



ANGENOMMENE TEXTE

P10_TA(2026)0312

Ein EU-Krisenplan für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme und Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Entschließung des Europäischen Parlaments vom 17. September 2026 zu einem EU-Krisenplan für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme und Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen (2025/2062(INI))

Das Europäische Parlament,

- gestützt auf die Artikel 4, 6, 9, 45-48, 53, 114, 121, 151, 152, 153, 165, 166, 168 Absatz 1, 168 Absatz 5 und 174 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV),
- unter Hinweis auf Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union,
- unter Hinweis auf die europäische Säule sozialer Rechte (2017), insbesondere auf die Grundsätze in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, allgemeine und berufliche Bildung und lebenslanges Lernen von hoher Qualität und in inklusiver Form, Gleichstellung der Geschlechter und faire Arbeitsbedingungen,
- unter Hinweis auf den Aktionsplan zur europäischen Säule sozialer Rechte, insbesondere auf das Kernziel, wonach jedes Jahr mindestens 60 % aller Erwachsenen an Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen sollen,
- unter Hinweis auf die Richtlinie 98/24/EG des Rates vom 7. April 1998 zum Schutz von Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer vor der Gefährdung durch chemische Arbeitsstoffe bei der Arbeit¹,

¹ ABl. L 131 vom 5.5.1998, S. 11,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1998/24/oj>.

- unter Hinweis auf die Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung² (Arbeitszeitrichtlinie),
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2004/37/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über den Schutz der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch Exposition gegenüber Karzinogenen, Mutagenen oder reproduktionstoxischen Stoffen bei der Arbeit³ (Richtlinie über Karzinogene, Mutagene und reproduktionstoxische Stoffe), in der geänderten Fassung,
- unter Hinweis auf die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen⁴ (Richtlinie über Berufsqualifikationen),
- unter Hinweis auf die Richtlinie (EU) 2023/970 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 10. Mai 2023 zur Stärkung der Anwendung des Grundsatzes des gleichen Entgelts für Männer und Frauen bei gleicher oder gleichwertiger Arbeit durch Entgelttransparenz und Durchsetzungsmechanismen⁵ (Entgelttransparenz-Richtlinie),
- unter Hinweis auf den Vorschlag der Kommission vom 1. April 2025 für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Verordnung (EU) 2021/1057 zur Einrichtung des Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+) in Bezug auf spezifische Maßnahmen zur Bewältigung strategischer Herausforderungen (COM(2025)0164),
- unter Hinweis auf den Verhandlungsprozess zum mehrjährigen Finanzrahmen (MFR) 2028-2034,
- unter Hinweis auf den Bericht der Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) vom November 2024 mit dem Titel „Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle“ (Gesundheit auf einen Blick: Europa 2024 – Zyklus „Gesundheitszustand in der EU“),
- unter Hinweis auf das sozialpolitische Scoreboard der EU und seine Sekundärindikatoren,

² ABl. L 299 vom 18.11.2003, S. 9,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2003/88/oj>.

³ ABl. L 158 vom 30.4.2004, S. 50, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/dir/2004/37/oj>.

⁴ ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj>.

⁵ ABl. L 132 vom 17.5.2023, S. 21,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2023/970/oj>.

- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 7. Juni 2023 über eine umfassende Herangehensweise im Bereich der psychischen Gesundheit (COM(2023)0298),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 3. Februar 2021 mit dem Titel „Europas Plan gegen den Krebs“ (COM(2021)0044),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 28. Juni 2021 über einen strategischen Rahmen der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2021-2027 (COM(2021)0323),
- unter Hinweis auf die Mitteilung der Kommission vom 7. September 2022 zur Europäischen Strategie für Pflege und Betreuung (COM(2022)0440),
- unter Hinweis auf die Gemeinsame Mitteilung der Kommission und der Hohen Vertreterin der Union für Außen- und Sicherheitspolitik vom 26. März 2025 über die Europäische Strategie für eine Union der Krisenvorsorge (JOIN(2025)0130),
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 16. Februar 2022 zur Stärkung Europas im Kampf gegen den Krebs – für eine umfassende und koordinierte Strategie⁶,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 21. Juni 2022 zu der psychischen Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt⁷,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 12. Juli 2023 zu Erkenntnissen aus der COVID-19-Pandemie und Empfehlungen für die Zukunft⁸,
- unter Hinweis auf seine EntschlieÙung vom 12. Dezember 2023 zu psychischer Gesundheit⁹,
- unter Hinweis auf die Empfehlung des Rates aus dem Jahr 2022 über den Zugang zu erschwinglicher und hochwertiger Langzeitpflege¹⁰,
- unter Hinweis auf die Stellungnahme des Sachverständigenremiums über wirksame Investitionen in die Gesundheit zur Förderung der psychischen Gesundheit des Gesundheitspersonals und anderer systemrelevanter Arbeitnehmer

⁶ ABl. C 342 vom 6.9.2022, S. 109.

⁷ ABl. C 47 vom 7.2.2023, S. 63.

⁸ ABl. C, C/2024/4003, 17.7.2024, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/C/2024/4003/oj>.

⁹ ABl. C, C/2024/4162, 2.8.2024, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/C/2024/4162/oj>.

¹⁰ ABl. C 476 vom 15.12.2022, S. 1.

vom 23. Juni 2021¹¹,

- unter Hinweis auf die Rede zur Lage der Union, die Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen am 10. September 2025 hielt,
- unter Hinweis auf die Schlussfolgerungen des Rates zur Zukunft der Europäischen Gesundheitsunion: Ein Europa der Pflege, der Vorsorge und des Schutzes, die am 21. Juni 2024 gebilligt wurden,
- unter Hinweis auf die Initiativstellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses vom 21. September 2022 mit dem Titel „Strategie für das Gesundheitswesen und seine Arbeitskräfte für die Zukunft Europas“¹²,
- unter Hinweis auf die Stellungnahme des Europäischen Ausschusses der Regionen vom 14. Mai 2025 mit dem Titel „Arbeitskräfte im Gesundheitswesen – Herausforderungen und Lösungen in den Regionen“¹³,
- unter Hinweis auf die Erklärung der gemeinsamen politischen Ausrichtung der EU-Sozialpartner vom 13. Juni 2025 zur Schaffung eines resilienten Krankenhaus- und Gesundheitssektors nach der COVID-19-Pandemie und auf den aktualisierten Aktionsrahmen zu Anwerbung und Personalbindung von 2022,
- unter Hinweis auf den Sonderbericht 10/2024 des Europäischen Rechnungshofs vom 1. Juli 2024 mit dem Titel „Anerkennung von Berufsqualifikationen in der EU“,
- unter Hinweis auf den Bericht von Enrico Letta vom April 2024 mit dem Titel „Much more than a market: Speed, security, solidarity – Empowering the Single Market to deliver a sustainable future and prosperity for all EU Citizens“ (Viel mehr als ein Markt: Geschwindigkeit, Sicherheit, Solidarität – Stärkung des Binnenmarkts zur Schaffung einer nachhaltigen Zukunft und von Wohlstand für alle Bürgerinnen und Bürger der EU),
- unter Hinweis auf den Bericht von Mario Draghi vom 9. September 2024 mit dem Titel „The future of European competitiveness – A competitiveness strategy for Europe (Part A) and Part B – In-depth analysis and recommendations“ (Die Zukunft der europäischen Wettbewerbsfähigkeit – Eine Strategie für die Wettbewerbsfähigkeit

¹¹ Europäische Kommission, [Supporting mental health of health workforce and other essential workers](#) (Förderung der psychischen Gesundheit des Gesundheitspersonals und anderer systemrelevanter Arbeitnehmer), 23. Juni 2021.

¹² ABl. C 486 vom 21.12.2022, S. 37.

¹³ ABl. C, C/2025/3476, 16.7.2025, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/C/2025/3476/oj>.

Europas (Teil A) und Teil B – Eingehende Analyse und Empfehlungen) (Draghi-Bericht),

- unter Hinweis auf den Bericht des Generalsekretariats des Rates der Europäischen Union von 2022 mit dem Titel „Die Konferenz zur Zukunft Europas: Bericht über das endgültige Ergebnis“,
- unter Hinweis auf das Nachhaltigkeitsziel 3 der Resolution der Vereinten Nationen mit dem Titel „Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“ (2015),
- unter Hinweis auf die Resolution des WHO-Regionalbüros für Europa vom 26. Oktober 2023 zum Handlungsrahmen für das Gesundheits- und Pflegepersonal in der Europäischen Region der WHO (2023-2030),
- unter Hinweis auf den Bericht des WHO-Regionalbüros für Europa mit dem Titel „Bericht über die Paneuropäische Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung – Überdenken der politischen Prioritäten vor dem Hintergrund von Pandemien (August 2021),
- unter Hinweis auf die Veröffentlichung der WHO vom 14. September 2022 mit dem Titel „Health and care workforce in Europe: time to act“ (Gesundheits- und Pflegepersonal in Europa: Zeit zu handeln) und vom 7. Oktober 2025 mit dem Titel „Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway“ (Studie zur psychischen Gesundheit von Pflegekräften und Ärzten in der Europäischen Union, Island und Norwegen),
- unter Hinweis auf den Bericht der Paneuropäischen Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung vom September 2021 mit dem Titel „Aus der Pandemie Hoffnung schöpfen: eine neue Strategie für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung – Abschlussbericht der Paneuropäischen Kommission für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung“,
- unter Hinweis auf den Bericht der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) vom 7. März 2022 mit dem Titel „Pflege am Arbeitsplatz: Investitionen in Betreuungsurlaub und -dienste für eine gleichberechtigtere Arbeitswelt“,
- unter Hinweis auf den Bericht von Eurofound vom 16. August 2023 mit dem Titel „Social services in Europe: Adapting to a new reality“ (Soziale Dienste in Europa: Anpassung an eine neue Realität),
- unter Hinweis auf die Berichte der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) vom 7. November 2023 mit dem Titel „OSH in figures in the health and social care sector“ (Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz: Zahlen für das Gesundheits- und Sozialwesen), vom 15. Oktober

2024 mit dem Titel „Mental health challenges in the EU health and social care sector during COVID-19: strategies for prevention and management“ (Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit im Gesundheits- und Sozialwesen in der EU während der COVID-19-Pandemie: Strategien zur Prävention und Bewältigung), vom 3. Oktober 2025 mit dem Titel „Musculoskeletal Health and Risk Factors in the Health and Social Care Sector“ (Muskuloskelettale Gesundheit und Risikofaktoren im Gesundheits- und Sozialwesen) und vom 5. März 2024 mit dem Titel „Digital platform work in the health and social care sector: implications for OSH“ (Arbeit über digitale Plattformen im Gesundheits- und Sozialwesen: Auswirkungen auf Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz),

- unter Hinweis auf den Forschungsbericht der EU-OSHA mit dem Titel „A review of good workplace practices to support individuals experiencing mental health problems“ (Eine Übersicht über bewährte Verfahren am Arbeitsplatz zur Unterstützung von Personen mit psychischen Problemen),
- unter Hinweis auf den Bericht der Europäischen Arbeitsbehörde vom 27. Juni 2025 mit dem Titel „EURES Report on labour shortages and surpluses 2024“ (EURES-Bericht über Arbeitskräftemangel und -überschüsse 2024),
- unter Hinweis auf den Bericht von Sauli Niinistö, Sonderberater der Kommissionspräsidentin, vom 30. Oktober 2024 mit dem Titel „Safer Together – Strengthening Europe’s Civilian and Military Preparedness and Readiness“ (Gemeinsam für mehr Sicherheit – Stärkung der zivilen und militärischen Vorsorge und Reaktionsfähigkeit Europas) (Niinistö-Bericht),
- unter Hinweis auf die Erklärung von Bukarest der WHO über Gesundheits- und Pflegepersonal vom 22./23. März 2023,
- unter Hinweis auf das vom Ausschuss für öffentliche Gesundheit in Auftrag gegebene Briefing mit dem Titel „The Health workforce Crisis in the European Union“ (Der Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen in der Europäischen Union) (September 2025)¹⁴,
- gestützt auf Artikel 55 seiner Geschäftsordnung,
- unter Hinweis auf die gemeinsamen Beratungen des Ausschusses für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten und des Ausschusses für öffentliche Gesundheit gemäß Artikel 59 der Geschäftsordnung,
- unter Hinweis auf den Bericht des Ausschusses für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten und des Ausschusses für öffentliche

¹⁴ Kuhlmann, E., [„The health workforce crisis in the European Union“](#) (Der Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen in der Europäischen Union), September 2025.

Gesundheit (A10-0168/2026),

- A. in der Erwägung, dass sich der Begriff Arbeitskräfte im Gesundheitswesen auf die WHO-Definition¹⁵ bezieht, die das gesamte im Gesundheitswesen tätige Personal umfasst, einschließlich medizinischer Fachkräfte, Angehöriger der Assistenzberufe im Gesundheitswesen, Pflegekräfte im Gesundheitswesen, Fachkräfte im Gesundheitsmanagement und in der Gesundheitsförderung sowie anderer nicht anderweitig klassifizierter Gesundheitsdienstleister;
- B. in der Erwägung, dass gemäß Grundsatz 16 der europäischen Säule sozialer Rechte jede Person in der Lage sein sollte, ihr Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung wahrzunehmen; in der Erwägung, dass das Arbeitskräfteangebot im Gesundheits- und Pflegebereich als strategisches öffentliches Gut fungiert;
- C. in der Erwägung, dass der Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen zu den drängendsten strategischen Herausforderungen hinsichtlich der Resilienz und Qualität der Gesundheitssysteme in der EU gehört; in der Erwägung, dass in den EU-Mitgliedstaaten im Jahr 2022 für eine flächendeckende Versorgung schätzungsweise rund 1,2 Millionen Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen fehlten¹⁶; in der Erwägung, dass die WHO davon ausgeht, dass in der EU bis 2030 rund 950 000 Arbeitskräfte im Gesundheitswesen fehlen werden¹⁷; in der Erwägung, dass das Gesundheitswesen laut dem Europäischen Netz der Arbeitsvermittlungen (EURES) und der Europäischen Arbeitsbehörde durchweg zu den drei Hauptbranchen zählt, in denen in allen Mitgliedstaaten ein weitverbreiteter und gravierender Arbeitskräftemangel herrscht¹⁸; in der Erwägung, dass sich mit Blick auf die Jahrgänge, die das Rentenalter erreichen, im Verhältnis zu den derzeit rückläufigen Einschreibezahlen in gesundheitsbezogenen

¹⁵ Weltgesundheitsorganisation, [*Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*](#) (Überwachung der Bausteine der Gesundheitssysteme: Ein Handbuch zu Indikatoren und Methoden ihrer Messung), 2010.

¹⁶ OECD, [*Health at a Glance: Europe 2024*](#) (Gesundheit auf einen Blick: Europa 2024), 18. November 2024.

¹⁷ WHO, [*Health workforce migration in the WHO European Region: country case studies from Albania, Armenia, Georgia, Ireland, Malta, Norway, Republic of Moldova, Romania and Tajikistan*](#) (Migration von Arbeitskräften im Gesundheitswesen in der Europäischen Region der WHO: Länderfallstudien aus Albanien, Armenien, Georgien, Irland, Malta, Norwegen, der Republik Moldau, Rumänien und Tadschikistan), 17. September 2025.

¹⁸ Vorschlag der Kommission vom 15. November 2023 für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung eines EU-Talentpools (COM(2023)0716).

Studiengängen und dem Zustrom neuer Absolventen in mehreren Ländern eine sich vergrößernde Lücke bei den Arbeitskräften im Gesundheitswesen abzeichnet; in der Erwägung, dass aus dem Bericht der WHO über die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa (2022) hervorgeht, dass 30 % der Ärzte und 18 % der Pflegekräfte mindestens 55 Jahre alt sind, wobei in 12 EU-Mitgliedstaaten im Jahr 2022 40 % der Ärzteschaft 55 Jahre oder älter waren¹⁹;

- D. in der Erwägung, dass die ungedeckte Nachfrage nach Arbeitskräften im Gesundheitswesen in der EU aufgrund zahlreicher Faktoren zunimmt, darunter der demografische Wandel mit steigendem Bedarf an Langzeitpflege und gesellschaftlicher Unterstützung, das zunehmende Auftreten von Problemen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie von Krebs und anderen nicht übertragbaren Krankheiten, die fortwährende Bedrohung durch antimikrobielle Resistenzen (AMR) und die anhaltenden Risiken im Zusammenhang mit Pandemien und anderen Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, einschließlich der gesundheitlichen Auswirkungen von Umweltzerstörung und extremen Wetterereignissen;
- E. in der Erwägung, dass aus den Daten von Eurostat beträchtliche Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten und innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten hervorgehen, sowohl was die Personaldichte im Gesundheitswesen als auch die deutlichen Unterschiede bei den Gehältern betrifft, wobei das Lohngefälle zu Ungleichgewichten bei der Arbeitskräfteverteilung, zu Arbeitsmigration und zu einem ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten in der gesamten EU beiträgt; in der Erwägung, dass der anhaltende Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen in der gesamten EU zu einem untragbaren Verhältnis zwischen Patienten und Arbeitskräften im Gesundheitswesen geführt hat, was zu kürzeren Sprechzeiten, langen Wartelisten, überfüllten Notdiensten, verzögerten Diagnosen, schlechteren Gesundheitsergebnissen, erheblichen wirtschaftlichen Kosten, einer erhöhten Belastung der psychischen Gesundheit, weniger Zeit für Vorsorgeuntersuchungen und einem allgemeinen Rückgang der Qualität der Gesundheitsdienste führen kann und die dringende Notwendigkeit strategischer Investitionen in Einstellungs-, Schulungs- und Bindungsstrategien für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen verdeutlicht; in der Erwägung, dass eine geschlechtergerechte Ausrichtung der Gesundheitssysteme auch für die allgemeine Vorsorge, Resilienz und Stabilität der europäischen Gesundheitssysteme von wesentlicher Bedeutung ist;
- F. in der Erwägung, dass im Bereich der öffentlichen Gesundheit

¹⁹ Eurostat, „[Medical workforce in the EU: an ageing profession](#)“ (Die Ärzteschaft in der EU: Ein alternder Berufsstand), 16. Januar 2025.

allgemein anerkannt ist, dass alle einen Beitrag für mehr Selbstfürsorge leisten müssen, indem sie einen Lebensstil pflegen, der der Gesundheit förderlich ist und Krankheiten vorbeugt; in der Erwägung, dass viele Menschen auf pflegende Angehörige angewiesen sind und dass dies eine Rolle ist, die viele Menschen im Laufe ihres Lebens übernehmen werden;

- G. in der Erwägung, dass der gravierende Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen eine große Herausforderung für die Öffentlichkeit darstellt, der Vorrang eingeräumt werden muss; in der Erwägung, dass die Resilienz und Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme von dem Beitrag abhängen, der von einem breiten Spektrum von Fachkräften im gesamten Gesundheits- und Pflegeökosystem erbracht wird – unter anderem im klinischen, technischen und administrativen Bereich sowie in der Forschung, im Digital-, Logistik- und Fertigungswesen –, die gemeinsam die Kontinuität, Sicherheit und Qualität der Versorgung sicherstellen; in der Erwägung, dass die Stärkung der Ausbildung und der Anerkennung von Gesundheitsberufen von entscheidender Bedeutung ist, um die gesundheits-, sozial- und industriepolitischen Ziele der EU zu erreichen, da im gesundheitsbezogenen Industriesektor der EU technisches Fachwissen erforderlich ist;
- H. in der Erwägung, dass der gravierende Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen und die chronischen Engpässe nicht nur ein Ressourcenproblem sind, sondern auch die Patientensicherheit und Versorgungsqualität gefährden, da sie mit einer höheren Rate an vermeidbaren Schäden, Komplikationen und Wiederaufnahmen in Verbindung gebracht werden können, die auf eine verkürzte Überwachung, die Nichtdurchführung notwendiger Kontrollen, eine geringere Einhaltung klinischer Protokolle, längere Wartezeiten, verzögerte Diagnosen, Unterbrechungen der Versorgungskontinuität und des Zugangs zu Versorgung sowie auf ein erhöhtes Risiko klinischer Fehler zurückzuführen sind;
- I. in der Erwägung, dass unterversorgte Regionen, darunter Bergregionen, ländliche Gebiete, Vororte, abgelegene Gebiete, von Abwanderung betroffene Gebiete, Gebiete in äußerster Randlage oder Inselgebiete, mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert sind, wenn es darum geht, ihre Gesundheitseinrichtungen mit entsprechend qualifiziertem Personal zu besetzen; in der Erwägung, dass die Schließung von Krankenhausstationen und Gesundheitseinrichtungen den Zugang der Patienten zu medizinischen Leistungen einschränkt, und Schwangere in einigen Regionen der EU über 100 km zurücklegen müssen, um eine Entbindungsstation zu erreichen;
- J. in der Erwägung, dass im Jahr 2024 in der EU 3,6 % der Menschen im Alter von mindestens 16 Jahren, die eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung benötigten, angaben, dass sie eine solche

Untersuchung oder Behandlung aufgrund finanzieller Zwänge, langer Wartelisten oder zu weiter Entfernung zu Gesundheitsdiensten nicht in Anspruch nehmen konnten²⁰; in der Erwägung, dass Arbeitskräfte im Bereich der häuslichen Pflege und der primären Gesundheitsversorgung allzu oft in prekären Beschäftigungsverhältnissen stehen, was die Kontinuität, Qualität und Mitarbeiterbindung beeinträchtigt; in der Erwägung, dass eine bedarfsgerechte Planung mit einer hochwertigen Ausbildung und einer angemessenen Vergütung einhergehen muss;

- K. in der Erwägung, dass die Gesundheitssysteme in den letzten Jahren durch Haushaltszwänge erheblich unter Druck geraten sind; in der Erwägung, dass die beiden Krisen in Bezug auf Wohnraum und Lebenshaltungskosten den Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen verschärft haben;
- L. in der Erwägung, dass jeder Euro, der in die Prävention investiert wird, durch vermiedene Gesundheitskosten und höhere Produktivität eine Rendite von 14 EUR erzielen kann; in der Erwägung, dass der EU durch nichtübertragbare Krankheiten jährlich Kosten von über 700 Mrd. EUR entstehen; in der Erwägung, dass höhere Gesundheitsausgaben und eine geringere Produktivität der Arbeitskräfte aufgrund der wachsenden Belastung, die antimikrobielle Resistenzen für die Gesundheitssysteme darstellen, in der EU jedes Jahr Kosten von 11,7 Mrd. EUR verursachen;
- M. in der Erwägung, dass die Verantwortung für die Organisation und die Verwaltung der Gesundheitssysteme sowie für die Personalplanung im Gesundheitswesen in erster Linie bei den Mitgliedstaaten liegt; in der Erwägung, dass die COVID-19-Pandemie strukturelle und systemische Probleme und Schwächen in den Gesundheitssystemen offenbart und verschärft hat, darunter Mängel im Zusammenhang mit der Personalplanung im Gesundheitswesen, den Arbeitsbedingungen, der Vergütung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, der Anwerbung und Bindung von Talenten und der Notwendigkeit einer stärkeren grenzüberschreitenden Mobilität und Zusammenarbeit innerhalb der EU; in der Erwägung, dass sich die Maßnahmen der EU in diesem Bereich darauf konzentrieren sollten, die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, die Zusammenarbeit zu stärken, den Verwaltungsaufwand zu verringern und die Verfügbarkeit vergleichbarer Daten zu verbessern, wobei die Grundsätze der Subsidiarität und der Verhältnismäßigkeit uneingeschränkt zu achten sind; in der Erwägung, dass laut dem Bericht der WHO/Eurohealth von 2023 neun von zehn Pflegekräften in ganz Europa während der COVID-19-Pandemie darüber nachdachten, ihren Beruf aufzugeben; in der Erwägung, dass im

²⁰ Eurostat, „[3.6 % experience unmet needs for medical care in 2024](#)“ (3,6 % haben 2024 einen ungedeckten Bedarf an medizinischer Versorgung), 20. August 2025.

OECD-Bericht „Ready for the next crisis?“ (Bereit für die nächste Krise?) die Fachkräfte im Gesundheitswesen als wesentlicher Bestandteil aller Bemühungen zur Stärkung der Resilienz eingestuft werden, während die Ressourcen, die den Gesundheitssystemen in den Mitgliedstaaten zur Verfügung stehen – d. h. die Personalausstattung, die Infrastruktur und die operative Kapazität – nach wie vor unzureichend sind, wodurch die Resilienz des Gesundheitssystems insgesamt geschwächt wird und schwerwiegende Risiken für die Gesundheitssicherheit, die Notfallvorsorge und die Fähigkeit, wirksam auf Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit zu reagieren, entstehen;

- N. in der Erwägung, dass Nachwuchskräfte im Gesundheitswesen sowohl die Grundlage als auch die Zukunft der europäischen Gesundheitssysteme darstellen, jedoch mit besonders schwierigen Arbeits- und Ausbildungsbedingungen konfrontiert sind, darunter überlange Arbeitszeiten, unbezahlte Überstunden und unzureichende Betreuung, was ihr Wohlbefinden beeinträchtigt und die Patientensicherheit gefährdet; in der Erwägung, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen wie Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte zunehmend zusätzliche Verantwortung und komplexe Aufgaben übernommen haben, während ihre Löhne jedoch weitgehend stagnieren, was ein wachsendes Ungleichgewicht zwischen Arbeitsbelastung und Entlohnung deutlich macht;
- O. in der Erwägung, dass alle künftigen Gesundheitsstrategien oder -initiativen der EU den Bedürfnissen der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen der EU Rechnung tragen sollten, auch angesichts der zunehmenden Auswirkungen schwerwiegender Erkrankungen mit hoher Krankheitslast, einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, auf die jährlich 1,7 Millionen Todesfälle und 22 % aller Krankenhauseinweisungen zurückgehen²¹, was erhebliche Folgen sowohl für die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen als auch für die Gesundheitssysteme hat;
- P. in der Erwägung, dass niedrige Gehälter eine der Hauptursachen für Arbeitskräftemangel sind; in der Erwägung, dass faire Löhne und Sozialleistungen eine wichtige Rolle bei der Erhaltung von Arbeitsplätzen und der Gewinnung neuer Talente für das Gesundheitswesen spielen; in der Erwägung, dass ein wirksamer sozialer Dialog und Tarifverhandlungssysteme von wesentlicher Bedeutung sind, um die Löhne, die Arbeitsbedingungen und die Personalbindung im Gesundheits- und Pflegesektor zu verbessern; in der Erwägung, dass Länder mit einer höheren tarifvertraglichen

²¹ Luengo-Fernandez R. et al, „[Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study](#)“ (Die wirtschaftliche Belastung durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Europäischen Union: eine bevölkerungsbezogene Kostenstudie), European Heart Journal, Bd. 44, Ausgabe 45, 2023.

Abdeckung im Allgemeinen einen geringeren Personalmangel und weniger Fluktuation aufweisen; in der Erwägung, dass die Maßnahmen der EU auch den Aufbau von Kapazitäten für die Sozialpartner unterstützen sollten;

- Q. in der Erwägung, dass sich bei den Arbeitskräften im Gesundheitswesen in der EU besorgniserregende Trends hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit abzeichnen, darunter eine geringere Toleranz gegenüber Arbeitsbedingungen, die das Familien- und Privatleben beeinträchtigen, sowie psychische Belastungen, darunter sekundärer traumatischer Stress, moralische Belastung, Trauer, Angstzustände, eine hohe Exposition gegenüber physischen und psychosozialen Risiken, emotionale Erschöpfung, Burnout, Ermüdung, begrenzte Flexibilität trotz steigender Nachfrage, übermäßige Arbeitszeiten, mangelnde Anerkennung und die zunehmende Absicht, den Beruf aufzugeben, was auf Faktoren wie Personalmangel, hohe Arbeitsbelastung, Überstunden und unzureichende Entlohnung zurückzuführen ist;
- R. in der Erwägung, dass die WHO-Studie zur psychischen Gesundheit von Pflegekräften und Ärzten in der EU, Norwegen und Island zeigt, dass längere Arbeitszeiten, Arbeitsplatzunsicherheit sowie die Konfrontation mit Gewalt und Belästigung durchweg mit einer schlechteren psychischen Gesundheit in Verbindung stehen, wobei jeder dritte Beschäftigte von Depressionen oder Angstzuständen berichtet und jeder zehnte Suizidgedanken oder Gedanken an Selbstverletzung hat; in der Erwägung, dass nach Angaben der WHO jeder vierte Arzt, insbesondere unter den Assistenzärzten, mehr als 50 Stunden pro Woche arbeitet; in der Erwägung, dass 32 % der Ärzte und 25 % der Pflegekräfte befristete Arbeitsverträge haben, was ihre Sorge um die Arbeitsplatzsicherheit vergrößert²²; in der Erwägung, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen mit weniger stabilen Arbeitszeiten – wie verlängerten Arbeitszeiten, Nachtschichten, Wechselschichten und befristeten Verträgen – häufiger unter Angstzuständen und Depressionen leiden und eine erhöhte Prävalenz von Alkoholabhängigkeit aufweisen; in der Erwägung, dass Studien darauf hindeuten, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen, die von Burnout betroffen sind – etwa Beschäftigte in spezialisierten Herz-Kreislauf-Einheiten – doppelt so häufig an Vorfällen im Bereich der Patientensicherheit beteiligt sind;
- S. in der Erwägung, dass der EU-OSHA zufolge Muskel-Skelett-Erkrankungen die häufigste Ursache für arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme im Gesundheitswesen darstellen²³, wobei zwischen 60 % und 90 % der Pflegekräfte angeben, dass sie

²² WHO, „[Heilende Hände, verletzte Seelen](#)“, 10. Oktober 2025.

²³ EU-OSHA, „[Muskuloskelettale Gesundheit und Risikofaktoren im Gesundheits- und Sozialwesen – eine Überprüfung der vorhandenen Informationen](#)“, 2025.

aufgrund der intensiven körperlichen Anforderungen ihrer Arbeit jedes Jahr von solchen Leiden betroffen sind; in der Erwägung, dass rheumatische und Muskel-Skelett-Erkrankungen der primäre gesundheitliche Grund dafür sind, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen ihren Beruf aufgeben, und dass diese Erkrankungen daher ein wesentlichen Faktor für den Arbeitskräftemangel im europäischen Gesundheitswesen sind; in der Erwägung, dass Frauen unverhältnismäßig stark von rheumatischen und Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen sind;

- T. in der Erwägung, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes, einschließlich der Unterstützung der physischen und psychischen Gesundheit, verlässlicher Schichtsysteme und vorhersehbarer Zeitpläne, zusammen mit der Prävention und dem Schutz vor Gewalt und Belästigung, auch in den sozialen Medien, von wesentlicher Bedeutung sind, um qualifizierte Fachkräfte zu binden und die Patientensicherheit sicherzustellen, und somit zentrale Elemente der Bemühungen darstellen, den EU-weiten Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen zu beheben;
- U. in der Erwägung, dass das Gesundheits- und Sozialwesen zu den größten und am schnellsten wachsenden Arbeitgebern in Europa gehört und der größte Einzelarbeitgeber von Frauen ist²⁴; in der Erwägung, dass der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen stark nach Geschlechtern getrennt ist und Frauen in der EU den Großteil (78 %) der Beschäftigten in diesem Bereich ausmachen²⁵; in der Erwägung, dass zwischen Frauen und Männern im gesamten Gesundheits- und Pflegesektor ein Lohngefälle von 24 Prozentpunkten (gemessen am durchschnittlichen Monatsverdienst) besteht und dass dieses Gefälle auf die unzureichende Anerkennung der Qualifikationen von Frauen sowie auf mangelnde Karrierechancen und einen insgesamt höheren Anteil an Pflege- und Betreuungsaufgaben zurückzuführen ist; in der Erwägung, dass in etwa der Hälfte der Mitgliedstaaten Frauen mehr als 90 % des Kranken- und Pflegepersonals ausmachen²⁶; in der Erwägung, dass das Geschlechtergefälle aufgrund des Arbeitskräftemangels im Gesundheitswesen auf unterschiedliche Weise verstärkt wird; in der Erwägung, dass sich Frauen einer zunehmenden Arbeitsbelastung gegenübersehen und vermehrt Stress, Burnout und emotionale Belastung erfahren; in der Erwägung, dass weibliche Kranken- und Pflegekräfte

²⁴ Internationale Standardklassifikation der Wirtschaftszweige der Vereinten Nationen (ISIC) Rev. 4 Gruppe Q.

²⁵ Eurostat: „[Majority of health jobs held by women](#)“ (Mehrheit der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen sind Frauen), 8. März 2021; OECD: „[Health at a Glance: Europe 2024](#)“ (Gesundheit auf einen Blick: Europa 2024), 18. November 2024.

²⁶ Eurostat: „[Healthcare personnel statistics – nursing and caring professionals](#)“ (Statistik zum Gesundheitspersonal – Kranken- und Pflegefachkräfte).

unverhältnismäßig stark von geschlechtsspezifischer Ungleichheit und Gewalt betroffen sind; in der Erwägung, dass Frauen in der Branche schlechtere Arbeitsbedingungen haben, stärker von Gewalt am Arbeitsplatz und sexueller Belästigung betroffen sind und seltener Führungspositionen innehaben als Männer²⁷; in der Erwägung, dass diese Herausforderungen durch unzureichende oder fehlende Opferunterstützungsdienste weiter verschärft werden; in der Erwägung, dass eine solide Aus- und Weiterbildung für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung ist, um problematische, von Belästigungen und Gewalt geprägte Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Beziehungen und Affektivität zu verhindern, zu erkennen und anzugehen;

- V. in der Erwägung, dass Frauen aufgrund anhaltender Ungleichheit sowie aufgrund von Betreuungs- und Pflegeverpflichtungen und Gesundheitsrisiken häufig unverhältnismäßig stark von Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit betroffen sind; in der Erwägung, dass mehrere Berufe im Pflege- und Versorgungssektor von der Gesellschaft nicht ausreichend wahrgenommen werden und nur wenig Anerkennung erfahren, was zu niedrigen Löhnen und mangelnder Attraktivität führt; in der Erwägung, dass die Qualität der Pflege von einer ausreichenden Zahl gut ausgebildeter Arbeitskräfte, von angemessenen Arbeitsbedingungen, einer gerechten Entlohnung und gut integrierten, koordinierten Diensten abhängt; in der Erwägung, dass pflegende Angehörige, bei denen es sich vorrangig um Frauen handelt, grundlegende Pflege- und Versorgungsdienste leisten und gleichzeitig zur Entlastung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen beitragen; in der Erwägung, dass die Anerkennung des Status von pflegenden Angehörigen eine Möglichkeit ist, um dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken; in der Erwägung, dass in der Europäischen Strategie für Pflege und Betreuung 2022 ausdrücklich anerkannt wird, dass sich die informelle Pflege, die in der Regel von Angehörigen und Freunden erbracht wird, und die formelle Pflege, die von professionellen Dienstleistern erbracht wird, ergänzen und in ein kohärentes System eingebettet werden müssen; in der Erwägung, dass in dieser Strategie hervorgehoben wird, dass pflegende Angehörige durch den formellen Sektor als Partner bei der Planung und Bereitstellung von Pflege- und Versorgungsleistungen anerkannt werden müssen;
- W. in der Erwägung, dass ausreichend Personal vorhanden sein muss, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und die Gesundheit am Arbeitsplatz, die psychische Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden und die Sicherheit der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu schützen, insbesondere um das Risiko eines Burnouts zu verringern, die Effizienz und Widerstandsfähigkeit der

²⁷ Azzopardi-Muscat, N. et al.: „[Moving from health workforce crisis to health workforce success: The time to act is now](#)“, *The Lancet Regional Health - Europe*, Vol. 35, 2023.

Gesundheitssysteme zu stärken und dazu beizutragen, dass Arbeitskräfte im Gesundheitswesen nicht aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen ihr Berufsfeld verlassen;

- X. in der Erwägung, dass die Digitalisierung und eine modernisierte IT-Infrastruktur – sofern sie gut verwaltet werden – die Tätigkeiten der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen bis zu einem gewissen Grad ergänzen können, indem sie die Arbeitsbelastung, insbesondere bei Verwaltungsaufgaben, verringern, den Einsatz von Technologie fördern, die Leistungserbringung neu gestalten und das Betriebsmanagement optimieren, und zwar dadurch, dass sie überlastete Systeme entlasten und den Zugang in unterversorgten Regionen sowie in ländlichen Gebieten verbessern, vorausgesetzt, dass dies unter Achtung der Arbeitnehmerrechte und ohne dass menschliche Arbeitskräfte ersetzt oder Dienstleistungen weiter privatisiert werden erfolgt und dass die Tatsache berücksichtigt wird, dass dies mit psychosozialen Risiken wie kognitiver Überlastung, Arbeitsplatzunsicherheit oder mangelndem Vertrauen einhergehen kann; in der Erwägung, dass bei dem Einsatz von digitalen Lösungen und Remote-Lösungen, einschließlich künstlicher Intelligenz (KI), ein auf den Menschen ausgerichteter Ansatz und der Grundsatz des standardmäßigen ethischen Handelns die Grundlage bilden sollten;
- Y. in der Erwägung, dass es angesichts der raschen Entwicklung der KI und anderer aufkommender Technologien von entscheidender Bedeutung ist, in die Aus- und Weiterbildung in Bezug auf die Verwendung neuer Technologien zu investieren, um den Arbeitskräften im Gesundheitswesen die notwendigen Instrumente an die Hand zu geben und so die Nutzung ihrer Zeit zu optimieren und die Patientenversorgung zu verbessern; in der Erwägung, dass innovative Arbeitsmodelle, die auf einer Beurteilung der unterschiedlichen Qualifikationen der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen basieren, zu mehr Effizienz führen könnten, ohne dass die Qualität der Pflege darunter leidet, und gleichzeitig sicherstellen könnten, dass die jeweiligen Aufgaben von dafür geeigneten Arbeitskräften ausgeführt werden, gegebenenfalls auch mithilfe von Rezertifizierungsverfahren; in der Erwägung, dass durch Umschulung, Weiterqualifizierung und die Einbeziehung neuer technischer Kompetenzen ein noch breiteres Spektrum an Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen entstehen könnte;
- Z. in der Erwägung, dass KI-Systeme, die in den Bereichen Beschäftigung, Personalmanagement und Zugang zur Selbstständigkeit eingesetzt werden – insbesondere für die Einstellung und Auswahl von Personen, für Entscheidungen über die Bedingungen des Arbeitsverhältnisses sowie die Beförderung und die Beendigung von Arbeitsvertragsverhältnissen, für die Zuweisung von Arbeitsaufgaben auf der Grundlage von individuellem Verhalten, persönlichen Eigenschaften oder Merkmalen sowie für die

Überwachung oder Bewertung von Personen in Arbeitsvertragsverhältnissen –, in der Verordnung über künstliche Intelligenz²⁸ als hochriskant eingestuft werden, da diese Systeme die künftigen Karriereaussichten und die Lebensgrundlagen dieser Personen und die Arbeitnehmerrechte spürbar beeinflussen können;

- AA. in der Erwägung, dass die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung gemäß Artikel 168 AEUV in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt und die diesbezüglichen Maßnahmen der EU den Grundsätzen der Subsidiarität und Verhältnismäßigkeit unterliegen; in der Erwägung, dass die politischen Maßnahmen der EU dazu beitragen sollten, den Zugang zu wirksamen und tragfähigen Gesundheitssystemen im Einklang mit den nationalen Gegebenheiten zu verbessern;
- AB. in der Erwägung, dass die WHO in ihrem Bericht über das Gesundheits- und Pflegepersonal in Europa vor einer künftigen Krise im Gesundheitswesen und vor künftigen Personalengpässen gewarnt und zehn Maßnahmen sowie sieben politische Initiativen im Bereich der psychischen Gesundheit vorgeschlagen hat, um Arbeitskräfte im Gesundheitsbereich in der EU und im weiteren europäischen Raum zu stärken; in der Erwägung, dass Medizinstudierende und junge Fachkräfte im Gesundheitswesen die Zukunft des europäischen Gesundheitssystems darstellen; in der Erwägung, dass unter den Fachkräften in diesem Bereich ein Generationswechsel erforderlich ist; in der Erwägung, dass der Rückgang der Einschreibungen in gesundheitsbezogene Studien bzw. Ausbildungen ein langfristiges Risiko für die Tragfähigkeit des Gesundheitswesens darstellt; in der Erwägung, dass die Kapazitäten für die medizinische Aus- und Weiterbildung in mehreren Mitgliedstaaten eher durch Haushaltszwänge als durch transparente Bewertungen des Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung festgelegt werden; in der Erwägung, dass ländliche Regionen sowie Gebiete in Randlage und äußerster Randlage aufgrund der auf Krankenhäuser ausgerichteten Planung unterversorgt bleiben;
- AC. in der Erwägung, dass Maßnahmen zugunsten der Mobilität innerhalb der EU und der Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten gerecht und tragfähig sein sollten, um die Abwanderung von Fachwissen aus Regionen, die bereits unter Fachkräftemangel leiden, zu vermeiden, und dass diese Maßnahmen im Einklang mit dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die internationale

²⁸ Verordnung (EU) 2024/1689 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 zur Festlegung harmonisierter Vorschriften für künstliche Intelligenz und zur Änderung der Verordnungen (EG) Nr. 300/2008, (EU) Nr. 167/2013, (EU) Nr. 168/2013, (EU) 2018/858, (EU) 2018/1139 und (EU) 2019/2144 sowie der Richtlinien 2014/90/EU, (EU) 2016/797 und (EU) 2020/1828 (Verordnung über künstliche Intelligenz) (ABl. L, 2024/1689, 12.7.2024, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>).

Anwerbung von Gesundheitsfachkräften²⁹ stehen sollten; in der Erwägung, dass die freiwilligen Kontrollmechanismen des Globalen Verhaltenskodex der WHO jedoch nicht ausreichen, um wirksam auf die unterschiedlichen Erfordernisse der EU-Gesundheitssysteme einzugehen;

- AD. in der Erwägung, dass der Europäische Rechnungshof zu dem Schluss gekommen ist, dass das System der EU zur Anerkennung von Berufsqualifikationen nur in geringem Umfang und auf uneinheitliche Weise genutzt wird, und dass er die Kommission aufgefordert hat, besser zu überprüfen, ob die Mitgliedstaaten die Richtlinie über Berufsqualifikationen einhalten;
- AE. in der Erwägung, dass der Europäische Ausschuss der Regionen datengestützte Lösungen für flächendeckende Gesundheitsversorgung, verstärkte Präventionsbemühungen im Rahmen von EU4Health, die tatsächliche Anerkennung von Qualifikationen und eine solide Kohäsionspolitik für die erweiterte Ausbildung im Gesundheitsbereich gefordert hat;
- AF. in der Erwägung, dass in dem Vorschlag der Kommission zur Änderung der Verordnung (EU) 2021/1057 keine Mittel aus dem ESF+ ausdrücklich für den Gesundheitssektor ausgewiesen sind, dass auch nicht auf die spezifischen Herausforderungen dieses Sektors eingegangen wird und dass weder Mittel für das öffentliche Gesundheitswesen noch für menschenwürdige Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten dieser Branche, insbesondere für Frauen und junge Beschäftigte, vorgesehen sind; in der Erwägung, dass die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen den Zugang der Patientinnen und Patienten zu bestimmten Dienstleistungen einschränken und zu einem Verlust der Kontrolle über das öffentliche Gesundheitssystem führen könnte;
- AG. in der Erwägung, dass die Mittel aus den nationalen Aufbauplänen dafür vorgesehen waren, die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme zu stärken und deren Weiterentwicklung zu fördern, und dass sie durch weitere Maßnahmen ergänzt werden müssen, um dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen angemessen zu begegnen;
- AH. in der Erwägung, dass das Europäische Semester einen wichtigen Rahmen für die Koordinierung der Wirtschafts-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik in der gesamten EU bietet und die Mitgliedstaaten bei der Bewältigung der Herausforderungen hinsichtlich der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen unterstützen sollte;

²⁹ WHO: „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ (Globaler Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften), 2024.

- AI. in der Erwägung, dass im Niinistö-Bericht anerkannt wird, dass ein gut funktionierendes Gesundheitssystem ein Schlüsselement für die gesellschaftliche Widerstandsfähigkeit der EU ist und eine Priorität im Rahmen der Vorsorgeplanung der EU darstellt, wozu auch die Stärkung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, der medizinischen Lieferketten sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Mobilität gehören; in der Erwägung, dass der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen eine Gefahr für die Gesundheitssicherheit darstellt; in der Erwägung, dass die Kommission eine Strategie zur Krisenvorsorge angekündigt hat, für die ausreichende personelle Ressourcen im Gesundheitswesen erforderlich sind; in der Erwägung, dass der Rat (Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz) dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen nicht genügend Aufmerksamkeit schenkt;
- AJ. in der Erwägung, dass das sich rasch verändernde globale Sicherheitsumfeld, das durch zunehmende geopolitische Spannungen, bewaffnete Konflikte, hybride Bedrohungen, Fehlinformationen und Instabilität in der Nachbarschaft der EU gekennzeichnet ist, erhebliche Auswirkungen auf die öffentlichen Gesundheitssysteme und die Widerstandsfähigkeit der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen hat;
- AK. in der Erwägung, dass nationale und europaweite Maßnahmen zur Bewältigung des Personalmangels im Gesundheitswesen häufig schlecht aufeinander abgestimmt sind und wirksame Steuerungs- und Umsetzungsstrategien nur unzureichend ausgearbeitet sind oder vollständig fehlen; in der Erwägung, dass dysfunktionale Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen weit über den Sektor hinaus Auswirkungen auf die Gesellschaften in der EU haben und die wirtschaftliche Entwicklung, den sozialen Zusammenhalt und die Gerechtigkeit sowie letztlich das Vertrauen in die Regierungen und die Demokratie beeinträchtigen;
- AL. in der Erwägung, dass die öffentliche Gesundheit und die Biowissenschaften im Draghi-Bericht als Grundpfeiler für die Wettbewerbsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit Europas bezeichnet werden und die Lage im Gesundheitswesen als Problem für die Wettbewerbsfähigkeit anerkannt wird;

Beschäftigung, Arbeitsbedingungen und Schutz der psychischen Gesundheit

1. fordert die Kommission auf, unverzüglich eine umfassende und langfristige europäische Strategie für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu entwickeln, um die Zahl der Beschäftigten in dieser Branche im Laufe des nächsten siebenjährigen MFR (2028-2034) um mindestens eine Million Fachkräfte zu erhöhen und damit den EU-weiten Personalmangel im Gesundheitswesen von

schätzungsweise rund 1,2 Millionen Fachkräften auszugleichen; fordert, dass diese Strategie an demografische, technologische und epidemiologische Entwicklungen angepasst wird und dass ihr Schwerpunkt auf der Behebung von Personalengpässen, den Arbeitsbedingungen, der beruflichen Mobilität, Qualifikationslücken, der allgemeinen und beruflichen Bildung, einer verbesserten Datenerhebung sowie auf Innovation liegt, um die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, tragfähige, zugängliche und patientenorientierte Gesundheitssysteme zu schaffen, die eine hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Menschen ermöglichen und gute, sichere und stimulierende Arbeits- und Ausbildungsbedingungen bieten; fordert die Kommission daher auf, den Fachkräftemangel in den einzelnen Gesundheitsberufen und in den verschiedenen Regionen zu beobachten; fordert die Kommission des Weiteren auf, die Sozialpartner und Berufsverbände in der EU zu dieser Strategie zu konsultieren;

2. bekräftigt, dass bei allen diesbezüglichen Maßnahmen der EU das Subsidiaritätsprinzip, die nationalen Zuständigkeiten und die Autonomie der Sozialpartner zu wahren sind;
3. fordert die Mitgliedstaaten auf, umfassende nationale Strategien in diesem Bereich zu verabschieden und regelmäßig zu aktualisieren, einschließlich langfristiger Aktionspläne und einer wirksamen Personalplanung, die alle Phasen des Berufslebens abdeckt – angefangen bei der Förderung der Ausbildung, der Anwerbung und der Bindung von Fachkräften bis hin zur beruflichen Weiterbildung und der Einbindung von Fachkräften im fortgeschrittenen Alter –, wobei unterversorgten Gebieten und solchen mit begrenzten Kapazitäten hinsichtlich der Gesundheitsinfrastruktur besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden sollte; betont, dass solche langfristigen Aktionspläne eine intensive sektorübergreifende Koordinierung unter Einbeziehung aller zuständigen staatlichen Stellen erfordern, um sicherzustellen, dass die Bildungssysteme, Finanzierungsmechanismen und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen aufeinander abgestimmt sind und den nationalen und regionalen Erfordernissen im Gesundheitsbereich gerecht werden; fordert die Kommission ferner auf, die Zusammenarbeit und den Austausch über bewährte Verfahren zwischen den Mitgliedstaaten zu unterstützen;
4. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, in enger Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern umfassende Strategien für Arbeitskräfte auf nationaler und EU-Ebene zu fördern und zu koordinieren, um junge Menschen für Berufe im Gesundheitswesen zu gewinnen, der Abwanderung von Fachkräften entgegenzuwirken, die Ausbildungskapazitäten an den Bedarf des Gesundheitssystems anzupassen und sicherzustellen, dass alle Mitgliedstaaten über eine ausreichende Zahl angemessen ausgebildeter Fachkräfte im Gesundheitswesen verfügen, insbesondere in jenen Fachbereichen

mit dem größten Personalmangel; fordert darüber hinaus eine länderübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung in der allgemeinen und beruflichen Bildung, insbesondere durch Mobilitätsprogramme wie Erasmus+; fordert die Einrichtung eines gesonderten Erasmus-Austauschprogramms für Ausbildungs- und Weiterbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen, um in der gesamten EU zur Entwicklung von Kompetenzen beizutragen und die Gestaltung transnationaler und transdisziplinärer Lehrpläne zu fördern;

5. erachtet eine gesicherte Personalausstattung, gute Arbeitsbedingungen und die richtige Zusammensetzung der Teams von Fachkräften im Gesundheitswesen für äußerst wichtig, wenn es um die Patientensicherheit, die Qualität der Versorgung und das Wohlergehen des Personals geht; fordert die Kommission ferner auf, eine Empfehlung des Rates vorzuschlagen, in der gemeinsame Grundsätze für eine sichere, evidenzbasierte und qualitativ hochwertige Personalausstattung für den gesamten Gesundheitssektor festgelegt werden, die auf Ergebnissen im Bereich der Patientensicherheit, dem sozialen Dialog und Tarifverhandlungen sowie einer risikobasierten Bewertung beruhen und dabei die Vielfalt der Gesundheitssysteme uneingeschränkt berücksichtigen; fordert, dass in einer solchen Empfehlung eine unzureichende Personalausstattung als Berufsrisiko anerkannt wird; fordert die Kommission auf, zu prüfen, ob hierfür ein verbindlicher Rahmen erforderlich ist, der eine Kontrolle der Arbeitsbelastung sowie ein festgelegtes Verhältnis von Ärzten bzw. Pflegekräften zur Patientenzahl umfasst – auch bei Fällen mit hohem Behandlungsbedarf und in Bezug auf Maßnahmen zur Entlastung des Gesundheitspersonals hinsichtlich der physischen, psychischen und administrativen Belastung –, mit dem Ziel, Fehler zu reduzieren und die Gesamtleistung des Gesundheitssystems zu stärken, wobei gleichzeitig anerkannt wird, dass Gesundheitsorganisationen Flexibilität benötigen, um sich an die Gegebenheiten des Arbeitsmarktes und die Prioritäten der Personalplanung anzupassen, ohne dass dies zulasten der Versorgungsqualität oder der Patientensicherheit geht; fordert die Mitgliedstaaten auf, nationale Rechtsrahmen zu verabschieden, umzusetzen und anschließend regelmäßig zu überprüfen, einschließlich Mindestschwellen und Richtwerten für eine sichere Personalausstattung sowie Mindestkonsultationszeiten, die ausreichen, um eine genaue Beurteilung und angemessene Versorgung von Patientinnen und Patienten mit zunehmend komplexen Krankheitsbildern sicherzustellen, gegebenenfalls auch im Hinblick auf die Ausweitung der Behandlungsoptionen; fordert, dass nationale Ansätze auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, dem klinischen Kontext, dem sozialen Dialog und Tarifverträgen basieren und eine transparente Berichterstattung über Qualitäts- und Sicherheitsindikatoren vorsehen;

6. fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten und einschlägigen Berufsverbänden ein standardisiertes EU-Instrument zur Messung der Arbeitsbelastung von Pflegekräften zu entwickeln, beispielsweise durch validierte Systeme ähnlich dem Nursing Activity Score, um so für eine angemessene Personalausstattung zu sorgen und die Patientensicherheit zu verbessern;
7. fordert die Mitgliedstaaten auf, die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen als strategisch wichtig für den sozialen und wirtschaftlichen Zusammenhalt anzuerkennen und für Arbeitsbedingungen zu sorgen, die ihrem Beitrag zur Gesellschaft gerecht werden, sowie die Berufe im Gesundheitswesen offiziell als körperlich anstrengend und besonders anspruchsvoll einzustufen; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, indem sie für Arbeitsplatzsicherheit, faire Arbeitsbedingungen, eine gerechte Vergütung und angemessene Mindestlöhne gemäß der Richtlinie über angemessene Mindestlöhne³⁰ sorgen, die der jeweiligen Verantwortung und dem Qualifikationsniveau entsprechen, und indem sie Maßnahmen im Bereich der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ergreifen, einschließlich der psychischen Gesundheit, Erkrankungen des Bewegungsapparats und der Belastung durch gefährliche Stoffe und Umgebungen; fordert in diesem Zusammenhang, die Arbeitnehmerrechte zu schützen, insbesondere durch die Einhaltung der Arbeitszeiten, eine bessere Planbarkeit und mehr Flexibilität bei Schichtsystemen, die Begrenzung aufeinanderfolgender Nachtschichten und langer Schichten, die Gewährleistung angemessener Ruhe- und Erholungszeiten, den gesetzlichen bezahlten Jahresurlaub, den Zugang zu arbeitsmedizinischen und arbeitsschutztechnischen Dienstleistungen sowie die Stärkung weiterer Schutzfaktoren, darunter sozialer Unterstützung und betrieblicher Unterstützungsstrukturen, und den Schutz der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen vor prekären Beschäftigungsverhältnissen; sieht in diesem Zusammenhang den geplanten Vorschlägen der Kommission für einen Rechtsakt über hochwertige Arbeitsplätze erwartungsvoll entgegen;
8. fordert die Kommission auf, die Einhaltung der Arbeitszeitrichtlinie zu überwachen und durchzusetzen, da jeder vierte Arzt, insbesondere Assistenzärzte, und jede zehnte Pflegekraft mehr als 50 Stunden pro Woche arbeitet, was laut der WHO-Umfrage zur psychischen Gesundheit von Pflegekräften und Ärzten in der EU, Norwegen und Island zu Erschöpfung, Burnout und einem höheren

³⁰ Richtlinie (EU) 2022/2041 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 19. Oktober 2022 über angemessene Mindestlöhne in der Europäischen Union (ABl. L 275 vom 25.10.2022, S. 33, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2022/2041/oj>).

Risiko für medizinische Fehler führt;

9. fordert die Mitgliedstaaten auf, die Finanzierung von Praktika für Studierende anerkannter Bachelor- und einstufiger Studiengänge in Medizin und anderer gesundheitsbezogener Studiengänge zu unterstützen und die Möglichkeiten einer ergänzenden Mitfinanzierung durch EU-Instrumente zu prüfen; fordert die Einrichtung einer gezielten Unterstützungsmaßnahme, die sich über die gesamte Studiendauer, einschließlich der klinischen Praktika, erstreckt; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, zu prüfen, ob es möglich ist, unter Rückgriff auf EU-Instrumente einen Rahmen zur Beobachtung der Inanspruchnahme und der Auswirkungen des Finanzierungsmechanismus, der den Studierenden zur Verfügung gestellt werden soll, einzurichten;
10. erkennt die doppelte und wesentliche Rolle von Assistenzärzten, Fachärzten in Ausbildung und Doktoranten sowohl als Lernende als auch als Arbeitnehmer an; fordert einen spezifischen Rechtsschutz, der eine angemessene Vergütung, sichere Arbeitsbedingungen, garantierte Ruhezeiten, Sozialversicherungsschutz, Unterstützung bei Schwangerschaft und Elternschaft sowie eine angemessene Supervision im Einklang mit dem Arbeitsrecht auf EU-Ebene und in den einzelnen Mitgliedstaaten vorsieht; fordert die Einrichtung von Schutzmaßnahmen, damit Studierende nicht als Personenersatz herangezogen werden und damit ihr Lernen und ihre Sicherheit Vorrang haben; betont, dass ein europäischer Rahmen mit Mindestqualitätsstandards für Assistenzarztprogramme entwickelt werden muss, der eine angemessene Vergütung, eine transparente Laufbahnentwicklung, eine angemessene Supervision und Betreuung sowie die uneingeschränkte Achtung der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, einschließlich Ruhezeiten und des Zugangs zu Unterstützungsleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit, vorsieht; betont, dass Investitionen in Assistenzärzte Investitionen in die künftige Widerstandsfähigkeit und Qualität der europäischen Gesundheitsversorgung sind;
11. fordert, den Gesundheitssektor vor der Deregulierungsagenda im Rahmen des Omnibus-Pakets zu schützen;
12. fordert die Mitgliedstaaten auf, für eine echte Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, faire Arbeitszeiten, freiwillige Teilzeitarbeit sowie Mitspracherechte bei der Arbeitsgestaltung und Arbeitsplanung für das gesamte Personal im Gesundheitswesen, familienfreundliche und flexible Arbeitsregelungen, erschwingliche, qualitativ hochwertige Kinderbetreuungseinrichtungen und andere Angebote zur Unterstützung von Familien zu sorgen; bedauert, dass der schwierige Zugang zu erschwinglicher, qualitativ hochwertiger formeller Pflege zu einer übermäßigen Abhängigkeit von pflegenden Angehörigen oder Schwarzarbeit führt, was sich insbesondere auf Frauen auswirkt; erkennt die geschlechtsspezifische Dimension von

Tätigkeiten im Gesundheitswesen an, insbesondere in primär von Frauen geprägten Berufen wie der Krankenpflege oder Geburtshilfe, sowie im Pflege- und Versorgungssektor und fordert, geschlechtsspezifische Ungleichheiten zu beseitigen und für gleiche Bezahlung bei gleicher Arbeit zu sorgen; fordert besser abgestimmte und gezielte Maßnahmen im Bereich der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sowie Maßnahmen zur Bekämpfung von Lohnunterschieden, Karrierehindernissen, unsicheren Arbeitsbedingungen und Gewalt gegen Frauen im Arbeitsumfeld, damit geschlechtsspezifische Unterschiede abgebaut und gleiche Bezahlung für gleiche Arbeit durchgesetzt werden, und betont die Notwendigkeit, Frauen durch sicherere, gerechtere und förderliche Arbeitsbedingungen zu schützen; fordert die Mitgliedstaaten in diesem Zusammenhang auf, die Richtlinie zur Lohntransparenz unverzüglich und vollständig umzusetzen, das geschlechtsspezifische Lohngefälle zu beheben und die geschlechtsspezifische „gläserne Decke“ zu durchbrechen; betont, dass Depressionen und Angstzustände unter weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen häufiger auftreten, wie aus der WHO-Umfrage zur psychischen Gesundheit von Pflegekräften und Ärzten in der EU, Norwegen und Island hervorgeht; weist die Mitgliedstaaten darauf hin, dass mit Artikel 10 der Richtlinie 2013/59/Euratom des Rates³¹ Grenzwerte für die Strahlenexposition von schwangeren und stillenden Arbeitnehmerinnen eingeführt wurden;

13. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Maßnahmen zu ergreifen, um einen wirksamen Schutz vor geschlechtsspezifischer Diskriminierung und Gewalt am Arbeitsplatz sicherzustellen; fordert die Kommission auf, für die wirksame Umsetzung der Mutterschutzrichtlinie³² zu sorgen; fordert darüber hinaus die Schaffung von Anreizen, um die Rückkehr von Frauen in den Arbeitsmarkt zu unterstützen;
14. bedauert die zunehmende Zahl von Gewalttaten gegen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und fordert die Mitgliedstaaten auf, nationale Aktionspläne zur Verbesserung der Sicherheit dieser Beschäftigten aufzustellen, die die Einbindung einschlägiger Schulungsprogramme – insbesondere von Kommunikationsstrategien

³¹ Richtlinie 2013/59/Euratom des Rates vom 5. Dezember 2013 zur Festlegung grundlegender Sicherheitsnormen für den Schutz vor den Gefahren einer Exposition gegenüber ionisierender Strahlung und zur Aufhebung der Richtlinien 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom und 2003/122/Euratom (ABl. L 13 vom 17.1.2014, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/59/oj>).

³² Richtlinie 92/85/EWG des Rates vom 19. Oktober 1992 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von schwangeren Arbeitnehmerinnen, Wöchnerinnen und stillenden Arbeitnehmerinnen am Arbeitsplatz (ABl. L 348 vom 28.11.1992, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/85/oj>).

zur Deeskalation – in die Lehrpläne für Gesundheitsberufe vorsehen, sowie umfassende Unterstützungsmechanismen wie strukturierte Kooperationsprotokolle einzurichten;

15. hebt die Bedeutung der psychischen Gesundheit und des Wohlergehens von Arbeitskräften im Gesundheitswesen hervor; betont, dass Maßnahmen ergriffen werden müssen, um auf die hohe Prävalenz von Burnout, Depressionen und Angstzuständen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen in der EU zu reagieren; stellt fest, dass die Burnout-Raten bei Arbeitskräften im Gesundheitswesen besonders hoch sind, insbesondere bei Fachkräften im Bereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen (79 % der Pflegekräfte und 65 % der Ärzte)³³, und dass laut der WHO-Erhebung zur psychischen Gesundheit von Pflegekräften und Ärzten in der EU, Norwegen und Island jeder dritte Pfleger bzw. Arzt von psychischen Problemen betroffen ist und bei Ärzten und Pflegekräften fünfmal so häufig Symptome einer Depression auftreten wie in der Allgemeinbevölkerung (32 % gegenüber 6 %); weist darauf hin, dass übermäßige Ermüdung, körperliche Erschöpfung, Depressionen und psychische Belastungen das Risiko von Fehlern erhöhen, die tödliche Folgen haben können; hebt hervor, dass das Leben der Patienten häufig von den Belastungsgrenzen des erschöpften Personals abhängt; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, für die ordnungsgemäße Umsetzung der Rahmenrichtlinie über Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz³⁴ zu sorgen, um die berufsbedingten Risikofaktoren, von denen die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen betroffen sind, darunter übermäßige Arbeitsbelastung, arbeitsbedingter Stress, unsichere Arbeitsbedingungen, Gewalt und Belästigung, zu verhindern und zu bewältigen; betont ferner, dass Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit und Unterstützung bei Substanzabhängigkeit für das gesamte Personal im Gesundheitswesen verfügbar und zugänglich gemacht werden müssen, und fordert, dass die langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen anerkannt werden; fordert die Mitgliedstaaten auf, sich über bewährte Verfahren auszutauschen und Maßnahmen umzusetzen, um Prävention, frühzeitiges Eingreifen und langfristige, personenzentrierte Unterstützungsmaßnahmen wie regelmäßige Erholungs- und Resilienzprogramme, einschließlich des Zugangs zu

³³ Jelen, A. et al., „[A qualitative co-design-based approach to identify sources of workplace-related distress and develop well-being strategies for cardiovascular nurses, allied health professionals, and physicians](#)“, *BMC Health Services Research*, Bd. 24, 2024.

³⁴ Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit (ABl. L 183 vom 29.6.1989, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1989/391/oj>).

psychologischer Unterstützung, zu fördern, mit denen die Arbeitszufriedenheit verbessert und Burnout verhindert werden kann, ohne dass dafür zwangsläufig hohe finanzielle Investitionen erforderlich sind;

16. spricht sich dafür aus, den Schutz der psychischen Gesundheit des Personals zu einem zentralen Leistungsindikator zu machen, der an die Rechenschaftspflicht der Führungskräfte im Gesundheitswesen gebunden ist, was die Förderung und den Schutz der psychischen Gesundheit und des Wohlergehens des Personals anbelangt;
17. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, für die ordnungsgemäße Umsetzung der Rahmenrichtlinie über Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu sorgen, insbesondere im Hinblick auf die berufsbedingte Exposition gegenüber gefährlichen Arzneimitteln gemäß der Richtlinie über Karzinogene, Mutagene und reproduktionstoxische Stoffe; betont, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen einen der Hauptgründe dafür darstellen, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen aus gesundheitlichen Gründen aus dem Beruf ausscheiden³⁵; betont, dass die Kommission und die Mitgliedstaaten für Maßnahmen im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sorgen müssen, um gegen rheumatische und Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychosoziale Risiken vorzugehen, unter anderem durch verstärkte Forschung und Prävention; fordert die Kommission auf, den EU-Rechtsrahmen zu rheumatischen und Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychosozialen Risiken zu stärken, auch im Rahmen des Rechtsakts für hochwertige Arbeitsplätze;
18. betont, dass die Sozialpartner und die Berufsverbände, akademische Einrichtungen, wissenschaftliche Gesellschaften und andere einschlägige Akteure sowie der soziale Dialog und Kollektivverhandlungen auf nationaler und EU-Ebene eine entscheidende Rolle spielen, und fordert ihre enge und strukturierte Einbeziehung in die Gestaltung und Umsetzung von Personalstrategien und die Verbesserung der Standards am Arbeitsplatz;

Bekämpfung von Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsversorgung

19. empfiehlt den zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten, die

³⁵ Sepehrian, R. et al. „[Nurses’ view of sustain work despite musculoskeletal pain:A qualitative study](#)“, *Journal of Education and Health Promotion*, Bd. 13(1), 2024; Gorce, P. und Jacquier-Bret, J., „[Continental effect on work-related musculoskeletal disorders prevalence among cares: systematic review and meta-analysis](#)“, *BMC Nursing*, Bd. 24, 2025; siehe auch: „Musculoskeletal disorders“, Website der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

Koordinierung zu verbessern, um integrierte regionale Gesundheitsstrategien zu entwickeln, mit denen besser integrierte Versorgungswege geschaffen werden, und ein umfassendes und integriertes Versorgungsmodell einzuführen, das die stationäre, häusliche, in der lokalen Gemeinschaft bereitgestellte sowie die ambulante Versorgung umfasst; betont, dass die Umstrukturierung und Modernisierung der Behandlungsmöglichkeiten von entscheidender Bedeutung sind, wenn es darum geht, die strategische Verteilung und Verwendung von Gesundheitspersonal zu verbessern und die Systemeffizienz und die Behandlungserfolge zu steigern; fordert die Mitgliedstaaten auf, die Dienste für die Gesundheit von Frauen zu stärken, um eine integrierte, geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung bereitzustellen, und erkennt die unersetzliche Rolle formeller und informeller Pflegekräfte an;

20. fordert die Anerkennung des Status pflegender Angehöriger, bei denen es sich überwiegend um Frauen handelt, um ihre unbezahlte Arbeit zu würdigen und zu vergüten und ihnen einen angemessenen Sozial- und Arbeitsschutz zu gewährleisten, einschließlich des Zugangs zu Sozialversicherungsleistungen, Fortbildung und Unterstützungsdiensten;
21. betont, dass Unterschiede beim Zugang zu Pflege und bei deren Qualität Ungleichheiten im Gesundheitsbereich verfestigen und insbesondere die Gesundheitsversorgung von älteren und benachteiligten Bevölkerungsgruppen in aufgrund von Arbeitskräftemangel unterversorgten Gebieten wie Bergregionen, ländlichen Gebieten, Inseln, abgelegenen Gebieten, Gebieten in äußerster Randlage, Vororten und von Abwanderung betroffenen Gebieten gefährden; fordert die Entwicklung gezielter und spezifischer Gesundheitsstrategien zur Stärkung der Gesundheitsinfrastruktur; betont, dass häusliche und in der lokalen Gemeinschaft bereitgestellte Pflegedienste als wesentliche soziale Infrastruktur eingestuft werden müssen; fordert die Mitgliedstaaten ferner auf, die Datenerhebung und -analyse zu verbessern, um einer übermäßigen Konzentration medizinischer Fachkräfte in bestimmten Großstädten und entwickelten Regionen vorzubeugen; spricht sich für die Stärkung datengestützter Ansätze aus, um regionale und territoriale Unterschiede bei der Verfügbarkeit von Fachkräften im Gesundheitswesen zu ermitteln und anzugehen und für eine angemessene und gerechte Verteilung der Dienstleistungen in unterversorgten Gebieten zu sorgen;
22. empfiehlt, Daten über regionale Unterschiede im Gesundheitsbereich in die nationale Personalplanung im Gesundheitswesen und Kohäsionspolitik zu integrieren und die Schaffung eines speziellen Finanzierungsfensters im Rahmen des ESF+ und der Kohäsionspolitik zu fördern, um die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung nachhaltiger Strategien für Arbeitskräfte im

Gesundheitswesen zu unterstützen; betont, dass die Kohäsionsfonds eine wichtige Rolle spielen, wenn es darum geht, in die lokale Gesundheitsinfrastruktur zu investieren und Anreize zu schaffen, um Gesundheitsfachkräfte für unterversorgte und weniger besiedelte Gebiete zu gewinnen und dort zu halten und so den territorialen Zusammenhalt zu fördern;

23. fordert die Mitgliedstaaten nachdrücklich auf, die Verwendung von EU-Mitteln und nationalen Geldern zu optimieren, unter anderem in Form von innovativen finanziellen und nichtfinanziellen Anreizen, um Arbeitskräfte im Gesundheitswesen für unterversorgte Gebiete wie Bergregionen, ländliche Gebiete, Inselregionen, entlegene Gebiete, Gebiete in äußerster Randlage und von Abwanderung betroffene Regionen zu gewinnen und dort zu halten; legt nahe, dass diese Anreize die Unterstützung von Wohnraumlösungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen, die Finanzierung von Stipendien, Forschungsprojekten und strukturierten beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten sowie die Gewährung von Steuervergünstigungen umfassen sollten; fordert die Mitgliedstaaten auf, die Nutzung der Kohäsionsfonds zu beschleunigen und zu erleichtern, insbesondere um gezielte und wirtschaftlich tragfähige Initiativen zu unterstützen und Abhilfe für medizinisch unterversorgte Gebiete zu schaffen; schlägt vor, für Fälle, in denen isolierte Gebiete als Folge von Verwaltungsgrenzen entstehen, grenzüberschreitende Gesundheitsversorgungsinitiativen in Erwägung zu ziehen;
24. erkennt an, dass junge Fachkräfte im Gesundheitswesen einem erhöhten Risiko für arbeitsbedingten Stress und unangemessene Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, und fordert die Einrichtung von soliden Mentoring- und Unterstützungssystemen am Arbeitsplatz, um ihr Wohlergehen, ihre berufliche Entwicklung und ihren Verbleib in der Branche zu fördern;
25. befürwortet die Entwicklung eines gezielten und gerechten Einsatzes von Telemedizin, KI und anderen innovativen Technologien, einschließlich der erforderlichen Infrastruktur, einer ausgewogenen nationalen Regulierung, der erforderlichen kontinuierlichen digitalen Aus- und Weiterbildung von Beschäftigten im Gesundheitswesen und gegebenenfalls von Patienten sowie Maßnahmen zur Unterstützung eines gleichberechtigten Zugangs als Instrument zur Ergänzung der Vor-Ort-Versorgung, um Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu beseitigen; betont, dass die Vor-Ort-Versorgung die vorrangige Versorgungsform bleiben muss; fordert die Integration sicherer, interoperabler telemedizinischer Instrumente wie der Fernüberwachung von Patienten bei chronischen Erkrankungen, um die Kontinuität der Versorgung zu verbessern, Lösungen für medizinisch unterversorgte Gebiete bereitzustellen und die Belastung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu verringern; betont, dass alle digitalen und

technologischen Innovationen im Arzneimittelsektor das territoriale Netz von Apotheken in ihrer Funktion der Dienstleistung im öffentlichen Interesse unterstützen und nicht ersetzen sollten, um hohe Qualitäts- und Sicherheitsstandards sicherzustellen;

26. nimmt zur Kenntnis, dass die Präsidentin der Kommission die neue Initiative für Resilienz im Bereich der globalen Gesundheit angekündigt hat, mit der die Resilienz der Gesundheitssysteme und die Vorsorge für Krisenfälle wie Pandemien, Naturkatastrophen oder von Menschen verursachte Katastrophen gestärkt werden soll; fordert die Mitgliedstaaten in diesem Zusammenhang auf, ausreichende Ressourcen für die Koordinierung mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten bereitzustellen, um die Entwicklungen im Bereich der globalen Gesundheit zu überwachen und globale Phänomene frühzeitig zu erkennen; betont, dass der Präventions-, Vorsorge- und Reaktionsplan der Union für Gesundheitskrisen und die Pläne der Mitgliedstaaten die Kontinuität der Versorgung bei Gesundheitskrisen, einschließlich Naturkatastrophen oder anderer Katastrophen, sicherstellen, die Patientenrechte gemäß der Richtlinie 2011/24/EU³⁶ über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wahren und die Gesundheit und Sicherheit der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen schützen sollten;
27. fordert die Mitgliedstaaten nachdrücklich auf, nationale Strategien für Apothekenfachkräfte auszuarbeiten, um zu definieren, welche Rolle Krankenhaus- und Offizinapothekern in der integrierten Pflege zukommt; würdigt den Stellenwert der Apotheken als Gesundheitseinrichtungen, die als erste Anlaufstelle fungieren und zur grundlegenden Gesundheitsinfrastruktur gehören, unter Achtung der nationalen Zuständigkeiten und der Vielfalt der Gesundheitssysteme; betont, dass das Personal in Krankenhausapotheken dringend gestärkt werden muss; nimmt zur Kenntnis, dass sich die Rolle der Apotheker mit dem wissenschaftlichen Fortschritt wandelt, und fordert eine stärkere Unterstützung des Berufs und Maßnahmen zur Erleichterung der Freizügigkeit von Apothekern, um die Flexibilität der Arbeitskräfte zu verbessern; erkennt die zentrale Rolle von Apothekern bei der Handhabung, Entsorgung und dem Recycling medizinischer Produkte an, insbesondere bei der Verringerung der Verschmutzung durch Arzneimittel, und fordert die Mitgliedstaaten auf, Initiativen zur Sensibilisierung und Schulung der Öffentlichkeit weiter auszubauen;
28. legt den Mitgliedstaaten nahe, in enger Abstimmung mit Berufs- und

³⁶ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>).

Patientenorganisationen evidenzbasierte Modelle für die schrittweise Weiterbildung von Apothekern zur Unterstützung der langfristigen Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen zu prüfen und sicherzustellen, dass jede potenzielle Ausweitung der Verschreibungsbefugnisse mit angemessenen Schulungen sowie regulatorischen Schutzvorkehrungen auf der Grundlage von Mechanismen für die Patientensicherheit und die Qualitätskontrolle einhergeht;

Anwerbung, Mobilität und Ausbildung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen

29. fordert die Mitgliedstaaten auf, eine hochwertige Ausbildung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Verbindung mit hochwertigen Mentoring-Angeboten zu fördern, um den Eintritt in den Arbeitsmarkt zu erleichtern, lebenslanges Lernen und flexible Laufbahnen zu unterstützen und in Ausbildungswege, einschließlich Weiterbildung, zu investieren, mit denen neue Technologien und Aufgabenverlagerungen sicher integriert werden können, wo dies klinisch angemessen ist; unterstützt die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der Stärkung von Ausbildungskapazitäten und -wegen, einschließlich der Vermittlung von sprachlichen und digitalen Kompetenzen sowie von regionalspezifischem und an den geografischen Kontext angepasstem Wissen, beim Ausbau von Programmen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz und bei der Anerkennung informeller Kompetenzen; fordert die Mitgliedstaaten auf, mit Unterstützung der Kommission koordinierte Maßnahmen auf der Grundlage hochwertiger Daten zu ergreifen, die darauf abzielen, die Ausbildung auf nationaler Ebene vollständig abdecken zu können und eine für ihren Bedarf angemessene Zahl von Fachkräften im Gesundheitswesen auszubilden, auch in den Fachrichtungen und Bereichen mit dem größten Mangel, um so eine nachhaltige und effiziente Personalplanung zu fördern und eine übermäßige Belastung bestimmter Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu verhindern; betont, dass die Investitionen in die Hochschulbildung für Gesundheitsberufe erhöht und Kampagnen auf EU-Ebene und auf nationaler Ebene, mit denen junge Menschen ermutigt werden, in ihren heimischen Gesundheitssystemen zu bleiben und zu arbeiten, gefördert werden müssen, um einer weiteren Abwanderung hochqualifizierter Kräfte vorzubeugen; fordert die Kommission auf, den Austausch über bewährte Verfahren in der gesamten EU durch den Transfer von Fachwissen im Gesundheitswesen zu erleichtern, und fordert die Mitgliedstaaten auf, diesen Austausch zu veranlassen, um den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung zu stärken;
30. fordert die Mitgliedstaaten nachdrücklich auf, für eine nachhaltige Personalausstattung im Bereich der Onkologie zu sorgen, um Leben zu retten, die durch Krebserkrankungen verursachten Belastungen in der EU zu verringern und die Ziele von Europas Plan gegen den

Krebs zu erreichen;

31. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Maßnahmen zu ergreifen, um der Bildungsverschwendung entgegenzuwirken, die dadurch entsteht, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen Arbeitsstellen füllen, für die eine geringe bis mittlere Qualifikation und kein Hochschulabschluss erforderlich ist;
32. spricht sich für eine faire Mobilität für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen innerhalb der EU aus, die durch die Richtlinie über Berufsqualifikationen erleichtert werden soll; betont insbesondere, dass sichergestellt werden muss, dass in der EU erworbene Qualifikationen im Einklang mit dem Grundsatz der Gleichbehandlung gemäß Artikel 14 Absatz 5 der Richtlinie und Kapitel VI Nummer 51 der Empfehlung der Kommission vom 15. November 2023 zur Anerkennung der Qualifikationen von Drittstaatsangehörigen (C(2023)7700) in gleicher Weise anerkannt werden, auch um eine umfassende Mobilisierung zu ermöglichen;
33. betont, dass ein koordinierter Ansatz der IAO, WHO und der EU erforderlich ist, um die Ströme von Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu überwachen, ethische Regeln für die internationale Mobilität zu fördern und die Abwanderung hochqualifizierter Kräfte zu verhindern; betont, dass die internationale Rekrutierung dort, wo sie erforderlich ist, im Interesse der langfristigen Tragfähigkeit von Gesundheitssystemen nicht als einziges Instrument, sondern als ergänzende Maßnahme betrachtet werden sollte und im Einklang mit den ethischen Grundsätzen des globalen Verhaltenskodex der WHO stehen muss, um die Entstehung oder Verschärfung eines Arbeitskräftemangels in den Herkunftsländern zu verhindern und die einschlägige Überwachung zu verbessern; weist darauf hin, dass eine solche Rekrutierung auch unter uneingeschränkter Achtung der nationalen Gesundheitssysteme und der Nachhaltigkeit des Personalbestands erfolgen sollte; begrüßt die Aufnahme bestimmter Kategorien von Gesundheitsberufen in die Liste der EU-weiten Mangelberufe als Teil einer Reihe von Maßnahmen zur Behebung des Arbeitskräftemangels in der EU im Zusammenhang mit der kürzlich angenommenen Verordnung über den EU-Talentpool³⁷;
34. fordert die Kommission auf, die Richtlinie über Berufsqualifikationen zu überarbeiten, um die Anerkennung von in digitaler Form erworbenen Qualifikationen aufzunehmen, die Zahl der abgedeckten Berufe zu erhöhen und eine tatsächliche Übertragbarkeit von Qualifikationen, Kompetenzen und Rollen, auch im Bereich der

³⁷ Verordnung (EU) 2026/1047 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2026 zur Einrichtung eines EU-Talentpools (ABl. L, 2026/1047, 29.2.2026, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2026/1047/oj>).

Langzeitpflege, zu ermöglichen und die gegenseitige Anerkennung zu verbessern, unter anderem durch bessere gemeinsame Mindestanforderungen und eine bessere Vergleichbarkeit der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften zwischen den Mitgliedstaaten;

35. betont, dass wissenschaftlich fundierte medizinische Verfahren verteidigt werden müssen, und hebt hervor, dass bei der Abgrenzung und EU-weiten Standardisierung medizinischer Verfahren darauf geachtet werden sollte, dass Verfahren, die wissenschaftlich nicht ausreichend begründet sind, ausgenommen werden;
36. spricht sich für die beschleunigte und digitalisierte Anerkennung zusätzlicher Qualifikationen und Microcredentials durch die verstärkte Nutzung gemeinsamer Ausbildungsrahmen aus, die eine stärkere Bindung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen und eine verbesserte grenzüberschreitende Mobilität ermöglichen; befürwortet die Mobilität von Beschäftigten und Fachkräften im Gesundheitswesen hin zu anspruchsvolleren beruflichen Tätigkeiten, auf der Grundlage der Anerkennung ihrer Qualifikationen gemäß dem Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR); betont, dass die Einstellung und Bindung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen und insbesondere von Pflegefachkräften als deren größte Gruppe vorrangige Beachtung verdient, dass motivierende Karriereaussichten und zugängliche Schulungsmöglichkeiten entwickelt und dass gleichzeitig die Arbeitsbedingungen verbessert und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben unterstützt werden müssen;
37. fordert die EU und die Mitgliedstaaten auf, auf die Bewältigung der Herausforderungen hinzuwirken, mit denen die Mitgliedstaaten im Zusammenhang mit der Abwanderung hochqualifizierter Kräfte konfrontiert sind, und dafür zu sorgen, dass Vorkehrungen getroffen werden, damit Mobilität nicht zu einem Fachkräftemangel in abgelegenen und unterversorgten Regionen führt; betont, dass die Mobilität der Arbeitskräfte innerhalb der Union eine Wahl sein sollte und keine Notwendigkeit, die aus den anhaltenden Ungleichheiten bei den Beschäftigungs- und Karrieremöglichkeiten in den Mitgliedstaaten erwächst; fordert die Kommission auf, die Mitgliedstaaten zu unterstützen, die am stärksten von der Abwanderung von Gesundheitspersonal betroffen sind; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, geeignete Anreize dafür zu schaffen, dass sich Praktikantinnen und Praktikanten im medizinischen Bereich und im Gesundheitswesen für Praktika in ländlichen und unterversorgten Gebieten entscheiden, in denen der Mangel an Gesundheitspersonal besonders akut ist; fordert außerdem die Schaffung von Programmen zur Erleichterung der freiwilligen Rückkehr von Gesundheitsfachkräften aus der EU, die derzeit in anderen Mitgliedstaaten oder außerhalb der EU beschäftigt sind; betont, dass Arbeitnehmer im Falle einer Änderung

des Arbeitsortes im Einklang mit der Richtlinie über transparente und vorhersehbare Arbeitsbedingungen in der EU rechtzeitig informiert werden müssen³⁸;

38. betont, dass die EU und die Mitgliedstaaten in die allgemeine und berufliche Bildung, einschließlich der kontinuierlichen Weiterbildung, investieren sollten, um einen nachhaltigen, widerstandsfähigen und hochqualifizierten Personalbestand im Gesundheitswesen zu erzielen, unter anderem durch von der EU finanzierte Programme, und die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Zumutbarkeit und Qualität der Gesundheitsberufe sicherzustellen, die einen Kernbestandteil resilienter Gesundheitssysteme bilden, wie dies auch in verschiedenen Berichten der WHO dargelegt wird, damit alle Menschen in der EU Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung haben; betont, dass kompetentes Personal im öffentlichen Gesundheitswesen, das ethische Werte vertritt und gesellschaftliche Anerkennung erfährt, für die Prävention, Vorsorge und Bewältigung von Gesundheitsbedrohungen von wesentlicher Bedeutung ist; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Maßnahmen auf nationaler und EU-Ebene an den gemeinsamen Fahrplan der WHO und der ASPHER zur Professionalisierung der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Europa anzugleichen; betont, dass die Aufrechterhaltung hoher Standards in der allgemeinen und beruflichen Bildung von entscheidender Bedeutung ist, um die Attraktivität der Gesundheitsberufe sowie die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung sicherzustellen; fordert die Kommission auf, eine koordinierte Bewertung der medizinischen Aus- und Weiterbildung in der EU durchzuführen, um dazu beizutragen, dass die Zuweisung zusätzlicher Mittel gezielter auf die Bewältigung des derzeitigen Arbeitskräftemangels ausgerichtet wird; fordert eine starke und langfristige Kohäsionspolitik, um die Mitgliedstaaten besser in die Lage zu versetzen, mehr Menschen im Gesundheitswesen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu bieten;
39. fordert, dass der Arbeitskräftemangel im Gesundheitswesen bis zum Ende des nächsten mehrjährigen Programmplanungszeitraums im Jahr 2034 behoben wird, was eine Kombination von Anreizen erfordert, einschließlich allgemeiner und beruflicher Bildung innerhalb der EU, Bindungsstrategien, Mobilität innerhalb der EU und einer ethisch vertretbaren internationalen Rekrutierung; betont, dass die Bewältigung der strukturellen Herausforderungen, mit denen der Sektor konfrontiert ist, von entscheidender Bedeutung ist, um die Attraktivität des Sektors sowie die Anwerbung von jungen Menschen, Quereinsteigern und Berufsrückkehrern zu verbessern und höhere Bindungsquoten zu erreichen; betont, dass die Bindung

³⁸ Richtlinie (EU) 2019/1152 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Juni 2019 über transparente und vorhersehbare Arbeitsbedingungen in der Europäischen Union (ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 105, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2019/1152/oj>).

des vorhandenen Personals das wirksamste und kosteneffizienteste Mittel zur Stabilisierung der Gesundheitssysteme darstellt; betont, dass die Stärkung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen dabei helfen kann, dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken, einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen und faire Arbeits- und Mobilitätsbedingungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen in der Union zu wahren;

40. fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten den Zugang zu diversifizierten Ausbildungswegen, einschließlich universitärer Studiengänge, beruflicher Aus- und Weiterbildung und Fachausbildung, Lehrlingsausbildung, Umschulung und Weiterbildung, zu verbessern; fordert Bestimmungen, mit denen sichergestellt wird, dass in individuellen Arbeitsverträgen Zeit für die berufliche Aus- und Weiterbildung vorgesehen wird; fordert die Pflege und Weiterentwicklung bewährter Verfahren in der EU, damit die Zusammenarbeit im Bereich der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowohl den Herkunfts- als auch den Zielländern zugutekommt; fordert die Kommission in diesem Zusammenhang auf, die Mitgliedstaaten in die Lage zu versetzen, die Finanzierungsinstrumente der EU wie EU4Health, den ESF+, Horizont Europa und die Mittel der Kohäsionspolitik in vollem Umfang zu nutzen, um den Arbeitskräftemangel in den am stärksten betroffenen Bereichen zu beheben, die Lehrpläne zu aktualisieren, digitale und interdisziplinäre Kompetenzen zu stärken, um bessere Bedingungen für die Einstellung und Bindung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu schaffen und die freiwillige Rückkehr und Wiedereingliederung von Gesundheitsfachkräften in ihre Herkunftsländer zu erleichtern; betont, dass die Instrumente der Kohäsionspolitik, darunter der ESF+ und das Programm EU4Health, genutzt werden sollten, um gezielte Anreize, Mentoring-Programme und Exzellenzzentren zu finanzieren, die den Transfer von Fähigkeiten und Kenntnissen zwischen den Mitgliedstaaten ermöglichen; fordert die Mitgliedstaaten auf, mit möglicher Unterstützung durch EU-Mittel und unter Berücksichtigung der nationalen Gegebenheiten sowie Mitwirkung der Sozialpartner Mobilität von Studierenden und jungen Fachkräften im Gesundheitswesen durch Stipendien zu fördern und dabei auch gezielt Personen aus benachteiligten Verhältnissen zu berücksichtigen;
41. empfiehlt, sowohl auf EU-Ebene als auch auf nationaler Ebene Anreize zu schaffen, um seltene Fachrichtungen für Ärzte, Pflegefachkräfte, Hebammen, Zahnärzte, Apotheker, Sanitäter und andere medizinische oder nichtmedizinische Gesundheitsfachkräfte, die weiterführende Bildungs- und Ausbildungswege abschließen, attraktiv zu machen, auch in Notsituationen und in medizinisch unterversorgten Gebieten in der gesamten EU;

42. fordert die EU und die Mitgliedstaaten auf, ihre Rechtsrahmen zu aktualisieren und tertiäre Bildungseinrichtungen weiter darin zu bestärken, Lehrpläne zu entwickeln, die dem sich wandelnden medizinischen und technologischen Umfeld Rechnung tragen, um gemeinsame Ausbildungsstandards in allen Ländern und Fachrichtungen zu überprüfen, die nationalen Verfahren für die Erneuerung von Lizenzen für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen anzupassen und die grenzüberschreitende Portabilität in diesem sich wandelnden Umfeld zu ermöglichen;
43. fordert die Mitgliedstaaten auf, Schulungen im Bereich Kommunikation für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu fördern; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und für die Gesundheitskompetenz zu unterstützen und zu finanzieren, die darauf ausgerichtet sind, die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu erhöhen, junge Menschen zu ermutigen, eine Karriere in diesem Bereich anzustreben, die allgemeine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und die Beschäftigten im Gesundheitswesen einzubeziehen, wenn es darum geht, korrekte gesundheitsbezogene Informationen zu vermitteln und so Falschinformation den Nährboden zu entziehen;
44. fordert die Mitgliedstaaten auf, bei der beruflichen Entwicklung im Medizin- und Pflegebereich einen Ansatz zu verfolgen, der die gesamte Berufslaufbahn berücksichtigt, in dem Bildung und berufliche Fähigkeiten gefördert werden und ein strukturierter Aufstieg von Einstiegsaufgaben hin zu Führungsfunktionen vorgesehen ist, und zwar unter anderem indem verstärkt berufsbegleitende Supervision und Mentoring mit besonderem Schwerpunkt auf Frauen und jungen Fachkräften angeboten wird; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Rolle und die Rechte von formellen und informellen Pflegekräften in der integrierten Pflege stärker zu würdigen;
45. fordert die Mitgliedstaaten auf, den Kompetenzmix bei den Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu beurteilen und die Aufgabenmuster basierend auf Modellen, die bereits in der EU genutzt werden, erforderlichenfalls durch Aufgabenverlagerung neu zu gestalten, einschließlich der Möglichkeit, Aufgaben an spezialisierte Pflegekräfte und Pflegekräfte mit erweiterten Aufgaben (nach dem Konzept des „Advanced Practice Nursing“) und qualifiziertes Gesundheitspersonal oder Gesundheitsdienste in Apotheken zu delegieren, und evidenzbasierte Modelle und gut funktionierende Modelle für Zusammenarbeit und Supervision, einschließlich einer Kompetenz- und Aufgabenteilung, zu prüfen und gleichzeitig für angemessene Ausbildung, Supervision, hohe Sicherheitsstandards und die Qualität der Versorgung sowie klare Strukturen für Rechenschaftspflicht zu sorgen; betont, dass aufbauend auf der Konsultation der relevanten Sozialpartner

Leitlinien auf EU-Ebene für eine gesicherte und evidenzbasierte Aufgabenverlagerung und Aufgabenteilung erforderlich sind; bekräftigt, dass jedes Delegieren oder Übertragen von Aufgaben mit einvernehmlich vereinbarten beruflichen Zuständigkeiten, einem klar definierten Tätigkeitsbereich, zweckdienlichen Rechenschaftsmechanismen und einer angemessenen Entlohnung, die den neuen Verantwortlichkeiten entspricht, einhergehen muss; betont, dass es wichtig ist, unter anderem Pflegekräfte und Hebammen im Einklang mit den Empfehlungen der WHO Europa in die Ausarbeitung gesundheitspolitischer Maßnahmen einzubeziehen;

46. hebt hervor, dass dank Pflegekräften mit erweiterten Aufgaben das Potenzial besteht, die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu stärken, insbesondere indem Engpässe in ländlichen, vorstädtischen und abgelegenen Gebieten sowie in Inselregionen angegangen werden; betont, dass durch die Ausweitung und Anerkennung erweiterter Pflegeaufgaben dazu beigetragen werden kann, den Zugang zu Betreuung und Pflege zu verbessern, die medizinische Grundversorgung zu stützen und die ohnehin schon überlasteten Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu entlasten; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die Entwicklung, Ausbildung und gegenseitige Anerkennung hinsichtlich derartiger Funktionen in der EU im Rahmen der anstehenden Strategie für nachhaltige und widerstandsfähige Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu fördern; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, den Austausch über bewährte Verfahren in Bezug auf nationale Regelungen über Förderungs- und Zahlungssysteme zu erleichtern, um für Qualität, Sicherheit, Rechenschaftspflicht, gerechte Vergütung und Anerkennung bei erweiterten Pflegeaufgaben zu sorgen;
47. betont, dass im Hinblick auf die umfassende Optimierung und Ausweitung des Kompetenzmixes Hilfskräfte eingestellt werden müssen;

Unterstützung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen durch den digitalen Wandel

48. betont, dass die Mitgliedstaaten enger mit der OECD, der IAO und der WHO zusammenarbeiten müssen, um mit dem Ziel der Echtzeit-Erhebung, -Kartierung und -Analyse von Daten über die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen ihre Registriermethoden zu verbessern und interoperable und standardisierte digitale Systeme einzurichten und zu entwickeln; hält es für wichtig, dass diese digitalen Systeme Daten über Faktoren, die die Berufswahl beeinflussen, und über Trends hinsichtlich Folgendem umfassen: Ausbildungsbedarf, Bedarf im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld, Fluktuation, Indikatoren hinsichtlich Geschlecht und Gleichstellung, Inanspruchnahme von Schulungen und digitale Kompetenzen, in Gesundheitsdienste eingebundene Teile des

Fachpersonals der Sozialfürsorge, Mobilität von Arbeitskräften im Gesundheitswesen, Wechsel in andere Sektoren und eine diesbezügliche Gesamtzahl, Arbeitsbelastung einschließlich Ruhezeiten und Überstunden, Beschäftigungsstatus, Statistiken über im Ausland ausgebildete einheimische Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und regionale Unterschiede bei solchen digitalen Systemen; betont, dass derartige Systeme Prognosen, Kapazitätsplanung und eine faktengestützte Entscheidungsfindung ermöglichen sollten, um den künftigen Arbeitskräftebedarf besser vorherzusehen und systemische Engpässe, unter anderem durch Spezialisierung und das Maß an Betreuung und Pflege, sowie Koordinierungslücken zwischen dem Gesundheitswesen und der Sozialfürsorge zu ermitteln; fordert die Einbeziehung von Daten sowohl öffentlicher als auch privater Gesundheitsdienstleister, um ein vollständiges Bild der Kapazitäten im Gesundheitswesen zu erhalten und sicherzustellen, dass datengesteuerte innovative Lösungen umfassendere Strategien zur Verbesserung der Anwerbung und Bindung, der Arbeitsbedingungen und der für die Patienten erzielten Resultate ergänzen;

49. fordert eine kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in den Bereichen digitale Kompetenzen, Biotechnologie und andere innovative Technologien und, wo es aus klinischer Sicht zweckdienlich ist, KI-gestützte Diagnostik; fordert die systematische Unterstützung der Aus- und Weiterbildung durch simulationsbasierte Programme und Initiativen für digitale Kompetenz, um im Einklang mit den Anforderungen gemäß der Richtlinie über Berufsqualifikationen die Weiterbildung von Arbeitskräften im Gesundheitswesen zu ermöglichen; betont, dass für alle Arbeitskräfte im Gesundheitswesen eine Aus- und Weiterbildung zum Einsatz neuer Technologien und digitaler Werkzeuge sichergestellt werden muss; stellt fest, dass das Niveau der digitalen Kompetenz bei den Arbeitskräften im Gesundheitswesen sehr unterschiedlich ist, und empfiehlt daher, bei der kontinuierlichen Weiterbildung einen Ansatz des lebenslangen Lernens zu verfolgen; fordert die Mitgliedstaaten auf, diese Kompetenzen in die Lehrpläne der Ausbildungsprogramme für Gesundheitsberufe einzubeziehen und sicherzustellen, dass alle Arbeitskräfte im Gesundheitswesen die Fähigkeiten erwerben, die für ein sicheres und effizientes Arbeiten in technologiegestützten Umgebungen im Gesundheitswesen erforderlich sind; gibt zu bedenken, dass diese Schulungen für alle Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zugänglich sein sollten;
50. hebt hervor, dass Innovationen, einschließlich digitaler Werkzeuge und Technologien, die fachliche Beurteilung ergänzen müssen und nicht ersetzen dürfen, um so für eine auf das Individuum ausgerichtete und menschliche Versorgung, Patientensicherheit und feststellbare Verantwortlichkeiten zu sorgen; betont, dass digitale Gesundheitssysteme auf der Grundlage wissenschaftlicher

Erkenntnisse konzipiert werden und operativ umsetzbar sein müssen und dass sie an lokale Arbeitsabläufe angepasst sein müssen, anstatt durch fragmentierte Systeme oder obligatorische KI-Entscheidungsprotokolle die Effizienz zu beeinträchtigen; stellt fest, dass KI-gestützte Instrumente auch Kosten senken und Verwaltungsaufgaben straffen können, betont in diesem Zusammenhang jedoch, dass bei allen klinischen Entscheidungen stets der Grundsatz der Kontrolle durch den Menschen eingehalten werden muss; fordert ferner, gegen Alarmmüdigkeit vorzugehen, indem eine engere Zusammenarbeit mit Entwicklern von Medizinprodukten und -software angeregt wird, um interoperable und intelligente Lösungen zu entwickeln, mit denen unnötige Alarmmeldungen reduziert und die Reaktionsgenauigkeit verbessert wird; fordert die Kommission auf, zu beurteilen, ob es sachdienlich ist, Leitlinien zu KI am Arbeitsplatz – vor allem in Bezug auf KI-gestützte Geräte und Instrumente, die Hochrisiko-KI-Systeme als Sicherheitskomponenten verwenden – herauszugeben, damit insbesondere am klinischen Arbeitsplatz der Grundsatz der Kontrolle durch den Menschen gewährleistet ist, und um im Hinblick auf die im Rahmen der Verordnung über künstliche Intelligenz und der Datenschutz-Grundverordnung³⁹ (DSGVO) vorgesehenen Umsetzungsberichte den Auswirkungen möglicher in Gesundheitsdiensten eingesetzter algorithmischer Managementinstrumente besondere Aufmerksamkeit zu widmen; fordert die Kommission auf, eine Folgenabschätzung durchzuführen, die durch eine Prüfung hinsichtlich Wettbewerbsfähigkeit und KMU ergänzt wird, und einen Vorschlag zum algorithmischen Management am Arbeitsplatz auf der Grundlage von Artikel 153 Absatz 2 Buchstabe b AEUV in Verbindung mit Artikel 153 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 16 Absatz 2 AEUV sowie des Ergebnisses der genannten Maßnahmen vorzulegen;

51. spricht sich für die Digitalisierung von administrativen Abläufen und die Einführung von KI-Werkzeugen zur Verringerung von unnötigem Verwaltungsaufwand aus; befürwortet den umfassenderen Einsatz interoperabler Instrumente und Analysemodelle für ein erfolgreiches Personalmanagement, einschließlich der Prognose von Entwicklungen bei den Ruhestandseintritten, der regionalen Einführung und der Ermittlung von Qualifikationslücken, wobei der Datenschutz und die Einhaltung der DSGVO sicherzustellen sind; regt an, dass diese Instrumente ausdrücklich so konzipiert sein sollten, dass der „digitale Verwaltungsaufwand“ begrenzt und die Zeit, die für die elektronische Dokumentation aufgewendet wird,

³⁹ Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>).

verkürzt wird, und weist darauf hin, dass die Zeit, die nach der Dienstzeit für das Erledigen von Verwaltungsarbeiten aufgewendet wird, zu Ermüdung beiträgt und die Absicht, den Arbeitsplatz aufzugeben, verstärkt und dass sie so gering wie möglich gehalten werden muss, damit die Fachkräfte mehr Zeit haben, die Patientinnen und Patienten zu behandeln und ihnen Auskünfte zu erteilen; würdigt die Rolle, die Sekretariats- und Verwaltungsfachkräfte im Gesundheitswesen bei der Verringerung des Verwaltungsaufwands für Beschäftigte im Gesundheitswesen spielen, und befürwortet inklusive Schulungen im Bereich Digitalisierung und KI ebenso für diese Berufsgruppen; fordert, dass virtuelle Realität und Online-Tools wirksam genutzt werden, um die Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung zu verbessern;

52. hebt die Rolle hervor, die sichere, interoperable und innovative digitale Gesundheitslösungen, mit denen die Versorgungsprozesse für Akutpatientinnen und -patienten und chronisch Kranke auch im Rahmen des Rehabilitationsverlaufs wirksamer gestaltet werden sollen, und der Einsatz der Telemedizin, unter anderem in Form von vernetzten Medizinprodukten, bei der Unterstützung ländlicher und abgelegener Gebiete spielen; fordert die Unterstützung solcher Lösungen, um die Arbeitsabläufe und ihre operative Koordinierung zu verbessern; unterstreicht, dass diese Technologien zwar die Gesundheitsversorgung ergänzen und verbessern können, aber es nichtsdestotrotz ein Gesundheitswesen, das angemessen mit gut unterstütztem Personal ausgestattet ist, sowie Vor-Ort-Versorgung braucht; fordert, dass die Digitalisierung von Verwaltungsverfahren gefördert und gleichzeitig sichergestellt wird, dass alle Innovationen dazu dienen, das Netz von Apotheken in den Regionen zu stützen, anstatt diese zu ersetzen; bekräftigt, dass die Regulierung von pharmazeutischen Ferndiensten im Einklang mit den nationalen Rechtsvorschriften stehen muss; weist warnend darauf hin, dass digitale Werkzeuge, die entwickelt und eingeführt wurden, ohne die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und die Patientenorganisationen einzubeziehen, häufig nicht den Anforderungen entsprechen und die Gefahr bergen, den Verwaltungsaufwand und den arbeitsbedingten mentalen Stress zu erhöhen;
53. stellt fest, dass der Europäische Gesundheitsdatenraum (EHDS) das Potenzial bietet, die Effizienz der Gesundheitsversorgung in der EU zu verbessern und einen sicheren und interoperablen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den Mitgliedstaaten zu ermöglichen, der auf der nationalen eHealth-Infrastruktur aufbaut und diese ergänzt; unterstreicht dessen Potenzial zur Stärkung der Forschung und der Resilienz der Gesundheitssysteme; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, dafür Sorge zu tragen, dass der EHDS den Aufbau digitaler Kapazitäten unterstützt und gleichzeitig eine sichere und geschützte digitale Datenerhebung und die transparente Bereitstellung von Informationen garantiert, wobei stets sicherzustellen ist, dass von den Patientinnen und Patienten eine

Einwilligung nach Aufklärung eingeholt wird und hohe Standards in Bezug auf Datenschutz und Berufsethik gewahrt bleiben; fordert die Kommission nachdrücklich auf, innerhalb des bestehenden Rahmens des Kompetenzpakts Maßnahmen der beruflichen Aus- und Weiterbildung, der Hochschulbildung und des Kapazitätsaufbaus zu unterstützen, einschließlich der Entwicklung von Kompetenzinitiativen zu Gesundheitsdaten, die es den Arbeitskräften im Gesundheitswesen ermöglichen, den EHDS und andere digitale Instrumente in der täglichen Praxis erfolgreich zu nutzen;

54. fordert die Europäische Kommission nachdrücklich auf, sich für eine Kompetenzakademie für Gesundheitsdaten einzusetzen und einen Kompetenzrahmen und eine Aufstellung der Personalausstattung zu erarbeiten, um über die europäischen Gesundheitssysteme hinweg die Umsetzung einer integrierten Gesundheitsdatenverwaltung zu unterstützen;

Finanzierung und strategische Planung auf EU-Ebene und auf nationaler Ebene

55. fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, in Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen, einschließlich der Annahme eines Gesundheitsvorsorge-Ansatzes, sowie in Reaktions- und Wiederaufbaumaßnahmen zu investieren und diese zu koordinieren und sich dabei auf die Lehren aus der COVID-19-Pandemie zu stützen sowie die entscheidende Rolle anzuerkennen, die die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in dieser Krise gespielt haben, während der sie vor dem Hintergrund sich verschlechternder Arbeitsbedingungen und begrenzter Flexibilität bei den Arbeitsregelungen häufig an emotionaler Erschöpfung litten, vermehrt physischen und psychosozialen Risiken ausgesetzt waren und einer erhöhten Nachfrage gegenüberstanden; betont, dass die öffentlichen Gesundheitssysteme gestärkt werden müssen, indem nachhaltig in die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, einschließlich der Erhöhung ihrer Anzahl und der Verbesserung der Aus- und Weiterbildung, und in die Kompetenzen des Gesundheitspersonals investiert wird und Investitionen in medizinische Ausrüstung, Krankenhäuser und innovative Gesundheitstechnologien, mit denen sich die Effizienz und die Resilienz verbessern lassen, erfolgen; betont, dass es wichtig ist, Module für Krisenmanagement, -resilienz und -vorsorge in die Aus- und Weiterbildungsprogramme aufzunehmen; fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten Investitionen in Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, einschließlich Maßnahmen zur Gewährleistung einer gesicherten Personalausstattung, und in die öffentlichen Gesundheitssysteme im Rahmen des Europäischen Semesters anzuregen und zu überwachen; fordert koordinierte Investitionen in Forschung und Innovation, um die strategische Autonomie Europas und die rasche Entwicklung und Herstellung medizinischer Gegenmittel in Krisenzeiten sicherzustellen; fordert, dass die

Kommission und der Rat „Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz“ der Abwehrbereitschaft des Gesundheitssektors und der Fähigkeit, die Vorsorgestrategie umzusetzen, deutlich mehr Aufmerksamkeit widmen, indem sie das Feld der geteilten Zuständigkeiten aktiver ausloten, um im Rahmen der Ratsformation der Gesundheitsminister Probleme im Zusammenhang mit Arbeitskräften zu lösen;

56. fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Patientenorganisationen eine Beobachtungsstelle zur Koordinierung der regelmäßigen Überwachung und der Zukunftsprognosen hinsichtlich des Arbeitskräfteangebots und der Nachfrage nach Arbeitskräften auf allen Ebenen der Gesundheitssysteme einzurichten und Indikatoren zu erarbeiten, die die Mitgliedstaaten verwenden können, um die Effizienz und Sicherheit ihrer Gesundheitssysteme zu bewerten und dabei Modellierungen der Gemeinsamen Forschungsstelle, OECD-Berichte und WHO-Initiativen als Grundlage heranzuziehen; fordert die Kommission auf, in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten die Arbeit der relevanten Generaldirektionen aufeinander abzustimmen, um die Transparenz und die faktengestützte Politikgestaltung in den Mitgliedstaaten zu verbessern; regt dazu an, Prognosen zum Bedarf an Arbeitskräften zu erstellen, um die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und die Versorgung bei seltenen Krankheiten zu erleichtern; unterstreicht, dass diese Überwachung in Zusammenarbeit mit relevanten Interessenträgern, einschließlich Patientenorganisationen, durchgeführt werden sollte;
57. betont, dass eine angemessene, solide und nachhaltige Finanzierung wichtig ist, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, die öffentlichen Mittel im Gesundheitswesen aufzustocken; betont, dass die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme von entscheidender Bedeutung ist, um makroökonomische Stabilität und langfristige sozioökonomische Resilienz zu gewährleisten; hebt hervor, dass gezielte Investitionen in Aus- und Weiterbildung, Prävention, Gesundheitsförderung, in die Stärkung der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und in die Vorsorge für gesundheitliche Notlagen die künftige Belastung der Gesundheitssysteme und der öffentlichen Finanzen erheblich verringern können; betont, dass eine bessere und transparentere Steuerung erforderlich ist und dass die Administration durch die Verringerung unnötigen Verwaltungsaufwands zweckmäßiger gestaltet werden muss, um bessere und sicherere Rahmenbedingungen für hochwertigere Pflege zu schaffen; fordert die Mitgliedstaaten auf, Gesundheitsinvestitionen in ihren nationalen Haushaltsrahmen vorrangig zu behandeln, um nicht nur den Zugang zu medizinischen Diensten, sondern auch die Arbeitsplatzsicherheit für die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu garantieren und dafür zu sorgen, dass Mittel für die Personalanwerbung und -bindung, die

gesicherte Personalausstattung, die berufliche Weiterentwicklung und das Wohlergehen der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen effizient bereitgestellt werden; tritt dafür ein, dass mittels der Finanzierung der öffentlichen Gesundheit sichergestellt ist, dass keine Patientinnen und Patienten, einschließlich derjenigen mit seltenen Krankheiten und Krankheiten, die mit Orphan-Arzneimitteln behandelt werden müssen, zurückgelassen werden und dass auf die demografischen Trends und die allgemeine Belastung durch Krankheiten strategisch reagiert wird, wobei der Schwerpunkt auf Prävention, Früherkennung und Intervention liegen sollte; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten auf, auch im Zusammenhang mit möglichen künftigen Reformen und europäischen Vorsorgeinitiativen anzuerkennen, dass Investitionen in die Gesundheitsversorgung einen langfristigen strategischen Nutzen bieten, der Produktionspotenzial freisetzt und einen wirtschaftlichen Wert schafft, mit dem dank der Vermeidung von Gesundheitskosten und höherer Produktivität ein Profit erzielt werden kann, der die ursprünglichen Investitionen bei Weitem übersteigt; fordert die Kommission und die Mitgliedstaaten darauf aufbauend nachdrücklich auf, diese strategischen Investitionen prioritär zu behandeln, indem sie die Flexibilität im Rahmen der Haushaltsregeln der EU ausloten und prüfen, ob die Ausgaben für das Gesundheitswesen von Sparmaßnahmen ausgenommen werden können, und indem sie gleichzeitig die Haushaltsdisziplin, die Transparenz über die Ausgaben, die Prüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen und die Achtung der nationalen Zuständigkeiten im Bereich der öffentlichen Finanzen sicherstellen;

58. empfiehlt eine erhöhte Zuweisung und eine vermehrte effiziente Nutzung spezieller EU-Mittel (EU4Health, Horizont Europa, Europäische Struktur- und Investitionsfonds, Erasmus+, Digitales Europa usw.) im MFR 2028-2034, um einen integrierten Ansatz hinsichtlich Personalplanung, gesicherter Personalausstattung, Anwerbung, Aus- und Fortbildung, Personalbindung und Innovationen im Gesundheitswesen voranzutreiben, wobei besonderes Augenmerk auf jene Regionen zu legen ist, die akuten Engpässen gegenüberstehen, und wobei für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, die sich für eine Beschäftigung in unterversorgten Gebieten entscheiden, Anreize geschaffen werden sollten; befürwortet die strategische Nutzung des ESF+ und der Instrumente der Kohäsionspolitik, um die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung nachhaltiger Strategien für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen zu unterstützen; betont, dass die demografische Herausforderung einer alternden Bevölkerung eine der Hauptursachen für die gestiegenen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitskräfte im Gesundheitswesen ist und als politische Priorität anerkannt werden muss; stellt mit Besorgnis fest, dass erhebliche, durch den Arbeitskräftemangel weiter verlängerte Wartezeiten den rechtzeitigen Zugang zur Gesundheitsversorgung behindern, was zu schlechteren Resultaten

im Gesundheitswesen führt, und unterstreicht, dass verzögerte Diagnosen und Behandlungen die Gesundheitskosten erhöhen und die Notfall- und Langzeitpflegesysteme zusätzlich belasten; stellt mit Besorgnis fest, dass im Vorschlag für den MFR für die Zeit nach 2027 keine eigene Haushaltslinie für Gesundheit vorgesehen ist, und betont, dass ausreichend Mittel für Gesundheitsbelange garantiert und im Rahmen des künftigen MFR zweckgebunden sein müssen; fordert eine angemessene Mittelzuweisung im Rahmen künftiger EU-Finanzierungsinstrumente, die an die Stelle des Programms EU4Health treten, um die Arbeitskräfte im europäischen Gesundheitswesen zu unterstützen; betont, dass es wichtig ist, in jedem MFR eine eigene EU-Mittelausstattung für Gesundheit vorzusehen, damit von der EU finanzierte Initiativen zur Bekämpfung des Arbeitskräftemangels im Gesundheitswesen nachhaltig, planbar und mit konkreten Zielsetzungen verbunden sind;

59. betont, dass der MFR 2028-2034 ein umfassendes und angemessen finanziertes Gesundheitsbudget beinhalten muss, um die Entwicklung und Umsetzung einer langfristigen europäischen Strategie für Arbeitskräfte im Gesundheitswesen sicherzustellen, den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu beheben und dafür zu sorgen, dass die Gesundheitssysteme in der gesamten EU tragfähig, resilient und zugänglich sind;

Förderung der Rolle der primären Gesundheitsversorgung

60. fordert, dass Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Pflegekräfte und das Fachpersonal in der zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Grundversorgung mehr Unterstützung erhalten und dass die entscheidende Funktion gewürdigt wird, die sie bei der Prävention, der Gesundheitsförderung, der Frühd Diagnose, dem Management von Krankheiten und der integrierten Pflege im Bereich der physischen und psychischen Gesundheit übernehmen; fordert, dass diese Funktion gestützt wird, indem Anreize für die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Kliniken und den Ausbau der Aus- und Weiterbildungskapazitäten im Bereich Allgemeinmedizin, einschließlich des Generationswechsels der Arbeitskräfte im Gesundheitswesen, geschaffen werden; betont erneut, dass die EU-Mittel zur Finanzierung gemeinsamer Schulungen und digitaler Infrastruktur beitragen sollten, um eine umfassende Einbindung der primären Gesundheitsversorgung und spezialisierter Dienste sicherzustellen, indem beispielsweise die Einrichtung von Netzwerken zur Fernkonsultation ermöglicht wird, die den Zugang der Patientinnen und Patienten zur Versorgung verbessern und Wartezeiten verkürzen; spricht sich für die Förderung von Prävention und Gesundheitskompetenz ab einem jungen Alter aus, um die Belastung der Arbeitskräfte in der medizinischen Grundversorgung zu verringern; betont den Stellenwert eines kontinuierlichen Dialogs mit den Sozialpartnern, den Arbeitskräften im Gesundheitswesen und anderen

Interessenträgern und fordert die Mitgliedstaaten auf, für umfassende Konsultationsverfahren im Hinblick auf Änderungen politischer Maßnahmen Sorge zu tragen;

61. nimmt den sozialen Aspekt des gemeinschaftlichen Gesundheitswesens zur Kenntnis und betont, dass digitale und telemedizinische Lösungen nicht die wichtige Rolle von Beschäftigten im gemeinschaftlichen Gesundheitswesen, die sich häufig um die am stärksten isolierten Menschen in unseren Gemeinschaften wie ältere Menschen kümmern, ersetzen sollten;
62. unterstreicht, dass die Kontinuität des Patient-Arzt-Verhältnisses gewahrt bleiben muss, da sie für eine hochwertige, vertrauensvolle und auf den Menschen ausgerichtete Versorgung unverzichtbar ist; betont, dass jede Person Zugang zu einem Haus- oder Primärarzt haben sollte, damit die langfristige, idealerweise lebenslange Kontinuität der Versorgung sichergestellt ist, unabhängig davon, ob diese über öffentliche oder private Gesundheitsdienste erbracht wird; fordert die Mitgliedstaaten auf, Rahmen zu schaffen, mit denen dieses Recht als Eckpfeiler tragfähiger und zugänglicher Gesundheitssysteme garantiert wird;
63. erkennt die entscheidende Rolle von Apotheken vor Ort an und betont, dass ihre enge Zusammenarbeit mit multidisziplinären Teams in der primären Gesundheitsversorgung sichergestellt sein muss und Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, familienmedizinische Pflegekräfte und spezialisiertes Gesundheitsverwaltungspersonal in solche Teams eingebunden sein müssen, um die Resilienz der Gesundheitssysteme zu stärken und eine koordinierte, auf den Menschen ausgerichtete Versorgung bereitzustellen; fordert, dass angemessene Infrastruktur, hinreichende Personalausstattung und ausreichend Zeit für die Konsultation sichergestellt werden, damit Fachkräfte in der medizinischen Grundversorgung eine wirksame präventive und ganzheitliche Versorgung gewährleisten können; empfiehlt, die Koordinierung mit pflegenden Angehörigen zu verbessern;

◦

◦ ◦

64. beauftragt seine Präsidentin, diese Entschließung dem Rat und der Kommission sowie den Regierungen und Parlamenten der Mitgliedstaaten zu übermitteln.