘ (Projekt ‚Erfolg ohne Grenzen‘) in der Vorbereitungsphase befindet. Laut den erhaltenen Informationen wäre es aber nicht sinnvoll, die vorliegende Strategie in dieses Projekt zu integrieren. Letzteres zeichnet sich nämlich durch einen horizontalen/intersektoralen Ansatz aus, was sich nur schwer mit einem Ansatz kombinieren ließe, der auf das Gesundheitswesen fokussiert ist. Außerdem wird es bei dem Projekt ‚Erfolg ohne Grenzen‘ hauptsächlich um die Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Berufsausbildung gehen. Dabei sind die Ausbildung zum/zur Krankenpfleger/in und

Krankenpflegehelfer/in in Frankreich keine Berufsausbildungen.¹³⁸ Dennoch könnten einige Maßnahmen des Projekts ‚Erfolg ohne Grenzen‘ gerade aufgrund der intersektoralen Ausrichtung auch der Umsetzung der vorliegenden Strategie zugutekommen. Aus diesem Grund würde es sich anbieten, die Entwicklung des Projekts und die eventuellen Möglichkeiten für Synergien aufmerksam zu verfolgen. Abgesehen von INTERREG wäre es angebracht, die Möglichkeiten einer Förderung im Rahmen des Netzwerks EURES-T Oberrhein zu untersuchen.

➤ **Notwendiges Monitoring**

Die Umsetzung der Strategie benötigt ebenfalls den Aufbau eines Monitoringsystems, in dessen Rahmen insbesondere folgende Aspekte überprüft werden sollen:

- **Rahmenbedingungen:** In regelmäßigen Abständen soll die Entwicklung des Fachkräftemangels in den betroffenen Gebieten analysiert werden, um sicherzustellen, dass die Strategie immer noch auf einen Bedarf trifft. So könnte zum Beispiel auf französischer Seite die Umsetzung der Richtlinie 2003/88/EG zu bestimmten Aspekten der Arbeitszeitgestaltung den zukünftigen Personalbedarf deutlich vergrößern.
- **Anzahl der mobilisierten Bewerber/innen:** Es gilt sicherzustellen, dass die Maßnahmen die definierten Zielgruppen erreichen und auch wirklich Bewerber/innen ansprechen.
- **Passgenauigkeit der Maßnahmen in Bezug auf die Bedarfe der Bewerber/innen:** Im Rahmen eines qualitativen Ansatzes soll die Zufriedenheit der Mobilitätskandidaten/innen in Bezug auf die neugeschaffenen Angebote ermittelt werden, um eventuelle Schwachstellen und Optimierungsmöglichkeiten ausfindig zu machen.

¹³⁸ Es ist zu erwähnen, dass das IFAS des Groupe hospitalier Saint-Vincent (Straßburg) ab September 2015 20 duale Ausbildungsplätze für Krankenpflegehelfer/innen anbieten wird.

- **Berufliche Entwicklung der Mobilitätskandidaten/innen:** Es geht darum zu überprüfen, ob die Mobilitätskandidaten/innen einen Arbeitsplatz auf deutscher oder schweizerischer Seite finden konnten. Außerdem gilt es sicherzustellen, dass die Kandidierenden der Zielgruppe 1 nicht alle gleich nach dem Ende ihrer Ausbildung ins Elsass zurückkehren. Sollte dies der Fall sein, würden die Maßnahmen nicht zur Lösung der identifizierten Probleme beitragen. Auf diese Frage wird in der Analyse der Risiken (vgl. Abschnitt 4.1.6) näher eingegangen. Schließlich gilt es abzuklären, wie lange die Mobilitätskandidaten/innen im Nachbarland in ihrem Beruf verbleiben.

Insgesamt soll das Monitoring ermöglichen, die Relevanz, die Wirksamkeit und die Effizienz der einzelnen Maßnahmen und der Strategie in ihrer Gesamtheit zu bewerten. Auf Basis der Ergebnisse gilt es, die Maßnahmen eventuell anzupassen bzw. zu optimieren.

4.1.6 Analyse der Risiken

Die Analyse der vier Dimensionen des Trichtermodells wurde durch eine Risikoanalyse vervollständigt. Auf drei identifizierte Risiken soll im Nachfolgenden hingewiesen werden:

➤ Frage nach dem Verbleib der Mobilitätskandidaten/innen aus Frankreich nach Ende der Ausbildung in Deutschland/der Schweiz

Das erste Risiko betrifft ausschließlich die Zielgruppe 1 (Bewerber/innen, die keinen Ausbildungsplatz in Frankreich als Krankenpfleger/in erhalten haben und für eine Ausbildung auf deutscher oder schweizerischer Seite gewonnen werden konnten). Es besteht darin, dass die französische Absolventen/innen direkt nach Ende der Ausbildung in Deutschland oder der Schweiz zur Arbeitsuche nach Frankreich zurückkehren. Dies wäre aufgrund der automatischen Anerkennung der Abschlüsse absolut denkbar. Eine hohe Anzahl an Rückkehrern/innen wäre aus folgenden zwei Gründen nicht wünschenswert:

- Die Ausbildungskosten der jungen Franzosen/Französisinnen würden von deutscher und schweizerischer Seite getragen, ohne dass diese später von den Investitionen profitieren.
- Die Ziele der Strategie würden untergraben: Damit die Strategie Erfolge verzeichnen und zur Behebung des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite beitragen kann, ist es entscheidend, dass die Mehrheit der Elsässer/innen, die ihre Ausbildung auf der anderen Seite der Grenze absolvieren, anschließend dort bleiben und berufstätig sind – zumindest für ein paar Jahre und die Zeit, bis sich die Ausbildungsinvestition ausgezahlt hat.

Das Risiko der Rückkehr ist vorhanden, das zeigt auch das Beispiel der jungen Elsässer/innen, die auf französischer Seite keinen Platz an einer Physiotherapieschule erhalten haben und sich dafür entscheiden, ihre Ausbildung auf deutscher Seite zu absolvieren. Die große Mehrheit von ihnen kehrt nach dem Ende ihrer Ausbildung nach Frankreich zurück, um dort als Physiotherapeut/in zu arbeiten. Dennoch gaben die Diskussionen innerhalb der Steuerungsgruppe Anlass zu Optimismus. Die Rückkehr nach Frankreich dürfte bei den Pflegeberufen nicht so einfach sein wie im Fall der Physiotherapeuten. Die meisten Physiotherapeuten/innen lassen sich freiberuflich nieder und können dabei frei wählen, ob sie dies in Frankreich oder in Deutschland tun. Im Gegensatz hierzu begibt sich die große Mehrheit der ausgebildeten Krankenpfleger/innen und Krankenpflegehelfer/innen in ein Anstellungsverhältnis, wodurch der Ort der Ausübung ihrer zukünftigen Tätigkeit stark von den Einstellungsmöglichkeiten abhängt. Aufgrund des Fachkräftemangels auf deutscher und schweizerischer Seite ist die Wahrscheinlichkeit, einen Arbeitsplatz zu finden, auf deutscher oder schweizerischer Seite höher als in Frankreich. Zudem ist sicher, dass es mit einem deutschen bzw. schweizerischen Abschluss einfacher sein wird, in Deutschland bzw. in der Schweiz einen Arbeitsplatz zu finden als in Frankreich. Dies gilt umso mehr, als die zukünftigen Absolventen/innen aufgrund der Praktika, die sie im Laufe ihrer Ausbildung absolvierten, sicherlich enge Kontakte mit einigen Einrichtungen geknüpft haben werden. Von rein beruflichen Aspekten abgesehen, kann ebenfalls davon ausgegangen werden, dass eine gewisse Anzahl an Bewerbern/innen,

nachdem sie drei Jahre auf der anderen Seite der Grenze verbracht haben (im Fall der Krankenpflegeausbildung), dort persönliche Beziehungen geknüpft haben werden, die sie zum Bleiben veranlassen.

Um dieses Risiko zu verringern, könnte ein Stipendiensystem für Mobilitätskandidaten/innen entwickelt werden, das an den Verbleib im Aufnahmeland gekoppelt ist. Der/die Mobilitätskandidat/in verpflichtet sich für eine noch zu bestimmende Dauer, seine/ihre Tätigkeit in dem Land auszuüben, in dem er/sie die Ausbildung absolviert hat. Die Dauer sollte mindestens genauso lange wie die Dauer der Ausbildung sein, damit sich die Investition seitens der Ausbilder lohnt. Im Falle eines vorzeitigen Berufswechsels in ein anderes Land, muss das Stipendium zurückerstattet werden. Wie in Teil 2 gezeigt werden konnte, wird dieses konditionierte Stipendiensystem sowohl in Frankreich als auch in Deutschland bereits angewandt, um Medizinstudierende dazu zu motivieren, sich in abgelegenen Gebieten niederzulassen. Es könnte sinnvoll sein, diese Art von Maßnahmen auch in einem grenzüberschreitenden Kontext in Bezug auf die Elsässer/innen, die eine Pflegeausbildung in Deutschland oder in der Schweiz absolvieren, in Betracht zu ziehen.

➤ **Konkurrenz zwischen Deutschland und der Schweiz**

Die Verdienstunterschiede in Deutschland und der Schweiz könnten dazu führen, dass die Mobilitätskandidaten/innen aus Frankreich nach Aufbesserung ihrer Deutschkenntnisse zu Lasten Deutschlands hauptsächlich eine Ausbildung/einen Arbeitsplatz in der Schweiz anstreben. Dieses zweite Risiko besteht bei Zielgruppe 1 und 2 gleichermaßen. Es wurde ebenfalls in der Steuerungsgruppe diskutiert. Die Mitglieder/innen der Steuerungsgruppe schätzen dieses Risiko als sehr gering ein. Es wird angenommen, dass die grenzüberschreitende Mobilität ein lokales Phänomen bleiben wird, die Mobilitätskandidaten/innen also tendenziell die Gebiete bevorzugen werden, die ihren Heimatgebieten direkt gegenüber liegen. Dies erklärt sich vorwiegend aus rein praktischen Gründen (Fahrzeiten für die Personen, die weiterhin auf französischer Seite wohnen möchten) und dem Wunsch, sich nicht weit vom sozialen Umfeld (Familie, Freunde etc.) zu entfernen.

Was die Zielgruppe 1 betrifft, so ist außerdem anzumerken, dass die Aufnahmekapazitäten der schweizerischen Ausbildungsgänge begrenzt sind.

➤ **Folgen der Schweizer Volksinitiative ‚Gegen Masseneinwanderung‘**

Am 09. Februar 2014 stimmten die Schweizer/innen und die Kantone für die Volksinitiative ‚Gegen Masseneinwanderung‘. Diese Initiative sieht vor, einen Artikel 121 in die schweizerische Bundesverfassung aufzunehmen, gemäß dem das Land „die Zuwanderung von Ausländerinnen und Ausländern eigenständig“ regelt. Abhängig vom gesamtwirtschaftlichen Interesse und „unter Berücksichtigung eines Vorranges für Schweizerinnen und Schweizer“ sollen jährliche Zuwanderungshöchstzahlen und -kontingente festgelegt werden. Die Initiative stellt die Freizügigkeitsabkommen zwischen der Europäischen Union und der Schweiz, die am 21. Juni 1999 unterzeichnet und im Jahr 2002 in Kraft getreten sind, in Frage und verfolgt das Ziel, die Einwanderung zu reduzieren. Bei Fertigstellung dieser Studie waren die Auswirkungen dieser Volksinitiative immer noch sehr schwer abzusehen. Sie hängen davon ab, wie die neue Verfassungsbestimmung umgesetzt wird. Es ist wichtig, dies zu verfolgen, da es einen Einfluss auf die Stärkung der Mobilität in die Schweiz haben könnte.

4.2 Grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge in den Pflegeberufen

In dem hier zugrunde gelegten Verständnis umfasst der Begriff ‚grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge‘ Folgendes:

- Praktika in einem anderen Teilraum des Oberrheingebiets,
- Studienreisen/Besuche in Einrichtungen auf der anderen Seite der Grenze,
- Teilnahme der Auszubildenden/Studierenden an Tagungen in den Nachbarländern,
- Sprachkurse,
- Beteiligung am Lehrprogramm von Lehrkräften des Nachbarlandes,
- Studierenden-/Auszubildendenaustausch,
- Gemeinsame Fachkurse bzw. -module von Schulen dies- und jenseits der Grenze.

Die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge ermöglicht den Absolventen/innen u. a. den Erwerb spezifischer Kompetenzen, die sie befähigen, ihren Beruf in einem der Nachbarländer auszuüben – oder die ihnen dies zumindest erleichtern. Sie fördert die berufliche Mobilität und kann somit zur Behebung des Fachkräftemangels beitragen.

Trotz dieser Potenziale hat sich die Steuerungsgruppe der Studie aus den nachfolgenden drei Gründen dazu entschieden, die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge nicht in die Empfehlungen zur Behebung des Fachkräftemangels aufzunehmen:

- Es wird davon ausgegangen, dass die in Kapitel 4.1 beschriebene Mobilitätsstrategie in Bezug auf die Bekämpfung des Fachkräftemangels Erfolg versprechender ist.
- Die Umsetzung der Mobilitätsstrategie allein setzt bereits ein sehr starkes Engagement der zuständigen Akteure voraus. Daher sollten bei den anvisierten Maßnahmen Prioritäten gesetzt werden.
- Die ‚Flucht‘ der Absolventen/innen ins Ausland zum Nachteil der Länder, die die Ausbildungskosten tragen, sollte nicht begünstigt werden.

Dabei wird die Relevanz der grenzüberschreitenden Öffnung der Ausbildungsgänge keineswegs in Frage gestellt. Im Gegenteil: die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge bringt einen großen Mehrwert mit sich:

- für die Auszubildenden, da diese dadurch ihren Horizont erweitern und Abstand zu ihren eigenen Praktiken gewinnen;
- für die Förderung der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation am Oberrhein (Personal, das über Kenntnisse der Sprache und des Systems des Nachbarlandes verfügt, sich der interkulturellen Herausforderungen bewusst ist etc.);
- für das Oberrheingebiet allgemein, da das Zugehörigkeitsgefühl zur Grenzregion gestärkt wird.

Aus diesem Grund wurde das Euro-Institut gebeten, die von den Ausbildungseinrichtungen zu dem Thema ergriffenen Initiativen zu untersuchen. Da dies über den ursprünglichen Auftrag hinausgeht, wurde die Analyse ausschließlich im Bereich der Ausbildung für Krankenpfleger/innen vorgenommen. Es wäre jedoch interessant, diese um weitere Untersuchungen zu anderen Berufen zu ergänzen.

Die Analyse wurde mit Hilfe einer Umfrage bei den ausbildenden Schulen sowie Fachgesprächen mit der Leitungsebene einiger Schulen durchgeführt. Da die Rücklaufquote bei der Umfrage niedrig war, stützen sich die hier dargelegten Ergebnisse vorwiegend auf die Fachgespräche. Auch wenn damit kein vollständiges Bild erstellt werden konnte, konnten dennoch die wichtigsten Tendenzen, Herausforderungen sowie Best Practices hervorgehoben werden.

4.2.1 Deutsche Seite

Auf deutscher Seite scheint die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge gegenwärtig wenig fortgeschritten. Es kommt nur äußerst selten vor, dass die Auszubildenden einen Teil der praktischen Ausbildung im Ausland absolvieren. Im Rahmen der Fachgespräche wurden hierfür insbesondere folgende Hindernisse genannt:

- In der Regel sind die Fremdsprachkenntnisse der Auszubildenden nicht ausreichend genug, um einen Teil der praktischen Ausbildung im Ausland zu absolvieren: Dieses Problem betrifft allerdings nur den französischen Teilraum.
- Es besteht keine Nachfrage/Interesse seitens der Auszubildenden.
- Der Anspruch auf Vergütung (Ausbildungsvertrag) durch den Träger der Ausbildung bliebe zunächst bestehen, auch wenn die Auszubildenden einen Teil der praktischen Ausbildung im Ausland absolvieren würden. Folglich würde sich daraus für die Einrichtung ein finanzieller Verlust ergeben.

Bezüglich des letzten Aspektes wies einer der Gesprächspartner darauf hin, dass die Förderung von Auslandsaufenthalten innerhalb der praktischen Ausbildung eher im Rahmen eines Austauschs in Frage käme, das heißt, wenn aus einer deutschen Einrichtung ein/e Auszubildende/r nach Frankreich oder in die Schweiz ginge und im Gegenzug ein/e Auszubildende/r aus Frankreich oder der Schweiz an eben diese Einrichtung käme.

Es ist aber auch anzumerken, dass die deutschen Auszubildenden nicht immer die komplette praktische Ausbildung in der Einrichtung absolvieren, mit der sie den Vertrag abgeschlossen haben. Tatsächlich kann es sein, dass bestimmte Kompetenzen in der betreffenden Einrichtung nicht erworben werden können, wenn die entsprechenden Pflegedienstleistungen dort nicht angeboten werden. Die Auszubildenden werden für den Erwerb dieser Kompetenzen folglich in eine andere Einrichtung geschickt. Hieraus könnten sich Spielräume für die Absolvierung eines Teils der praktischen Ausbildung im Ausland ergeben.

Trotz dieser Hemmnisse konnten einige grenzüberschreitende Initiativen identifiziert werden. So hat die Gesundheits- und Krankenpflegeschule in Bad Krozingen eine Ausbildungspartnerschaft mit einer Altenpflegeeinrichtung in Basel gegründet. In der Umfrage gab die Pflegeschule der Kliniken des Landkreises Karlsruhe an, seinen Schülern/innen die Möglichkeit zu bieten, im letzten Ausbildungssemester eine Studienreise mit Besuch einer Gesundheitseinrichtung im Elsass zu machen.

Aus der Tatsache, dass die grenzüberschreitende Zusammenarbeit gegenwärtig noch wenig fortgeschritten ist, kann nicht zwangsläufig abgeleitet werden, dass die Schulen kein Interesse an einer Zusammenarbeit haben:

- Einige Verantwortliche der deutschen Berufsschulen zeigten sich im Gespräch von der Pflegeausbildung in Frankreich sehr ‚beeindruckt‘ und bekundeten ihr Interesse an einem Austausch auf Ebene der Ausbildungsteams.
- Laut der Umfrage und den Informationen aus anderen Quellen sind einige Schulen an einem grenzüberschreitenden Austausch zwischen Auszubildenden/Studierenden interessiert. Anzuführen sind hier beispielsweise:
 - das Herzzentrum Bad Krozingen, das gerade dabei ist, ein Ausbildungszentrum für mehrere Gesundheitsfachberufe zu errichten und Interesse an einer Öffnung in Richtung Elsass hat,
 - die St. Vincentius-Kliniken gAG Karlsruhe.

4.2.2 Schweizer Seite

In der Schweiz kam nur eine einzige Antwort auf die Umfrage zurück und auch die Gesprächsanfragen blieben allesamt ohne Antwort, sodass die Situation in der Schweiz nicht untersucht werden konnte.

4.2.3 Französische Seite

Im Elsass ist die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge noch wenig fortgeschritten. Nur wenige elsässische Studierende absolvieren eines ihrer studienintegrierten Pflichtpraktika¹³⁹ in einem anderen Teilraum des Oberrheingebiets. Aber auch daraus kann nicht zwangsläufig ein mangelndes Interesse seitens der Ausbildungseinrichtungen oder der Studierenden abgeleitet

¹³⁹ Wenn hier im Folgenden von ‚Praktika‘ die Rede ist, handelt es sich stets um studienintegrierte Pflichtpraktika, die in ihrer Gesamtheit den praktischen Teil der studentischen Krankenpflegerausbildung in Frankreich ausmachen und folglich, im übertragenen Sinne, dem praktischen Ausbildungsteil der deutschen Berufsausbildung zum Krankenpfleger entsprechen.

werden. Zur Verdeutlichung wird hier die Situation an den Krankenpflegeschulen des Centre Hospitalier de Mulhouse (IFSI Mulhouse) und der Hôpitaux universitaires de Strasbourg (IFSI Strasbourg) – bei denen es sich hinsichtlich der Zahl der Studierenden um die zwei wichtigsten Krankenpflegeschulen im Elsass handelt – ausführlich dargelegt.

Anschließend werden die grenzüberschreitenden Kooperationsprojekte, die durch das IFSI Forbach und das IFSI Sarreguemines durchgeführt werden, vorgestellt. Obwohl diese beiden IFSI sich nicht im Untersuchungsgebiet befinden, soll ihnen hier aus den zwei folgenden Gründen Beachtung geschenkt werden:

- Die Kooperationen, die diese beiden IFSI umgesetzt haben sind sehr ehrgeizig und innovativ und können als Best Practices betrachtet werden;
- Die Ansätze, die von den zwei Ausbildungseinrichtungen verfolgt werden, weisen große Unterschiede auf. Es schien interessant, aufzuzeigen, wie unterschiedlich die vorhandenen Möglichkeiten wahrgenommen werden.

➤ **IFSI Mulhouse**

Die Verantwortlichen des IFSI Mulhouse stehen der Absolvierung von studienintegrierten Pflichtpraktika in Deutschland/ in der Schweiz grundsätzlich offen gegenüber. Sie sind der Ansicht, dass die Studierenden durchaus an Auslandspraktika interessiert wären, da ihnen eine Berufserfahrung im Ausland einen weiteren Arbeitsmarkt eröffnen würde – was, vor allem vor dem Hintergrund, dass die Arbeitsplatzsuche auf französischer Seite schwieriger wird, attraktiv wäre. Die Sprache würde nicht zwangsläufig ein Hindernis darstellen, da viele Studierende bereits über Deutschkenntnisse verfügen.

Trotz des grundsätzlichen Interesses wurde die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge bisher nicht gefördert, was auf mangelnden Kapazitäten bei der Schulleitung und den Lehrkräfte zurückzuführen ist. Die Prioritäten wurden an anderer Stelle gesetzt und lagen einerseits auf

- der Umsetzung des neuen nationalen Rahmenlehrplans für die Krankenpflegeausbildung (2009 auf nationaler Ebene verabschiedet und 2010 in Kraft getreten), der die Ausbildung grundlegend verändert hat;

- und andererseits auf der Schaffung neuer Ausbildungsgänge am Ausbildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Mulhouse (IFMS), das unter derselben Leitung steht wie das IFSI. Es handelt sich hierbei um:
 - die Gründung einer Außenstelle der Physiotherapieschule Straßburg (IFMK) in Mulhouse im Jahr 2010,
 - die Gründung der überregionalen Ausbildungseinrichtung für Rehabilitationsberufe im Jahr 2012, die zwei Ausbildungsgänge anbietet: Psychomotorik und Ergotherapie.

Die Entwicklung grenzüberschreitender Ausbildungsprojekte – die viel Zeit und Engagement erfordert – konnte nicht parallel zu den oben aufgeführten Großprojekten erfolgen. Das IFSI zeigt sich gegenüber einer künftigen Entwicklung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit dennoch völlig offen.

➤ **IFSI Strasbourg¹⁴⁰**

Seit etwa zehn Jahren setzt sich das IFSI Strasbourg stark für die Absolvierung von Praktika im Ausland ein. Die internationalen Beziehungen wurden aus vier Gründen gefördert:

- zunehmende Nachfrage seitens der Studierenden,
- großes Interesse seitens der Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (Träger der Ausbildung), das sich in der grenzüberschreitenden Gesundheitskooperation stark engagiert,
- großes Interesse seitens der Schulleitung und der Lehrkräfte des IFSI Strasbourg, aus der Überzeugung heraus, dass eine Auslandserfahrung einen realen Mehrwert darstellt;
- großes Interesse der Région Alsace, welche die Ausbildung finanziert.

Laut unseren Gesprächspartner/innen beim IFSI Strasbourg bringen Auslandspraktika folgende Vorteile mit sich:

- Stärkung der Anpassungsfähigkeit und der Selbstständigkeit,

¹⁴⁰ Die hier gelieferten Informationen stützen sich nicht nur auf das Fachgespräch, das vom Euro-Institut im Rahmen der Studie geführt wurde, sondern auch auf ein Fachgespräch, das Studierende des Institut für Politikwissenschaften Straßburg im Rahmen eines (vom Euro-Institut begleiteten) Gruppenprojekts mit den Verantwortlichen des IFSI geführt haben.

- Verbesserung der Fremdsprachkenntnisse, Entwicklung der nonverbalen Kommunikationsfähigkeit und Stärkung der sozialen Kompetenzen
- Interkulturelle Horizonterweiterung verbunden mit der Entdeckung anderer Pflegemodelle, -methoden, -techniken und -kulturen (Rolle der Angehörigenpflege, geschlechtsspezifische Pflege etc.). Durch die interkulturelle Erfahrung nehmen die Studierenden Abstand zu den eigenen Berufspraktiken und entwickeln hiermit ihre Innovationsfähigkeit. Dies ist für die Weiterentwicklung der eigenen Berufspraktiken besonders förderlich.

Für die Absolvierung eines der Pflichtpraktika ins Ausland zu gehen, wird von seiten des IFSI zwar als interessanter Zusatz angesehen, gilt aber nicht als Priorität: Das vordergründige Ziel ist es nach wie vor, dass die Studierenden die im Rahmenlehrplan zur Erlangung des staatlich anerkannten Abschlusses festgelegten Kompetenzen erwerben. Auslandsaufenthalte sollen die Erreichung dieses Ziels nicht gefährden. Aus diesem Grund sind Auslandsaufenthalte nur den besten Studierenden vorbehalten. Für Studierende, die Schwierigkeiten in der Ausbildung haben, bevorzugt das IFSI Praktika im Elsass. So können die Lehrkräfte die Studierenden vor Ort besuchen und intensiver betreuen.

In der Regel finden die Auslandspraktika im dritten – manchmal aber auch im zweiten – Studienjahr statt und erstrecken sich über eine Dauer von fünf bis zehn Wochen. Sie werden in einem der folgenden Rahmen absolviert:

- ERASMUS-Programm:
Das IFSI Strasbourg nimmt seit 2013, als einziges IFSI im Elsass, am ERASMUS-Programm teil. Der/die Studierende muss hier selbst eine Praktikumsstelle suchen. Im Jahr 2013 absolvierten drei Studierende ein Auslandspraktikum im Rahmen des ERASMUS-Programms; alle drei in Belgien. Im Jahr 2014 waren es vier Studierende; jeweils eine/r in Polen, Italien, Luxemburg und der Türkei.
- Ausbildungspartnerschaft:
Das IFSI Strasbourg hat eine Partnerschaft mit der Jiaotong-Universität Shanghai (sechs Plätze), der Diakonie Kork und dem MediClin Herzzentrum in Lahr gegründet.

Die Verantwortlichen des IFSI legen großen Wert darauf, dass die Studierenden sich aktiv an der Gestaltung ihres Praktikums beteiligen. Neben dem Erwerb der im Rahmenlehrplan vorgesehenen Kompetenzen, müssen die Studierenden ein Sonderprojekt bearbeiten; das kann beispielsweise eine schriftliche Arbeit über die Organisation der Pflege im Aufenthaltsland sein. Weiterhin müssen sie einen Praktikumsbericht verfassen, der anderen Studierenden zur Verfügung gestellt wird. Außerdem müssen sie bei den nachfolgenden Ausbildungsjahrgängen von ihren Erfahrungen berichten. Dies trägt zur Förderung der Auslandsaufenthalte bei.

Praktika in Deutschland

Trotz der Grenznähe und des großen Interesses des IFSI und der HUS an der Zusammenarbeit mit Deutschland, absolvieren nur sehr wenige Studierende ein studienintegriertes Pflichtpraktikum auf deutscher Seite: ein/e Student/in im Jahr 2014, eine/r im Jahr 2015, vier im Jahr 2013 (von 70 Studierenden eines Jahrgangs); abhängig von der Nachfrage der Studierenden.

Den Gesprächspartnern/innen zufolge ist das größte Hindernis zweifellos die Sprache. Trotz Grenznähe spricht der Großteil der Studierenden (von denen die Hälfte aus anderen Regionen Frankreichs kommt) gar kein Deutsch oder nicht gut genug, um ein studienintegriertes Pflichtpraktikum in Deutschland absolvieren zu können. Das IFSI bietet keine Sprachkurse an. Im Rahmenlehrplan ist nur Englisch vorgesehen und das von der Région Alsace zur Verfügung gestellte Budget reicht nicht aus, um Deutschkurse zu finanzieren. Dafür wird bei den Studierenden mit guten Deutschkenntnissen die Absolvierung von studienintegrierten Praktika in Deutschland stark beworben.

Weitere Hindernisse konnten identifiziert werden: Bei einem studienintegrierten Praktikum im Ausland müssen die Studierenden selbst für ihre Reisekosten aufkommen, wohingegen sie diese in Frankreich erstattet bekommen. Mit einem ERASMUS-Stipendium können diese Kosten zwar gedeckt werden, jedoch erhalten Studierende, die für ein studienintegriertes Praktikum nach Deutschland gehen, in

der Regel kein ERASMUS-Stipendium: das IFSI unterstützt bevorzugt Studierende, die in weiter entfernte Länder gehen.

Wie später gezeigt wird, gehen einige IFSI mit studienintegrierten Pflichtpraktika in Deutschland vorsichtig um, da die Tätigkeits- und Aufgabenfelder deutscher Krankenpfleger/innen sich nicht immer mit denen der französischen Krankenpfleger/innen decken. Dieser Umstand wird hinsichtlich des französischen Rahmenlehrplans als problematisch betrachtet, da dieser ganz genau vorgibt, welche Kompetenzen, Tätigkeiten und Aufgaben im Rahmen der Praktika ausgeübt und erworben werden müssen. Die Gesprächspartner/innen des IFSI Strasbourg bestreiten nicht, dass Unterschiede zwischen Deutschland und Frankreich bestehen, jedoch sind sie der Meinung, dass dies zu keinerlei Problemen bei der Anerkennung der Leistung führe, solange diese anhand der erworbenen Kompetenzen und nicht anhand der ausgeführten Tätigkeiten und Aufgaben bewertet würde. Sie gaben auch an, dass die Inhalte der Praktika selbst innerhalb Frankreichs von Einrichtung zu Einrichtung sehr unterschiedlich sind. Die Aufgaben und Tätigkeiten, die von den Krankenpflegern/innen (und somit von den Studierenden) zum Erwerb einer Kompetenz (z. B. Kompetenz 3 des Lehrplans: ‚Eine Person in der Ausführung ihrer täglichen Pflege begleiten‘) ausgeübt werden müssen, sind in einer Altenpflegeeinrichtung nicht dieselben wie in einer psychiatrischen Einrichtung. Und auch wenn französische Krankenpfleger/innen Tätigkeiten ausführen, zu denen deutsche Krankenpfleger/innen nicht berechtigt sind, muss vor allem beachtet werden, dass der Großteil des Tätigkeitsbereiches in beiden Ländern übereinstimmt. Es bestünde immer noch die Möglichkeit, die wenigen Tätigkeiten, die in einer deutschen Einrichtung eventuell nicht ausgeübt werden können, durch ein Praktikum in einer französischen Einrichtung nachzuholen.

Die Bedenken einiger Akteure gegenüber der Absolvierung von studienintegrierten Pflichtpraktika in Deutschland werden außerdem damit begründet, dass französische Studierende nicht von deutschen Krankenpflegern/innen angeleitet werden können, da diese ein niedrigeres Ausbildungsniveau haben (darauf wird später noch einmal Bezug genommen). Die Gesprächspartner/innen vom IFSI

Strasbourg sind der Meinung, dass dieser Niveauunterschied keine Probleme bereite. In Frankreich kommt es zum Beispiel durchaus vor, dass die Betreuung und Anleitung der Studierenden nicht von einem/einer Krankenpfleger/in sondern weitgehend von einem/einer Krankenpflegehelfer/in mit langjähriger Erfahrung übernommen wird. Dies sei insofern kein Problem, da ein Großteil der Aufgaben des/der Krankenpflegers/in, die im eigenverantwortlichen Bereich liegen („rôle propre“), ohnehin an Krankenpflegehelfer/innen delegiert und von diesen ausgeführt werden können, was im Berufsalltag auch oftmals der Fall ist.

Praktika in der Schweiz

Das IFSI Strasbourg war auch daran interessiert, studienintegrierte Praktika in der Schweiz zu vermitteln; doch die diesbezüglichen Bemühungen blieben erfolglos. Dafür gibt es zwei Gründe:

- Die Zeiträume, die für die Praktika in der Schweiz in Frage kommen, lassen sich nicht mit dem Lehrplan am IFSI Strasbourg vereinbaren.
- das Sprachniveau: Die schweizerischen Einrichtungen erwarten sehr gute Sprachkenntnisse.

Die Hôpitaux Universitaires de Strasbourg und das IFSI Strasbourg nehmen hingegen jedes Jahr (deutschsprachige) Studierende aus Bern für Kurzzeitpraktika auf.

Weitere Wege der grenzüberschreitenden Öffnung der Ausbildungsgänge:

Insgesamt kommt es selten vor, dass Studierende des IFSI ein studienintegriertes Pflichtpraktikum in Deutschland absolvieren. Dafür haben sie die Möglichkeit, sich an grenzüberschreitenden Projekten der Hôpitaux Universitaire de Strasbourg zu beteiligen. Von den Gesprächspartnern/innen wurden folgende Beispiele genannt:

- das Projekt INTERREG IV B „Health and Demographic Changes“, das einen Fortbildungsteil für die Studierenden beinhaltet. So wurde eine grenzüberschreitende Konferenz organisiert, bei der Auszubildende/Studierende aus Straßburg, Belgien (Lüttich), den Niederlanden (Maastricht), Luxemburg und Deutschland (Mannheim) von ihren Erfahrungen in Altenpflegeeinrichtungen berichteten.

- ein zukünftiges Projekt, das im Rahmen des Programms ‚INTERREG V A Oberrhein‘ in Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken Freiburg und Heidelberg sowie dem Klinikum Karlsruhe durchgeführt werden soll. Der Schwerpunkt des Projekts soll auf dem Best Practice-Austausch über nachhaltige Entwicklung (vor allem in der Abfallwirtschaft) liegen. Im Rahmen des Projekts ist eine Studienreise nach Freiburg und Karlsruhe vorgesehen. Teilnehmen können alle interessierten Studierenden des IFSI.

Im Falle solcher Kooperationen stellen die mangelnden Sprachkenntnisse der Studierenden kein Problem dar, da hier die Möglichkeit besteht, auf Dolmetscher/innen zurückzugreifen.

➤ **IFSI Forbach**

Das IFSI Forbach, das nur wenige Kilometer von der Grenze zum Saarland entfernt liegt, ist stark in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit engagiert. Bevor die durchgeführten Projekte näher dargestellt werden, soll erwähnt werden, dass das IFSI Forbach keine studienintegrierten Pflichtpraktika in Deutschland für seine Studierenden anbietet, da hier die Ansicht vertreten wird, dass der rechtliche Rahmen dies nicht zulässt. Folgende zwei Gründe werden angeführt:

- Unterschiede beim Ausbildungsniveau: Auf französischer Seite werden die Krankenpfleger/innen im Rahmen eines dreijährigen Studiums ausgebildet; das nach zwölf Schuljahren erworbene Abitur ist formale Zulassungsvoraussetzung, um sich auf einen Studienplatz bewerben zu können. Seit einigen Jahren entspricht der erworbene Abschluss einem Bachelor-Abschluss. Es wird zurzeit angedacht, das Ausbildungsangebot auf Masterstudiengänge¹⁴¹ zu erweitern und auch den Weg zur Promotion zu öffnen. So äußerte Myriam Günter (Leiterin des IFSI Forbach) den Wunsch, „dass ein Studiengang für Gesundheitswissenschaften eingeführt wird, der den Studierenden die Möglichkeit bietet, mit einem Forschungsprojekt, im Sinne einer Promotion, weiterzumachen“¹⁴². Demgegenüber werden in Deutschland die Krankenpfleger/innen im Rahmen einer dreijährigen dualen

¹⁴¹ Es gibt bereits vereinzelt Masterstudiengänge, insbesondere für Krankenpfleger/innen, die als Lehrkraft in den IFSI tätig werden möchten.

¹⁴² Übersetzt aus dem Französischen, nach: Fachinterview mit Myriam Günter, Leiterin des IFSI Forbach, 2014.

Berufsausbildung, auf die sich bereits nach zehn erfolgreich absolvierten Schuljahren beworben werden kann, ausgebildet. Die Ausbildungsgänge wurden nicht im Rahmen des Bologna-Prozesses reformiert. In den letzten Jahren wurden vierjährige Ausbildungsgänge eingeführt, die mit einem Bachelor abgeschlossen werden und das Abitur voraussetzen. Dabei handelt es sich allerdings um Pilotprojekte, die noch nicht sehr verbreitet sind. Aufgrund dieser Unterschiede bei der Ausbildung sind die Verantwortlichen des IFSI Forbach der Meinung, dass die Betreuung und Anleitung der französischen Studierenden durch deutsche Krankenpfleger/innen insofern nicht den rechtlichen Vorschriften entspricht, als diese vorsehen, dass die Betreuung und Anleitung der Studierenden von Fachkräften mit mindestens gleichwertigem Abschluss wahrgenommen werden muss. Die Betreuung und Anleitung von französischen Studierenden durch deutsche Ärzte/Ärztinnen sei auch keine Lösung, da sie von Fachkräften derselben Berufsgruppe übernommen werden müsse.

- Unterschiede bei der Berufsausübung in beiden Ländern: Nach Ansicht der Ansprechpartner/innen beim IFSI Forbach ist das Tätigkeitsfeld des/der deutschen Krankenpflegers/in eingeschränkter als jenes des/der französischen: Bestimmte Pflegetätigkeiten, die in Frankreich von Krankenpflegern/innen auf ärztliche Verordnung hin ausgeführt werden dürfen, fallen in Deutschland in den exklusiven Aufgabenbereich des/der Arztes/Ärztin. Es handle sich dabei vor allem um Tätigkeiten wie Infusionen, Blutabnahmen und das Legen technisch schwieriger Verbände.¹⁴³

Der französische Rahmenlehrplan legt außerdem ganz genau fest, welche Kompetenzen die Studierenden erwerben und welche Tätigkeiten und Aufgaben sie dementsprechend im Laufe ihrer studienintegrierten Pflichtpraktika, d.h. dem gesamten praktischen Teil ihrer studentischen Ausbildung, durchführen müssen. Aufgrund der Unterschiede bei der Berufsausübung könnte den Studierenden nach Ansicht des IFSI Forbach ein in Deutschland absolviertes Pflichtpraktikum nicht entsprechend angerechnet werden.

¹⁴³ vgl. hierzu das Berufsprofil zum Beruf des/der Krankenpflegers/in in Teil 3.

Folglich betreffen die grenzüberschreitenden Projekte des IFSI Forbach ausschließlich den theoretischen Ausbildungsteil. Zu nennen sind hier die folgenden Projekte:

- Jährlicher Austausch von Studierenden des IFSI Forbach und Auszubildenden der Altenpflegeschule der Arbeiterwohlfahrt Saarbrücken. Die Studierenden/Auszubildenden besuchen gemeinsam eine Altenpflegeeinrichtung auf französischer Seite und diskutieren über die Methoden der Altenpflege in Frankreich und Deutschland. Im Jahr 2014 wurde dieser Austausch durch eine Veranstaltung zum Thema ‚Pflege in Frankreich und Deutschland‘, die im Stadtzentrum von Saarbrücken stattfand, ergänzt. Die Veranstaltung stieß bei den Studierenden/Auszubildenden auf großen Anklang und bot einen Überblick über die Pflegemethoden der beiden Länder.
- Teilnahme der Studierenden vom IFSI Forbach am Symposium des HerzZentrums Saar, das jährlich von den SHG-Kliniken Völklingen organisiert wird.
- Partnerschaft zwischen dem IFSI Forbach und der Hochschule für Technik und Wirtschaft (HTW Saar). Das IFSI Forbach ist an die HTW herangetreten, da diese Bachelor-Studiengänge für Pflegeberufe anbietet, was der studentischen Ausbildung in Frankreich wesentlich näher kommt. So hat die HTW einen Bachelor-Studiengang ‚Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen‘ eingeführt, der sich an ausgebildeten Gesundheitsfachpersonal (Krankenpfleger/in, Hebamme und Entbindungspfleger, Physiotherapeut/in, Orthoptist/in, medizinische/r Assistent/in etc.) mit Allgemeiner oder Fachhochschulreife und mindestens einem Jahr Berufserfahrung richtet. Das IFSI Forbach und die HTW Saar haben verschiedene deutsch-französische Tagungen zu Themen wie Gesundheitssysteme oder Alzheimer organisiert. Im vergangenen Jahr hatten Studierende des IFSI Forbach die Möglichkeit, an einem von der HTW organisierten Seminar zum Thema ‚Pflege und Gesundheit in Europa‘, das sich auf zwölf halbe Tage erstreckte, teilzunehmen. Vier Studierende des IFSI Forbach nahmen daran teil.

Das IFSI beteiligt sich aktuell an einem größeren Projekt mit dem HTW und der Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland (BAGSS). Ziel dieses Projekts ist es, eine ‚deutsch-französische Krankenpflegeausbildung‘ einzuführen. Dem Projekt liegt die Annäherung der folgenden drei Ausbildungsgänge zugrunde:

- Krankenpflegeausbildung am IFSI Forbach,
- Bachelor of Science Pflege an der HTW,
- Bachelor of Science Pflege an der BAGSS.

Die beiden deutschen Ausbildungsgänge werden erst seit 2012 angeboten. Es handelt sich dabei um vierjährige Bachelor-Studiengänge, bei denen die Allgemeine oder Fachhochschulreife Zulassungsvoraussetzung ist. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, eine grenzüberschreitende deutsch-französische Krankenpflegeausbildung auf akademischem Niveau einzuführen. Den Initiatoren des Projekts zufolge geht es konkret darum, einer begrenzten Zahl an Studierenden (jeweils fünf bis zehn Studierende aus jedem Land) die Möglichkeit zu geben, durch die Zusammenlegung bestimmter Lehreinheiten einen integrierten deutsch-französischen Ausbildungsgang zu durchlaufen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Förderung der Interkulturalität und das Kommunikationsvermögen sowohl in der deutschen als auch in der französischen Sprache.

Darüber hinaus wird im Rahmen des Projekts angestrebt, den französischen Studierenden die Möglichkeit zu geben, ein studienintegriertes Pflichtpraktikum auf deutscher Seite zu absolvieren. In Anbetracht der oben dargestellten Hindernisse, kämen folgende Lösungen in Frage:

- Begleitung und Anleitung der französischen Studierenden durch erfahrene deutsche Krankenpfleger/innen mit Bachelor- oder Masterabschluss.
- Validierung der von den französischen Studierenden in Deutschland erworbenen Kompetenzen durch eine französische Lehrkraft, die in die aufnehmende Gesundheitseinrichtung abgeordnet wird.

Die Frage, ob eine solche Ausbildung zu einem Doppelabschluss führen kann, der in beiden Ländern anerkannt wird, soll im Rahmen des Projekts geklärt werden, bleibt aber aktuell offen.

Das Projekt wurde gerade erst gestartet, da die Absichtserklärung erst am 20. März 2015 unterzeichnet wurde. Aus dieser lassen sich vier übergeordnete Ziele ablesen:

- Aufwertung der Ausbildung durch den Erwerb neuer Kenntnisse und Kompetenzen (Sprachkenntnisse, interkulturelle Kompetenzen, Wissen über das Gesundheitssystem des Nachbarlandes etc.),
- Erleichterung der grenzüberschreitenden Mobilität zukünftiger Absolventen/innen und somit ihrer Integration in den Arbeitsmarkt,
- Weiterentwicklung der bereits bestehenden Kooperationsprojekte zwischen den Gesundheitseinrichtungen in der Moselle-Est und im Saarland sowie Förderung des Wissens- und Best Practice-Austauschs zwischen Fachkräften dies- und jenseits der Grenze,
- Verbesserung der Kommunikation mit Patienten und Familien im grenzüberschreitenden Kontext (Kommunikation in der Muttersprache)

Eine Umfrage unter 110 Krankenpflegestudierenden in der Moselle-Est bestätigte, dass (zumindest auf französischer Seite) großes Interesse an einem solchen deutsch-französischen Ausbildungsgang besteht.¹⁴⁴

➤ **IFSI Sarreguemines**

Am IFSI Sarreguemines fand die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge hauptsächlich im Rahmen einer Partnerschaft mit den SHG-Kliniken Völklingen im Saarland (SHG-Kliniken) statt. Die Partnerschaft wurde offiziell im Jahr 2008 mit der Unterzeichnung einer Absichtserklärung zwischen den beiden Einrichtungen begründet, die den französischen Studierenden die Möglichkeit bietet, ein Praktikum in den SHG-Kliniken zu absolvieren. Begünstigt wurde die Gründung dieser Partnerschaft durch die früheren Beziehungen zwischen

¹⁴⁴ Cf. Günther, Myriam: Un projet innovant de coopération transfrontalière. In : Soins cadres, Nr. 81, Februar 2012.

dem IFSI Sarreguemines, dem Krankenhaus, an das es angegliedert ist, und der SHG: Einerseits kooperierten die beiden Krankenhäuser bereits Anfang der 2000er Jahre bei der Behandlung von Dialysepatienten/innen, andererseits hatte eine Führungskraft des IFSI Sarreguemines zuvor in der SHG gearbeitet. Dies zeigt einmal mehr, welche Bedeutung persönliche Beziehungen für die Entwicklung grenzüberschreitender Kooperationsprojekte im Gesundheitswesen haben.

Auf beiden Seiten bestand große Bereitschaft zur Zusammenarbeit: Die SHG-Kliniken nehmen immer mehr französische Patienten/innen auf, was sowohl auf die unmittelbare Grenznähe als auch auf das starke Engagement der SHG-Kliniken in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich zurückgeführt werden kann. Hier sei vor allem an die Zusammenarbeit mit dem CHIC Uni Santé+ Forbach im Bereich der Kardiologie erinnert. Die Aufnahme französischer Studierender des IFSI Sarreguemines ermöglicht es den SHG-Kliniken, einerseits die Betreuungssituation ihrer französischen Patienten/innen zu verbessern (Kommunikation mit den Patienten/innen in deren Muttersprache) und andererseits ihren deutschen Fachkräften einen Einblick in die Pflegekultur des Nachbarlandes zu verschaffen (interkultureller Mehrwert). Vor diesem Hintergrund erklärte Karin Mertens (Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit der SHG-Kliniken) bei der Konferenz ‚Gesundheitsversorgung ohne Grenzen‘ im November 2014 in Baden-Baden, dass die Zusammenarbeit mit dem IFSI Sarreguemines einer der Erfolgsfaktoren der von den SHG-Kliniken aufgebauten Kooperation im Bereich der Kardiologie war.

Für das IFSI Sarreguemines ist die Partnerschaft in dreifacher Hinsicht von Interesse:

- Erweiterung/Diversifizierung des Angebots an Praktika: Es geht darum, den Studierenden die Möglichkeit zu geben, eines ihrer Pflichtpraktika in hochspezialisierten Abteilungen zu absolvieren, zu der sie auf französischer Seite kein – oder nur schwer – Zugang hätten, und Spitzentechnologien kennenzulernen. Es muss hier deutlich gemacht werden, dass es auf französischer Seite nicht an Praktikumsstellen mangelt; das Angebot im Großraum Sarreguemines ist ausreichend und vielfältig.

- Interkulturelle Horzonterweiterung und Entdeckung anderen Pflegekulturen und -methoden durch die Studierenden;
- Eröffnung neuer Berufschancen vor dem Hintergrund, dass es auf französischer Seite in den letzten Jahren etwas schwieriger geworden ist, nach Ende der studentischen Ausbildung eine Stelle zu finden. Wie bereits erwähnt wurde die Zahl der Studienplätze in Lothringen für das Jahr 2015 verringert.

Die Absolvierung eines studienintegrierten Pflichtpraktikums in den SHG-Kliniken ist optional. Das Angebot richtet sich an Studierende, die bereits Deutschkenntnisse vorweisen können. Im Gegensatz zu den Studierenden des IFSI Strasbourg besitzen am IFSI Sarreguemines viele Studierende Deutschkenntnisse (die zumindest für eine einfache Unterhaltung ausreichen). Vor diesem Hintergrund und aufgrund der Attraktivität des Praktikumsangebots der SHG-Kliniken (hochspezialisierte Abteilungen, interkulturelle Öffnung) ist das Interesse seitens der Studierenden groß: Von insgesamt 75 Studierenden (alle Jahrgängen inbegriffen) absolvieren 14 bis 18 ein Praktikum bei den SHG-Kliniken. Das Feedback ist äußerst positiv, sowohl die Studierenden als auch die SHG-Kliniken und ihr Personal zeigen sich zufrieden.

Die Praktika in den SHG-Kliniken werden momentan vorwiegend im dritten Jahr absolviert (zum Teil auch schon im zweiten, je nach Niveau der Studierenden). Sie erstrecken sich meist auf eine Dauer von fünf Wochen (in einigen Fällen sogar zehn Wochen) und werden in einer der folgenden drei Abteilungen absolviert: Herzchirurgie, Herzmedizin und Reanimation. Auf Wunsch der SHG-Kliniken werden demnächst auch Plätze in der Nephrologie angeboten. Die Studierenden erhalten eine Praktikumsentschädigung in der gleichen Höhe wie in Frankreich, ergänzt um die Rückerstattung der Reisekosten. Die SHG-Kliniken stellen zudem Verpflegung und Unterkunft.

Interessant ist die Tatsache, dass die oben genannten Hindernisse bezüglich der Unterschiede beim Ausbildungsniveau sowie beim Tätigkeits- und Verantwortungsbereichs zwischen französischen und deutschen

Krankenpflegern/innen von den Verantwortlichen des IFSI Sarreguemines nicht als solche wahrgenommen werden. Wichtig ist, dass die französischen Studierenden im Laufe ihres Pflichtpraktikums in Deutschland die Tätigkeiten ausüben, die zum Erwerb der im Rahmenlehrplan festgelegten Kompetenzen führen. Nach der Einführung des neuen Rahmenlehrplans im Jahr 2009 wurde dieser, zusammen mit dem Portfolio der Studierenden (Begleitheft, in dem die im Rahmen des Praktikums auszuübenden Tätigkeiten und zu erwerbenden Kompetenzen festgehalten werden), vollständig ins Deutsche übersetzt und den SHG-Kliniken übermittelt. Die drei betroffenen Abteilungen der SHG-Kliniken haben ihrerseits ein Aufnahmeheft (‘livret d’accueil’ des étudiants) entwickelt. Das livret d’accueil – welches auch die französischen Gesundheitseinrichtungen zur Aufnahme von Praktikanten erstellen müssen – enthält allgemeine Informationen zur Abteilung (Vorstellung der Teams und der Praktikumsbetreuer, Anzahl der Betten, behandelte Krankheiten etc.) sowie eine Liste der Tätigkeiten, die von den Fachkräften und somit auch von den Studierenden ausgeführt werden. Durch den Abgleich vom Rahmenlehrplan/Portfolio (‘livret de suivi’) und Aufnahmeheft (‘livret d’accueil’) konnte festgestellt werden, dass alle im französischen Lehrplan vorgesehenen Tätigkeiten – mit Ausnahme der Transfusion – von den deutschen Krankenpflegern/innen in den drei betroffenen Abteilungen der SHG-Kliniken ausgeführt werden. So stellt die Anerkennung der Pflichtpraktika, im Fall dieser Kooperation, keinerlei Probleme dar und wurde auch von der ARS Lothringen validiert. Zu erwähnen ist, dass die Übersetzung/Aufbereitung der verschiedenen Dokumente und deren Abgleich sehr aufwendig war und zwei bis drei Jahre in Anspruch nahm.

Hinsichtlich der Betreuungsproblematik – also der Betreuung der Studierenden durch Fachkräfte, die keinen Bachelor-Abschluss haben – heben die Verantwortlichen des IFSI Sarreguemines hervor, dass die Betreuer/innen (Praxisanleiter/innen) auf deutscher Seite eine konsequentere Ausbildung erhalten als die Betreuungspersonen auf französischer Seite. In der Tat müssen die Fachkräfte, die Auszubildende/Studierende betreuen möchten, auf deutscher Seite eine spezielle Weiterbildung von 200 Stunden zum/zur Praxisanleiter/in machen, während die Fortbildung in Frankreich nur zwei bis drei Tage dauert. Darüber hinaus

wurde im Rahmen der Partnerschaft eine Steuerungsgruppe (bestehend aus Verantwortlichen aus Frankreich und Deutschland) eingerichtet, die zwei Mal im Jahr zusammentritt, um (unter anderem) den Verlauf der Praktika zu evaluieren. Letztlich besuchen die Ausbilder/innen des IFSI Sarreguemines die Studierenden während dem Praktikum bei der SHG – so wie es auch bei den Praktika innerhalb Frankreichs der Fall ist – um den Fortschritt der Studierenden zu überprüfen.

Die Partnerschaft zwischen dem IFSI Sarreguemines und den SHG-Kliniken beschränkt sich nicht nur auf grenzüberschreitende Praktika, d.h. auf die Absolvierung eines Teils der praktischen Ausbildung im Nachbarland, sondern umfasst auch verschiedene Veranstaltungen und andere Formen des Austauschs mit dem Ziel der Förderung der Interkulturalität. Diese Initiativen richten sich an französische Studierende sowie an die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflegeschule der SHG, und werden von der oben genannten Steuerungsgruppe koordiniert. Zu nennen sind hier:

- die Teilnahme französischer Studierender am Symposium des HerzZentrums Saar, das jährlich von den SHG-Kliniken organisiert wird (50 Studierende haben im Jahr 2014 daran teilgenommen);
- der jährliche Tag der Psychiatrie, in dessen Rahmen die deutschen Auszubildenden eine psychiatrische Einrichtung im Großraum Sarreguemines besuchen;
- der jährliche Besuch der SHG-Kliniken Völklingen;
- Begegnungen zwischen französischen Studierenden und deutschen Auszubildenden zum Austausch zu gesundheitsrelevanten Themen,
- der jährliche ‚Praxisanleiter-Tag‘ der SHG-Klinken, zu dem die deutschen Praxisanleiter/innen ihre französische/n Amtskollegen/innen zum Austausch einladen.

Ebenfalls im Rahmen der Partnerschaft besteht für deutsche Auszubildende der SHG-Kliniken die Möglichkeit, einen Teil ihrer praktischen Ausbildung in der Abteilung „maladies difficiles“ des Centre hospitalier spécialisé (CHS) Sarreguemines (Psychiatrie) zu absolvieren. Im Großraum Saarbrücken gibt es kein Pendant einer solchen Fachabteilung, somit erhalten die deutschen

Auszubildenden durch die Partnerschaft die Chance, ihrerseits neue Bereiche der Pflege kennenzulernen. Das IFSI Sarreguemines beteiligt sich aktiv an der Vermittlung der deutschen Auszubildenden an das CHS und begleitet die französischen Betreuungspersonen bei der Betreuung und Anleitung der deutschen Auszubildenden.

Das IFSI Sarreguemines begründete auch eine Partnerschaft mit der Einrichtung Barmherzige Brüder Rilchingen (Senioren Dienste und Soziale Dienste), um den Studierenden zu ermöglichen, dort ein Praktikum zu absolvieren. Da es diese Art von Einrichtung ebenfalls auf französischer Seite gibt, liegt das Interesse nicht darin, das Praktikumsangebot für Pflichtpraktika weiter zu diversifizieren, sondern vielmehr darin, den Studierenden die Möglichkeit zu bieten, eine neue Pflegekultur kennenzulernen.

Insgesamt hat sich die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Laufe der Jahre kontinuierlich intensiviert. Seit 2014 bietet das IFSI Sarreguemines Deutschkurse an, damit sich die Studierenden besser auf ein Praktikum in Deutschland vorbereiten können. Die Kurse sind freiwillig, da im Rahmenlehrplan lediglich Englischkurse vorgesehen sind. Die Studierenden können bereits ab dem ersten Semester Deutschkurse belegen. Diese Kurse richten sich an Studierende, die bereits Grundkenntnisse der deutschen Sprache besitzen und umfassen 44 Stunden, die auf die drei Studienjahre aufgeteilt werden. Das IFSI Sarreguemines entwickelte in diesem Kontext eine innovative Lehrmethode: Die Kurse werden von einem/r Ausbilder/in des IFSI Sarreguemines und einem/r deutschen Krankenpfleger/in durchgeführt – wobei das Binom stets aus einem Mann und einer Frau besteht – und sind stark auf die Berufspraxis und auf das Erlernen der Fachsprache ausgerichtet. Aufgebaut sind die Kurse wie folgt:

- Wortschatzerweiterung (Anatomie, Erkrankungen etc.),
- Anwendung/Rollenspiele (z. B. ‚Patientenaufnahme im Krankenhaus‘, ‚Patientenbetreuung vor der Operation‘, ‚Patientenbetreuung nach der Operation‘),
- Übungen mit Dokumenten aus der Berufswelt (Videos, Dokumente etc. auf Deutsch).

Die Sprachkurse finden während der französischen Praktikumsphase statt, damit sie sich nicht mit dem regulären Unterricht (d.h. dem theoretischen Ausbildungsteil) überschneiden. Sie werden eng mit dem bereits am IFSI Sarreguemines erlernten Wissen und den während der Praktika erworbenen Kompetenzen verknüpft. So dienen sie nicht nur der Verbesserung der Sprachkenntnisse sondern auch der Wiederholung und Vertiefung des theoretisch und praktisch Erlernten. Da die Kurse nicht im Rahmenlehrplan vorgesehen sind, werden sie nicht aus dem vom Conseil régional zur Verfügung gestellten Budget finanziert. Die Kosten werden von der Communauté d'agglomération Sarreguemines Confluences übernommen. Auch diese Kurse trafen auf regen Zuspruch: 2014 haben sich 16 Studierende für die Kurse eingeschrieben.

Angesichts dieser positiven Erfahrungen plant das IFSI Sarreguemines zur weiteren Erhöhung der Ausbildungsqualität verstärkt auf die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zu setzen. Folgende Ansätze werden verfolgt:

- die Erhöhung der Anzahl der in Deutschland absolvierten Pflichtpraktika,
- die Verlängerung der Praktikumsdauer in Deutschland (10 bis 15 Wochen),
- die Möglichkeit, schon ab Ende des zweiten Semesters eines der Pflichtpraktika in Deutschland zu absolvieren;
- die stärkere Integration der Deutschkurse ins Studium: Dadurch könnte das Interesse der Studierenden aus nicht deutsch-französischem Umfeld an dem grenzüberschreitenden Austausch gesteigert werden.
- die Intensivierung der grenzüberschreitenden Ausrichtung im dritten Ausbildungsjahr, um die Chancen der Absolventen/innen auf dem deutschen Arbeitsmarkt zu erhöhen. Laut den Verantwortlichen könnte ein solcher Zweig für Studierende des IFSI Sarreguemines ein nicht zu vernachlässigender Vorteil für den Berufseinstieg sein. In den letzten Jahren gelang es drei bis vier Studierenden des IFSI Sarreguemines, nach ihrem Studium eine Anstellung in Deutschland zu bekommen.

4.2.4 Fazit und Empfehlungen

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge bei den Pflegeberufen am Oberrhein zurzeit nur wenig fortgeschritten ist. Dies liegt allerdings weniger am mangelnden Interesse aufseiten der Schulen und/oder Gesundheitseinrichtungen, sondern vielmehr an den bestehenden Hindernissen, insbesondere was die Sprachbarriere betrifft.

Andererseits werden an der saarländisch-lothringischen Grenze seitens der IFSI Forbach und Sarreguemines innovative und ehrgeizige Kooperationsprojekte entwickelt. Diese zwei Beispiele zeigen auch, wie unterschiedlich die rechtlichen Hindernisse selbst innerhalb eines einzigen Teilraums wahrgenommen werden können

Die Analysen führen zu den folgenden Empfehlungen – wobei daran zu erinnern ist, dass diese nicht in Verbindung mit dem Fachkräftemangel stehen:

- Die grenzüberschreitende Öffnung der Ausbildungsgänge soll aktiv vorangebracht und gefördert werden, da sie einen tatsächlichen Mehrwert sowohl für zukünftige Absolventen/innen, Gesundheitseinrichtungen und Patienten/innen als auch für die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation und das gesamte Oberrheingebiet (Zugehörigkeitsgefühl etc.) darstellt.
- 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 im Bereich 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 zu motivieren, sich mit grenzüberschreitenden Kooperationsmöglichkeiten zu beschäftigen;
- 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. Mit der vorliegenden Studie wurde bereits erste Vorarbeit geleistet. Dennoch sollten die Anstrengungen zur Herstellung von Transparenz von den Akteuren vor Ort erhöht werden.

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

5 Überblick über die Empfehlungen für grenzüberschreitende Maßnahmen

Teil 5 bietet einen Überblick über die wichtigsten Empfehlungen der Studie. Diese Empfehlungen werden von allen Mitgliedern der Steuerungsgruppe, in welcher die für 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 die Maßnahmen zur Verringerung des Fachkräftemangels.

Es wird empfohlen, sich bei dem Austausch thematisch auf die Maßnahmen zu konzentrieren, die auf eine Attraktivitätssteigerung 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.

Die Lösungsansätze dazu sind in allen drei Ländern vergleichbar. Die Maßnahmen beinhalten die folgenden Aspekte:

- 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,
- Einführung der Telemedizin,
- Förderung der Interprofessionalität,
- Ausbau kollektiver ambulanter Versorgungsstrukturen (Gruppenpraxen, etc.),
- Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Einrichtungen.

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

Der Austausch müsste in den folgenden Themenbereichen stattfinden:

- Optimierung des Personalmanagements (z. B. Stärkung von Führungskompetenzen),
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, vor allem im Bereich Arbeitszeitmodelle 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. zur Kindererziehung),
- 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**

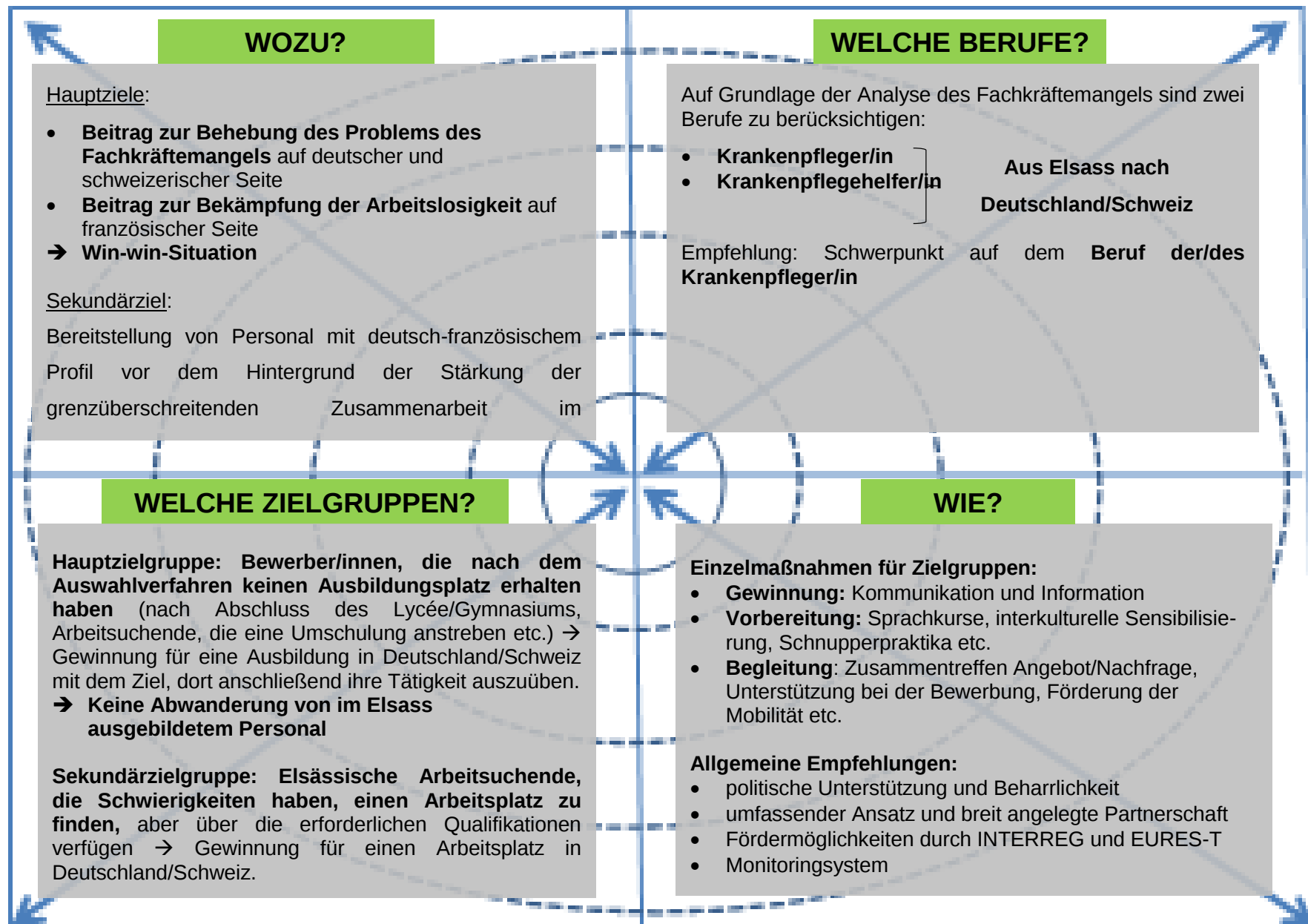
Die Strategie beinhaltet drei Hauptelemente:

- 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 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 Strategie zur grenzüberschreitenden Mobilität 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.

Zudem werden Empfehlungen zur Umsetzung der Strategie ausgearbeitet: Empfehlungen von konkreten Maßnahmen in Richtung der Zielgruppen und allgemeinere Empfehlungen bezüglich der Gesamtsteuerung und der Verankerung der Strategie. Es wird hier auf Abschnitt 4.1.5 verwiesen.

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.

Die Konturen der Strategie werden in der unterstehenden Graphik zusammenfassend dargestellt.



➤ **Empfehlung 4: Weiterentwicklung der grenzüberschreitenden Öffnung der Ausbildungsgängen 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**

In den letzten Jahren fanden mehrere Konferenzen zum Thema „Krankenhauskooperationen in Grenzregionen“ statt. Diese Konferenzen ermöglichten den Akteuren, sich über ihre Erfahrungen, die Erfolgsfaktoren ihrer Projekte, sowie über aufgetretene Schwierigkeiten und die diesbezüglichen Lösungsansätze auszutauschen. Im Bereich der Ausbildung hingegen entwickeln sich die grenzüberschreitenden Projekte momentan unabhängig voneinander. Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, den Austausch zwischen den betroffenen Akteuren sowohl grenzüberschreitend als auch innerhalb der jeweiligen Teilräume zu fördern. 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.

6 Literatur- und Quellenverzeichnis

6.1 Zum Thema Mangelanalyse

6.1.1 Deutsche Seite

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, MSGAD) (Hrsg.): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz – Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt ‚Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 17, März 2012.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, MSGAD) (Hrsg.): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen – Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt ‚Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 18, Juni 2012.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, MSGAD) (Hrsg.): Zentrale Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt ‚Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 19, Oktober 2012.

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) (im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie Rheinland-Pfalz, MSGAD) (Hrsg.): Ausbildungsstättenplan Gesundheitsfachberufe 2013 – Teilprojekt des Landesleitprojekts ‚Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen‘, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 24, November 2013.

PriceWaterhouseCoopers (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (Hrsg.): Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, 2010.

PriceWaterhouseCoopers (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (Hrsg.): Drastischer Mangel an Pflegekräften in Baden-Württemberg, 2011. URL: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-baden-wuerttemberg.html> [Letzter Zugriff am 12.09.2015].

PriceWaterhouseCoopers (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR (Hrsg.): 112 – Und niemand hilft, 2012.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.): Vorausrechnung bis 2030 und 2050 – Pflegebedürftige, Pflegarten und Pflegepersonal, Presseheft, Nr. 01/2012.

6.1.2 Schweizer Seite

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung, Bericht des Bundesrates, 2010.

HOSTETTLER, Stefanie/KRAFT, Esther: Frauen- und Ausländeranteil nehmen kontinuierlich zu. In: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (Hrsg.), Bulletin des médecins suisses, n° 20157/13, März 2015.

Schweizer Beratungsbüro B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung (Hrsg.) (im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft, SECO): Fachkräftemangel in der Schweiz - Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern, 2014.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.): Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, Document de travail, Nr. 35, Februar 2009. [nur auf Französisch verfügbar; Zusammenfassung auf Deutsch].

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.): Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz, Obsan Bericht, Nr. 39, November 2010.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.): Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011, Schriftenreihe Obsan Bulletin, Nr. 3, 2012.

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.) (im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, GDK): Monitoring des Personals der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe – 1. Teil: Pflegepersonal, 2014.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, Bern 2009.

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (Hrsg.): Monitoring der Spitalärztinnen und -ärzte, 2009.

6.1.3 Französische Seite

Agence régionale de santé d'Alsace (ARS): Projet régional de santé (PRS) 2012-2016, 2012.

Agence régionale de santé Alsace (ARS): Effectifs de médecins à l'horizon 2019 – Premiers résultats, 2014. [Internes Dokument, nicht veröffentlicht].

Barlet, Muriel; Fauvet, Laurent (u. a.): Quelles perspectives pour la démographie médicale. In: Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (Hrsg.): La France et ses régions, 2010.

Beguin, François: Un quart des nouveaux médecins en France ont un diplôme étranger. Webseite der Zeitung Le Monde.
URL: http://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/27/un-quart-des-nouveaux-medecins-en-france-ont-un-diplome-etrange_4530024_3224.html [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie médicale à l'horizon 2030 – De nouvelles projections nationales et régionales, Schriftenreihe Études et résultats, Nr. 679, Februar 2009.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie médicale à l'horizon 2030 – De nouvelles projections nationales et régionales détaillées, Schriftenreihe Dossiers solidarité et santé, Nr. 12, 2009.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (Hrsg.): La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 – Un exercice de projections aux niveaux national et régional, Schriftenreihe Études et résultats, Nr. 760, mai 2011.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (Hrsg.): Les médecins au 1er janvier 2013, Document de travail, Schriftenreihe Série statistiques, Nr. 179, avril 2013.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (Hrsg.): Les professions de santé au 1er janvier 2014, Document de travail, Schriftenreihe Série statistiques, Nr. 189, 2014.

Institut national de la statistique et des études économiques Alsace (Insee) (Hrsg.): Vieillissement et dépendance – Evolutions d'ici 2020, Schriftenreihe Chiffres pour l'Alsace, Nr. 17, April 2011.

Institut national de la statistique et des études économiques en Alsace (Insee) (Hrsg.): Une médecine de proximité dans les bassins de vie d'Alsace, Schriftenreihe Chiffres pour l'Alsace, Nr. 44, Juli 2013.

Institut national de la statistique et des études économiques en Alsace (Insee) (Hrsg.): En Alsace, des spécialistes à moins de vingt-cinq minutes pour neuf patients sur dix, Schriftenreihe Chiffres pour l'Alsace, Nr. 47, Januar 2014.

Institut national de la statistique et des études économiques en Alsace (Insee) (Hrsg.), Observatoire Régional Emploi Formation (OREF): Professions sanitaires et sociales en Alsace – Un besoin de cinq recrutements pour trois départs d'ici 2020, Schriftenreihe Insee Analyses, Nr. 6, November 2014.

Observatoire Régional Emploi Formation (OREF) (Hrsg.): Baromètre emploi-formation 2014, Métiers du sanitaire et du social en Alsace – Infirmiers en soins généraux, 2014.

Observatoire Régional Emploi Formation (OREF) (Hrsg.): Baromètre emploi-formation 2014 – Métiers du sanitaire et du social en Alsace – Aides-soignants, 2014.

Observatoire Régional Emploi Formation (OREF) (Hrsg.): Baromètre emploi-formation 2014, Métiers du sanitaire et du social en Alsace – Masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, 2014.

6.2 Zur Maßnahmenerfassung

6.2.1 Deutsche Seite

Geschäftsstelle der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege im Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015, 2015.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg: Eckpunktepapier zur Implementierung einer zweijährigen Berufsfachschule für Altenpflegehilfe für Nichtmuttersprachlerinnen und Nichtmuttersprachler (Stand 20.06.2014).

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (MSAGD) (Hrsg.): Bericht über die Umsetzung des Masterplans zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung, 2009.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSGAD) (Hrsg.): Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015 – Berufsfeld Pflege, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 25, November 2013.

Vereinbarung eines Masterplanes zur ‚Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung‘ zwischen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (MSAGD), Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und Hausärzteverband Rheinland-Pfalz, 2007.

Vereinbarung ergänzender Maßnahmen zum Masterplan ‚Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung‘ zwischen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (MSAGD), Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und Hausärzteverband Rheinland-Pfalz, 2011.

Vereinbarung zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012--2015, vom 13. November 2012.

Webseiten

Projekt ‚Attraktive Arbeitsbedingungen in der Altenpflege Rheinland-Pfalz‘ auf der Webseite des MSAGD.

URL: <http://msagd.rlp.de> (> Gesundheit > Zukunftsprogramm Gesundheit und Pflege – 2020‘ > Projekte) [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Projekt ‚BGW Asita‘ auf der Webseite der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW).

URL: www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gesundheitsmanagement/Angebote-Produkte/Arbeitssituationsanalyse.html [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

Projekt ‚Democheck Altenpflege Rheinland-Pfalz‘ auf der Webseite des MSAGD.

URL: <http://msagd.rlp.de> (> Gesundheit > Zukunftsprogramm ‚Gesundheit und Pflege – 2020‘ > Projekte) [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Projekt ‚Führung in Einrichtungen der Altenhilfe‘ auf der Webseite des MSAGD.

URL: <http://msagd.rlp.de> (> Gesundheit > Zukunftsprogramm Gesundheit und Pflege – 2020‘ > Projekte) [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Projekt ‚RegioPraxis‘ auf der Webseite der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW).

URL: <https://www.kvbawue.de/ueber-uns/engagement/regiopraxiskvbw/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite der Initiative ‚Perspektive Hausarzt‘.

URL: <http://www.perspektive-hausarzt-bw.de/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite der Kampagne ‚Vom Fach – Für Menschen‘.

URL: <http://www.vom-fach-fuer-menschen.de> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite der PflegeGesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.

URL: <http://pflegesignal.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Webseite der Servicestellen Nachqualifizierung Altenpflege. Niedersachsen und Rheinland-Pfalz.

URL: <http://www.nachqualifizierung-altenpflege.inbas.com/index.html> [Letzter Zugriff 01.09.2015].

Webseite des Projekts ‚Nachqualifizierung in der Pfalz‘.

URL: <http://www.nachqualifizierung-pfalz.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Webseite des Projekts MED-LIFE ‚Implementation of recommendable Working time and organization models by transferring European good practice examples to German hospitals‘.

URL:

http://www.aachen.de/de/wirtschaft_technologie/fb_wifoe/projekte/projekt_gender_med_ac/downloads/gaus.pdf [Letzter Zugriff am 18.08.2015] und http://www.fz-juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/luK&GenderMed.NRW/005-GW02-046.pdf?__blob=publicationFile [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Projekts ‚VERAHmobil‘.

URL: <http://www.verahmobil.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

Website des Weiterbildungsgangs ‚VERAH‘.
URL: <http://www.verah.de/> [Letzter Zugriff am 01.09.2015].

6.2.2 Schweizer Seite

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung, Bericht des Bundesrates, 2010.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin, Bericht des Bundesrates, 2011.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.): Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates – Gesundheit 2020, 2013.

Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF): Rapport Formation aux professions des soins – Besoin de pilotage et de coordination au niveau politique pour l’introduction de la systématique de la formation et la mise en place de formations axées sur les besoins dans les professions des soins à l’échelon fédéral et cantonal, 2010. [Ausschließlich auf Französisch verfügbar].

Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) (Hrsg.), Konferenz Kantonaler Volkswirtschaftsdirektoren (VDK): Fachkräfteinitiative – Situationsanalyse und Massnahmenbericht, 2013.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (Hrsg.): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2009 – Personalbedarf und Maßnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene, 2009.

Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) (Hrsg.): Masterplan Bildung Pflegeberufe – Zwischenbericht, 2013.

Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) (Hrsg.): Fachkräfteinitiative – Stand der Umsetzung und weiteres Vorgehen, Bericht des Bundesrates, 2015.

6.2.3 Französische Seite

Ministère des affaires sociales et de la santé (Hrsg.): Pacte territoire santé – Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d’accès aux soins – Bilan 2013 et perspectives 2014, Presseheft der Konferenz ‚Pacte territoire santé‘ vom 10. Februar 2014 in Chalon sur Saône.

6.2.4 Allgemein

Forschungszentrum Jülich: MED – LIFE, Projektpräsentation.

URL: <http://www.fz->

[juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/luK&GenderMed.NRW/005-GW02-046.pdf?__blob=publicationFile](http://www.fz-juelich.de/SharedDocs/Downloads/ETN/DE/luK&GenderMed.NRW/005-GW02-046.pdf?__blob=publicationFile) [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

gaus gmbh – medien bildung politikberatung: MED – LIFE, Projektpräsentation.

URL:

http://www.aachen.de/de/wirtschaft_technologie/fb_wifoe/projekte/projekt_gender_med_ac/downloads/gaus.pdf [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

6.3 Zum Thema Ausbildungsgänge, Berufe und Anerkennung von Berufsqualifikationen

Richtlinie 2005/36/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 07. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

6.3.1 Deutscher Seite

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003 (Stand am 02.08.2013).

Bachstein, Elke: Die Delegation von ärztlichen Aufgaben. In: Pflege Aktuell, Oktober 2005.

Deutscher Pflegerat, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Muster für ein Modell gem. § 63 (3c) SGB V zum Bereich Chronische Wunden, Berlin 2014.

URL: http://www.deutscher-pflegerat.de/pflegeberuf/ag-dpr-63_3c-mustermode--text-2014-09-10-out.pdf [Letzter Zugriff am 19.05.2015].

Elftes Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung. Zweites Kapitel – Leistungsberechtigter Personenkreis (Stand am 25.07.2015).

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung. Drittes Kapitel – Leistung der Krankenversicherung (Stand am 17.07.2015).

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz, KrPflG) vom 16.07.2003 (Stand am 16.07.2015).

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) vom 29.06.1972 (Stand am 21.07.2014).

Hell, Walter: Alles Wissenswerte über Staat, Bürger, Recht, Stuttgart 2013.
Höfert, Rolf: Von Fall zu Fall – Pflege im Recht, Berlin & Heidelberg 2011.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (MSAGD) (Hrsg.): Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland – Pfalz, Schriftenreihe Berichte aus der Pflege, Nr. 1, September 2013 (aktualisierte Version).

Montgomery, Frank Ulrich Dr.: Delegation ärztlicher Leistungen an Angehörige ‚alter‘ und ‚neuer‘ Fachberufe im Gesundheitswesen, Vortrag bei der Klausurtagung des BDI-Vorstandes, 19.02.2011.

Sauer, Nicolas: Delegation ärztlicher Tätigkeiten & Haftung, Vortrag in Münster 2012.

URL: <http://www.rscw.de/images/dokumente/downloads/Delegation-aerztlicher-Taetigkeit-Haftung.pdf> [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

Schell, Werner: Die Delegation von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen auf nichtärztliches Personal.

URL:

<http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Diagnostik%20und%20Therapie/Gipsen01.pdf> [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Pflege in Baden-Württemberg – Personalstruktur, 2014.

URL: https://www.statistik-bw.de/GesundhSozRecht/Landesdaten/Pflege/Pflege_06.asp [Letzter Zugriff am 03.09.2015].

Szepan, Nadine-Michèle: Neue Rolle für die Pflege. In: Gesundheit und Gesellschaft, Nr. 13/2013, S. 37.

Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik der Charité Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.): Lehrplanentwicklung und Lehrplanimplementierung in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege – Das Beispiel Baden-Württemberg, Working Paper No.11-01, Oktober 2011.

Verordnung des Sozialministeriums [des Landes Baden-Württemberg] über die Ausbildung und Prüfung an staatlich anerkannten Schulen für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Ausbildungs- und Prüfungsordnung Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, APrOGeKrPflHi) vom 17. Februar 2005 (Stand am 19.12.2013).

Weiß, Thomas: Umsetzung SGB V § 63 Abs. 3c – Selbständige Ausübung von Heilkunde durch die Pflege, Vortrag, Interprofessioneller Pflegekongress, Deutsches Hygiene-Museum Dresden, 11.04.2014.

Webseiten

Webseite über die Anerkennung von Berufsqualifikationen in Deutschland.

URL: www.anerkennung-in-deutschland.de [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

6.3.2 Schweizer Seite

Amtliches Bulletin der Bundesversammlung, Sommersession 14. Tagung der 49. Amtsdauer, Bern 2014.

Bildungsdirektion Kanton Zürich: Dipl. Pflegefachfrau/Dipl. Pflegefachmann – Vergleich zwischen Höhere Fachschule (HF) und Fachhochschule (FH), Dezember 2008.

URL: http://www.puls-berufe.ch/documents/admis/2006721164613/FHHFUnterschiedepdf_200695165815.pdf [Letzter Zugriff am 19.03.2015].

Bundesgesetz über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz, FHSG) vom 06.10.1995 (Stand am 01.01.2013).

Fachhochschule Westschweiz (HES-SO): Rahmenstudienplan Bachelor 2012 – Studiengang Pflege der HES-SO, 2012.

Fachhochschule Westschweiz (HES-SO): Richtlinien für die Zulassung zu den Bachelorstudiengängen im Bereich Gesundheit an der HES-SO (Stand am 21.10.2011).

Landolt, Hardy: Rechtskunde für Gesundheits- und Pflegeberuf, 2004.

Lüthi, Urs: Eigenverantwortliche Pflege in den Mühlen der Politik. In: Krankenpflege/Soins infirmiers/Cure infirmieristiche, Nr. 2/2013.

Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté), Schweizerischer Verband Bildungszentrum Gesundheit und Soziales (BGS): Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen – ‚Pflege‘ – mit dem geschützten Titel ‚dipl. Pflegefachfrau HF/dipl. Pflegefachmann HF‘ vom 24.09.2007 (Stand am 24.01.2011).

Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté): Bildungsplan Fachfrau/Fachmann Gesundheit vom 13. November 2008 (Stand am 01.07.2011). Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté): Bildungsplan Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA) vom 19.08.2011.

Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté): Qualifikationsprofil Fachfrau/Fachmann Gesundheit (EFZ) vom 13.11.2008.

Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz (Hrsg.): Abschlussbericht des Projekts ‚Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe‘, 2009.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK): SGK fällt historischen Entscheid für den Pflegeberuf, 23.01.2015.

URL: (http://www.sbk.ch/aktuell/news-detail/article/2015/01/23/title/sgk-faellt-h.html?no_cache=1&cHash=c9c80c8fb3f10613d4e173ea8ad794fb) [Letzter Zugriff am 24.03.2015].

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.): Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung – Systematische Übersichtsarbeit, Schriftenreihe Obsan Dossier, Nr. 24, 2013.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.): Besoldung der Lernenden an Höheren Fachschulen Pflege – Empfehlungen des Bildungsrates zuhanden der Kantone, 2004.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK): Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13. Mai 2004.

Verordnung des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft, Bildung und Forschung (WBF) über Mindestvorschriften für die Anerkennung von Bildungsgängen und Nachdiplomstudien der höheren Fachschulen (MiVo-HF) vom 11. März 2005 (Stand am 01.01.2015).

Verordnung des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartements (EVD) über Studiengänge, Nachdiplomstudien und Titel an Fachhochschulen vom 02.09.2005 (Stand am 01.05.2009).

Verordnung des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) über die berufliche Grundbildung Fachfrau Gesundheit/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ) vom 13.11.2008.

Verordnung über die Berufsbildung (Berufsbildungsverordnung, BBV) vom 19. November 2003 (Stand am 01.01.2015).

Verordnung des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) über die berufliche Grundbildung Assistentin Gesundheit und Soziales/Assistent Gesundheit und Soziales mit eidgenössischem Berufsattest (EBA) vom 20.12.2010.

Wagner, Pierre-André: Es geht um Finanzierung, nicht um Kompetenzen. In: Krankenpflege/Soins infirmiers/Cure infirmieristiche, Nr. 6/2014.

Webseiten

Webseite des Bildungszentrums Basel (BZG Basel Stadt).
URL: <https://www.bzqbs.ch> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Bildungszentrums Gesundheit und Soziales Kanton Solothurn (BZ-GS).
URL: <https://www.bz-gs.ch> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite der Höheren Fachschule Gesundheit und Soziales Aarau (HFGS).
URL: <http://www.hfgs.ch> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO).
URL: <http://www.hes-so.ch> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite der Nationalen Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté).

URL: <http://www.odasante.ch> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

6.3.3 Französische Seite

Anerkennung von Berufsqualifizierungen auf der Webseite der Direction régionale de la jeunesse, des sports et de cohésion sociale Alsace (DRJSCS).

URL: <http://www.alsace.drjscs.gouv.fr/Reconnaissance-des-qualifications.html>
[Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (version consolidée au 11 août 2015).

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant (version consolidée au 11 août 2015).

Bulletin Officiel, Santé – Protection sociale – Solidarité, Nr. 7, 15.08.2009.

Catanas, Marc: Quelle place de l'infirmière dans l'évolution socio-historique des professions de soin? 2009.

URL: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html> [Letzter Zugriff am 08.05.2015].

Code de la santé publique, Partie réglementaire, Quatrième partie (Professions de la santé), Livre III, Titre Ier, Chapitre Ier (Règles liées à l'exercice de la profession), Section 1 (Actes professionnels) (version consolidée au 8 août 2015).

Günther, Myriam: Un projet innovant de coopération transfrontalière. In : Soins cadres, Nr. 81, Februar 2012.

6.4 Zum Thema grenzüberschreitende Mobilität

Deutsch-französisches Institut, Euro-Institut, Strasbourg Conseil (im Auftrag des Staatsministeriums Baden-Württemberg) (Hrsg.): Grenzüberschreitende Berufsbildung und Beschäftigung junger Menschen am Oberrhein – Eine Pilotstudie im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau, 2013.

Erweiterte Projektgruppe ‚Grenzüberschreitende Ausbildung‘ des Expertenausschusses Berufsbildung der Oberrheinkonferenz: Fragen und Antworten-Katalog zur grenzüberschreitenden Ausbildung am Oberrhein, Deutsche Version, Stand am 16.03.2015. [Internes Dokument, nicht veröffentlicht].

GUNTHER, Myriam: Un projet innovant de coopération transfrontalière. In: Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec) (et autres), Schriftenreihe Soins cadres, n°81, février 2012.

Observatoire régional emploi formation (OREF) (Hrsg.): Éléments d'une réflexion sur...Le sanitaire et social, Schriftenreihe Éléments d'une réflexion sur, Nr. 49, November 2014.

Operationelles Programm INTERREG V (A) Oberrhein (Frankreich – Deutschland – Schweiz) 2014-2020 vom 16.12.2014.

Protokoll eines Gesprächs, das Studierende des Institut d'études politiques de Strasbourg mit den Verantwortlichen des Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) der Hôpitaux universitaires de Strasbourg im Rahmen eines (vom Euro-Institut begleiteten) Gruppenprojekts geführt haben. Aus diesem Projekt ging folgende Studie hervor: ‚Etre un hôpital frontalier au cœur de l'Union européenne : une opportunité à saisir ou un handicap à surmonter ? – Éléments d'analyse pour une coopération transfrontalière au centre hospitalier intercommunal de la Lauter à Wissembourg, Alsace‘ (2015).

Rahmenvereinbarung über die grenzüberschreitende Berufsausbildung am Oberrhein vom 12.09.2013.

6.5 Sonstiges

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Arbeitsmarktbeobachtungsstelle (IBA) (im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, MSAGD, im Rahmen der rheinland-pfälzischen Präsidentschaft des Gipfels der Großregion) (Hrsg.): Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion – Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung, Abschlussbericht, 2015.

Richtlinie 2003/88/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über die Arbeitszeit.

Webseiten

Anerkennung von Berufsqualifizierungen auf der Webseite der Europäischen Kommission.

URL:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/directive_in_practice/automatic_recognition/nurses/general_de.htm [Letzter Zugriff am 12.09.2015].

Webseite der Agence régionale de santé (ARS).

URL: <http://www.ars.sante.fr> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

URL: <http://www.bag.admin.ch/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Gesundheitsdepartements Basel.

URL: <http://www.gd.bs.ch/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg.

URL: <http://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD).

URL: <http://msagd.rlp.de> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Observatoire régional emploi formation Alsace (OREF).

URL: <http://www.oref-alsace.org> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan).

URL: <http://www.obsan.admin.ch/de> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

Webseite des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI).

URL: <http://www.sbf.admin.ch/> [Letzter Zugriff am 18.08.2015].

7 Anhang

7.1 Gesprächspartner/innen

Nachname/ Vorname	Institution	Funktion
ANTON, Walter	Oekumenisches Institut für Pflegeberufe in der Ortenau gGmbH (Offenburg)	Directeur
AVANZINI, Jessica Ramona	Universitätsspital Basel	Fachfrau Gesundheit und Soziales EFZ/Assistante en soins et santé communautaire CFC
BEGGIATO, Daniel	MediClin-Akademie	Personalgewinnung
BERTHOUD, Frédéric	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI	Coordonnateur suisse pour la reconnaissance des qualifications professionnelles Chef de l'unité Qualifications professionnelles UE/AELE
BOITEL, Aurélie	Eurodistrict Pamina	Chargée de développement Economie, Affaires sociales
BOURING, Nathalie	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Sarreguemines	Formatrice
BUTTNER, Martine	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) du groupe hospitalier Saint Vincent (Strasbourg)	Directrice
DUGAST, Céline	Centre Hospitalier de Wissembourg	Directrice
FITZEL, Andreas	Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart	Referat 92 – Landesprüfungsamt Baden-Württemberg für Medizin

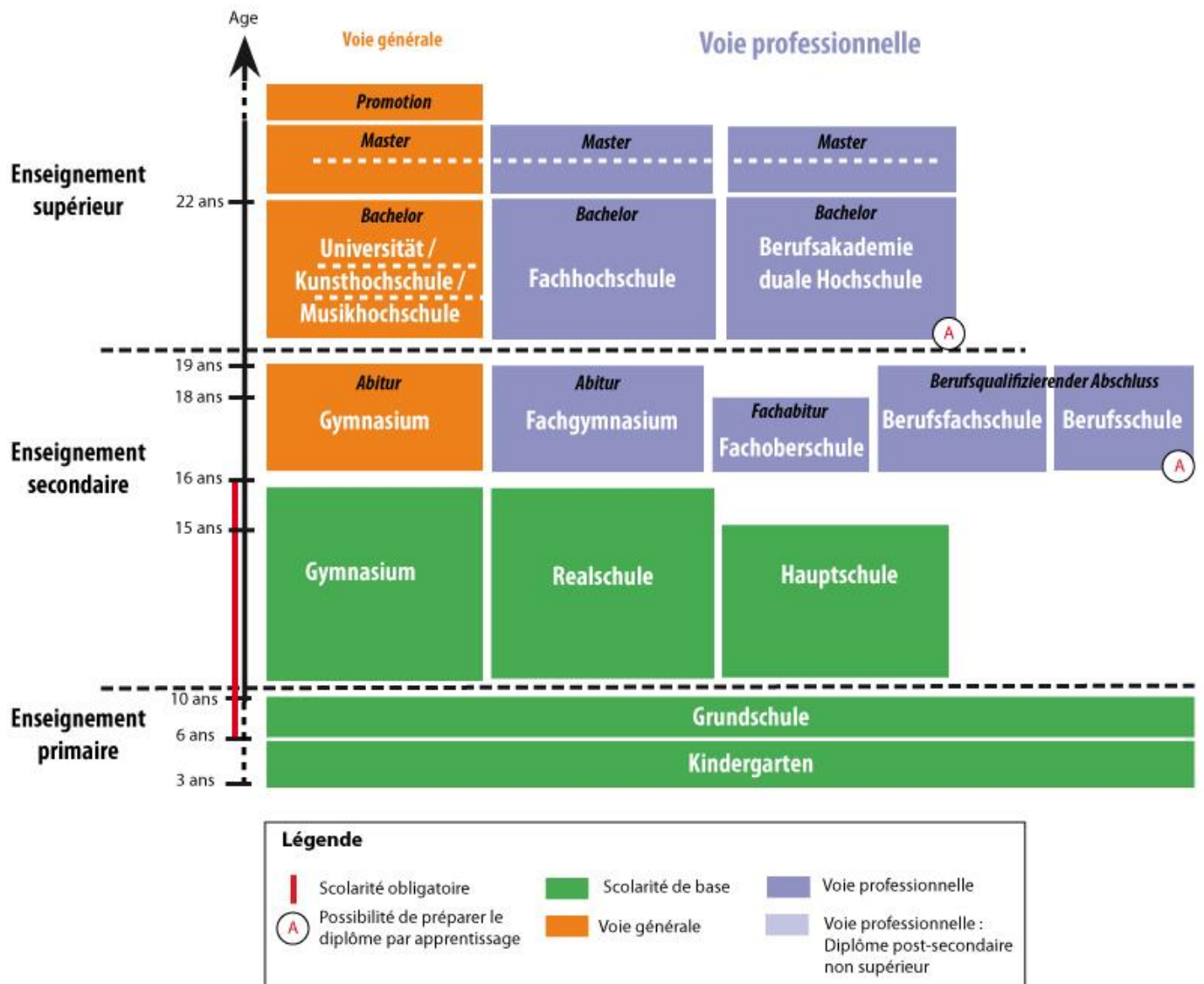
		und Pharmazie, Approbationswesen
FLUEHMANN, Paul	Croix Rouge Suisse	Reconnaissance des qualifications sur les professions paramédicales
GALMICHE, Marie- Catherine	Direction Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (DRJSCS) Alsace	Chargée de mission demande d'autorisation d'exercices pour les professions paramédicales
GERKE, Dominik	Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz	Anerkennung ausländischer Zeugnisse und Bildungsnachweise
GEY, Dominique	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Sarreguemines	Adjoint à la Direction
GUNTHER, Myriam	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Forbach	Directrice
HANSER, Régine	GRETA Colmar	Conseillère en Formation Continue, Référence Santé, Sanitaire et Social
HENNO, Michèle	GRETA Colmar	Responsable Espaces Langues
KIRSTETTER, Tayana	Agence Régionale de Santé	Responsable du pôle professions de santé et organisation des soins de ville
KOENIG, Friederike	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden- Württemberg	Referat 34 – Pflegeberufe, Berufe des Gesundheitswesens
LHOU MOHA, Muriel	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Formatrice

LUGBULL-KRIEN, Sandra	Agence Régionale de Santé	Chargée de mission coopération transfrontalière
MAZERAND, Frédéric	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Formateur/Coordinateur ERASMUS et coopération internationale
MINABERRIGARAY, Sébastien	Agence Régionale de Santé	Référent administratif Département de l'autonomie des personnes âgées et handicapées
PRAX, Friedbert	Landesgesundheitsamt im Regierungspräsidium Stuttgart	Referat 92 – Landesprüfungsamt Baden-Württemberg für Medizin und Pharmazie, Approbationswesen
RAU, Fritz-Stefan	Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdöR	Leiter Betriebliche Bildung
RIEPRICH, Sabrina	Universitätsspital Basel	Pflegefachfrau/Infirmière ES
SADLER, Monique	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Forbach	Coordinatrice des projets transfrontaliers et Erasmus Responsable des Formations courtes
SCHERRIEBLE- CHAUVET, Arlette	HELIOS St. Marienberg Klinik Gesundheits- und Krankenpflegeschule	Lehrkraft/Professeur
TEISSIER, Marilyn	Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFSM) du Centre hospitalier de Mulhouse	Directrice
THOMALLA, Ingrid	Regierungspräsidium Karlsruhe	Sachgebietsleiterin Projekte Abteilung 2 – Referat 27 Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Présidente du Groupe d'experts Formation professionnelle

TRICOT, Claire (Dr.)	Agence Régionale de Santé	Responsable du Département Etablissements sanitaires
VACLU, Marie- Agnès	Agence Régionale de Santé	Responsable des Professions médicales
WEISS, Celine	Agence Régionale de santé	Chargée de mission au Service ADELI

7.2 Graphiken zu den Bildungssystemen bzw. -systematiken in Deutschland bzw. der Schweiz

Deutsches Bildungssystem

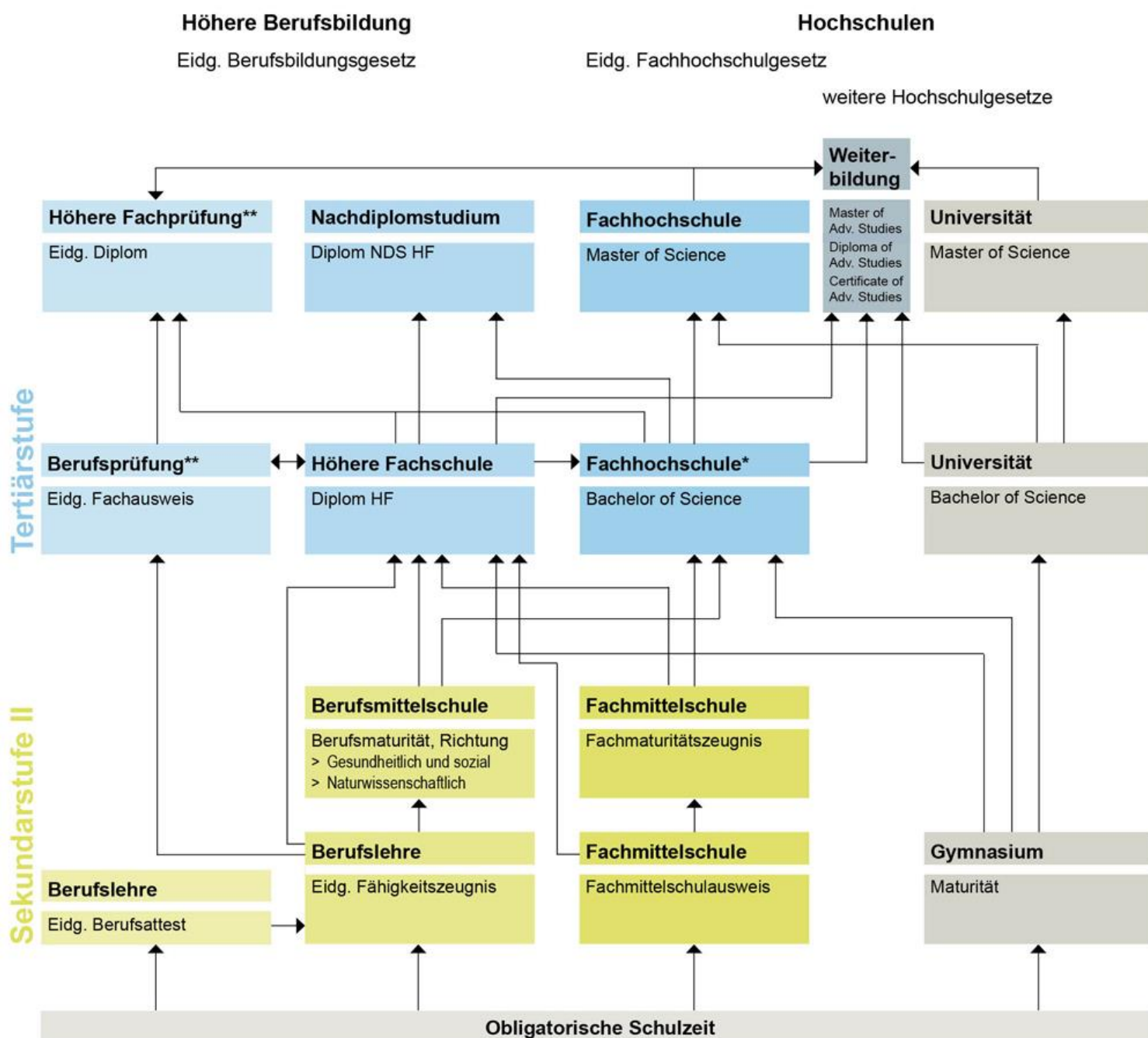


Quelle: ONISEP (http://mavoieproeurope.onisep.fr/wp-content/uploads/2012/05/Allemagne_fr.jpg)

Schweizerische Bildungssystematik

SCHWEIZERISCHE BILDUNGSSYSTEMATIK

Juli 2014



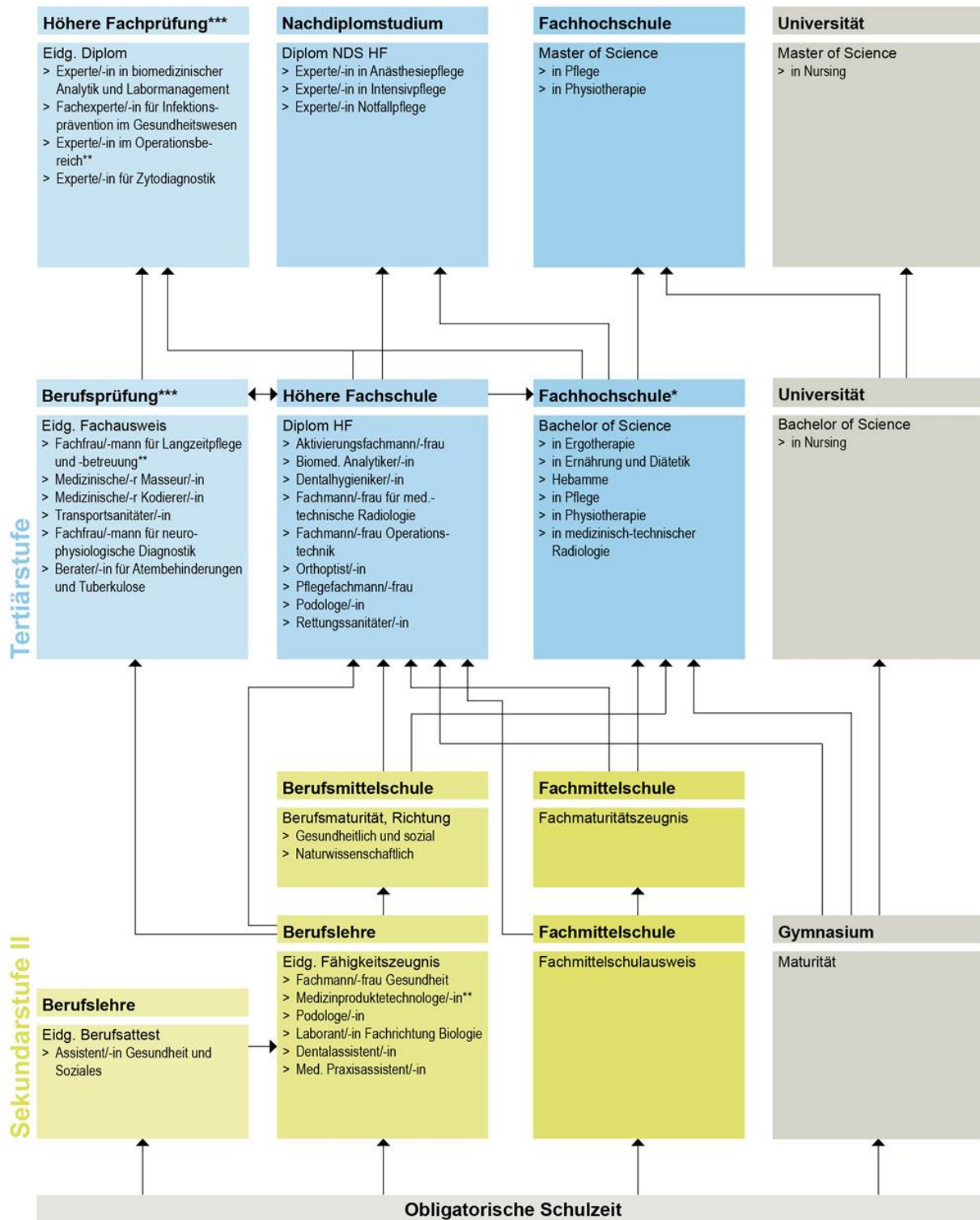
* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind gemäss „Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13.5.04“ der GDK Zusatzmodule erforderlich.
 ** Die Zulassungsbedingungen sind in den Prüfungsordnungen formuliert.

Quelle: OdASanté

Gesundheitsberufe in der schweizerischen Bildungssystematik

SCHWEIZERISCHE BILDUNGSSYSTEMATIK GESUNDHEIT

Juli 2014



* Ohne bereichsspezifische Vorbildung sind gemäss „Profil des Fachhochschulbereichs Gesundheit vom 13.5.04“ der GDK Zusatzmodule erforderlich.

** Projekt in Erarbeitung, Arbeitstitel

*** Die Zulassungsbedingungen sind in den Prüfungsordnungen formuliert.

Quelle: OdASanté

7.3 Teilergebnisse der Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen

In diesem Anhang wird ein Teil der Ergebnisse der Umfrage bei den Gesundheitseinrichtungen im Oberrheingebiet dargestellt. Er enthält sämtliche getroffenen Maßnahmen (vgl. erste Spalte der untenstehenden Tabelle) und Maßnahmenvorschläge (vgl. zweite Spalte der untenstehenden Tabelle) der Gesundheitseinrichtungen zur Bekämpfung der Rekrutierungsschwierigkeiten von Fachkräften.

Die Maßnahmen und Maßnahmenvorschläge wurden unverändert übernommen und in der Originalsprache gelassen. Für den Inhalt der Antworten trägt das Redaktionsteam dieser Studie keine Verantwortung. Vom Euro-Institut wurden sie in Kategorien eingeteilt, damit die Ergebnisse vom/der Leser/in schneller erfasst werden können. Es gibt allerdings auch Überschneidungen zwischen bestimmten Kategorien. Die Maßnahmen zur Arbeitszeit können zum Beispiel ebenso gut als Maßnahmen des Personalmanagements angesehen werden.

Die Maßnahmen sind in die folgenden 15 Kategorien eingeteilt:

- | | | |
|---|---|---|
| 1 Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf | } | Verbesserung der
Arbeitsbedingungen im
weiten Sinne |
| 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 | | |

1. Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Arbeitszeiten werden angepasst • Betrifft alle 3 jährigen examinierten Pflegefachkräfte: Änderung der AZ Modell (angepasst auf Mütter mit Kindern), Umstellung von 2 Schicht auf 3 Schicht System (kürzere AZ) • Einführung neuer Arbeitszeitmodelle • Flexible Arbeitszeiten und Zeitkonten • Individuelle Arbeitsmodelle 'Wunschpläne' • Abgestimmte Arbeitszeitmodelle • Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in: Individuelle Arbeitszeiten bei Mitarbeitern mit Kindern, Rücksicht bei der Schicht- und Wochenendeinteilung • Pflegefachkräfte/Altenpflege/Krankenpflege – Arbeitszeitmodelle (Zeiten nach Kindertagesstättenzeiten) in Touren, Einzelvereinbarungen z. B. nur Spätdienste/nur Wochenende • Pflegekräfte: auf Wünsche bezüglich der Pflegekräfte (z. B. nur vormittags) wird so gut als möglich eingegangen • Arbeitszeitmodelle • Unterschiedliche Arbeitszeiten, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erhöhen • Sehr flexible Arbeitszeitmodelle • Familienfreundlichkeit durch flexible Arbeitsangebote • Wir versuchen, bei Personen (auch Alleinerziehende) mit Kindern, individuell einen Arbeitszeitplan zu erstellen. • Wunscharbeitszeiten, das heißt teilzeitarbeitende Pflegefachkräfte arbeiten dann, wenn die Versorgung der Kinder gewährleistet ist. MA können freie Wochenenden wünschen und es gibt keine geteilten Dienste • Wichtige Grundlagen einer Verbesserung der Pflege sind (...) Dienst- und Urlaubsplan Gestaltung; Gestaltungsrahmen der Arbeit	

Elsass	
• Abandon des horaires coupés • Horaires modulables • Pas d'horaire en coupe! Négociation des 35h avec 22 RTT dans l'année ce qui permet au personnel de bien récupérer. Appel à l'interim en cas d'absence et non au personnel en repos • Prise en compte des desideratas individuels pour l'organisation du temps de travail	
Nordwestschweiz	
• Verschiedene Arbeitszeitmodelle • Arbeits- und Dienstzeiten werden aktuell überprüft • Minimierung von geteilten Diensten • Arbeitszeitmodell • Arbeitszeitmodell attraktiv gestaltet • Familienfreundlichkeit fördern • Arbeitszeitmodell den Wünschen der Mitarbeiterinnen anpassen • Arbeitszeitmodelle z. B. fixe Arbeitstage für Mütter, lange Mittagspause, nur 1 We/Monat • Attraktive Arbeitszeiten • Teilzeitpensen • Bedarfsgerechte Arbeitszeiten für die Arbeitnehmenden (Familie berücksichtigen, Kleinstpensen) • Durchgehende Dienste, vor allem für Personal mit weitem Arbeitsweg attraktiv • Familienfreundliche Arbeitszeiten, wenn möglich • Familienfreundliche Teilzeitangebote • Fixe Arbeitszeiten und –tage trotz niedriger Arbeitsanstellung in Prozent. Ich kann meine Arbeit selber planen, sprich früher kommen oder auch mal früher gehen, dafür an einem anderen Tag länger arbeiten. • Verschiedene Formen von Teilzeit-Arbeit ermöglichen • Generell 5 Wochen Urlaub bis Alter 49 und ab 50 6 Wochen Urlaub • Versuch geteilte Dienste zu eliminieren • Vermehrte Teilzeitarbeit	• Angebot an vergünstigten Kindertagesplätzen vor Ort (b) • Für die Spitäler: Es sollten fixe Arbeitstage möglich sein, wie auch das temporäre (über vielleicht 10 Jahre) reduzieren der Arbeitsprozent während der Mutterschaftsphase. • Gute Rahmenbedingungen schaffen (Ferien, Arbeitspläne) • Jahresarbeitszeitmodelle; Job-sharing

• Verbesserung der Arbeitszeitregelung • Vereinbarkeit Familie/Beruf • Starke Berücksichtigung der Familienverhältnisse; Anstellung von Müttern und Wiedereinsteigerinnen mit kleinem Pensum, um langfristig eine Stellenerweiterung anzustreben • Teilzeitangebote	
--	--

2. Gehalt, Bonussysteme, Altersvorsorge

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Betriebliche Altersvorsorge • Angebot einer Betriebsrente • Nutzung maximaler monetärer Möglichkeiten im Rahmen der tariflichen Gegebenheiten • Attraktive(re) Gehälter • Wir bezahlen nach Tarif • Wichtige Grundlagen einer Verbesserung der Pflege sind (...) eine ordentliche Bezahlung	• Aufwertung und bessere Bezahlung
Elsass	
• Adaptation du salaire pour les kinés • Maintien d'un dispositif de rémunération de la permanence des soins attractif mais non financé par l'ARS	• Augmenter l'attractivité par la rémunération • Possibilité de rémunérer les médecins hospitaliers en fonction de leur productivité et de leur notoriété • Revalorisation des salaires de la CCN 51
Nordwestschweiz	
• Entlohnung an Spitäler angeglichen • Diverse Bonus-Systeme	• Gesamthaft bessere Entlohnung, orientiert am Bildungswesen

• Angemessener Lohn • Möglichst guter Lohn • Attraktive Löhne • Anhebung Löhne Pflegefachpersonal • Offensives Aussprechen von Leistungsprämien – Wo immer Benefits beachten • Wir überprüfen die Löhne, die Entschädigungen, evt, die Ferien • Orientierung an branchenüblichen Anstellungsbedingungen	• Ausserdem ist der Schweiz. Hebammenverband auch in Taxpunktverhandlungen mit den Krankenkassen, da unsere Löhne seit 1996 keine Anpassung mehr erhalten haben. • Gehalt überprüfen
---	---

3. Nicht-finanzielle Vorteile/Zuwendungen

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• PKW zur Privatnutzung • Eigene Betriebswohnung für 2-3 MA während der Dienstphase • Umfangreiche Unterstützung z. B. Sprachkurse/Stellen einer Wohnung • Attraktivitätssteigerung durch Gutscheinsysteme, Personalwohnungen	
Elsass	
-	
Nordwestschweiz	
• Attraktivität → gute Lohnnebenleistungen • Gratis Frühstück & Mineralwasser, Hochwertige, gesunde Verpflegungsangebote zu Vorzugspreisen, Fringe benefits (soweit möglich, z. B. Parkmöglichkeiten, Essensvergünstigungen, Bezug von REKA Checks etc.) • Angebote an Kinderkrippenplätzen • Kinderkrippe • Attraktivitätssteigerung durch Gutscheinsysteme	• Gute Rahmenbedingungen schaffen (Naturallohn, Gratisparkplatz, günstige Mittagessen, Gratisnüni).

4. Gesundheitsförderung

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Altenpflege Führung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements • Gesundheitsförderung für Mitarbeiter • Attraktivitätssteigerung durch Gesundheitsmanagement • Gesundheitsprävention	• Ein gut funktionierendes und gut eingeführtes Gesundheitsmanagement
Elsass	
-	
Nordwestschweiz	
• Gesundheitsförderungs-Angebote • Attraktivitätssteigerung durch Betriebliches Gesundheitsmanagement, bezahlte Gymnastiklektionen („Rückenfit“)	• Beschäftigungsmodelle für Pflegende im Pensionsalter Bürotätigkeit z. B. Codierungen medi richten für Pflegende mit gesundheitlichen Problemen

5. Arbeitsklima und -bedingungen

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Attraktivitätssteigerung durch Diligent (=Programm zur Prophylaxe von Verletzungen und Verbesserung von Prozessen in Ihrer Einrichtung) • Ständig bauliche Weiterentwicklung auch zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen • Wenig Fluktuation durch bestes Arbeitsklima = weniger Arbeitskräftemangel • Wichtige Grundlagen einer Verbesserung der Pflege sind (...) Sicherheit, Klare Strukturen, ein gutes Betriebsklima, ein empathischer und wertschätzender Umgang.	
Elsass	
• Matériel de qualité en en quantité suffisante à disposition du personnel • Investissement dans du matériel moderne	
Nordwestschweiz	
• Betriebsanlässe • Arbeitsbedingungen fortschrittlich gestaltet • Personalfeste • Personalpflege im Alltag durch kleine Aufmerksamkeiten • Wertlegung auf gutes Arbeitsklima • Offene Kommunikation und familiäre Atmosphäre • Gemeinsame Pausenzeiten • Innerbetriebliche Kultur ‚offen und transparent‘ • Steigerung der Arbeitsplatzqualität • Großzügige Dienstaltersgeschenke • Genügend Erholungsräume innerhalb der Institution, Personalanlässe	

6. Personal- und Organisationsmanagement

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Die einzelnen Teams stärken • Ressourcenorientierte Zuordnung von Spezialaufgaben (Pflegepersonal) • Erhöhte Frequenz von BEM-Gesprächen • Mitarbeiterbindung fördern • Austauschmöglichkeiten innerhalb des Betriebs (ambulant/stationär) • Rotationsangebote unter den Standorten • Optimieren mit bgw die Arbeitsprozesse (= Die BGW Arbeitssituationsanalyse ist ein Verfahren zur qualitativen Mitarbeiterbefragung) • Stationsablauf umorganisiert	• Idee wäre evtl. noch eine andere Unternehmensform, die ambulante und stationäre Leitungen integriert
Elsass	
• Autant que possible anticipation • Organisation de vacation avec le secteur libéral • Création d'un poste de responsable des ressources humaines • Appel à l'interim en cas d'absence et non au personnel en repos • Réorganisation interne avec fermeture d'un site • Organisation rationnelle, réellement tournée vers les résidents	
Nordwestschweiz	
• Aktive Personalförderung • Förderung des Personals • Fokus auf Pflegedienst als Kernprozess • Begleitung in der Einführungsphase • Anstellungsbedingungen verbessert • Retentionmanagement (= Personalbindung, frz. fidelisation)	• Weniger administrativer Aufwand, diese Zeit geht an der direkten Pflege verloren • Wünschenswert weniger Bürokratie & gesetzliche Regulatoren, damit der Fokus wieder mal auf die Betreuung gesetzt werden kann

• Betriebsbindung erhöhen durch ressourcenkonforme Einsatzplanung • Personalpool für Kleinpensen (Pflege) • Mitspracherecht • Gutes Fehlermanagement • Lean Hospital (Pflege) • Fortlaufend Arbeit an der Qualität – Auch im Alltag: möglichst Qualität vor Quantität • Das Bewertungssystem ist defizitär geprägt. Wir versuchen Qualität durch ausgeklügelte Dokumentationssysteme sicher zu stellen. Qualität lässt sich aber nicht erzwingen. Jeder MA kann alles abhaken, ohne die Tätigkeit durchzuführen. Qualität muss ein Bedürfnis der MA werden. Wir müssen MA vermitteln, dass sie eine Selbstwirkung haben, der sich viele nicht bewusst sind. Man findet sehr leicht Schuldige, die an einer schlechten Qualität meiner Arbeit Schuld tragen z. B. das Gesundheitssystem. An den Rahmenbedingungen kann ich vielleicht nichts ändern, aber ich kann meinen Patient gut versorgen. Durch einen eigenen Qualitätsanspruch an meine Arbeit erhalte ich gute Ergebnisse. Dann macht mir meine Arbeit Spaß. Wichtige Grundlagen einer Verbesserung der Pflege sind: Vorbild sein, Dienst- und Urlaubsplan Gestaltung, Mitarbeiter Zielgespräche, eine ordentliche Bezahlung, ein Gestaltungsrahmen der Arbeit jedes Einzelnen, interessante Fort- und Weiterbildungsangebote, Sicherheit, Klare Strukturen, ein gutes Betriebsklima, Aufstiegschancen, ein empathischer und wertschätzender Umgang.[N.B. einige Schlüsselworte dieser Antwort wurden in anderen Kategorien wieder aufgenommen].	• Wir sind überzeugt, dass für Mitarbeitende im Sozial- und Gesundheitsbereich der Arbeitsinhalt im Vordergrund steht. Grundsätzlich ist eine gute intrinsische Motivation vorhanden. Die Mitarbeitenden sind auch bereit, entsprechend den Rahmenbedingungen mit hoher Produktivität zu arbeiten. Zu vermeiden sind extrinsische Demotivatoren wie: - Überbordende Administration ohne Nutzen für den direkten Arbeitsbereich. - Mangelnde Mitsprache im Arbeitsbereich. - Vorgesetzte, die nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht Prozesse definieren und Ziele vorgeben. Diese Einsicht ist aufgrund der mehrjährigen Leitungserfahrung im Spitex-Bereich zusätzlich untermauert, wo viele Pflegende aus D oder aus Kliniken im ambulanten Bereich (trotz des dichten Arbeitsprogramms) glücklich wurden, da der Klient im Zentrum stand und die Anliegen der Mitarbeitenden ernst genommen wurden.
--	--

7. Personalmarketing und -rekrutierung

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Überregionale Stellenanzeigen • Enge Kooperation mit Arbeitsagenturen und deren Dienstleistern (gilt vor allem im Hilfs- und Betreuungsbereich) • Einstellung auch ohne Führerschein	• Evtl. grenzüberschreitende Anwerbung?
Elsass	
• Salon emploi formation Colmar (annuel) • Périodes de stages pour faire découvrir l'établissement et les équipes en place • Publication des postes plus large & publication dans les revues spécialisées • Annonces et patience, nous trouvons toujours un candidat en moins d'un an • Rachat de contrat de professionnels diplômés • Mesures adaptées au cas par cas. Chaque recrutement fait l'objet d'une adaptation aux dédierats du médecin postulant • Nous acceptons également des candidats avec de moins bons profils que ce que nous aurions souhaité idéalement • Mise en place de CDD pour les AS le temps de vérifier leurs compétences professionnelles et de savoir être • Développement des rencontres dans les instituts de formation (IFMK, IFSI...) • Renforcement des équipes internes de recrutement, recours à des prestataires externes (approche directe)	• Une bourse de CV
Nordwestschweiz	
• Teilnahme an Projekten für zukünftige lernende (Berufsmesse, Kontakt zu Berufswahl-Schulen etc.)	

• Fokussierung auf Personalmarketing und Employer Branding (in den kommenden Monaten/Jahren) • Personalmarketing (Auftritt als Arbeitgeberin) • Mund zu Mund Propaganda • Permanente Insertion auf unserer Homepage und auf externen Insertationsplattformen (jobs.ch) • Intensive Zusammenarbeit mit Vermittlungsfirmen für Temporär-Mitarbeiterinnen und teilweise Übernahme • Finanzielle Honorierung für Mitarbeitende Spitex Basel für die Anwerbung von Kolleginnen/Kollegen • Projekt in Auftrag (extern) zur Lösung des Rekrutierungsproblems Pflegefachpersonen HF	
---	--

8. Externe Unternehmens(image)kommunikation

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Öffentlichkeitsarbeit • Verbesserung des Rufs durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit	
Elsass	
• Diffusion de support de communication sur l'institution • Communications sur l'entreprise	
Nordwestschweiz	

• Kriterien für 'Magnetheim' umgesetzt • Imagefördernde Maßnahmen • Image-Verbesserung Spitex Basel • Werbung; Öffentlichkeitsarbeit • Wir haben uns als Arbeitgeber um das Siegel 'Attraktiver Arbeitgeber Pflege' bemüht und es auch erhalten.	• Mehr Öffentlichkeitsarbeit wäre notwendig, Zeitungsartikel, auch in den Schulen etc. Wir sind aber zu wenige Hebammen um diese Aufgaben momentan auch durchzuführen. Wir haben nun auch eine neue ansprechende Homepage aufgeschaltet um noch mehr Leute anzusprechen (auch Hebammen)
--	---

9. Ausbildung

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Altenpflege Ausbildungsoffensive • Eigene Bemühungen bei der Ausbildung von Altenpflegern • Ausbilden, ausbilden, ausbilden • Ausbildung zur Altenpflegehelferin bzw. Altenpflegerin • Ausbildungsunternehmen • Stärkung der Ausbildungszweige für Pflege und Hauswirtschaft innerhalb der Trägerstruktur (gute Begleitung der Azubis, Übernahmegarantien im Verband etc.) • Verbesserungen im Ausbildungsbereiche Altenpflege • Wir bilden aus und unsere Auszubildenden möchten gerne bei uns bleiben. Wir haben uns als Arbeitgeber um das Siegel 'Attraktiver Arbeitgeber Pflege' bemüht und es auch erhalten. • Wir haben einen Ausbildungsplatz für Heilerziehungspflege eingerichtet. • Ausbildungsangebot wird stark beworben • Teilnahme an Ausbildungsmessen	• Erhöhung der Ausbildungsvoraussetzungen für Pflegeberufe erhöht die Attraktivität • Pflegemanagement-Studiengänge nur noch als duales Studium mit Praxiseinsätzen im Leitungsbereich (zu viele Absolventen ohne jede Leitungserfahrung, teilw. Sogar ohne Praxiserfahrung nach der Ausbildung) • Kranken- und Altenpflegerschulen für den Einsatz in den verschiedenen Bereichen • Schnuppertage • Durch kurze Praktika von Lernenden einen Einblick in die interessante Arbeit bei der Spitex geben.

• Vorhaltung von 350!! Ausbildungsplätzen im Ortenau Klinikum • Aufstiegschancen • 3 Schulen für Krankenpflegeausbildung, 1 Schule für Altenpflegeausbildung, Ausbildungsstätten für OP-Fachkräfte, Anästhesiefachkräfte und Intensivkräfte (alles Pflege) • Kooperation mit Krankenpflegeschule (Vertrag) und Altenpflegeschule (ohne feste Bindung), um die Einrichtung für Berufsanfänger attraktiv darzustellen.	
Elsass	
• Accompagnement financier d'un étudiant pendant sa formation • Mise en place d'un plan de formation attractif, notamment pour des chercheurs d'emploi en attente d'une formation en alternance qualifiante • Terrain de stage auprès des professionnels en formation	• Augmenter les capacités d'accueil dans les institutions de formation • Créer des écoles de formation orthophonistes et psychomotriciens dans la région • Former des professionnels en gériatrie en cursus initial au même titre que des auxiliaires de puériculture ont été formés pour la pédiatrie et non des aides-soignants (cursus généraliste) • Former plus de professionnels en cursus initial • Ouverture des numerus clausus des facultés de médecine françaises • Augmenter le nombre d'internes en formation en imagerie médicale au CHU de Strasbourg
Nordwestschweiz	
• Auszubildende in den Betrieb aufnehmen • Ausbildungsbetrieb in allen Bereichen • Ausbilden in allen Sparten	

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsstation für Pflegeberufe: Das Konzept beinhaltet, dass die älteren Lernenden die jüngeren anleiten. Diese werden von erfahrenden Berufsbildnerinnen angeleitet und unterstützt. • Ausbildung von Fachpersonal • Ausbildung von Fachpersonal und Hilfskräften • Ausbilden von FaGe-Lernenden • Größere Zahl an Ausbildungsplätzen im Hause in Planung • Hauptsächlich widmen wir uns dem Aufbau zukünftig HF Grundausbildungen anbieten zu können. • Laufende Investition in der Ausbildung • Steigerung Ausbildungsplätze • Wir bieten einen Ausbildungsplatz für eine/einen Fachangestellte/n Gesundheit (FaGe) an im Ausbildungsverbund mit der OdA Gesundheit beider Basel. • Wir bieten seit 2014 den Hebammen in Ausbildung 10-wöchige Praktikumsplätze an, um mit der freiberuflichen Tätigkeit vertraut zu werden. Es ist nämlich sehr interessant und macht viel mehr Spaß als die Arbeit im Spital (Stress, • Praktika für die Hebammen in Ausbildung, Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Bern, wir garantieren pro Jahr sicher 3 Heb. in Ausb. für 10 Wochen bei uns einen Praktikumsplatz anzubieten. Die jungen Hebammen sind begeistert und sehr motiviert. Ob sich dadurch zukünftig mehr Hebammen in die spitalexterne Geburtshilfe wagen, wird sich zeigen. • Wir bilden seit 5 Jahren mit viel Engagement FaGes aus, seit einem Jahr haben wir HF-Studentinnen (2, je 1/2 Jahr)r, und hoffen, dass sie zukünftige Spitexmitarbeiter werden. | |
|---|--|

10. Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (darunter: Fort- und Weiterbildung)

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Fortbildung und Aufstiegsmöglichkeiten • Unterstützung der individuellen Karriereplanung • Altenpflege Freistellung und Schulungen von Wohnbereichsleitung • Altenpflege Angebote zur Weiterqualifizierung • Angebote für Fortbildung • Nachqualifizierung von Pflegehelfern • Fortbildungsangebot jüngerer Fachkräfte • Zertifizierte Kurse in der hauseigenen Schule • Fortbildung und Aufstiegsmöglichkeiten • Viele Weiter- und Fortbildungen (Gesamtkosten pro Jahr ca. 40 000 Euro) • Angebot an Zusatzqualifikationen • Nutzung des WeGebAu-Programms der Arbeitsagentur (= Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen) • Förderung von Fort- und Weiterbildungen • Weiterbildungsangebote wurden erweitert, Wundexperte/Pflegedienstleitung/Hygienefachkraft etc. • Pflegekräfte: Fort und Weiterbildungen vom Träger bezahlt • Bilden sehr gute Mitarbeiter weiter, um diese an die Einrichtung zu binden • Finanzielle und zeitliche Unterstützung von Weiterbildungsmaßnahmen • Einrichtung einer innerbetrieblichen Fort-/Weiterbildungseinrichtung • Weiterbildungsmaßnahmen, Trainee • Umschulung von anderen Berufen in Pflege Berufe ermöglichen • Bieten eine stetige Fort- und Weiterbildung an	• Gute Fort- und Weiterbildungen anbieten • Zugangsmöglichkeiten junger Menschen zum WeGebAu-Förderprogramm • Qualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften in kürzerer Zeit als eine dreijährige Ausbildung, Schwerpunkt Behandlungspflege Medikamente, Schaffung einer neuen Qualifikationsgruppe • Wir planen im nächsten Jahr die Weiterbildung unserer Teamleiter in positiver Psychologie nach Prof. Martin Seligman. • Ausbau staatlicher Weiterbildungsstätten

• Förderung von Pfleghelferinnen, so dass sie die Ausbildung Fachfrau Gesundheit absolvieren • Attraktive verantwortungsorientierte Karriereplanung	
Elsass	
• Entretiens professionnels annuels pour définir les besoins en formation et les projets diplômants • Incitation des salariés AVS à la VAE pour le diplôme d'aide-soignant • Priorité budgétaire sur les formations qualifiantes infirmier anesthésiste • L'accent est mis sur la formation professionnelle et le soutien à la diplomation • Période de professionnalisation par alternance • Formation professionnelle financée par l'établissement	• A mon sens, initier un vrai plan de carrière pour les professions de santé. Je ne peux toutefois que m'exprimer pour les professions paramédicales. Il me paraîtrait pertinent de valoriser par un système de points retraite, ou par l'affectation à des postes « allégés » pour les soignants plus âgés, les professionnels qui s'investissent dans des secteurs reconnus comme difficiles: blocs opératoires, gériatrie, urgences. Il s'agit par ce type de stratégie d'encourager la mobilité, d'avoir des professionnels qui ont développé leurs capacités d'adaptation et donc plus ouverts, plus innovants. Ce plan de carrière se construirait dès la sortie de l'institut de formation. Les premières années le professionnel pourrait être affecté à des secteurs plus techniques ce qui conforterait ses connaissances. Pour moi ce système de points (exemple : 5 années en bloc opératoire, 3 ans aux urgences, 5 années en gériatrie, équipe de remplacement interétablissements ?) permettrait au soignant de se construire son plan de carrière et lui donnerait la possibilité en fin de carrière (on parle de professionnels vieillissants...) d'accéder à des postes allégés sans nuits, horaires réguliers.

Nordwestschweiz

- Gezielte Weiterbildungsmassnahmen und individuelle Laufbahnplanung für Pflegemitarbeiter
- Karriere-/Laufbahnberatung
- Karrieremodelle
- Berufsbegleitende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Aktive Weiterbildungen
- Angebot von Nachholbildungen, um die Professionalität in den eigenen Reihen
- Weiterbildung im Pflegebereich professionalisiert
- WB-Angebot: Budgeterhöhung und Großzügigkeit
- Gezielte und permanente Weiterbildung für alle Spitex-Mitarbeitenden
- Möglichkeit für externe Aus- und Weiterbildung, z. B. finanzielle Beteiligung an den Kosten
- Großzügige Weiterbildungsangebote
- Gezielte Weiterbildungsmassnahmen und individuelle Laufbahnplanung für Pflegemitarbeiter
- Verbesserte Fort- und Weiterbildung
- Laufende Investition in der Fort- und Weiterbildung
- Wichtige Grundlagen einer Verbesserung der Pflege sind (...) interessante Fort- und Weiterbildungsangebote
- [Hauptsächlich widmen wir uns dem Aufbau zukünftig HF Grundausbildungen anbieten zu können]. Gezielt sollen auch ausgebildete MA gefördert werden in dem sie die HF Nachholbildung absolvieren können

11. Rückgewinnung von Personal (berufsfähige Berufsaussteiger/innen)

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Altenpflege Zahlung einer Holen-aus-dem-Frei-Prämie • Wiedereinsteiger in den Beruf werben	
Elsass	
-	
Nordwestschweiz	
• Wiedereinsteigerinnen-Programm • Wiedereinsteigerprogramme	

12. Rückgriff auf Personal mit ausländischen Abschluss

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
• Anwerbung ausländischer Fachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger) • Zeitarbeitsfirmen (sehr unzuverlässig) ausländische Mitarbeiter über Personal • Mentoren für ausländische Fachkräfte, betrifft vor allem Fachkräfte der Altenpflege/Krankenpflege • Aktive Unterstützung ausländischer Pflegekräfte bei der Wohnungssuche sowie zu Arbeitserlaubnis und Erreichung der Anerkennung • Förderung von Pflegeausbildungen in Osteuropa (Trägerebene)	• Unterstützende Angebote zur Gewinnung von Fachkräften aus dem europäischen Ausland • Abschaffung der Arbeitserlaubnishürden bei Pflegeberufen für Angehörige von EU-Mitgliedsländern (die Sprachqualifikation ist ein ausreichender Filter)

• Das Verfahren zur Anerkennung ausländischer Abschlüsse wird • Modellprojekt ‚spanische Pflegekräfte‘ • Anfragen bei Firmen, die ausländische Personen vermitteln. Allerdings hat es aufgrund der Deutschen Sprache und Schreibweise bisher nicht geklappt. • Deutsch für Pflegeberufe für die Sprachverbesserung	
Elsass	
• Recrutement Belgique, Allemagne (Sage-femme, kinésithérapeute) • Recours à des professionnels étrangers	• Faciliter les autorisations d'exercice en France de diplôme européen, par exemple diplôme belge, allemand ...
Nordwestschweiz	
• Rückgriff auf Arbeitskräfte mit ausländischem Diplom nur möglich, wenn sie eine Diplomanerkennung vom SRK haben, sonst dürfen wir sie nicht in der Spitex anstellen • Nachholbildung für ausländisches Personal	

13. Kooperationen zwischen Gesundheitseinrichtungen

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
	• Es müssen Kooperationen (Personalpools) auch über Trägerschaften hinaus entstehen. Quasi genossenschaftlich organisiert ... • Evtl. Kooperation in Hinsicht auf wissenschaftliche Projekte und Begleitung auf einem der Gebiete Altenhilfe (Geriatric, Demenzforschung, etc.)
Elsass	
• Partenariat avec établissement sanitaire	• Développer la coopération entre hôpital et établissement médico-socials • Un forum présentant les métiers de la santé, notamment ceux en tension. Une rencontre avec d'autres recruteurs des établissements de santé

L'établissement ayant rejoint un grand groupe, la mutualisation avec les nouveaux collègues directeurs d'EHPAD est en marche	
Nordwestschweiz	
- Gemeinsamer Nacht-Pikettdienst mit benachbarten Organisationen. - Zusammenarbeit mit einer anderen Spitexorganisation wird überprüft, wir helfen bereits untereinander aus, Buchhaltung ist zusammengelegt. - Die Spitexarbeit wird vom Gesundheitspersonal immer noch völlig unterschätzt. Wir streben eine Fusion an.	- Kooperationen - Personalpools mit anderen Institutionen - Themenbezogene Erfahrungszirkel - Zielorientierte Zusammenarbeit mit anderen Institutionen - Projekt: wie funktioniert ein Heim mit weniger Fachpersonal: denn das wird kommen

14. Imageverbesserung der Gesundheitsberufe

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
	- Die Politik und unsere Gesellschaft sollte der Pflege mehr Wertschätzung entgegenbringen. - Image der Altenpflege verbessern
Elsass	
-	
Nordwestschweiz	
	- Besseres gesellschaftliches Image für Pflegeberufe - Imageverbesserung der Langzeitpflege (z. B. Medien)

	• Zeitgemässes Image vermitteln, generiert evtl. mehr Männer für diesen Beruf, ergibt einen höheren Stellenwert in der Gesellschaft • Steigerung der gesellschaftlichen Positionierung der Gesundheitsberufe, insbesondere Pflege • Pflegeberufe attraktiver machen: Pflegefachkräfte als eigenständiger Beruf anerkennen mit den dazu gehörenden Kompetenzen (bisher: Assistenzberuf) • Gesundheitsberufe müssen von den Verbänden generell gefördert werden.
--	---

15. Entwicklung des Reglementierungsrahmens

Maßnahmen	Maßnahmenideen
Baden und Südpfalz	
	• Offizielle Anerkennung von Teilqualifikationen von Pflegehelfer/innen für behandlungspflegerische Tätigkeiten mit Anrechenbarkeit für die Fachkraftquote • Anerkennung freiberuflicher Pflegefachkräfte als selbständige Fachkräfte bei nachweislich vollumfänglichen freiwilligen Sozialversicherungsbeiträgen • Senkung der Fachkraftquote auf 30 %
Elsass	
	• Harmoniser les ratios des personnels en fonction des secteurs sur l'ensemble des territoires. L'attractivité est conditionnelle aux moyens alloués, par voie de conséquence les établissements les plus pauvres éprouvent d'avantages de difficultés de recrutements et de fidélisation
Nordwestschweiz	
-	