

Sachverständigenrat
GESUNDHEIT & PFLEGE

Fachkräfte im Gesundheitswesen

**Nachhaltiger Einsatz
einer knappen
Ressource**

Gutachten 2024

Fachkräfte im Gesundheitswesen

Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource

Gutachten 2024

Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege

www.svr-gesundheit.de

DOI: 10.4126/FRL01-006400072

Kurzinhalt

Vorwort	III
Inhaltsverzeichnis	IX
Exkursübersicht	XII
Tabellenverzeichnis	XII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XV
Executive Summary	XXI
Teil I: Beschreibung der Fachkräftesituation	1
1 Fachkräfte im Gesundheitswesen – Status Quo	3
2 Folgen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen	81
3 Determinanten der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen	101
Teil II: Empfehlungen zur Verbesserung der Fachkräftesituation	151
4 Maßnahmen zur Erhöhung des Fachkräfteangebots	153
5 Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften	207
6 Strukturelle Maßnahmen	243



Vorwort

Am 29. Dezember 2022 traten Gesetzesänderungen in Kraft, von denen zwei diesen Sachverständigenrat betrafen: Die erste Änderung des den Rat begründenden § 142 SGB V¹ ergänzte den Namen um den Zusatz „und in der Pflege“, die zweite legte fest, dass der Rat seine „Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Pflege“ nicht mehr wie bisher alle zwei Jahre, sondern „in der Regel im Abstand von zwölf Monaten“ vorlegen solle.

Unter diesen gesetzlich veränderten Rahmenbedingungen trat im Februar des Jahres 2023 der neue Rat sein Amt an, in den der Bundesgesundheitsminister sieben Sachverständige aus Medizin, Pflegewissenschaft und Gesundheitsökonomie berufen hatte. Zugleich machte der Minister von seinem Recht Gebrauch, den Gegenstand des anstehenden Gutachtens vorzugeben: die Fachkräftesituation im deutschen Gesundheitswesen.

Dieses komplexe Thema hat den Rat und die ihn unterstützende Geschäftsstelle im ersten Jahr seiner Amtszeit intensiv beschäftigt. Wie bei anderen Fragestellungen im Gesundheitswesen erwies sich auch im Hinblick auf das Thema „Fachkräfte“ die Fokussierung auf die Bedarfe der Patienten, also das „Patientenwohl“, als maßgebliches Kriterium.² Zugleich bot aber auch das „Wohl“ der in Gesundheitsberufen Tätigen, verstanden als deren physische, psychische und soziale Gesundheit, in der Erstellung des Gutachtens wichtige Orientierung. Denn wenn die Menschen in den Heil- und Hilfsberufen chronisch überlastet sind oder sich nicht wertgeschätzt fühlen, dann werden sie selbst krankheitsanfälliger und weniger motiviert sein, womöglich schlechtere Arbeit leisten, ihre Arbeitszeit reduzieren oder den Beruf verlassen.

Strukturelle Defizite des deutschen Gesundheitswesens führen zu Problemen, welche in Übertragung des gesundheitspolitisch populär gewordenen Konzepts von „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ aus dem SVR-Gutachten von 2000/2001 als Über-, Unter- und Fehlallokation vorhandener Fachkräfte in den Gesundheitsberufen bezeichnet werden könnten.

Der Rat kommt in seinem Gutachten zu der Überzeugung: Der Bedarf an Versorgung im oben dargelegten umfassenden Sinne wird in den bisherigen Strukturen künftig nicht gedeckt werden können, selbst wenn es zu einer überdurchschnittliche Zunahme an Personal kommen würde. Dem steht die voraussichtlich zunehmende Zahl von Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftigen

¹ Fassung aufgrund des Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I Seite 2793), in Kraft getreten am 29. Dezember 2022.

² In seinem Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems“ (2021) definierte der Rat „Patientenwohl [...] als das Wohl aller aktuellen und aller zukünftigen Patientinnen und Patienten“ (siehe Textziffer 31).

in den kommenden 10 bis 15 Jahren entgegen, welche durch die demografische Entwicklung bedingt ist. Zudem dürfte das zunehmende Wissen in der Medizin, der Pflegewissenschaft und den Lebenswissenschaften die Behandlungs- und Pflegebedarfe erhöhen. Ob dies durch eine potenziell entlastende Wirkung mancher Erkenntnisfortschritte in der Anwendung (wie etwa gezielter KI-Einsatz) aufgewogen werden kann, ist nicht seriös abzuschätzen. In jedem Fall hält es der Rat für unwahrscheinlich, dass in den bisherigen Strukturen der gesamte Bedarf im Gesundheitswesen auch künftig gedeckt werden kann.

Im Kontext des vorhergehenden Gutachtens zur Resilienzstärkung hatte der Rat bereits das deutsche Gesundheitswesen als „hochkomplex[es] behäbiges Schönwettersystem“ kritisiert, das für Krisenbewältigung nicht gut vorbereitet sei. Das aktuelle Gutachten nimmt diesen Punkt auf und stellt fest, dass das deutsche Gesundheitssystem generell für eine hochwertige, zugleich angemessene und effiziente Versorgung nicht optimal eingerichtet ist. Der Begriff der Effizienz ist in diesem Zusammenhang nicht nur ökonomisch (siehe § 12 SGB V), sondern auch ethisch zu verstehen: Es geht um die bestmögliche Nutzung der Mittel, die die Solidargemeinschaft der Versicherten, letztlich alle Bürgerinnen und Bürger – durch den Arbeitgeberbeitrag und den Bundeszuschuss – bereitstellen. Diese Grundverpflichtung gebietet auch, die zunehmend knappen Personalressourcen im Gesundheitswesen im Sinne des Patientenwohls besser einzusetzen.

Zu einem solchen, im weiten Sinne des Wortes nachhaltigen Personaleinsatz gehören die Allokation der Ressourcen auf medizinisch-pflegerisch Sinnvolles, ein größeres Maß an Transparenz, ein datengestützt und strategisch geplanter Einsatz der Ressourcen des Gesundheitssystems, eine bedarfsgerechte Steuerung der Patientenwege, die Schaffung dezentraler, regionaler Versorgungsstrukturen mit vorrangiger Nutzung ambulanter Betreuungs- und Versorgungsangebote sowie eine die Qualität und Effizienz steigernde Strukturreform der Krankenhausversorgung, der Primärversorgung und Langzeitpflege. Zugleich sollte durch allgemeine und zielgruppenspezifische Aufklärung die Gesundheitskompetenz der Menschen gestärkt werden, um die Lebensqualität zu steigern und die Krankheitslast und damit verbundene Versorgungsbedarfe möglichst zu senken, zumindest aber über einen längeren Zeitraum zu strecken. Es gilt, durch Verhaltens- und Verhältnisprävention die Menschen zu gesunden Lebensstilen und möglichst viel Eigenverantwortung und Selbstbestimmung in der Sorge um ihre Gesundheit zu befähigen.

Ein rein quantitativer Aufwuchs an Fachkräften (z. B. durch mehr Medizinstudienplätze) ist teuer, kurzfristig schwierig umsetzbar und als isolierter Lösungsansatz ungeeignet. Es bedarf vielmehr struktureller Reformen mit dem Ziel der effizienteren Verwendung der knappen Ressource Personal. Hier sind auch qualitative Aspekte wie Neustrukturierung der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung innerhalb und zwischen den Gesundheitsberufen, eigenverantwortliches, wertgeschätztes Arbeiten, familienfreundliche, verlässliche Arbeitsbedingungen und die effiziente Nutzung digitaler Möglichkeiten, z. B. in der sektorenübergreifenden Dokumentation und Zugänglichkeit von Gesundheitsdaten, von zentraler Bedeutung. Der Rat hat aus dieser Erkenntnis heraus, auf dem Weg der Gutachtenerarbeitung, die Bemühungen um strukturelle Verbesserungen im Bereich der zersplitterten Krankenhauslandschaft in den Bundesländern und der mangelhaften Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen aus fachlichen Gründen nachdrücklich begrüßt³ und

³ Siehe die SVR-Pressemitteilung vom 26. Oktober 2023 „Mutige Krankenhausreform und wirksame Digitalisierung zum gezielteren Einsatz der Fachkräfte im Gesundheitswesen nötig“, aufrufbar unter www.svr-gesundheit.de/aktuelles-detail/pm-svr-zu-krankenhausreform-und-digitalisierung/.

darauf hingewiesen, dass der Fachkräftemangel nicht durch isolierte, einzelne Bemühungen behoben werden kann, sondern ein Bündel von ineinandergreifenden Maßnahmen erfordert.

Zugleich hat der Rat erkannt, dass die neue Vorgabe aus § 142 SGB V, das Gutachten möglichst in zwölf Monaten vorzulegen, nicht erlaubt, die Fachkräftesituation für alle Gesundheitsberufe in ihrer je eigenen Komplexität zu analysieren und spezifische Empfehlungen zu formulieren. Er hat sich deshalb exemplarisch auf die drei zahlenmäßig größten Berufsgruppen konzentriert: die Ärzte, Pflegefachkräfte und Medizinischen Fachangestellten. Dem Rat ist bewusst, dass für das übergreifende Ziel einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung viele andere Berufsgruppen ebenso unverzichtbar sind. Wir sind aber zuversichtlich, dass viele der hier entwickelten Empfehlungen systemisch genug angelegt sind, um auf andere Berufsgruppen als die drei hier näher betrachteten angewandt werden zu können.

Wir freuen uns, hiermit das Ergebnis unserer konzertierten Bemühungen vorzulegen, und sind gespannt auf die Diskussionen, die unsere Analysen und Empfehlungen hoffentlich anstoßen. Wir legen sie in zwei Teilen vor: Nach der Executive Summary fokussiert das Gutachten in seinem ersten Teil auf die Beschreibung der aktuellen Fachkräftesituation im Gesundheitswesen (Kapitel 1 bis 3). Im zweiten Teil werden die drei Ansatzpunkte erörtert, die einzeln oder in Kombination zur Verbesserung der Fachkräftesituation beitragen sollen. Dieser Empfehlungsteil ist gegliedert nach Steuerung des Angebots, Steuerung der Nachfrage und Verbesserung der Strukturen (Kapitel 4 bis 6).

Der Rat hat im Rahmen der Gutachtenerstellung wichtige Anregungen erhalten. Unser Dank gilt vor allem den vielen Expertinnen und Experten, die uns in Anhörungen und weiteren Gesprächen an ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und Einschätzungen haben teilhaben lassen, namentlich:

Anja Afentakis (Statistisches Bundesamt), Prof. Dr. Roland Bachmann (Leiter des Kompetenzbereichs „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“, Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung), Dr. Nils Backhaus (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Markus Bauch, Annina Hittmeyer und Ruth Albrecht (BMG Datenlabor), Richard Blomberg (Leiter Außenbeziehung und Strategie des Medizinischen Fakultätentags), Dr. Matthias Blum (Dezernat Politik und Kommunikation, Bundesärztekammer), Christine Denk (Geschäftsführerin des Deutschen Pflegerates), Prof. Dr. Michael Ewers (Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité), Prof. Dr. Matthias Frosch (Präsident des Medizinischen Fakultätentags), Dr. Michaela Fuchs (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung), Dr. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung), Prof. Dr. Kerstin Hämel (Professorin für Gesundheitswissenschaften, Schwerpunkt Pflegerische Versorgungsforschung, Universität Bielefeld), Friederike Hertweck PhD (Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung), Ulrike Kempchen (BIVA-Pflegeschutzbund), Hedy Kerek-Bodden (Vorsitzende des Hauses der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband), Gunda Kabel (Bundesagentur für Arbeit), Dr. Bernadette Klapper (Bundesgeschäftsführerin Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe), Hannelore König (Präsidentin des Verbands medizinischer Fachberufe), Bennet Krebs (Bundesinstitut für Berufsbildung), Ulrich Langenberg (Geschäftsführer Politik, Bundesärztekammer), Andrea Lohmann-Haislah (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Irene Maier (Vizepräsidentin des Deutschen Pflegerates), Dr. Tobias Maier (Bundesinstitut für Berufsbildung), Dr. Karola Mergenthal (Stellvertretende Leiterin des Arbeitsbereiches Chronische Krankheit und Versorgungsforschung der Goethe-Universität Frankfurt am Main), Dr. Marie Mualem-Schröder (Geschäftsstelle des Sachverständigenrates für Integration und Migration), Prof. Panu Poutvaara PhD (Mitglied des Sachverständigenrates für Integration und Migration), Samir Rabbata (Leiter Dezernat Politik und Kommunikation,

Bundesärztekammer), Dr. Ulrike Rösler (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Dr. Nicolai Schäfer (Bundesverband der Honorarärzte), Prof. Dr. Doris Schaeffer (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld), Rotraut Schmale-Grede (Präsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga), Prof. Dr. Dr. h. c. Monika Schnitzer (Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung), Prof. Dr. Tom Stargardt (Hamburg Center for Health Economics), Prof. Dr. Renate Stemmer (Professorin für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement, Katholische Fachhochschule Mainz), Dr. Dominik von Stillfried (Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland), Prof. Dr. Martin Werding (Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung), Christine Vogler (Präsidentin des Deutschen Pflegerates), Katharina Voß (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege), Dr. Frank Wissing (Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentags), Dr. Michael Wünning (Chefarzt Zentrum für Notfall- und Akutmedizin am Katholischen Marienkrankenhaus Hamburg).

Wir danken unseren Gesprächspartnern in Kopenhagen, mit denen wir bei einem Besuch im Rahmen des Deutsch-Dänischen Aktionsplans das Fachkräftethema sowie andere systemische Fragen wie die Digitalisierung oder die Ambulantisierung von Gesundheitsversorgung aus unseren jeweiligen Perspektiven erörtern konnten. Namentlich seien hier genannt:

Prof. Mickael Bech (Department of Political Science and Public Management, University of Southern Denmark), Peter Born, MD, PhD (Paediatric Neurologist, Senior Hospital Physician at Rigshospitalet, Copenhagen), Claus Christoffersen (Deputy Mayor of Helsingør / Communications Consultant at KiAP (Danish National Quality Unit of General Practice)), Prof. Thomas Drivsholm, MD, PhD (KiAP (Danish National Quality Unit of General Practice) / Associate Professor, University of Copenhagen), Morten Freil (CEO at Danish Patients), Christiane Gasse, RPharm, PhD (Associate Professor, Aarhus University), Prof. Dorte Gyrd-Hansen (Head of Research, Danish Centre for Health Economic, Department of Public Health, University of Southern Denmark), Prof. Tine Jess, MD, DMSc (Director of Center for Molecular Prediction of Inflammatory Bowel Disease, Department of Clinical Medicine, Aalborg University), Erik Jylling, MD (Director for Health Policy, Executive Vice President of Danish Regions), Prof. Kim Rose Olsen (Danish Centre for Health Economics, Department of Public Health, University of Southern Denmark), Associate Professor Anne Sophie Oxholm (Danish Centre for Health Economics, Department of Public Health, University of Southern Denmark), Prof. Hartwig Roman Siebner, DMSc (Department of Radiology and Nuclear Medicine, Copenhagen University Hospital Amager and Hvidovre / Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen), Lise Tarnow (Steno Diabetes Center Sjælland), Vibeke van der Sprong (Deputy Director General at the Danish Health Data Authority), Rikke Wiwe (Danish Nurses Organisation), Mette Wallbohm Olsen (Clinical Leader of Steno Diabetes Center Sjælland).

Fachkundige Informationen konnten u. a. auch bei der Bundesagentur für Arbeit, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Statistischen Bundesamt, dem Wissenschaftlichen Institut der AOK und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland eingeholt werden. Rat und Geschäftsstelle danken auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bundesministeriums für Gesundheit und anderer Ressorts sowie in den Landesministerien, die für Auskünfte und Rückfragen immer ansprechbar waren.

Der Rat dankt des Weiteren herzlich Marie Coors, Dr. Laura Garschagen, Dr. Lorenz Harst, Dr. Sebastian Himmler und Dr. Adriana König für ihre wertvolle Mitarbeit am Gutachten.

Für die wissenschaftliche Recherche, die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Entwurfsfassungen zu Gutachtenkapiteln sowie für die Schlussredaktion konnte sich der Rat auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besondere Anerkennung. Der Rat dankt namentlich Sonja Barth, Sarah-Lena Böning, Janina Franke, Dr. Valérie Groß, Janine Hinkler, Pauline Klaßen, Rebekka Müller-Rehm und Dr. Miriam Räker sowie Dr. Frank Niggemeier als dem Geschäftsführer des Rates und Leiter des Wissenschaftlichen Stabs.

Bonn/Berlin, im März 2024

Michael Hallek

Melanie Messer

Jonas Schreyögg

Nils Gutacker

Stefanie Joos

Jochen Schmitt

Leonie Sundmacher

Das vorliegende Gutachten bemüht sich um gendersensible Formulierungen. Sofern aus Gründen der besseren Lesbarkeit, der Vermeidung ermüdender Aufzählungen (insbesondere bei den Berufsbezeichnungen) oder des gesetzlichen Sprachgebrauchs generische Substantiva (z. B. „Leistungserbringer“ oder „Person“) verwendet werden, sind immer Menschen jeglicher Geschlechtsidentität gemeint.

Die Nutzung des sogenannten Gendersternchens (in Zitaten natürlich nur, wenn so im Original genutzt) ist weder als ideologische Parteinahme zu verstehen noch als Votum gegen die Empfehlungen des Rats für deutsche Rechtschreibung oder gegen die Expertise von Sprachwissenschaftlern. Sie erfolgt vielmehr im Geist flexibler, kontextangemessener Sprachhandhabung, die in dieser oft unerbittlich geführten Debatte allen Beteiligten guttäte.

Der Redaktionsschluss für dieses Gutachten war der 31. Januar 2024.

Für eventuelle Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Inhaltsverzeichnis

Kurzinhalt	I
Vorwort	III
Inhaltsverzeichnis	IX
Exkursübersicht	XII
Tabellenverzeichnis	XII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Abkürzungsverzeichnis	XV
Executive Summary	XXI
Teil I: Beschreibung der Fachkräftesituation	1
1 Fachkräfte im Gesundheitswesen – Status Quo	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Spezifische Berufsgruppen	8
1.2.1 Pflegeberufe	12
1.2.2 Medizinische Fachangestellte (MFA)	34
1.2.3 Ärzt*innen	44
1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung	65
1.4 Anhang	68
1.5 Literatur	70
2 Folgen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen	81
2.1 Einleitung	81
2.2 Folgen für Patient*innen und Pflegebedürftige	82
2.2.1 Gefährdung der Patientensicherheit	82
2.2.2 Unzureichende Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientenbedürfnissen	83
2.2.3 Erschwerter Zugang zu benötigten und angemessenen Versorgungsleistungen	83
2.3 Folgen für pflegende Angehörige	84
2.3.1 Hauptlast der Versorgungsleistung in der Langzeitpflege	84
2.3.2 Gesundheitliche Belastung und finanzielle Risiken	85
2.3.3 Ausweichen in den „Grauen Pflegemarkt“	85
2.4 Folgen für das Personal im Gesundheitswesen	86
2.4.1 Schwierige Arbeitsbedingungen	86
2.4.2 Chronische Gesundheitsschädigung und hoher Anteil an krankheitsbedingten Fehltagen	88
2.4.3 Abnehmende Attraktivität der Ausbildung und des Berufsfeldes	88
2.4.4 Niedrige Arbeitszufriedenheit, Negativspirale und Berufsausstieg	90
2.5 Folgen für die Wirtschaft und für die Gesellschaft	91
2.5.1 Negative Effekte für Leistungserbringer im Gesundheitswesen und die Gesellschaft	91
2.5.2 Behinderung von Weiterentwicklung und Innovationskraft	91
2.5.3 Verlust des Vertrauens in staatliche Institutionen	92
2.6 Literatur	92
3 Determinanten der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen	101
3.1 Einleitung	101
3.2 Einflussfaktoren auf der Angebotsseite	103
3.2.1 Demografischer Wandel	103

3.2.2	Migration	105
3.2.3	Arbeitsvolumen und Produktivität	106
3.2.4	Arbeitsbedingungen	111
3.3	Einflussfaktoren auf der Bedarfs-/Nachfrageseite	118
3.3.1	Demografischer Wandel und Krankheitslast	120
3.3.2	Migration	123
3.3.3	Gesellschaftliche Wandlungsprozesse	124
3.3.4	Klimawandel	126
3.3.5	Gesundheitskompetenz	127
3.4	Systembedingte Einflussfaktoren	128
3.4.1	Sektoren und Allokation von Fachkräften	128
3.4.2	Berufsbilder, interprofessionelle Zusammenarbeit und Arbeitsteilung	129
3.4.3	Patientenwege	130
3.4.4	Digitale Transformation	132
3.5	Anhang	133
3.5.1	Mikro-Makro-Modell	133
3.5.2	Entwicklung der Bruttononatsverdienste im Gesundheitswesen	134
3.6	Literatur	137
	Teil II: Empfehlungen zur Verbesserung der Fachkräftesituation	151
4	Maßnahmen zur Erhöhung des Fachkräfteangebots	153
4.1	Einleitung	153
4.2	Gesundheitspersonalplanung	154
4.3	Steigerung der Attraktivität der Berufsbilder im Gesundheitswesen	157
4.3.1	Verbesserung der Arbeitsbedingungen	157
4.3.2	Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen	166
4.3.3	Qualifizierung	170
4.4	Anwerbung von Potenzialgruppen	179
4.5	Anwerbung und Integration ausländischer Fachkräfte	182
4.6	Nutzung neuer Technologien	185
4.7	Geografische Verteilung von vertragsärztlichen Kapazitäten	190
4.8	Zusammenfassung der Empfehlungen	191
4.9	Literatur	193
5	Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften	207
5.1	Einleitung	207
5.2	Bedarf an Gesundheitsversorgung	209
5.2.1	Primärprävention und Gesundheitsförderung	209
5.2.2	Health in All Policies	213
5.2.3	Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsmedizin	215
5.2.4	Förderung von Gesundheitskompetenz	216
5.2.5	Prävention von Pflegebedürftigkeit	218
5.3	Nachfrage und Zugang	219
5.3.1	Förderung von Gesundheitskompetenz	220
5.3.2	Niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote	222
5.3.3	Kommunikation zwischen verschiedenen Akteuren	223
5.3.4	Sekundärprävention	224
5.3.5	Ausbau und Verzahnung von Pflegeberatungsangeboten	225
5.3.6	Vermeidung von Überversorgung und angebotsinduzierter Nachfrage (Quartärprävention)	226
5.3.7	Reduzierung medizinisch nicht notwendiger Arzt-Patienten-Kontakte	228

5.4	Inanspruchnahme und Indikationsqualität	229
5.4.1	Selbstmanagementkompetenz	229
5.4.2	Indikationsqualität	231
5.5	Zusammenfassung der Empfehlungen	231
5.6	Literatur	233
6	Strukturelle Maßnahmen	243
6.1	Strukturreformen in der Akut- und Primärversorgung	243
6.1.1	Reform der Notfallversorgung	243
6.1.2	Sektorengleiche Vergütung	252
6.1.3	Reform der Krankenhausvergütung	254
6.1.4	Sektorenübergreifende Bedarfsplanung ambulanter Leistungen	255
6.1.5	Weiterentwicklung von Primärversorgungszentren und Etablierung Intersektoraler Zentren	257
6.1.6	Steuerung der Patientenwege durch Stärkung der primärärztlichen Versorgung	263
6.1.7	Potenzial-Schätzungen hinsichtlich einer Reduktion von Belegungstagen	269
6.2	Strukturreformen in der Langzeitpflege	273
6.2.1	Weiterentwicklung ambulanter pflegerischer Versorgungsangebote	273
6.2.2	Bedarfserfassung in der Langzeitpflege	278
6.2.3	Weiterentwicklung des Qualitätsmonitorings mit Fokus auf den Personalressourcen	279
6.2.4	Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aus Pflegeeinrichtungen	280
6.3	Zusammenfassung der Empfehlungen	281
6.4	Literatur	282

Exkursübersicht

Exkurs: Datenquellen zur Darstellung einzelner Berufsgruppen im Gesundheitswesen	11
Exkurs: Erläuterung der Begriffe Pflegeberufe, Pflegeaggregat und Pflegefachperson	12
Exkurs: Erläuterung zum Berufsbild der MFA	34
Exkurs: Arten der Gesundheitskompetenz	127
Exkurs: GPP in den Niederlanden	155
Exkurs: Verhaltens- und Verhältnisprävention	209
Exkurs: Health-in-All-Policies-Beispiel „Zuckersteuer“	211
Exkurs: Health in All Policies-Beispiel „Healthy Cities“	213
Exkurs: Gemeinsame Notfalleitstelle in Berlin	245
Exkurs: Integriertes Notfallzentrum (INZ) am Marienkrankenhaus Hamburg	247
Exkurs: Hausarztzentrierte Versorgung	265

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1:	Übersicht zur Arztdichte je nach Quelle	44
Tabelle 1-2:	Arztdichte auf Ebene der Landesärztekammern/Bundesländer nach verschiedenen Quellen, Stand 2022	61
Tabelle 1-3:	Engpassberufe der Berufshauptgruppen 81 und 82 (ohne Tiermedizin)	68
Tabelle 3-1:	Datenquellen der Verdienste von Fachkräften	136
Tabelle 4-1:	Landarztquoten und ÖGD-Quoten in den einzelnen Bundesländern im Studienjahr 2023/24	178
Tabelle 6-1:	Potenzielle Effekte ausgewählter Strukturreformen auf die Personalsituation in Krankenhäusern	272

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Übersicht zu Anzahl und Verteilung der Berufsgruppen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen, Stand 2021	4
Abbildung 1-2: Krankenhausbetten und Belegungstage pro Beschäftigten im Pflegeaggregat im Krankenhaus für die Jahre 2013 bis 2022	10
Abbildung 1-3: Krankenhausbetten und Belegungstage pro Ärzt*in im Krankenhaus für die Jahre 2013 bis 2022.	10
Abbildung 1-4: Anzahl an Beschäftigten in Pflegeberufen nach Anforderungsniveau in den Jahren 2013 bis 2022	13
Abbildung 1-5: Pflegedichte im internationalen Vergleich ausgewählter OECD-Staaten*	15
Abbildung 1-6: Internationaler Vergleich der Dichte (absoluten Zahlen und VZÄ) von Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus pro 1 000 Einwohner*innen	17
Abbildung 1-7: Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus pro 1 000 Einwohner*innen in Deutschland in den Jahren 2010 bis 2021	18
Abbildung 1-8: Anzahl von Pflegefachpersonen um 100 Vollzeitstellen auszufüllen (Jahr 2021)	18
Abbildung 1-9: Teilzeitquoten nach Anforderungsniveau bei Beschäftigten des Pflegeaggregats in den Jahren 2013 bis 2022	19
Abbildung 1-10: Entwicklung von Anzahl und Anteil an Pflegefachpersonen nach Altersgruppe in den Jahren 2013 bis 2022	21
Abbildung 1-11: Altersverteilung im Pflegeaggregat nach Sektor	21
Abbildung 1-12: Prozentualer Anteil verschiedener Altersgruppen (< 25 Jahre, 25 bis < 40 Jahre, 40 bis < 55 Jahre und ≥ 55 Jahre) der Helfer im Pflegeaggregat in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems im Laufe der Zeit	23
Abbildung 1-13: Prozentualer Anteil verschiedener Altersgruppen (< 25 Jahre, 25 bis < 40 Jahre, 40 bis < 55 Jahre und ≥ 55 Jahre) der Fachkräfte im Pflegeaggregat im Krankenhaus im Laufe der Zeit	24
Abbildung 1-14: Verteilung der Beschäftigten des Pflegeaggregats auf verschiedene Arbeitsbereiche im Gesundheitssystem, Stand 2022	26
Abbildung 1-15: Prozentualer Anteil der Beschäftigungsgruppen in Pflegeberufen nach Anforderungsniveau in verschiedenen Sektoren	26
Abbildung 1-16: Dichte des Pflegepersonals: Anzahl der in der Pflege angestellten, sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten je 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2022	31
Abbildung 1-17: Anteil des Pflegepersonals in Teilzeit auf Kreisebene, Stand: Jahr 2022	32
Abbildung 1-18: Anteil des Pflegepersonals ohne deutsche Staatsbürgerschaft auf Kreisebene, Stand: Jahr 2022	32
Abbildung 1-19: Anzahl der berufstätigen MFA in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2022	34
Abbildung 1-20: Anzahl und Anteil der berufstätigen MFA nach Altersgruppen in den Jahren 2013 bis 2022	36
Abbildung 1-21: Anzahl der MFA nach Bereich des Gesundheitssystems für die Jahre 2013 und 2022	37
Abbildung 1-22: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in den am stärksten weiblich besetzten Ausbildungsberufen in Deutschland im Jahr 2022	38
Abbildung 1-23: Anzahl von MFA-Auszubildenden und Geschlechterverhältnis	39
Abbildung 1-24: Krankenstand verschiedener Gesundheitsberufe im Jahr 2022	41
Abbildung 1-25: Dichte der MFA (Anzahl MFA pro 1 000 Einwohner*innen) nach Kreis	42
Abbildung 1-26: Darstellung der Dichte an MFA (Anzahl an MFA pro 1 000 Einwohner*innen) unterteilt nach Altersgruppen	43
Abbildung 1-27: Übersicht zur Anzahl der berufstätigen Ärzt*innen sowie jenen ohne ärztliche Tätigkeit	45

Abbildung 1-28: Arztdichten (Anzahl praktizierender Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen) in ausgewählten Staaten der OECD in den Jahren 2020 und 2021	46
Abbildung 1-29: Anzahl und Zuwachs an Ärzt*innen in den Jahren 1991 bis 2022 in Deutschland	47
Abbildung 1-30: Übersicht zu Teilzeitkräften im Krankenhaus	48
Abbildung 1-31: Teilnahmestatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen der hausärztlichen Fachgruppen in den Jahren 2009 bis 2022	48
Abbildung 1-32: Tätigkeitsumfang angestellter Ärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland nach verschiedenen Fachrichtungen; Jahr 2022	49
Abbildung 1-33: Ärzt*innen im ambulanten Bereich nach Alter und Anteil der Teilzeitkräfte	50
Abbildung 1-34: Durchschnittsalter der Vertragsärzt*innen sowie der Krankenhausärzt*innen in den Jahren 2008 bis 2022	52
Abbildung 1-35: Anzahl von Ärzt*innen im Krankenhaus und im Bereich der Niedergelassenen nach Alter in Jahren; Daten aus dem Jahr 2022	53
Abbildung 1-36: Anteil von Frauen unter Studierenden der Humanmedizin sowie auf verschiedenen Hierarchieebenen der Ärzt*innen im Krankenhaus	54
Abbildung 1-37: Anzahl an Ärzt*innen im stationären und ambulanten (unterteilt nach selbstständig und angestellt) Bereich	55
Abbildung 1-38: Anzahl von Studienplätzen (Erstsemester) und Absolvent*innen im Fach Humanmedizin an staatlichen Hochschulen in Deutschland pro Jahr	57
Abbildung 1-39: Abschätzung der Verteilung der Medizinstudierenden in Deutschland sowie deutschen Studierenden im Ausland auf verschiedene Arten von Hochschulen	57
Abbildung 1-40: Anzahl an erfolgreich abgeschlossenen Prüfungen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung in Medizin	58
Abbildung 1-41: Abgangsalter Ärzt*innen aus vertragsärztlicher Versorgung im Jahr 2022	60
Abbildung 1-42: Anzahl der Ärzt*innen, die sozialversicherungspflichtig oder geringfügig beschäftigt angestellt sind, je 1 000 Einwohner*innen (Arztdichte), im Jahr 2022	62
Abbildung 1-43: Bei den Ärztekammern gemeldete berufstätige Ärzt*innen (alle Fachrichtungen) je 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2022*	63
Abbildung 1-44: Anzahl der Hausärzt*innen je 1 000 Einwohner (Arztdichte) im Jahr 2022	64
Abbildung 1-45: Anzahl der ambulant tätigen Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen (Arztdichte) in Deutschland auf Kreisebene, Stand 2023	64
Abbildung 1-46: Teilnahmestatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen verschiedener Fachgruppen	69
Abbildung 3-1: Determinanten der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen (Wirkmodell)	102
Abbildung 3-2: Subjektiver und objektiver Bedarf und ihr Zusammenhang mit der Inanspruchnahme	119
Abbildung 3-3: Krankheitslast nach Geschlecht	121
Abbildung 3-4: Mikro-Makro-Modell	134
Abbildung 3-5: Bruttomonatsverdienste vollzeitbeschäftigter Fachkräfte (ohne Sonderzahlungen)	135
Abbildung 4-1: Verbreitung verschiedener Praxisformen in den Jahren 2010 bis 2021	159
Abbildung 4-2: Zahl der Schulabsolvent*innen und Schulabgänger*innen der Abgangsjahre 1999 bis 2022 nach Art des Abschlusses	180
Abbildung 5-1: Übersicht der Stellschrauben auf die Nachfrage nach Fachkräften, deren Ziele sowie einer Übersicht zu konkreten Maßnahmen	208
Abbildung 5-2: Verhaltens- und Verhältnisprävention im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes	210
Abbildung 6-1: Ansätze zu einer künftigen vernetzten Notfallversorgung	245
Abbildung 6-2: Modularer Aufbau eines Intersektoralen Zentrums	259
Abbildung 6-3: Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich und nach Strukturreformen	271
Abbildung 6-4: Mögliche Koordinationsaufgaben eines regionalen Pflegekompetenzzentrums	277

Abkürzungsverzeichnis

A

AAL	Ambient Assisted Living
AF	Anforderungsniveau
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Ambulante Operationen und Prozeduren
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen
APG NRW	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
APN	Advanced Practice Nurse
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

B

BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIPAM	Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMV-Ä	Bundemantelvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband

C

CI	Confidence Interval (Konfidenzintervall)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung)

D

DALYs	Disability-adjusted life years
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
DGIM	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DiPA	Digitale Pflegeanwendung
DRG	Diagnosis Related Groups

E

EntgFG	Entgeltfortzahlungsgesetz
ePA	Elektronische Patientenakte
ESV	Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung
EU	Europäische Union

F

FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
-----	----------------------------

G

G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GPP	Gesundheitspersonalplanung
GVWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
GWS	Gesellschaft für wirtschaftliche Strukturforschung

H

HiAP	Health in All Policies
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung

I

IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES-Institut	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IGZ	Intersektorales Gesundheitszentrum
ILS	Integrierte Leitstelle
IMPP	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen
INZ	Integriertes Notfallzentrum
ISCO	International Standard Classification of Occupations
IT	Informationstechnologie

K

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Künstliche Intelligenz
KIdB 2010	Klassifikation der Berufe
KOFA	Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung
KOMV	Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem
KTW	Krankentransportwagen
KV	Kassenärztliche Vereinigung

L

LÄK	Landesärztekammer
LPflegeASG	Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur

M

MD	Medizinischer Dienst
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum

N

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NäPA	Nicht-ärztliche*r Praxisassistent*in
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NIC	Nursing Interventions Classification

Niveau B2, C1	Referenzniveau der Sprachniveau Globalskala
NOC	Nursing Outcomes Classification
NRW	Nordrhein-Westfalen
O	
o. S.	ohne Spezialisierung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P	
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (Patientenbezogener Gesamtschweregrad)
PeBeM	Personalbemessung in der Pflege
PfIAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PORT	Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
PPR	Pflegepersonalregelung
Q	
QuBe	Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen
R	
RKI	Robert Koch-Institut
RTW	Rettungswagen
S	
s. s. T.	sonstige spezifische Tätigkeitsangabe
SGB III	Sozialgesetzbuch (SGB) – Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI	Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung
SmED	Software „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“
SVR	Sachverständigenrat

T

TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
TV	Tarifvertrag
TVöD-BT	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst – Besonderer Teil
TZ	Teilzeit
TzBfG	Teilzeit- und Befristungsgesetz

V

VERAH	Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
VWD	Verweildauer
VZÄ	Vollzeitäquivalent

W

WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
-----	---

Z

ZFA	Zahnmedizinische*r Fachangestellte*r
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZNA	Zentrale Notaufnahme

Executive Summary

Teil I: Beschreibung der Fachkräftesituation

Kapitel 1: Fachkräfte im Gesundheitswesen – Status Quo

1. Die Situation der Fachkräfte im Gesundheitswesen ist angespannt. Für ein tieferes Verständnis dieses Sachverhalts wird im ersten Kapitel des vorliegenden Gutachtens eine detaillierte Bestandsaufnahme der Fachkräftesituation durchgeführt. Es zeigt sich, dass es in diesem Bereich **erhebliche Datenlücken** gibt, welche die Aussagekraft der Analysen limitieren. Der Rat empfiehlt daher, künftig die Daten zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen strukturiert und vollständig zu erfassen, zugänglich zu machen, zuverlässige Auswertungen und Prognosen zu ermöglichen.

2. Im vorliegenden Gutachten werden exemplarisch die drei zahlenmäßig größten, in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen betrachtet, die Pflegefachpersonen, die Medizinischen Fachangestellten (MFA) und die Ärzt*innen. Alle drei Berufsgruppen werden von der Bundesagentur für Arbeit (BA) als **Engpassberufe** eingestuft, obwohl die Zahl der einschlägig Beschäftigten in den vergangenen Jahren gestiegen ist. Wenn die Versorgungsstrukturen nicht reformiert werden, wird der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitssystem in den nächsten 10–15 Jahren kontinuierlich stärker zunehmen als das Angebot. Der im internationalen Vergleich hohe Anteil an Teilzeitarbeit sorgt dafür, dass eine zunehmend höhere Zahl an Arbeitskräften benötigt wird, um den Bedarf zu decken. Das Interesse, den ärztlichen Beruf oder den der MFA zu ergreifen, ist groß. Die Ausbildungskapazitäten für Pflegefachpersonen sind hingegen nicht voll ausgelastet.

3. Eine Überalterung der Beschäftigten, die für das Gesundheitssystem immer wieder beschrieben wird, kann der Rat aus den vorliegenden Daten *nicht* ableiten, auch wenn eine moderate Zunahme des Durchschnittsalters in den verschiedenen Berufsgruppen vorliegt. Die entsprechenden Zahlen sind in Bezug auf verschiedene Sektoren, Regionen oder Tätigkeitsbereiche differenziert zu betrachten. Was die **regionale Verteilung** betrifft, so deuten die Daten für Beschäftigte in Pflegeberufen in Bezug zur Bevölkerung Unterschiede auf Kreisebene an. In städtischen Bereichen ist die Dichte an Pflegepersonal im Vergleich zu ländlichen Gebieten höher. Für die Berufsgruppe der MFA zeigt sich, dass der Anteil an jüngeren Beschäftigten in südlichen und westlichen Regionen Deutschlands deutlich höher ist als in den östlichen, während für den Anteil an älteren Beschäftigten eine entgegengesetzte Verteilung vorliegt. Bei den Ärzt*innen werden anhaltende Probleme bei der Wiederbesetzung von hausärztlichen Sitzen berichtet.

4. Der internationale Vergleich der einzelnen Berufsgruppen liefert Hinweise darauf, dass im deutschen Gesundheitssystem relativ viele Beschäftigte pro Einwohner zur Verfügung stehen. Dennoch kommt es zu einer vergleichsweise hohen Arbeitsbelastung der Beschäftigten, da es in Deutschland eine größere Zahl an Fällen bzw. Patient*innen pro Einwohner gibt. Dies deutet u. a. auf (arbeits-)organisatorische und **strukturelle Schwächen im deutschen Gesundheitssystem** hin. Die Behebung dieser Schwächen sollte im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Bemühungen stehen, weil die bloße weitere Erhöhung der Anzahl der Beschäftigten teuer ist, aufgrund der demografischen Entwicklung nicht realistisch erscheint und den Erhalt ineffizienter Strukturen fördert. Daher wird in diesem Gutachten ein **Maßnahmenbündel** vorgeschlagen, welches an unterschiedlichen Stellschrauben ansetzt, um dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen angemessen, wissenschaftlich fundiert und nachhaltig zu begegnen.

Kapitel 2: Folgen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

5. Die Folgen der angespannten Fachkräftesituation im Gesundheitswesen zeichnen sich bereits deutlich ab. Für **Patient*innen und Pflegebedürftige** geht der Fachkräftengpass einher mit einem erschwerten Zugang zu benötigten und angemessenen Versorgungsleistungen, einer unzureichenden Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientenbedürfnissen und potenziell einer Gefährdung der Patientensicherheit. Eine niedrige Besetzung beim pflegerischen und ärztlichen Personal kann das Risiko von Komplikationen und ggf. sogar Todesfällen erhöhen.

6. In Krankenhäusern und in der Langzeitpflege führen Personalengpässe zur **Reduktion der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten** wie Schließungen von Stationen. Sofern dieser Rückbau ungesteuert stattfindet, kann er mit Versorgungsproblemen einhergehen. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist in strukturschwachen, ländlichen oder sozial deprivierten Planungsbereichen die **Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung** gefährdet. Auch besteht für Patient*innen in diesen Planungsbereichen mitunter ein erschwelter Zugang zu einigen fachspezialistischen Arztgruppen. Vielerorts sind professionelle Pflegeleistungen nicht oder nicht ausreichend verfügbar und pflegenden Angehörigen fehlt Unterstützung. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklungen aufgrund des demografischen Wandels und sich ändernder Familien- und Lebensverhältnisse in den kommenden Jahren verschärfen werden.

7. Für die betroffenen **Fachkräfte im Gesundheitswesen** führen anhaltende Personalengpässe zu einer belastenden Arbeitssituation, die durch permanenten Zeitdruck, unzureichend organisierte Abläufe und Überlastung gekennzeichnet ist: Im Bereich der niedergelassenen Ärzt*innen werden die immer schnellere Taktung mit immer kürzeren Konsultationszeiten sowie steigende bürokratische Aufwände in der Praxisorganisation angeführt. Von MFA werden Stress und Belastungen in der Interaktion mit Patient*innen beklagt. Bei Pflegefachpersonen gehören unzuverlässige Dienstplanungen, kurzfristiges Zurückholen aus dem Dienstfrei und unterbesetzte Schichten zu den typischen Folgen der knappen Personalsituation. Diese Arbeitsbelastungen erschweren auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

8. Als weitere mögliche Folgen des Fachkräftengpasses sind Gesundheitsschädigungen und eine **hohe Anzahl krankheitsbedingter Fehltage** zu nennen, wobei letztere besonders in den Pflegeberufen beobachtet werden. Die Fachkräftesituation kann auch zu einer niedrigen Arbeitszufriedenheit führen und den Wunsch nach einem Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg erhöhen.

9. Bereits während der Ausbildung und im Studium kann die anhaltende personelle Engpassituation zu Qualitätseinbußen sowie zur **Überforderung und Demotivation des Nachwuchses** in den Gesundheitsberufen führen. Die Anwerbung und der dauerhafte Verbleib von Fachkräften aus dem Ausland bzw. mit Migrationshintergrund werden durch die Gesamtsituation in der Versorgung, aber auch durch die Sprachbarriere und langwierige Anerkennungsprozesse erschwert.

10. Gesamtwirtschaftlich hat ein anhaltender Fachkräfteengpass im Gesundheitswesen das Potenzial, die Produktivität von Unternehmen und damit das Bruttoinlandsprodukt zu verringern. Schließlich kann eine in der Bevölkerung als nicht ausreichend oder ineffizient wahrgenommene Versorgungsstruktur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und in der Langzeitpflege zu einem **Vertrauensverlust in die staatlichen Institutionen** beitragen.

Kapitel 3: Determinanten der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

11. Die Fachkräftesituation im Gesundheitswesen wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Deren Wirkungszusammenhänge müssen verstanden werden, um zuverlässige Prognosen liefern und geeignete Lösungsansätze identifizieren zu können.

12. Zu den Einflussfaktoren auf das **Angebot an Fachkräften** zählen der demografische Wandel und die Migration, da sie die Größe und Struktur des Erwerbspersonenpotenzials beeinflussen. Das Erwerbspersonenpotenzial wird in den nächsten Jahren voraussichtlich schrumpfen, wenn nicht genügend erwerbsfähige Menschen zuwandern. Darüber hinaus wird das Angebot an Fachkräften auch durch den gesamtwirtschaftlichen Wettbewerb um Fachkräfte beeinflusst. Demzufolge hängt die Entscheidung für einen Gesundheitsberuf auch von dessen Attraktivität ab, insbesondere von den Arbeitsbedingungen. Die Verdienstmöglichkeiten, die Arbeitszeiten und die sonstigen Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen unterscheiden sich stark zwischen den Berufsgruppen. Hier besteht – ebenso wie im Hinblick auf Teilzeitregelungen und Karriereemöglichkeiten in Teilzeit – erhebliches Verbesserungspotenzial.

13. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der damit einhergehende Fachkräftebedarf stehen in direktem Zusammenhang mit dem subjektiven und objektiven Versorgungsbedarf sowie der sich daraus ergebenden Nachfrage auf Patientenseite. Faktoren, die den patientenseitigen Bedarf beeinflussen, sind daher wichtige Stellschrauben im Kontext des Fachkräfteproblems. In der **Dynamik von Bedarf und Nachfrage** spielen – neben dem medizinischen Fortschritt – vor allem die demografische Entwicklung, Migration, der Klimawandel und gesellschaftliche Wandlungsprozesse, insbesondere bestimmte Lebensstile, eine zentrale Rolle. Der demografische Wandel führt zu einer im Durchschnitt älter werdenden Bevölkerung mit mehr Krankheitslast und Pflegebedarf. Zudem erhöhen ungesunde Ernährungsgewohnheiten, mangelnde körperliche Aktivität und Tabakkonsum das Risiko für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Vor diesem Hintergrund könnte die ohnehin anzustrebende Verbesserung der **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung auch dazu beitragen, den Fachkräftebedarf zu verringern.

14. Weiteren Einfluss auf die Fachkräftesituation haben **strukturelle Defizite des Gesundheitssystems** wie die strikte Sektorentrennung, Überkapazitäten im stationären Sektor, Doppelstrukturen und ein fehlendes bzw. unterentwickeltes Primärversorgungssystem. Neben der ausufernden Bürokratisierung tragen die unzureichende Steuerung von Patientenwegen sowie die mangelnde Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteuren der verschiedenen

Versorgungsebenen zur Verschärfung der Fachkräftesituation bei, da die vorhandenen Ressourcen nicht optimal genutzt werden.

Teil II: Empfehlungen zur Verbesserung der Fachkräftesituation

Kapitel 4: Maßnahmen zur Erhöhung des Fachkräfteangebots

15. In den nächsten Jahrzehnten wird der Arbeitsmarkt in Deutschland insbesondere aufgrund des demografischen Wandels durch einen sich intensivierenden **Fachkräftewettbewerb** geprägt sein. Das Gesundheitssystem ist davon nicht ausgenommen. Es konkurriert mit anderen Wirtschaftszweigen um das schrumpfende Erwerbspersonenpotenzial. Dies macht es zunehmend schwieriger, ausscheidende Fachkräfte zu ersetzen oder die Personalkapazitäten noch auszubauen. Ein „Weiter so wie bisher“ ist daher nicht realistisch, wenn die Versorgung zumindest heutigen Standards gemäß aufrechterhalten werden soll. Stattdessen müssen Maßnahmen ergriffen werden, um Gesundheitsberufe attraktiver zu machen und somit neue Fachkräfte zu gewinnen, Stille Reserven zu aktivieren und vorhandene Fachkräfte langfristig an das Gesundheitswesen zu binden. Auch sind Maßnahmen erforderlich, die die Arbeitsproduktivität der vorhandenen Fachkräfte erhöhen und zu einem besseren Einsatz der knappen Personalressourcen beitragen.

16. Um den zukünftigen Bedarf an Fachpersonal besser abschätzbar zu machen und Maßnahmen zur Verbesserung der Fachkräftesituation auf ihre Plausibilität und Wirksamkeit hin evaluieren zu können, empfiehlt der Rat eine strategische „**Gesundheitspersonalplanung**“, d. h. den Aufbau eines nationalen Monitorings der Personalressourcen und darauf basierender regelmäßiger Prognosen des zukünftigen Angebots an und der Nachfrage nach Fachkräften. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen und Handlungskompetenzen der Berufsgruppen sollte diese Modellierung zwingend berufsgruppenübergreifend erfolgen, damit Substitutionspotenziale identifiziert und genutzt werden können.

17. Um die flexiblere Einsatzfähigkeit und Produktivität der Fachkräfte zu erhöhen und zugleich Arbeitsbedingungen und die Attraktivität insbesondere der Pflegeberufe zu verbessern, empfiehlt der Rat:

- die **Weiterentwicklung von Personalplanungs- und -einsatzmodellen**, welche sowohl den Beschäftigten als auch den Arbeitgebern mehr Flexibilität ermöglichen;
- die **Stärkung professioneller Autonomie und Selbstorganisation in der Pflege** durch die Etablierung von Pflegekammern und die Einführung einer beruflichen Registrierungspflicht;
- die **Modernisierung von pflegerischen Aufgaben- und Verantwortungsprofilen** und die Ermöglichung lebenslanger Karrierewege. Insbesondere sollten Befugnisse zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen auf der Grundlage eines allgemeinen Heilberufegesetzes geschaffen werden;
- gezielte **Maßnahmen zur Professionalisierung und Akademisierung der Pflege**. Dazu zählen u. a. die Einführung eines durchlässigen Qualifikationsstufenmodells sowie die Einführung einer Fortbildungspflicht für Pflegeberufe.

18. Der Rat empfiehlt, die **fachärztliche Weiterbildung** stärker zu steuern, um so Fehlverteilungen innerhalb der Berufsgruppe der Ärzt*innen entgegenzuwirken. Diese Steuerung sollte über eine Quotierung der Weiterbildungsplätze erfolgen. Um die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung erfolgreich voranzutreiben, empfiehlt der Rat, Weiterbildungsabschnitte für bestimmte Arztgruppen verpflichtend im ambulanten Sektor durchzuführen.

19. Die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung wird oftmals durch Kleinbetriebe (z. B. Einzelpraxen) mit einer sehr geringen Mitarbeiterzahl erbracht. Der Rat empfiehlt, die **Etablierung größerer organisatorischer Einheiten** zu fördern, um Skaleneffekte zu realisieren und vorhandene Personalressourcen effizienter zu nutzen. Sinnvoll konzipierte größere Einheiten können attraktive Anstellungsformen bieten, indem sie u.a. eine bessere Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen mit Spezialisierung der Beschäftigten einschließlich der medizinischen Fachangestellten ermöglichen.

20. Zukünftig sollten verstärkt neue Bevölkerungsgruppen für einen Gesundheitsberuf gewonnen werden. Der Rat empfiehlt, die **Attraktivität des Freiwilligen Sozialen Jahres** zu stärken und so Kontaktpunkte zu den Berufsbildern des Gesundheitswesens zu schaffen. Durch eine Anhebung der Vergütung könnte der freiwillige Dienst finanziell incentiviert werden.

21. Fachkräfte aus dem Ausland leisten einen wichtigen Beitrag zur Reduktion des Fachkräfteengpasses im Gesundheitswesen, insbesondere in der Pflege. Um die Anwerbung und Integration der ausländischen Fachkräfte zu verbessern, empfiehlt der Rat das Gütesiegel „**Faire Anwerbung Pflege Deutschland**“ für Anwerbungsagenturen auszubauen und konsequent einzufordern. Die Anerkennungsverfahren könnten durch einen stärkeren Informationsaustausch und eine Bündelung der Kompetenzen auf Länderebene effizienter gestaltet werden.

22. Die **Nutzung digitaler Technologien** wie der künstlichen Intelligenz haben das Potenzial, menschliche Arbeit zu unterstützen und zu entlasten. Der Rat empfiehlt, digitale Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung stärker zu verankern. Hierzu sind die entsprechenden Infrastrukturen und Lehrkapazitäten gezielt auszubauen. Auch müssen die zukünftigen Nutzergruppen in die Konzeption und Entwicklung digitaler Anwendungen stärker einbezogen werden.

23. Zur Stärkung des vertragsärztlichen Versorgungspotenzials in unterversorgten Regionen empfiehlt der Rat,

- die Instrumente der Bedarfsplanung konsequent zu nutzen, um Überversorgung in anderen Regionen abzubauen und ärztliche Ressourcen zu verlagern,
- die Präsenzpflcht angesichts der sich stetig verbessernden technischen Möglichkeiten im Hinblick auf Telesprechstunden und Telekonsile zu flexibilisieren und
- telemedizinische Angebot ohne direkten Patientenkontakt als neue Versorgungsebene in die Bedarfsplanung aufzunehmen.

Kapitel 5: Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften

24. Die Krankheitslast in der Bevölkerung, also die Schwere und die Häufigkeit von Erkrankungen, beeinflusst wesentlich die Nachfrage nach und den Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen. Daher muss zur Verminderung des Bedarfs an Fachkräften die potenziell vermeidbare Morbidität der Bevölkerung reduziert werden. Vor dem Hintergrund des Einflusses von Lebensstilfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf häufiger chronischer und schwerer Erkrankungen ist die Stärkung von **Primärprävention und Gesundheitsförderung** durch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention eine wichtige und nachhaltige Strategie zur Entlastung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen. Auch ermöglichen **sekundäre Präventionsmaßnahmen**, d. h. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, die Diagnose von Erkrankungen in einem früheren, prognostisch günstigen Stadium, was im Behandlungsverlauf den Ressourcenbedarf verringert.

25. Bei allen Präventionsmaßnahmen sind stets das **Kosten-Nutzen-Verhältnis** im Sinne der einzusetzenden Fachkräfte und die **Evidenz** von Maßnahmen zu prüfen. Bei der Etablierung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen sind zudem sozioökonomische Unterschiede der Teilhabe zu berücksichtigen, z. B. durch **zielgruppenspezifische Angebote**. Im Bereich der **Verhältnisprävention** empfiehlt der Rat als eine nachweislich effektive Maßnahme die Einführung einer spezifischen Verbrauchsteuer auf zuckerhaltige Getränke in Verbindung mit einer Absenkung der Mehrwertsteuer auf Obst und Gemüse.

26. Zur Reduktion personalintensiver Phasen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit empfiehlt der Rat die Intensivierung der Bemühungen zur **Prävention von Pflegebedürftigkeit** sowie die Entwicklung einer kohärenten Strategie zur flächendeckenden wirksamen rehabilitativen Versorgung von geriatrischen Patient*innen.

27. Da Lebensstilfaktoren wie körperliche Aktivität, Ernährung und Tabakkonsum für die Entstehung und den Verlauf häufiger Erkrankungen bedeutsam sind, ist die Förderung von Gesundheit als gesamtpolitische Aufgabe zu verstehen. Das Thema Gesundheit muss daher im Sinne von „**Health in All Policies**“ zukünftig stärker in allen Politikbereichen berücksichtigt werden. Eine Schlüsselrolle fällt dabei dem **Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)** zu, welches vernetzt über alle Berufsgruppen, Sektoren und ministerielle Ressorts agieren sollte.

28. Die Basis für gesundheitsförderliches Verhalten und eine bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen ist eine entsprechende Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Derzeit ist die **Gesundheitskompetenz in Deutschland** in allen Teilen der Bevölkerung zu gering ausgeprägt. Der Rat empfiehlt, Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz über die gesamte Lebensspanne hinweg zu fördern und die Interventionsforschung in diesem Bereich zu stärken.

29. Zur entsprechenden **Förderung der Gesundheitskompetenz** empfiehlt der Rat,

- das nationale Gesundheitsportal als eine Quelle qualitätsgeprüfter, unabhängiger Gesundheitsinformation weiterzuentwickeln,
- die Wissens- und Kompetenzvermittlung zu Gesundheitsthemen in Kitas und Schulen zu fördern sowie

- die Entwicklung zielgruppenspezifischer Informationskampagnen, die u. a. der Verbreitung von Fehl- und Desinformation gezielt entgegenwirken. Dies sollte eine der Aufgaben des BIPAM sein.

30. Pflegende Angehörige sollten bei der Erbringung informeller Pflege stärker unterstützt und Pflegeberatungsangebote durch die verantwortlichen Stellen ausgebaut, verzahnt und in ihrem Angebot stärker systematisiert und vereinheitlicht werden.

31. Eine weitere wichtige Stellschraube mit Einfluss auf den Fachkräftebedarf ist die Kommunikation innerhalb des Gesundheitssystems: Patientenbezogene Informationen wie Befunde oder Therapieverläufe von anderen Leistungserbringern zu beschaffen, ist oft sehr zeitaufwändig; nicht zugängliche Befunde können zu Doppeluntersuchungen führen. Um dem entgegenzuwirken, bedarf es der Etablierung einer funktionierenden **sektorenübergreifenden IT-Infrastruktur mit einer Elektronischen Patientenakte (ePA)**, auf die die Patient*innen und grundsätzlich alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer zugreifen können. Die ePA sollte auch zur Verbreitung zielgruppenspezifischer Gesundheitsinformationen und individueller Schulungsinhalte für Patient*innen genutzt werden. Sie könnte zudem zur besseren Zusammenarbeit zwischen der beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst beitragen.

32. Zur Reduktion des Bedarfs an Fachkräften bei gleichzeitiger Verbesserung der **Versorgungsqualität** muss auch jegliche **Überversorgung** reduziert werden. Der Rat plädiert dafür, die vorhandenen personellen Ressourcen auf medizinisch notwendige Leistungen zu konzentrieren, um den Anspruch gesetzlich Krankensversicherter auf eine ausreichende, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen des GKV-Leistungskatalogs sicherzustellen.

33. Nicht evidenzbasierte, **nicht indizierte und/oder angebotsinduzierte Leistungen**, die nur nachgefragt werden, weil – auf einem von Informationsasymmetrie geprägten Gesundheitsmarkt – ein entsprechendes Angebot besteht bzw. aktiv offeriert wird (z. B. nicht indizierte elektive Operationen, einige IGeL), sollten deutlich reduziert werden, um das durch sie gebundene Fachkräftepotenzial für die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen nutzen zu können. Regulierungsbedarf besteht insbesondere hinsichtlich jener IGeL, die nicht evidenzbasiert sind und bei denen es Hinweise auf ein Schadenspotenzial gibt, das den erwartbaren Nutzen übersteigt.

34. Ziel aller Bemühungen muss die Bereitstellung einer **bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung** von hoher Qualität sein. Ein Schlüssel für den bedarfsgerechten Personaleinsatz in der Gesundheitsversorgung ist hier eine hohe **Indikationsqualität**. Die Indikationsqualität sollte bei allen medizinischen Prozeduren sowie bei Überweisungen und stationären Einweisungen eine höhere Aufmerksamkeit bekommen.

Kapitel 6: Strukturelle Maßnahmen

35. Zur Überwindung der angespannten Fachkräftesituation wird in Politik und Öffentlichkeit oftmals auf Maßnahmen fokussiert, die von den aktuellen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege und dem damit unnötig zusätzlich gesteigerten Personalbedarf ausgehen. Die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten wird aber nicht ausreichen, um genügend Personal zur Deckung des gesamten Bedarfs zu rekrutieren. Im Gegenteil kann die Erhöhung des Arbeitskräftepools dazu führen, dass ineffiziente Strukturen fortbestehen. Anderen Ländern folgend, sollte die Gesundheitspolitik daher das **Ziel der Reallokation der knappen**

Personalressourcen im Sinne einer bedarfsgerechten und humanressourcenschonenden Versorgung in den Mittelpunkt von Reformbemühungen stellen. Hierzu muss in den nächsten Jahren der Transformationsprozess in der Gesundheitsversorgung insgesamt vorangetrieben werden, insbesondere auch zur Reduktion des Fachkräftebedarfs im stationären Sektor, was wiederum eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung sowie die Rekrutierung von Personal für die Langzeitpflege erleichtern kann.

36. Ein zentraler Hebel ist die **Reduktion der stationären Belegungstage durch verbesserte Koordination und Ambulantisierung**. Dabei geht es nicht vorrangig um eine Reduktion der Personalbestands in der stationären Versorgung, sondern auch um eine Verbesserung der Arbeitsplatzattraktivität durch Verringerung der Arbeitsbelastung. In diesem Gutachten wird empirisch das Potenzial dargestellt, das von Strukturreformen zur Reduktion der Belegungstage ausgeht. Hierfür wurden Strukturreformen ausgewählt, die der Rat bereits in früheren Gutachten empfohlen hat und die in den letzten Jahren stets Teil der politischen Agenda waren, aber bisher nicht umgesetzt wurden. Das größte Potenzial zur Reduktion der stationären Belegungstage geht von einer **Reform der Notfallversorgung** aus (12,1 bis 32,2 Millionen Belegungstage), aber auch die **Ausweitung des Primärarztsystems auf die Regelversorgung** (12,5 bis 20 Millionen Belegungstage) sowie die konsequente **Ausweitung der sektorengleichen Vergütung** (6,3 bis 12,6 Millionen Belegungstage) weisen ein erhebliches Potenzial auf. Daneben hätte die **Etablierung von intersektoralen Zentren** als Alternative zu ausgewählten Krankenhäusern der Grundversorgung ein deutliches Potenzial (1,2 bis 2,7 Millionen Belegungstage). Auch Strukturreformen in der Langzeitpflege würden die Fachkräftesituation verbessern.

37. Als Reform mit einem besonders hohen Potenzial zur Reduktion von Belegungstagen empfiehlt der Rat, **Integrierte Leitstellen (ILS)** und **Integrierte Notfallzentren (INZ)** einzurichten sowie Einsätze des Rettungsdienstes zukünftig als eigenständige, präklinische notfallmedizinische Leistung abzurechnen, um die Notaufnahmen und damit die personellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu entlasten.

38. In Bezug auf die sektorengleiche Vergütung empfiehlt der Rat die zügige **Weiterentwicklung und Erweiterung der Hybrid-DRG-Verordnung** auf weitere Leistungsbereiche. Zudem sollte evaluiert werden, wie sich die Versorgungslage mit sektorengleich vergüteten Leistungen entwickelt; die Ausgestaltung des Finanzierungsinstrumentes sollte regelmäßig justiert werden. Der Rat empfiehlt perspektivisch, befristete Leistungsaufträge für sektorengleich erbringbare Leistungen zu definieren und auszuschreiben.

39. Die **Krankenhausvergütung** sollte differenzierter an die Versorgungsrealität und die resultierenden Kostenunterschiede sowie den Versorgungsbedarf angepasst werden. Neben der Einführung von – nach Leistungsbereichen differenzierten – **Vorhaltepauschalen** gilt es, die DRG-basierte Vergütung zu reformieren. Diese sollte unter anderem nach Regionen und Versorgungsstufen differenziert werden. Auch sollte die Anzahl der DRGs reduziert und ihre Definition wieder stärker auf Diagnosen (weniger auf Prozeduren) bezogen werden.

40. Der Rat empfiehlt, eine **sektorenübergreifende Bedarfsplanung ambulanter Leistungen** zu etablieren, bei der potenziell substitutive Leistungen des ambulanten und stationären Sektors, wie sektorengleich erbringbare Leistungen und ambulant spezialfachärztliche Leistungen, gemeinsam auf Grundlage alters- und morbiditätsgewichteter Schätzungen und Prognosen des Bedarfs geplant werden. Hierzu müsste die Zusammensetzung und Beschlussfassung der §-90a-Gremien im Rahmen der Übernahme von Planungskompetenzen weiterentwickelt werden. Zudem sind einheitliche

Leistungsbedingungen, z. B. Qualitätssicherung, für die Erbringung ambulanter Leistungen für Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser zu schaffen. Des Weiteren empfiehlt der Rat die Definition eines Katalogs der durch Hausärzt*innen und Fachspezialist*innen jeweils anzubietenden Kernleistungen.

41. Der Rat empfiehlt die flächendeckende Registrierung von Versicherten bei hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxen sowie die **Etablierung eines Primärarztsystems** im Rahmen der Regelversorgung zur verbesserten Steuerung der Patientenwege und Vermeidung von Überversorgung. Die Einschreibung in das Primärarztsystem soll für Versicherte monetär incentiviert werden.

42. Zum Abbau von Bürokratie und Überversorgung im Sinne medizinisch nicht notwendiger Patientenkontakte soll die Vergütung für den hausärztlichen Bereich und für ausgewählte Patientengruppen von Fachspezialisten von einer Quartalspauschale hin zu einer **Jahrespauschale** verändert werden. Eine Entkopplung der Vergütung von der persönlichen Leistungserbringung durch Ärzt*innen soll die Entwicklung hin zu interprofessionellen Versorgungsteams fördern.

43. Der Rat befürwortet eine stärker vernetzte Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Strukturen. Als Instrumente hierfür empfiehlt der Rat, **Primärversorgungszentren, intersektorale Zentren sowie Pflegekompetenzzentren** zu etablieren bzw. weiterzuentwickeln und diese in die jeweiligen lokalen Versorgungsangebote und Strukturen einzubetten. Zu diesem Zweck sollten die notwendigen rechtlichen, organisatorischen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen geprüft und angepasst werden.

44. In den neu zu etablierenden multiprofessionellen Einrichtungen der Primärversorgung und in bereits bestehenden (größeren) Hausarztpraxen oder hausärztlichen Praxisnetzen empfiehlt der Rat den **Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen**. Diese sollten im Rahmen der Primärversorgung in die Versorgung aller Patient*innen (ohne Einschränkung auf einzelne Indikationsbereiche) einbezogen werden können. Innerhalb dieser neuen Strukturen ist die **interprofessionelle Zusammenarbeit im Team** zentral.

45. Für die Langzeitpflege empfiehlt der Rat die **Weiterentwicklung ambulanter pflegerischer Versorgungsangebote**, die flächendeckende Bedarfserfassung sowie eine Weiterentwicklung des Qualitätsmonitorings mit Fokus auf den Personalressourcen.

46. Zur Verringerung von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner*innen empfiehlt der Rat, die verpflichtende **Vorhaltung einer basalen Diagnostik- und Behandlungsausstattung** in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie den Einsatz von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen in der stationären Langzeitpflege voranzutreiben und die systematische Kooperation zwischen Ärzt*innen und stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken.

Teil I: Beschreibung der Fachkräftesituation

1 Fachkräfte im Gesundheitswesen – Status Quo

1.1 Einleitung

47. Das Gesundheitswesen ist einer der größten Wirtschaftszweige in Deutschland: Rund 6 Millionen Menschen – d. h. etwa 13 % aller Erwerbstätigen – arbeiten im **Gesundheitssystem** (Destatis 2023f); die Anzahl der hier Beschäftigten ist in den vergangenen 10 Jahren um knapp 20 %⁴ gestiegen (Destatis 2023f).

48. Mehr als zwei Drittel der Beschäftigten im Gesundheitswesen gehören der Gruppe der **Gesundheitsberufe** an. Gesundheitsberufe sind Berufe, die „im weitesten Sinn mit der Gesundheit zu tun haben“ (BMG 2023). Gesetzlich durch den Bund **geregelte** Gesundheitsberufe sind Heilberufe⁵, Berufe nach Berufsbildungsgesetz⁶ und Gesundheitshandwerke⁷ (BMG 2023); durch Landesrecht werden z. B. die Ausbildungen der Pflegehelfer und Pflegeassistentenberufe geregelt (Jürgensen 2019). Als **nicht-geregelte** Gesundheitsberufe gelten jene, deren Ausbildung nicht auf einer bundes- oder landesrechtlichen Regelung basiert, z. B. Tätigkeiten im Zusammenhang mit nicht-medizinischen Gesundheitsleistungen im Bereich der Stressbewältigung oder der Bewegungsförderung.

49. In Abbildung 1-1 wird die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen entsprechend der **Klassifikation der Berufe (KldB 2010)** der Bundesagentur für Arbeit (BA) aufgeschlüsselt (BA 2021; Destatis 2023f). Die Daten der BA umfassen die sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. In den humanmedizinischen Gesundheitsberufen und der Altenpflege nimmt demnach die Berufsgruppe „Gesundheits- und Krankenpflagedienst, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ den größten Anteil ein, gefolgt von den „Arzt- und Praxishilfen“, der „Altenpflege“ und der „Human- und

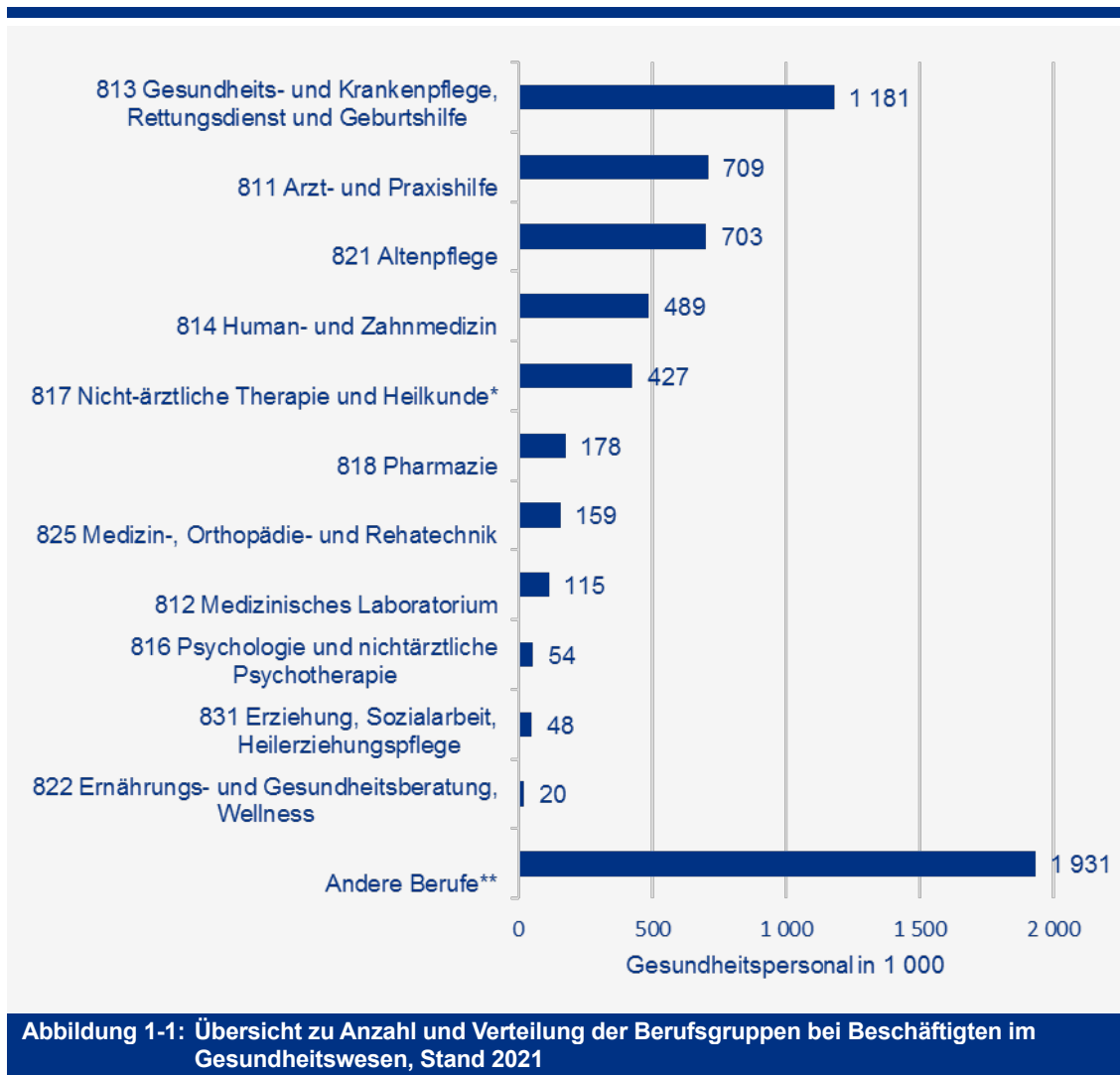
⁴ Berechnet durch den Vergleich der Jahre 2012 und 2021 (Destatis 2023f).

⁵ Heilberufe: geschützte Berufsbezeichnung; Inhalte der Ausbildung in Studien-, Ausbildungs-, Approbations- oder Prüfungsverordnungen festgelegt; Zulassung gesetzlich geregelt. Heilberufe umfassen z. B. Ärzt*innen, Pflegefachpersonen oder Psychotherapeut*innen.

⁶ Berufe auf Basis des Berufsbildungsgesetzes: z. B. Medizinische Fachangestellte, pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte.

⁷ Gesundheitshandwerke: geregelt auf Basis der Handwerksordnung, z. B. Augenoptiker*innen, Hörgeräteakustiker*innen, Zahntechniker*innen.

Zahnmedizin⁸. Knapp ein Drittel aller Beschäftigten im Gesundheitssystem übt keinen eigentlichen Gesundheitsberuf aus, sondern unterstützt die Funktionalität des Systems anderweitig, z. B. durch Arbeit in der Informationstechnologie (IT) oder der Verwaltung (im Folgenden zusammengefasst als „Andere Berufe“) (Destatis 2023f).



* Diese Gruppe umfasst Berufe in der Physiotherapie, in der Ergotherapie, in der Sprachtherapie, in der Musik- und Kunsttherapie, in der Heilkunde und Homöopathie, Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie, Berufe in der nicht-ärztlichen Therapie und Heilkunde (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe).

** Beschäftigte aus Nicht-Gesundheitsberufen sind unter „Andere Berufe“ zusammengefasst.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2023f).

50. In der KldB 2010 werden Berufe anhand der Dimensionen der „Berufsfachlichkeit“ – also entsprechend inhaltlicher Fachkompetenzen – und des „Anforderungsniveaus“ unterteilt (BA 2021). In die Dimension **Anforderungsniveau** (AF) fließen sowohl die formale („zertifikatsorientiert“) als

⁸ Diese Gruppe umfasst Ärzt*innen mit und ohne Spezialisierung, Zahnärzt*innen und Kieferorthopäd*innen sowie Führungskräfte in der Human- und Zahnmedizin.

auch die informelle Ausbildung und die Berufserfahrung ein. Es werden „**Helfer**“ (Helfer- und Anlerntätigkeit, die keine oder nur eine kurze Ausbildung erfordert; AF 1), „**Fachkräfte**“ (fachlich ausgerichtete, komplexe Tätigkeit mit typischerweise mehrjähriger Ausbildung; AF 2), „**Spezialisten**“ (komplexe Spezialistentätigkeit, z. B. Meister, Bachelorabschluss; AF 3) und „**Experten**“ (hochkomplexe Tätigkeit, z. B. Masterabschluss, Diplom, Staatsexamen; AF 4) unterschieden (BA 2021, Seite 26 ff.).

51. Im vorliegenden Gutachten zur Fachkräftesituation nutzt der Rat den Begriff „Fachkräfte“ – sofern nicht explizit anders dargestellt – für Berufe mit einem Anforderungsniveau von 2 oder höher. Gleichwohl schließt der Rat Tätigkeiten eines niedrigeren Anforderungsniveaus in der Gesamtbegutachtung nicht grundsätzlich aus; so wird z. B. im Abschnitt zu den Pflegeberufen (Abschnitt 1.2.1) auch auf die Situation der Pflegehelfer*innen eingegangen.

Beschreibung von Mangel und Engpässen an Fachkräften im Gesundheitswesen

52. Grundlage der Definition von Mangel und Engpass von Arbeitskräften ist der Abgleich zwischen dem Angebot der Arbeitnehmer*innen und der Nachfrage der Arbeitgeber*innen. In der Definition des **Arbeitskräfteengpasses** und des **Arbeitskräftemangels** wird die Qualifikation der Arbeitskräfte nicht berücksichtigt. Eine Diskrepanz zwischen inhaltlicher Anforderung einer Tätigkeit und Qualifikation der Arbeitskräfte (sog. *Skill-Mismatch*, Brunello/Wruuck 2021) kann jedoch dazu führen, dass trotz ausreichendem Angebot an Arbeitssuchenden Stellen nicht besetzt werden können, also fachlich geeignete Arbeitskräfte fehlen.

53. Die BA definiert den Begriff des **Fachkräftemangels** als „Zustand einer Volkswirtschaft, in dem eine bedeutende Anzahl von Arbeitsplätzen nicht oder nicht zeitgerecht durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit bestimmten Kenntnissen und Fähigkeiten besetzt werden kann, weil auf dem Arbeitsmarkt keine ausreichende Anzahl entsprechend qualifizierter Fachkräfte zur Verfügung steht“ (BA 2022a). Diese Definition erlaubt keine zeitliche Differenzierung der Arbeitsmarktsituation. In anderen Definitionen wird der Faktor Zeit genutzt, um zwischen Engpass und Mangel zu unterscheiden: So wird der Begriff des **Fachkräfteengpasses** auch als ein vorübergehendes Missverhältnis zwischen dem qualifikationsspezifischen Arbeitsangebot und der Nachfrage genutzt, der **Fachkräftemangel** als ein *dauerhaftes* Missverhältnis (Obermeier 2014).

54. Die BA nutzt hingegen die **Fachkräfte-Engpassanalyse**, um Engpassberufe zu definieren⁹. Der Rat legt diese Analyse der BA im Folgenden der Definition eines **Engpassberufs** zu Grunde. Auf Basis der Fachkräfte-Engpassanalyse werden für 200 der rund 700 Berufsuntergruppen des gesamten deutschen Arbeitsmarktes Engpässe in der Verfügbarkeit von Fachkräften beschrieben (BA 2023d,

⁹ In der Engpassanalyse des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) werden 14 Indikatoren berücksichtigt, die eine objektive, datenbasierte und nachvollziehbare Übersicht zu aktuellen und möglicherweise zukünftigen Engpassberufen ermöglichen sollen. In der Berechnung der Engpassanalyse wird jedem Indikator ein Wert zwischen 0 und 3 zugeordnet (3 Punkte: Anzeichen für einen Engpass, 2 Punkte: schwache Anzeichen für einen Engpass, 1 Punkt: Kein Hinweis auf einen Engpass, 0 Punkte: Sehr weit entfernt von einem möglichen Engpass). Aus dem arithmetischen Mittel aller Indikatoren wird der Gesamtwert der Analyse für einzelne Berufsuntergruppen abgeleitet: Bei Gesamtwerten zwischen 2 und 3 ist von einem Engpassberuf auszugehen, bei Werten von 1,5 bis 2 werden die Berufe als im zu beobachtenden Bereich eingestuft, bei Werten unter 1,5 besteht kein Hinweis auf einen Engpass. Diese Analyse erlaubt jedoch keine Quantifizierung der tatsächlich fehlenden Arbeitskräfte und auch keine Prognose zum zukünftigen Verlauf möglicher Engpässe (BA 2022c). Zur Prognose kann das Fachkräftemonitoring herangezogen werden (siehe Textziffer 60 ff.).

Seite 6). Dies betrifft insbesondere die Pflegeberufe¹⁰ und weitere medizinische Berufe wie Medizinische Fachangestellte (MFA), Physio- und Ergotherapeut*innen, Ärzt*innen oder Apotheker*innen, aber auch die Bau- und Handwerksberufe und die IT. Die Anzahl der Engpassberufe ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen (im Jahr 2020: 131; 2021: 148; 2022: 200; BA 2023d).

55. Bezogen auf das **Anforderungsniveau** wurde im Jahr 2022 die Hälfte aller Engpassberufe der Gruppe der Fachkräfte (\geq AF2) zugeordnet (BA 2023d, Seite 6). In der Berufsgruppe der medizinischen und nicht-medizinischen Berufe wurden u. a. Pflegefachpersonen, Podolog*innen, Physiotherapeut*innen, Zahnmedizinische Fachangestellte, Operations-/medizinisch-technische Assistenzberufe, medizinisch-technische Berufe der Radiologie und Ärzt*innen als Engpassberufe eingestuft (zur detaillierten Übersicht siehe Anhang Tabelle 1-3). Informationen für Engpässe von Berufsgruppen, die zwar im Gesundheitssystem arbeiten, aber keinen Gesundheitsberuf ausüben (wie IT-Spezialist*innen in Krankenhäusern), sind aus der Engpassanalyse der BA nicht ableitbar.

56. Um gewisse **regionale Disparitäten** auch in der Engpassanalyse abzubilden, erfolgt die Analyse separat für einzelne Bundesländer. Sowohl die Pflegeberufe als auch Berufe der nicht-ärztlichen Therapien (z. B. Physiotherapeut*innen) werden in allen Bundesländern als Engpassberufe eingestuft, bei den Ärzt*innen zeigt sich kein einheitliches Bild (BA 2023d, Seite 20).

57. In der **Beurteilung** und **Bewertung** möglicher Mangel- und Engpassszenarien muss berücksichtigt werden, dass durchaus unterschiedliche Szenarien „nebeneinander“ bestehen können. So können z. B. Bundesländer trotz (bundesweit) ausreichender Kapazitäten von Engpässen betroffen sein, da eine strukturbedingte Über- oder Unterversorgung besteht. Auch können Engpässe nur für einzelne Berufsuntergruppen beobachtet werden. Fachkräfteengpässe können somit zwar von der Engpassanalyse erfasst werden, die konkreten Lösungsansätze unterscheiden sich jedoch in Abhängigkeit der zugrundeliegenden, spezifischen Situation.

Beschreibung von Prognosen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

58. Zum Abschätzen der Notwendigkeit von Maßnahmen zur Gegensteuerung bei möglichen bzw. erwartbaren Engpässen bedarf es Prognosen über zukünftige Entwicklungen von Engpassberufen. Mittel- und langfristige Prognosen des Bedarfs an Fachkräften sowie mögliche Fachkräfteengpässe und -überschüsse lassen sich aus dem Fachkräftemonitoring des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) ableiten. In diesem werden u. a. Annahmen zur Demografie, Digitalisierung und Dekarbonisierung berücksichtigt¹¹; in die Mittelfristprognose (Projektionszeitraum 5 Jahre) fließen auch Annahmen zu aktuellen Ereignissen (wie z. B. der Energiewende oder den ökonomischen Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie) oder geplanten politischen Maßnahmen (wie Koalitionsverträgen) ein (BMAS 2022, 2023). Dennoch sind Prognosen immer vorsichtig und kritisch zu betrachten, vor allem wenn sie die aktuellen Arbeitssituationen fortschreiben.

¹⁰ Unter „Pflegeberufe“ werden die Berufsuntergruppen der KldB 2010 8130, 8131, 8132, 8138, 8139, 8210, 8218, 8219 zusammengefasst.

¹¹ Als mögliche Einflussfaktoren auf die ökonomische Aktivität werden z. B. die Energiewende, die Zeitenwende mit einem Anstieg der Ausgaben für Verteidigung, die Klimafolgenanpassung oder die Zinswende berücksichtigt.

59. Laut **Mittelfristprognose** des Fachkräftemonitorings für die Jahre 2022 bis 2026 wird in 87 der 140 einbezogenen Berufsgruppen¹² der Neubedarf an Arbeitskräften das Neuangebot übersteigen; zu den prognostizierten Engpassberufen zählen u. a. „Human- und Zahnmedizin“, „Altenpflege“ und „Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe“ (BMAS 2022, Seite 10). In der **Langfristprognose** für die Jahre 2021 bis 2040 wird, vor allem aufgrund des demografischen Wandels, der größte Anstieg des Arbeitskräftebedarfs branchenübergreifend für den Bereich des Gesundheitswesens prognostiziert; gemäß der Prognose wird der **Bedarf bis zum Jahr 2040 um rund 1 Million Erwerbstätige** ansteigen. Unter den Annahmen, dass im Jahr 2040 ein Bedarf von 7,3 Millionen Erwerbstätigen im Gesundheitswesen besteht (BMAS 2023, Seite 36) und es 44,8 Millionen Erwerbstätige in Deutschland geben wird (Zika et al. 2022, Seite 11), müssten dann 16,2 %¹³ aller Erwerbstätigen im Gesundheitswesen tätig sein (im Vergleich zu 13 % heute). Es wird prognostiziert, dass durch die Zunahme der Nachfrage nach Arbeitskräften in den Gesundheitsberufen bestehende Rekrutierungsschwierigkeiten für Arbeitgeber*innen weiter zunehmen werden (BMAS 2023). Diese äußern sich z. B. in längeren Vakanzzeiten.

60. Das Fachkräftemonitoring des BMAS basiert auf Daten des Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen-Projektes (**QuBe-Projektionsmodell**; BIBB 2023d). In diesem Modell werden Daten des Mikrozensus, Bildungsdaten der amtlichen Statistik (z. B. von Hochschulen) und die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) genutzt, um eine Prognose zur voraussichtlichen Entwicklung von Arbeitskräftenachfrage und -angebot in Deutschland zu generieren. Seit dem Jahr 2007 werden in diesem Projekt in Kooperation zwischen dem Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) und der Gesellschaft für wirtschaftliche Strukturforchung (GWS) alle 2 Jahre Prognosen erstellt, die einen Überblick der Fachkräftesituation bis zum Jahr 2040 ermöglichen sollen. In Bezug auf die Gesundheitsberufe wird prognostiziert, dass zunehmend weniger Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, um die fortgeschriebene Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Zur Darstellung der Prognose für einzelne Berufsgruppen siehe Abschnitt 1.2.1.12.

61. Die **Belastbarkeit** und die **Aussagekraft jedes Prognosemodells** müssen unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit und Validität der zur Verfügung stehenden Daten interpretiert werden, deren Ungenauigkeiten sich in der Validität und Präzision der Prognose fortzuschreiben. In der Beurteilung der Belastbarkeit der einbezogenen Daten zur Situation der Fachkräfte ist z. B. zu berücksichtigen, dass Daten zum Bevölkerungsstand mit zunehmendem zeitlichem Abstand zu einem Zensus an Zuverlässigkeit verlieren (Destatis 2022d). Auch Informationen zum Personalbestand gelten teilweise als unzuverlässig. So ist aufgrund der Systematisierung der Berufsgruppen davon auszugehen, dass die Krankenhausstatistik die Zahl der Pflegenden deutlich unterschätzt (Schreyögg/Milstein 2016). Einige Informationen, die für Prognosen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen erforderlich wären, sind darüber hinaus gar nicht verfügbar. So wurde z. B. der Personalbestand des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in den vergangenen Jahren nur sehr lückenhaft dokumentiert; mittlerweile ist das Statistische Bundesamt mit regelmäßigen Erhebungen beauftragt. Darüber hinaus werden Daten oft mit Verzögerung verfügbar, was zeitnahe Prognosen und die rechtzeitige Implementierung von Maßnahmen erschwert.

¹² Die Prognosen werden auf Ebene der Dreisteller (Berufsgruppen) der KldB 2010 erstellt und umfassen Berufsgruppen des gesamten Arbeitsmarktes.

¹³ Also rund 3 % mehr als im Jahr 2023.

62. Des Weiteren wirken sich Annahmen über relevante Einflussfaktoren auf Bedarf und Angebot, auf das Ergebnis und die Aussagekraft einer Prognose aus. Unschärfen der Prognosen können z. B. aus der Annahme sich nicht verändernder struktureller Bedingungen des Gesundheitswesens oder der Fortschreibung der aktuellen Inanspruchnahme resultieren. Die für Prognosen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen relevanten Faktoren – wie der demografische Wandel, die Entwicklung der Morbidität im Hinblick auf Last und Spektrum, die Digitalisierung oder systemisch-strukturelle Einflussfaktoren – werden in Kapitel 3 ausführlich erörtert. Sie sollten künftig in eine nationale, strategische Gesundheitspersonalplanung (GPP) einfließen (siehe Kapitel 4).

Stille Reserve

63. Das Erwerbspersonenpotenzial setzt sich aus den Erwerbstätigen, den Erwerbslosen und der Stillen Reserve zusammen. Die Stille Reserve umfasst Personen, die z. B. aufgrund persönlicher Faktoren, trotz entsprechender Qualifikation und Arbeitsfähigkeit, dem Arbeitsmarkt nicht aktiv zur Verfügung stehen. Die Stille Reserve ist somit ein potenzieller Teil des Arbeitsangebots, sie wird in offiziellen Statistiken jedoch nicht erfasst, sondern kann nur geschätzt werden (Fuchs 2002). Bei der Analyse der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen wird die Stille Reserve auch als **ungenutztes Arbeitskräftepotenzial** eingestuft. Die Betrachtung dieser Gruppe kann auf strukturelle Schwächen des Arbeitsmarktes hinweisen; ihre Reaktivierung kann potenziell schnelle Effekte zur Erhöhung der absoluten Zahl an Beschäftigten erzielen (Schreyögg 2023).

64. Im Hinblick auf einen möglichen Wechsel aus der Stillen Reserve in die aktive Teilnahme am Arbeitsmarkt ist die **Heterogenität** der Kohorte zu berücksichtigen: So besteht die Stille Reserve zum einen aus Personen mit Arbeitswunsch, die jedoch kurzfristig keine Arbeit aufnehmen können (z. B. aufgrund von Betreuungspflichten innerhalb der Familie). Weiterhin beinhaltet die Stille Reserve Personen, die zwar verfügbar wären, aber nicht nach Arbeit suchen, da sie glauben, keine Arbeit zu finden (entmutigte Arbeitskräfte, Fuchs 2002). Dies wird z. B. nach langen Betreuungsphasen oder einer „Familienpause“ beobachtet, oder auch bei Studierenden, die den Eintritt in den Arbeitsmarkt aufgrund einer schlechten Arbeitsmarktlage bewusst verzögern. Darüber hinaus umfasst die Stille Reserve Personen, die weder kurzfristig verfügbar sind noch nach Arbeit suchen.

65. Für das Jahr 2021 wurde die Stille Reserve des gesamten Arbeitsmarkts auf rund 3,1 Millionen Nichterwerbspersonen im Alter zwischen 15 und 74 Jahren geschätzt, also rund 17 % aller Nichterwerbspersonen. Etwas über die Hälfte (ca. 56 %) der Nichterwerbspersonen der Stillen Reserve waren Frauen; der überwiegende Anteil der Stillen Reserve hat mindestens ein mittleres Qualifikationsniveau (Destatis 2023b).

1.2 Spezifische Berufsgruppen

66. Der Rat betont, dass für ein funktionierendes und resilientes Gesundheitssystem die Expertise und Kooperation aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen relevant ist. Daher sind Personalengpässe grundsätzlich in allen Berufsgruppen zu vermeiden. Dennoch fokussiert der Rat im vorliegenden Gutachten bewusst auf die drei zahlenmäßig größten Berufsgruppen mit direkter Patientenversorgung: Pflegeberufe, Medizinische Fachangestellte (MFA) und Ärzt*innen.

Übersicht zum Patientenaufkommen

67. Betrachtungen zur Anzahl der Beschäftigten müssen immer im Hinblick auf die Arbeitsbelastung, also die Anzahl an Patient*innen und Fällen erfolgen, insbesondere bei zeitlichen oder internationalen Vergleichen. Darüber hinaus sind Tätigkeits- und Verantwortungsprofile einzelner Berufsgruppen und die Schwere der Fälle, z. B. durch Unterschiede in der Zuordnung zum ambulanten oder stationären Behandlungssetting, zu berücksichtigen. In Deutschland werden z. B. Behandlungen teilweise stationär durchgeführt, die in anderen Ländern ambulant erfolgen. Dies hat Einfluss auf die Anzahl an stationären Fällen im Krankenhaus, die Schwere der Behandlungsfälle und den daraus resultierenden Arbeitsaufwand.

68. Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie sind die Fallzahlen der letzten Jahre im kassenärztlichen Bereich nur eingeschränkt aussagekräftig. Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Fallzahlen pro Arzt als weitestgehend konstant interpretiert, sieht der Rat durchaus Hinweise auf einen möglichen Rückgang der Fallzahlen im haus- und fachärztlichen Bereich seit dem Jahr 2017 (KBV 2024a). Aus diesen Fallzahlen ist jedoch die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte nicht ableitbar.

69. Die **Anzahl der Krankenhäuser** hat in den vergangenen Jahren abgenommen. Im Jahr 2013 gab es noch 1 996 Krankenhäuser mit insgesamt 500 671 Betten; im Jahr 2022 1 893 Krankenhäuser mit 480 382 Betten (Genesis-Online 2023). Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine hohe Bettendichte auf (SVR 2023, Seite 216). Die Anzahl von Ärzt*innen und Beschäftigten im Pflegeaggregat im Verhältnis zur Anzahl der Krankenhausbetten ist in den vergangenen 10 Jahren angestiegen (siehe Abbildung 1-2 und Abbildung 1-3).

70. Bei der Anzahl an **stationären Patient*innen** im Krankenhaus zeigt sich eine Veränderung seit Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie: So stieg die jährliche Zahl der stationären Patient*innen zwischen dem Jahr 2013 und dem Jahr 2019 um rund 3,3 % an ($n = 628\,387$), im Jahr 2020 sank diese jedoch deutlich ab. Im Jahr 2022 wurden rund 13,5 % ($n = 2\,612\,862$) weniger stationäre Patient*innen registriert als im Jahr zuvor. Im Vergleich zum Jahr 2013 wurden im Jahr 2022 knapp 2 Millionen Patient*innen weniger im stationären Sektor ($-0,6\%$) behandelt (Genesis-Online 2023).

71. Neben der Anzahl ist auch die **Verweildauer** der Patient*innen zu berücksichtigen, die seit dem Jahr 2013 für stationäre Patient*innen um rund 4 % (von 7,5 auf 7,2 Tage) abgesunken ist; die Bettenauslastung blieb in den Jahren 2013 bis 2019 weitestgehend konstant (2013: 77,3 %, 2019: 77,2 %), zu Beginn der Pandemie sank diese zunächst deutlich (2020: 67,3 %) und stieg bis zum Jahr 2022 wieder auf 69 % an (Genesis-Online 2023).

72. Betrachtet man das Verhältnis zwischen den Belegungstagen und den in Krankenhäusern tätigen Ärzt*innen oder Beschäftigten in Pflegeberufen, ist auch dieser Quotient in den vergangenen 10 Jahren gesunken (siehe Abbildung 1-2 und Abbildung 1-3). Zu den Belegungstagen siehe auch Kapitel 6.

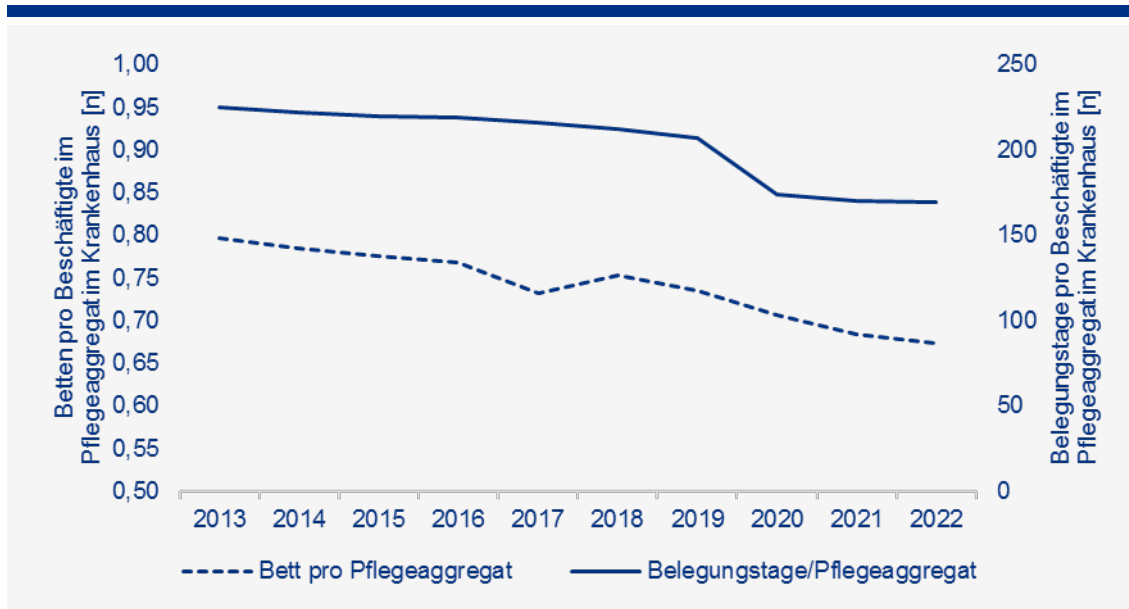


Abbildung 1-2: Krankenhausbetten und Belegungstage pro Beschäftigten im Pflegeaggregat im Krankenhaus für die Jahre 2013 bis 2022

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von Daten der BA (2023b) und Destatis (2023g).

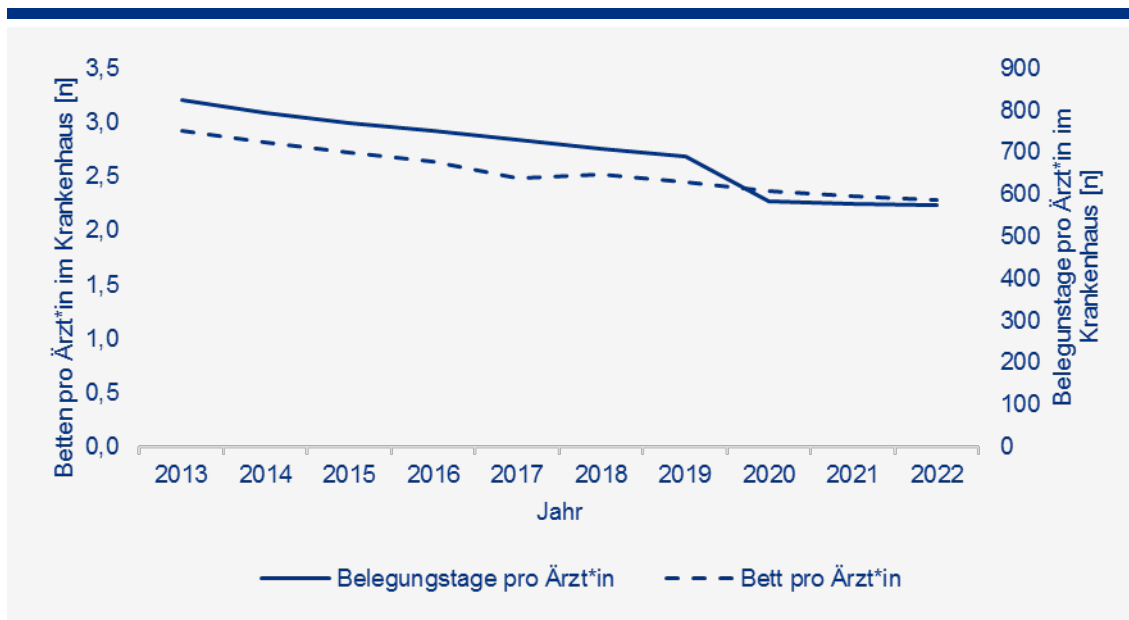


Abbildung 1-3: Krankenhausbetten und Belegungstage pro Ärzt*in im Krankenhaus für die Jahre 2013 bis 2022.

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von Daten der BA (2023b) und Destatis (2023g).

73. Im **internationalen Vergleich** zeigt sich in Deutschland eine höhere Zahl von stationären Patient*innen. So zählt z. B. die Anzahl an Krankenhausbelegungstagen in Deutschland zu den höchsten in Europa. In Deutschland werden sowohl hohe Fallzahlen als auch vergleichsweise lange Krankenhausverweildauern beobachtet (Eurostat). Dies wird u. a. auf einen höheren Bedarf

akutstationärer Versorgung aufgrund einer überdurchschnittlich hohen Alters- und Morbiditätslast zurückgeführt, aber auch auf die Notwendigkeit, durch stationäre Behandlungen fehlende Versorgungsmöglichkeiten in anderen Bereichen auszugleichen (DKG 2021).

74. Die Zahl der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI (Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung) in Deutschland ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Im Jahr 2013 gab es in Deutschland rund 2,6 Millionen Pflegebedürftige, bis zum Jahr 2021 hat sich deren Anzahl nahezu verdoppelt (4,9 Millionen)¹⁴. Somit stieg die Pflegequote – definiert als der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung – von 3,3 % auf 6,0 % (GBE 2021).

75. Die Zahl an Pflegebedürftigen, die zu Hause von ihren Angehörigen versorgt werden, verdoppelte sich in den vergangenen zehn Jahren (siehe Kapitel 2). Die Zahl der durch ambulante Pflegedienste versorgten Personen stieg um 70 % an (im Jahr 2013: 615 846; 2019: 982 604; 2021: 1 046 798). Die Anzahl an vollstationär versorgten Patient*innen stieg vom Jahr 2013 bis 2019, also vor Beginn der Pandemie, um rund 7 % an; seither ist die Zahl leicht abgefallen, im Vergleich zum Jahr 2013 zeigt sich jedoch noch immer ein Anstieg um rund 4 % (im Jahr 2013: 764 431; 2019: 818 317 2021: 793 461; Genesis-Online 2024).

Exkurs: Datenquellen zur Darstellung einzelner Berufsgruppen im Gesundheitswesen

76. Daten zu Beschäftigten im Gesundheitswesen werden in Deutschland von verschiedenen Institutionen erfasst. Im vorliegenden Gutachten werden u. a. die Beschäftigtenstatistik der BA, Daten der Bundesärztekammer (BÄK) und der KBV, der Mikrozensus sowie die Gesundheitspersonalrechnung und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes einbezogen. Aufgrund unterschiedlicher Herangehensweisen in der Erhebung und Auswahl der einbezogenen Kohorten, sind diese Quellen nur eingeschränkt miteinander vergleichbar.

- Grundlage der **Beschäftigtenstatistik der BA** bildet das Meldeverfahren zur Sozialversicherung, in das alle Arbeitnehmer*innen einbezogen sind, die der Kranken- oder Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem SGB III unterliegen (Destatis 2023d). Im Folgenden werden insbesondere Daten der BA genutzt, die auf Anfrage des Rates zusammengestellt und diesem direkt übermittelt wurden.
- Alle Ärzt*innen, die im Besitz einer ärztlichen Berufserlaubnis sind, müssen sich bei ihrer Landesärztekammer (LÄK) registrieren. Die **Bundesärztekammer (BÄK)** führt Daten der LÄK zusammen und veröffentlicht sie jährlich in der Ärztestatistik (BÄK 2023c). Somit stellt die Ärztestatistik die Anzahl an Ärzt*innen in Deutschland umfassend dar.
- Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** erfasst Daten zu den Vertragsärzt*innen in Deutschland. Vertragsärzt*innen (früher auch als Kassenärzte bezeichnet) sind jene Ärzt*innen, die über eine Zulassung zur ambulanten Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten verfügen. Ärzt*innen, die im ambulanten Bereich ausschließlich privatversicherte Patient*innen behandeln, werden somit nicht erfasst. Durch die KVen der Länder werden Daten zu allen vertragsärztlich tätigen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erfasst, monatlich an die KBV übermittelt und durch die KBV im **Bundesarztregister** zusammengestellt (KBV 2023b).

¹⁴ Zum 1. Januar 2017 wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Damit einher geht eine Erweiterung des Kreises der anspruchsberechtigten Versicherten auf Leistungen der Pflegeversicherung.

- Der Mikrozensus umfasst 1 % der Bevölkerung. Da es sich um eine repräsentative Stichprobe handelt, erlaubt diese Erhebung eine Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung.

Diese (und weitere) Datenquellen werden in sekundärstatistischen Portalen genutzt:

- Die jährlich erscheinende **Gesundheitspersonalrechnung (GPR)** ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, in dem Informationen zum Gesundheitspersonal – wie z. B. Alter, Geschlecht und Beruf – zusammengestellt werden. Hierfür werden rund 30 erwerbsstatistische Datenquellen genutzt, wie die Beschäftigtenstatistik der BA, der Mikrozensus oder Daten von Berufsverbänden.
- Die **Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)** ist eine Online-Datenbank, die Daten aus mehr als 100 verschiedenen Quellen – u. a. Daten der BÄK oder Statistischen Ämter des Bundes und der Länder – zusammenführt und zur Darstellung aufbereitet. In der Datenbank werden Gesundheitsdaten zu verschiedenen Gesundheitsthemen wie Prävention, Gesundheitsschutz oder Einrichtungen des Gesundheitssystems zusammengestellt.

1.2.1 Pflegeberufe

Exkurs: Erläuterung der Begriffe Pflegeberufe, Pflegeaggregat und Pflegefachperson

77. In der KldB 2010 sind die **Pflegeberufe** in den Berufsgruppen 813 „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ sowie 821 „Altenpflege“ verortet, eine eigene Gruppe für Pflegeberufe gibt es in dieser Klassifikation nicht. Um die Gruppe der Pflegeberufe möglichst gut von anderen Berufen abzugrenzen, werden im Folgenden die Tätigkeitsfelder „8133 Berufe operations-/medizintechnische Assistenz“, „8134 Berufe im Rettungsdienst“ und „8135 Berufe Geburtshilfe, Entbindungspflege“ soweit wie möglich nicht berücksichtigt. In den Daten der BA wird die Gruppe der Pflegenden unter dem Begriff **Pflegeaggregat** zusammengefasst, das die Gruppen 8130 Gesundheits-, Krankenpflege (ohne Spezialisierung, o. S.), 8131 Fachkrankenpflege, 8132 Fachkinderkrankenpflege, 8138 Gesundheits-, Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe, s. s. T.), 8139 Aufsicht, Führung – Pflege, Rettungsdienst, sowie 821 Altenpflege (einschließlich Führung) der KldB 2010 umfasst. Somit enthält das Pflegeaggregat zwar auch leitende Beschäftigte aus dem Rettungsdienst, aufgrund der geringen Anzahl dieser Personen scheint dies jedoch in Anbetracht der Größe der Gesamtgruppe vernachlässigbar.

Während die Begriffe „Pflegeberufe“ und das „Pflegeaggregat“ Beschäftigte aller Anforderungsniveaus implizieren, werden unter dem Begriff **Pflegefachperson** Beschäftigte in Pflegeberufen mit einem AF von 2–4 zusammengefasst.

1.2.1.1 Anzahl und Verfügbarkeit

Anzahl an Pflegefachpersonen und Pflegehelfern

78. Nach Angaben der BA waren im Jahr 2022¹⁵ in Deutschland rund 1,76 Millionen Menschen in der Pflege¹⁶ beschäftigt, davon rund 176 000 Personen geringfügig (BA 2023b). Unter der Annahme, dass rund 6 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig sind (Destatis 2023b), arbeiten demnach fast 30 % dieser Beschäftigten in der Pflege. Bezogen auf das Anforderungsniveau werden die meisten Pflegenden (61,9 %) der Gruppe der Fachkräfte zugeordnet, 30,7 % werden als Helfer eingestuft, 5,5 % als Spezialisten, 1,9 % als Experten (BA 2023b).

79. Die Anzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen ist seit dem Jahr 2013 um rund 312 000 Personen (21,5 %) angestiegen (von 1,45 Millionen auf 1,76 Millionen Beschäftigte). Dies resultiert vor allem aus einem starken Anstieg der Anzahl an Helfern (+ 147 959; + 37,5 %) und Fachkräften (+ 161 028; + 17,3 %), aber auch die Anzahl an Experten nahm zu (+ 7 941; + 32,1 %). Lediglich die Anzahl der Spezialisten (– 5 348; – 5,3 %) nahm ab (BA 2023b).

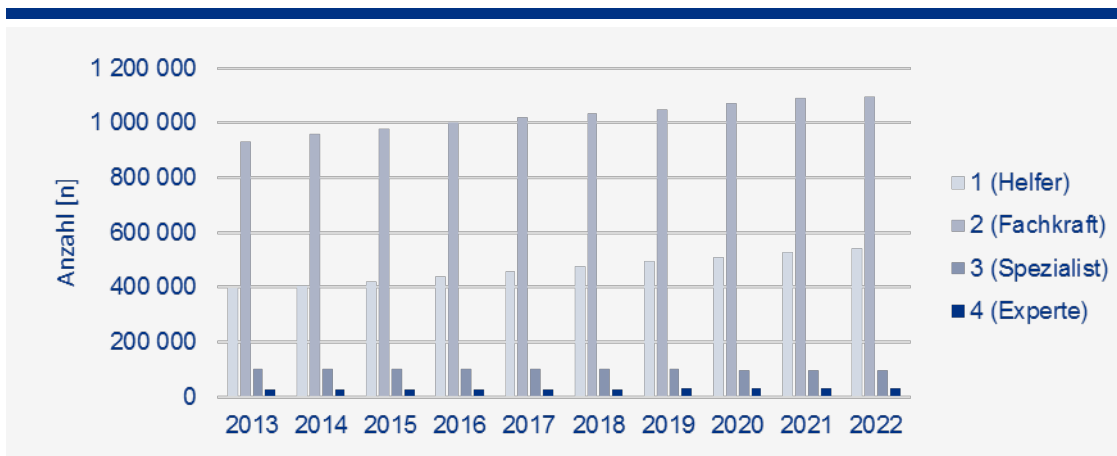


Abbildung 1-4: Anzahl an Beschäftigten in Pflegeberufen nach Anforderungsniveau in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Datenbereitstellung von BA (2023b).

Pflegedichte

80. Die steigende Anzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen in den vergangenen Jahren spiegelt sich auch in der **Pflegedichte** wider. Abgeleitet aus Daten der BA zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege¹⁷ sowie den Daten zum Bevölkerungsstand des Statistischen Bundesamtes errechnet sich für das Jahr 2022 für Deutschland eine Pflegedichte von 20,9 Beschäftigten in Pflegeberufen pro 1 000 Einwohner*innen; im Jahr 2018 waren es 18,0 Beschäftigte pro 1 000 Einwohner*innen. Unterteilt nach dem Qualifikationsniveau gab es im

¹⁵ Berechnet als Jahresdurchschnitt; Gruppe der Pflegenden.

¹⁶ Die Gruppe der Pflegenden entspricht hier der Definition des Pflegeaggregats; Daten als persönliche Nachricht erhalten.

¹⁷ Hier dargestellt im Pflegeaggregat.

Jahr 2022 14,5 Pflegefachpersonen pro 1 000 Einwohner*innen (im Jahr 2018: 13,1 pro 1 000 Einwohner*innen) und 6,4 Beschäftigte pro 1 000 Einwohner*innen wurden im Jahr 2022 der Kategorie der Pflegehelfer zugeordnet (im Jahr 2018: 4,9 pro 1 000 Einwohner*innen; BA 2023b).

81. Die **Pflegedichte** von im **Krankenhaus** beschäftigten Angehörigen von Pflegeberufen in Deutschland ist im Laufe der Zeit ebenfalls angestiegen: Im Jahr 2013 waren gemäß Daten der BA 7,9 Pflegenden pro 1 000 Einwohner*innen in einem Krankenhaus beschäftigt, im Jahr 2022 waren es 8,5. Die Dichte der Pflegefachpersonen im Krankenhaus stieg von 6,9 pro 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2018 auf 7,4 pro 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2022 (BA 2023b).

82. Im Bereich der **Langzeitpflege**¹⁸ zeigt sich ein Anstieg der Dichte um 25 % von 7,9 Beschäftigten pro 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2013 auf 9,9 im Jahr 2022 (BA 2023b). Die Dichte der Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege stieg hierbei von 4,7 pro 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2013 auf 5,4 pro 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2022 an (BA 2023b).

Internationale Vergleichbarkeit der Pflegedichte

83. Die **Vergleichbarkeit internationaler Daten** zu Beschäftigten in Pflegeberufen ist begrenzt, da in den verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen die Qualifikation der Berufsgruppen und deren Anforderungsniveaus sowie daraus resultierende Tätigkeiten sehr unterschiedlich sind. Des Weiteren ist bei der Interpretation auch die in Deutschland hohe Anzahl an Krankenhausbelegungstagen zu beachten (siehe Textziffer 71). Die Daten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development) über die **Anzahl an berufstätigen Pflegefachpersonen pro 1 000 Einwohner*innen** im Ländervergleich müssen daher vorsichtig interpretiert werden. Nach dieser OECD-Erhebung liegt die Pflegedichte gemessen an der Anzahl an Pflegefachpersonen in Deutschland im Vergleich aller OECD-Staaten deutlich über dem Durchschnitt, im Vergleich der Länder mit einem ähnlichen Gesundheitssystem nimmt Deutschland einen vorderen Platz ein (siehe Abbildung 1-5).

¹⁸ Die Langzeitpflege wird hier dargestellt als Summe der Beschäftigten in Alten-, Behinderten- und Pflegewohnheimen sowie in der sozialen Betreuung behinderter oder alter Menschen.

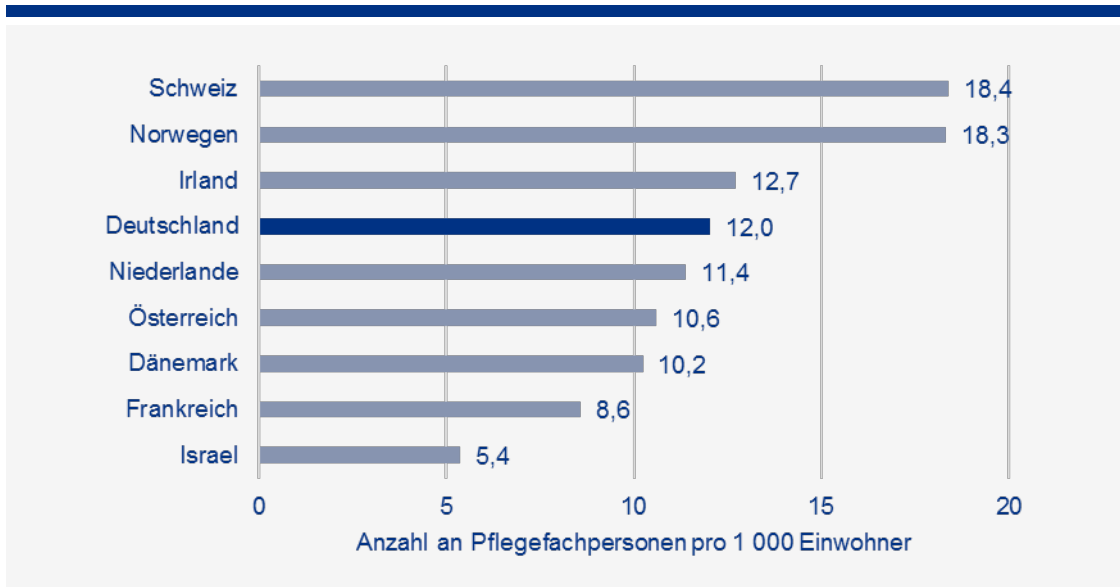


Abbildung 1-5: Pflegedichte im internationalen Vergleich ausgewählter OECD-Staaten*

* Datengrundlage sind OECD-Daten zu „*practising nurses*“. Diese umfasse Pflegefachpersonen (AF 2–4), die im direkten Patientenkontakt arbeiten. Trotz genauer Definition der OECD unterscheidet sich die Umsetzung der Datenauswahl in den einzelnen Ländern (Schreyögg/Milstein 2016); so basieren z. B. die Daten aus Norwegen auf den Berufsabschlüssen und verifizieren nicht die Tätigkeit der Beschäftigten (OECD 2023a).

Pflegedichte = Anzahl an Pflegefachpersonen pro 1 000 Einwohner*innen; Stand 2021; aufgrund der Datenverfügbarkeit für Dänemark Stand 2020.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten der OECD (2024b).

84. In einer internationalen Studie zur Dichte an Pflegefachpersonen und Hebammen¹⁹, nahm Deutschland unter den Westeuropäischen Staaten nach Norwegen und den Niederlanden mit rund 17,6 Pflegefachpersonen und Hebammen (95 % CI 15,6–19,6) pro 1 000 Einwohner*innen²⁰ den dritten Platz ein. Durchschnittlich hatten die hier eingeschlossenen 24 Länder Westeuropas eine Dichte von 12,2 (Median: 12,9; Minimum: Griechenland 4,9 (95 % CI 4,2–5,7), Maximum: Norwegen 21,1 (95 % CI 18,0–24,7; GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators 2022).

85. In Bezug auf die Anzahl an Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus liegt Deutschland im OECD-Vergleich der Pflegedichte mit 6,5 Pflegefachpersonen und Hebammen pro 1 000 Einwohner*innen im vorderen Bereich, im Vergleich zu vergleichbaren Ländern im Mittelfeld (siehe Abbildung 1-7).

Vollzeitäquivalente

86. Zur Beurteilung der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte sind die entsprechenden Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu berücksichtigen. Laut GPR entsprachen die im Jahr 2021 1,74 Millionen erfassten Beschäftigten im Pflegeaggregat²¹ rund 1,27 Millionen Vollzeit-Arbeitskräften (VZÄ); im Jahr 2012 wurden 1,4 Millionen Beschäftigte im Pflegeaggregat registriert, die 1,03 Millionen VZÄ entsprachen. Demnach stiegen sowohl die Anzahl der Beschäftigten in

¹⁹ Die Studie basiert auf Daten der WHO.

²⁰ In der Originalpublikation wurde die Dichte auf 10 000 Einwohner*innen angegeben.

²¹ Hier berechnet als Pflegeaggregat; Daten aus der GPR wurden verglichen: Anzahl an Pflegefachpersonen und VZÄ.

Pflegeberufen als auch der VZÄ seit dem Jahr 2012 um rund 25 % an; unverändert sind in der Pflege rund 136 Personen notwendig, um 100 Vollzeitstellen zu besetzen (Eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b).

87. Dieser Anstieg der VZÄ variierte deutlich zwischen den verschiedenen **Anforderungsniveaus**: So stieg die Anzahl der VZÄ der Helfer seit dem Jahr 2012 um rund 41 % (n = 114 000), wohingegen die Gruppe der Pflegefachpersonen nur um rund 19 % (n = 139 000) anstieg. In der Gruppe der Helfer waren im Jahr 2021 somit rund 143 Personen notwendig, um die Arbeit von 100 Vollzeitkräften zu erfüllen, wohingegen in den AF ≥ 2 133,4 Personen erforderlich waren.²² Im Verlauf der Jahre zeigt sich ein leichter Rückgang für die Helfer (im Jahr 2012: AF 1: 146,6; AF ≥ 2 : 132,4; eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b).

88. Werden Beschäftigte in Pflegeberufen nach ihrer Tätigkeit in stationären/teilstationären und ambulanten Einrichtungen unterteilt,²³ so zeigt sich, dass die Anzahl an VZÄ im Zeitraum von 2012 bis 2021 in beiden **Sektoren** anstieg (ambulant + 39 %, 75 000; stationär/teilstationär + 25 %, 165 000), die Zahl der Helfer jedoch vor allem im ambulanten Bereich zunahm (+ 74 %; 45 000). Demnach werden für die Arbeit von 100 Vollzeitkräften im Jahr 2021 in ambulanten Einrichtungen 141 Personen benötigt (im Jahr 2013 waren es 146), in stationären Einrichtungen 130 (im Jahr 2013 rund 131; eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b).

89. Unterteilt nach **Altersgruppen** zeigt sich im Pflegeaggregat mit steigendem Alter ein Anstieg der benötigten Personen zum Erhalt von 100 Vollzeitarbeitskräften. So waren im Jahr 2021 126 Personen im Alter von unter 30 Jahren für die Arbeitsleistung von 100 Vollzeitkräften notwendig, für die Gruppe der 30 bis 39-Jährigen 134 Personen, für jene zwischen 40 und 49 Jahren 138 Personen, zwischen 50 und 59 Jahren 138 Personen und über 60 Jahren 149 Personen. Dieser Trend ist im Vergleich zum Jahr 2013 weitestgehend unverändert (eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b).²⁴

90. Auf Basis der OECD-Daten zeigt sich im **internationalen Vergleich** für Deutschland eine geringe Anzahl an VZÄ für Pflegende²⁵ und Hebammen in Krankenhäusern (siehe Abbildung 1-6 Abbildung 1-7). Werden die VZÄ der im Krankenhaus beschäftigten Pflegefachpersonen der Jahre 2010 und 2021 verglichen, so zeigt Deutschland den stärksten Zuwachs an VZÄ (2010: VZÄ 3,9; 2020/2021: VZÄ 4,9; OECD 2024b).

²² AF 2: 133, AF 3: 136 und AF 4: 115,4 Personen für 100 VZÄ.

²³ Hier wurde die Unterteilung nach „ambulanten“ und „stationären- und teilstationären“ Einrichtungen vorgenommen, so wie in der GBE unterteilt. Demnach umfasst der Begriff „ambulante Einrichtungen“ sowohl Praxen der Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und sonstiger medizinischer Berufe, aber auch Apotheken und den Einzelhandel zur Sicherstellung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Als (teil-)stationäre Gesundheitsversorgung werden Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen der (teil-)stationären Pflege zusammengefasst.

²⁴ 2013: < 30: 125; 30–39: 138; 40–49: 140; 50–59: 135; > 60: 150.

²⁵ Hier werden Pflegende mit einer Ausbildung von 3 Jahren eingeschlossen, die Helfer also ausgeschlossen. Eine Differenzierung zwischen Pflegefachpersonen und Hebammen ist nicht möglich.

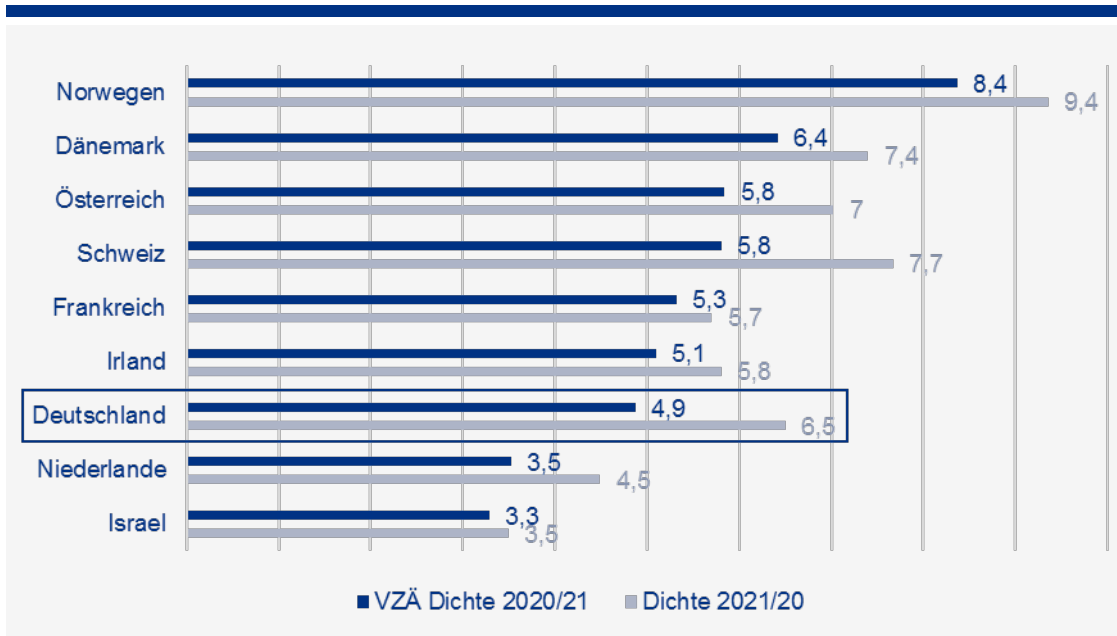


Abbildung 1-6: Internationaler Vergleich der Dichte (absoluten Zahlen und VZÄ) von Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus pro 1 000 Einwohner*innen in den Jahren 2020 und 2021.

Eigene Darstellung auf Basis der Daten der OECD; Dargestellt wird sowohl die Anzahl an Pflegefachpersonen als auch die Vollzeitäquivalente (VZÄ, Anforderungsniveau (AF) 2–4). Der Vergleich des Verhältnisses zwischen der Pflegedichte in Bezug auf die absolute Anzahl an Pflegefachpersonen und den entsprechenden VZÄ in vergleichbaren OECD Staaten zeigt ein für Deutschland besonders ungünstiges Ergebnis: So werden, abgeleitet aus den Daten der OECD für Deutschland im Jahr 2021 rund 134 Pflegefachpersonen und Hebammen benötigt, um 100 Vollzeitstellen zu besetzen, wohingegen z. B. in Israel nur 106 und in Frankreich 107 Personen notwendig sind (siehe Abbildung 1-8).

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von OECD (2024b).

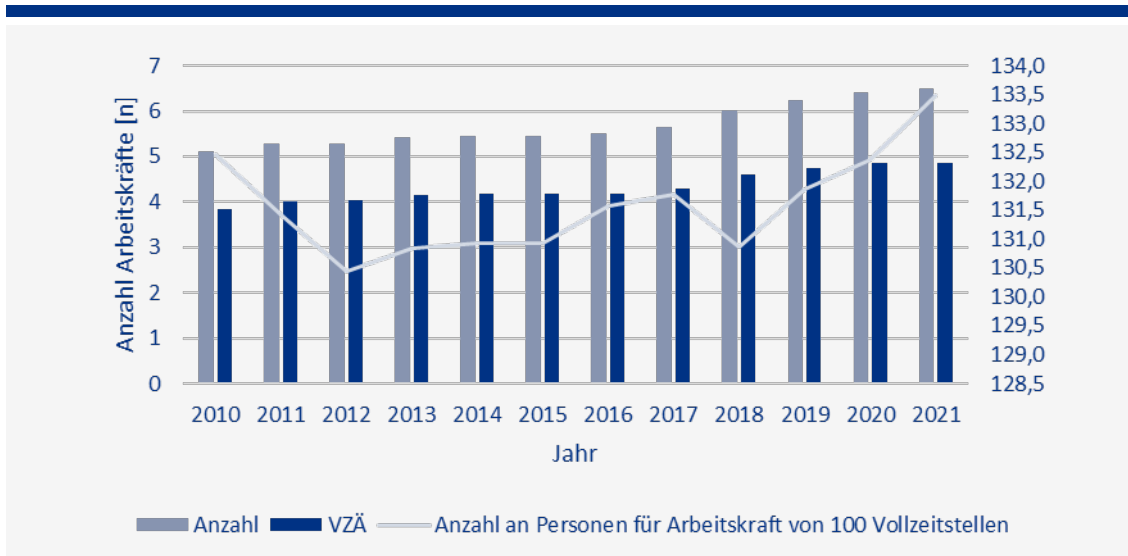


Abbildung 1-7: Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus pro 1 000 Einwohner*innen in Deutschland in den Jahren 2010 bis 2021

Eigene Darstellung auf Basis der Daten der OECD für practising nurses and midwives in hospitals; Dargestellt werden sowohl die Anzahl an Pflegefachpersonen als auch die entsprechenden Vollzeitäquivalente (VZÄ; Anforderungsniveau 2–4). Im Liniendiagramm wird der zeitliche Verlauf in Bezug auf die Anzahl an notwendigen Personen, um 100 Vollzeitstellen auszufüllen, dargestellt. Es zeigt sich ein Anstieg der Anzahl der Beschäftigten im Verlauf der Zeit, aber ebenso ein leichter Anstieg der Anzahl an Personen, um 100 Vollzeitstellen zu besetzen.

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von OECD (2024b).

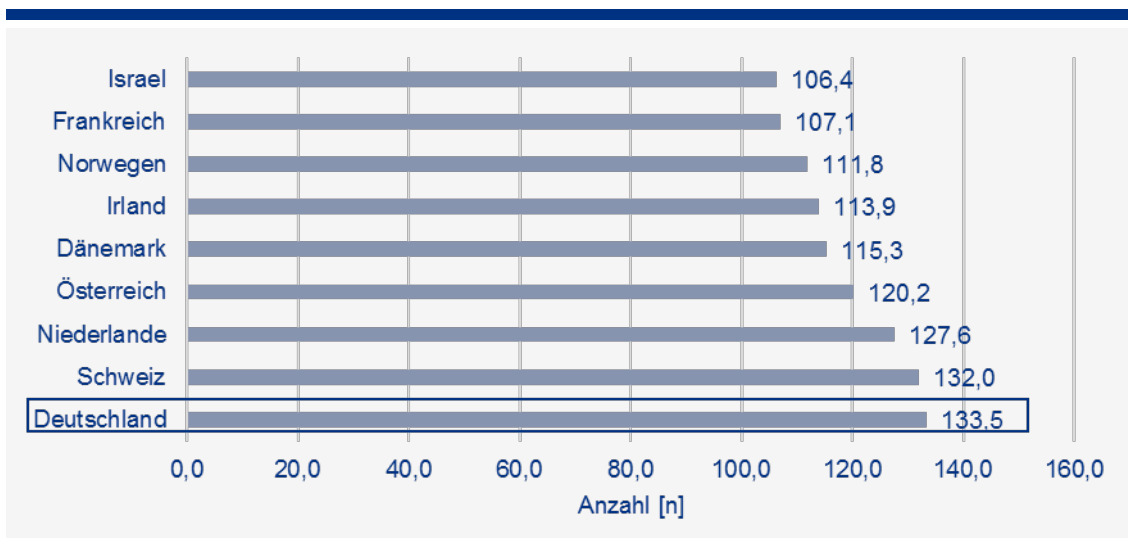


Abbildung 1-8: Anzahl von Pflegefachpersonen um 100 Vollzeitstellen auszufüllen, Stand Jahr 2021

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2024b).

Arbeitszeitmodelle

91. Der Begriff der Teilzeit (TZ) ist nicht fest definiert und kann einen sehr unterschiedlichen Umfang an tatsächlich erarbeiteten Stunden umfassen.²⁶ Die nachfolgenden Zahlen zur Teilzeitarbeit sind vor diesem Hintergrund vorsichtig zu interpretieren. Im Jahr 2022 waren auf Basis der Daten der BA 51,3 % der im Pflegeaggregat beschäftigten Personen in Teilzeit tätig.²⁷ Hierbei zeigte sich ein Unterschied je nach Anforderungsniveau: Unter den Helfern (AF 1) waren 63,8 % aller Beschäftigten in Teilzeit tätig, unter den Fachkräften (AF 2) 46,3 %, den Spezialisten (AF 3) 48,4 % und den Experten (AF 4) 19,8 %. Außer bei den Helfern stieg der Anteil an Teilzeitbeschäftigten im Laufe der vergangenen 10 Jahre in allen Anforderungsniveaus (siehe Abbildung 1-9).

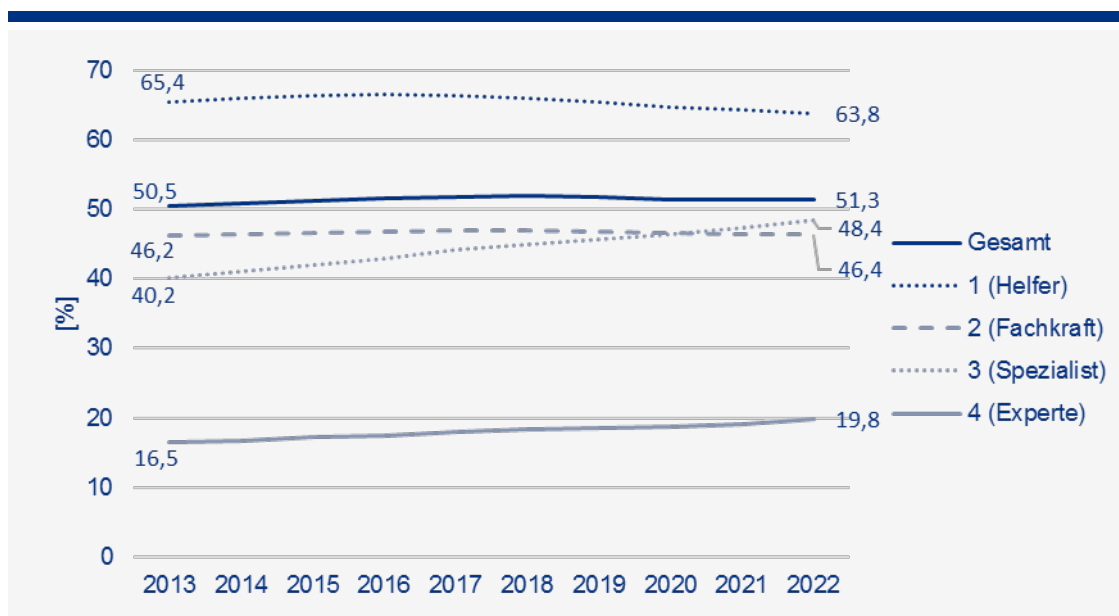


Abbildung 1-9: Teilzeitquoten nach Anforderungsniveau bei Beschäftigten des Pflegeaggregats in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von BA (2023b).

92. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE 2024a)²⁸ arbeiteten im Jahr 2021 59,5 % der Beschäftigten in Pflegeberufen in Teilzeit oder waren geringfügig beschäftigt (im Jahr 2012 58,1 %). In diesem Datensatz zeigt sich auch ein Unterschied je nach Geschlecht: Von den als weiblich registrierten Personen arbeiteten im Jahr 2021 63 % in Teilzeit (2012: 61,8 %) und von den als männlich registrierten 41,9 % (2012: 36,6 %). Der Anteil der Frauen an der Kohorte der TZ-Kräfte im Jahr 2021 betrug 82,7 % (2012: 85,2 %). Damit liegen die TZ-Quoten der Beschäftigten im Pflegeaggregat deutlich über den Quoten aller Beschäftigten in Deutschland, von letzteren waren im Jahr 2021 10,6 % der Männer und 29,9 % der Frauen in Teilzeit tätig. Im Vergleich zu Staaten der

²⁶ International gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs Teilzeit. Das Statistische Bundesamt in Deutschland definiert Teilzeit als „jede Arbeitszeit, die weniger Arbeitsstunden als die Arbeitszeit von vergleichbaren Personen in Vollzeit umfasst“ (Destatis 2024b).

²⁷ Berechnet wurde die Anzahl an Teilzeitstellen aus der Differenz der Gesamtzahl der Beschäftigten und der sozialversicherungspflichtigen Vollzeitstellen im Pflegeaggregat.

²⁸ Berechnet aus den Gruppen der KIdB 2010 8130, 8131, 8132, 8138 und 821.

Europäischen Union (EU) gibt es bei den Beschäftigten in Deutschland einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Teilzeit bei Männern (Europäische Union, 27 Länder, TZ-Quote Männer: 8,1 %), im Vergleich der TZ-Quote für Frauen liegt Deutschland dagegen unter dem Durchschnitt (Europäische Union, 27 Länder, Teilzeit-Quote Frauen: 33,1 %; BA 2022b).

1.2.1.2 Alter

93. Für sozialversicherungspflichtige Auszubildende in Deutschland wurde zwischen den Jahren 2013 und 2022 ein Anstieg des Durchschnittsalters von 23,9 auf 24,8 Jahre ermittelt (persönliche Mitteilung der BA vom 4. Januar 2024). Laut Angaben des Statistischen Bundesamts lag der Median des Durchschnittsalters zu Beginn der Ausbildung in der Pflege im Jahr 2020 bei 20 Jahren, im Jahr 2021 bei 21 Jahren. Diese Differenz mag daraus resultieren, dass eine Ausbildung in der Pflege auch oft erst im fortgeschrittenen Alter begonnen wird (30–39 Jahre: 11 %; n = 6 000 ab 40 Jahre: 7 %; n = 3 900; Destatis 2023a). Gründe für eine Ausbildung im fortgeschrittenen Alter sind z. B. Umschulungen und beruflicher Nachqualifizierungen

94. Nach Angabe der BA (persönliche Mitteilung vom 4. Januar. 2024) ist das Durchschnittsalter sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigter aller Berufe seit dem Jahr 2013²⁹ von 41,5 Jahre auf 42,6 Jahre im Jahr 2022 angestiegen. In Bezug auf das Pflegeaggregat stieg das Durchschnittsalter von 40,8 auf 41,7 Jahre.

95. Unterteilt nach Altersgruppen zeigt sich, dass sowohl die Anzahl als auch der Anteil der älteren Beschäftigten (> 55 Jahre) in den vergangenen zehn Jahren angestiegen sind (siehe Abbildung 1-10). Unter Annahme einer Lebensarbeitszeit von 23 bis 65 Jahren erscheint die Verteilung der Altersklassen jedoch erwartungsgemäß. Aus den vorliegenden Daten lässt sich eine Überalterung der Beschäftigten in der Pflege nicht ableiten (siehe Abbildung 1-10). Dennoch muss der relativ geringe Anstieg der Gruppe der unter 25-Jährigen in absoluten Zahlen gesehen werden; diesem sollte entgegengewirkt werden, um mittel- und langfristige Engpässe zu verhindern (siehe Kapitel 4).

96. In der Altersverteilung nach Sektoren zeigen sich Unterschiede des Anteils einzelner Altersgruppen. So sind z. B. junge Beschäftigte seltener in Arztpraxen, ältere Beschäftigte seltener in der Arbeitnehmerüberlassung tätig. Dies mag u. a. mit den Ausbildungsorten (Pflegeausbildung findet quantitativ nicht in großem Umfang in Praxen statt), den unterschiedlichen Belastungen in verschiedenen Bereichen (z. B. Schichtarbeit, körperliche Belastungen) oder dem Wunsch älterer Mitarbeiter*innen nach einem gesicherten, stabilen Arbeitsverhältnis in Verbindung stehen.

²⁹ Stichtag 30. Juni des jeweiligen Jahres.



Abbildung 1-10: Entwicklung von Anzahl und Anteil an Pflegefachpersonen nach Altersgruppe in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: Darstellung auf Basis von BA (2023b).

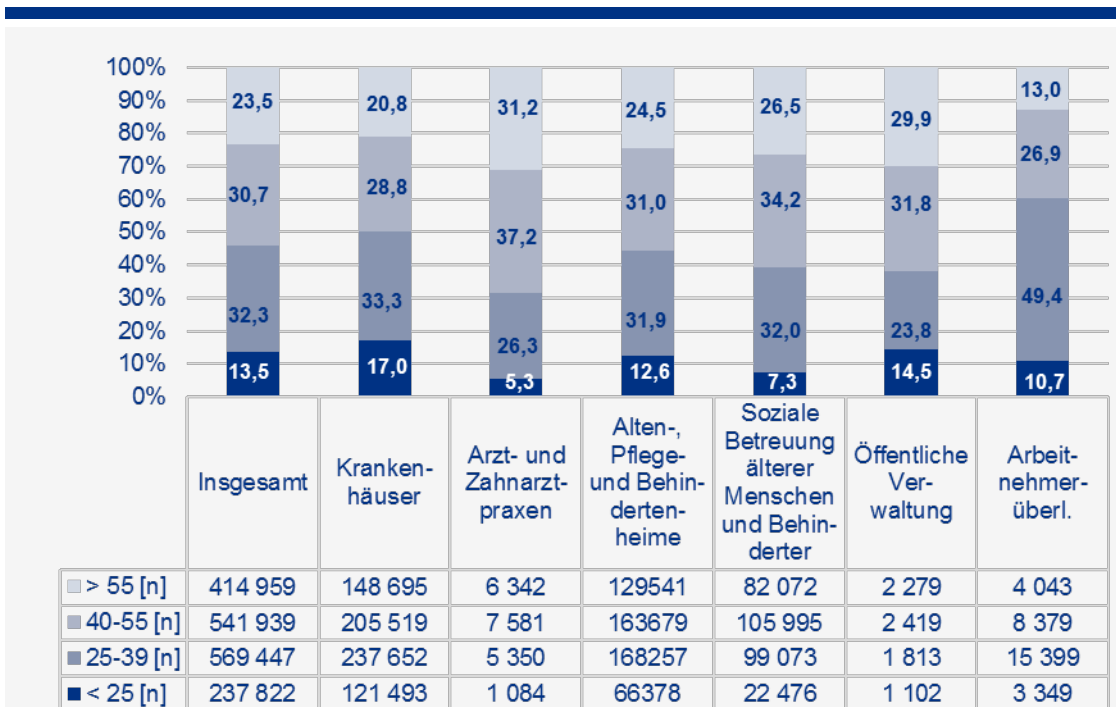


Abbildung 1-11: Altersverteilung im Pflegeaggregat nach Bereich des Gesundheitssystems, Stand 2022

Arbeitnehmerüberl. = Arbeitnehmerüberlassung

Quelle: Darstellung auf Basis von BA (2023b).

Alter im zeitlichen Verlauf nach Anforderungsniveau

97. Die folgenden Darstellungen (siehe Abbildung 1-12 und Abbildung 1-13) sind aufgrund unterschiedlicher Alterskohorten vorsichtig zu interpretieren. So umfasst die Gruppe der Beschäftigten unter 25 Jahre typischerweise die ersten Berufsjahre; das Alter des Berufseinstiegs ist jedoch nicht klar definiert. Ebenso ist die Gruppe der Beschäftigten im Alter ab 55 Jahre nicht zeitlich abgrenzbar, da keine Daten über das Renteneintrittsalter des Pflegeaggregats im Verlauf vorliegen. Für beide Gruppen ist jedoch im Durchschnitt eine Arbeitsdauer von weniger als 15 Jahren anzunehmen, so dass sich diese nicht mit den Kohorten der 25 bis 40-Jährigen und 40 bis 55-Jährigen direkt vergleichen lassen, sondern deren Anteil je nach Annahme der durchschnittlichen Arbeitsjahre abgeschätzt werden muss. Des Weiteren ist zu bedenken, dass hier keine VZÄ betrachtet werden und somit die im Laufe der Lebensarbeitszeit zunehmende TZ-Tätigkeit nicht berücksichtigt ist.

98. In der Gruppe der Helfer (AF 1, insgesamt) stellt die Gruppe der 40 bis 55-Jährigen zwischen 2013 bis 2022 den größten Anteil; dieser nimmt im zeitlichen Verlauf deutlich ab. Im gleichen Zeitraum steigt der Anteil der 24 bis 40-Jährigen sowohl insgesamt als auch in den Krankenhäusern und Alten-, Pflege- und Behindertenheimen an; im Krankenhaus stellt diese Gruppe seit der Pandemie den größten Teil der Pflegehelfer*innen.

99. Bei den Fachkräften (AF 2–4) zeigt sich ein ähnlicher Trend. Während der große Anteil der 40 bis 55-Jährigen über alle untersuchten Sektoren hinweg abnimmt, steigt der Anteil der 25 bis 40-Jährigen – wenn auch weniger stark – insgesamt sowie in Krankenhäusern, Alten-, Pflege- und Behindertenheimen an. Des Weiteren sind hier in allen untersuchten Bereichen ein Anstieg des Anteils der über 55-Jährigen und ein Rückgang des Anteils der unter 25-Jährigen zu beobachten. Dies könnte u. a. auf einen späteren Renteneintritt und den zunehmend späteren Ausbildungsbeginn zurückzuführen sein.

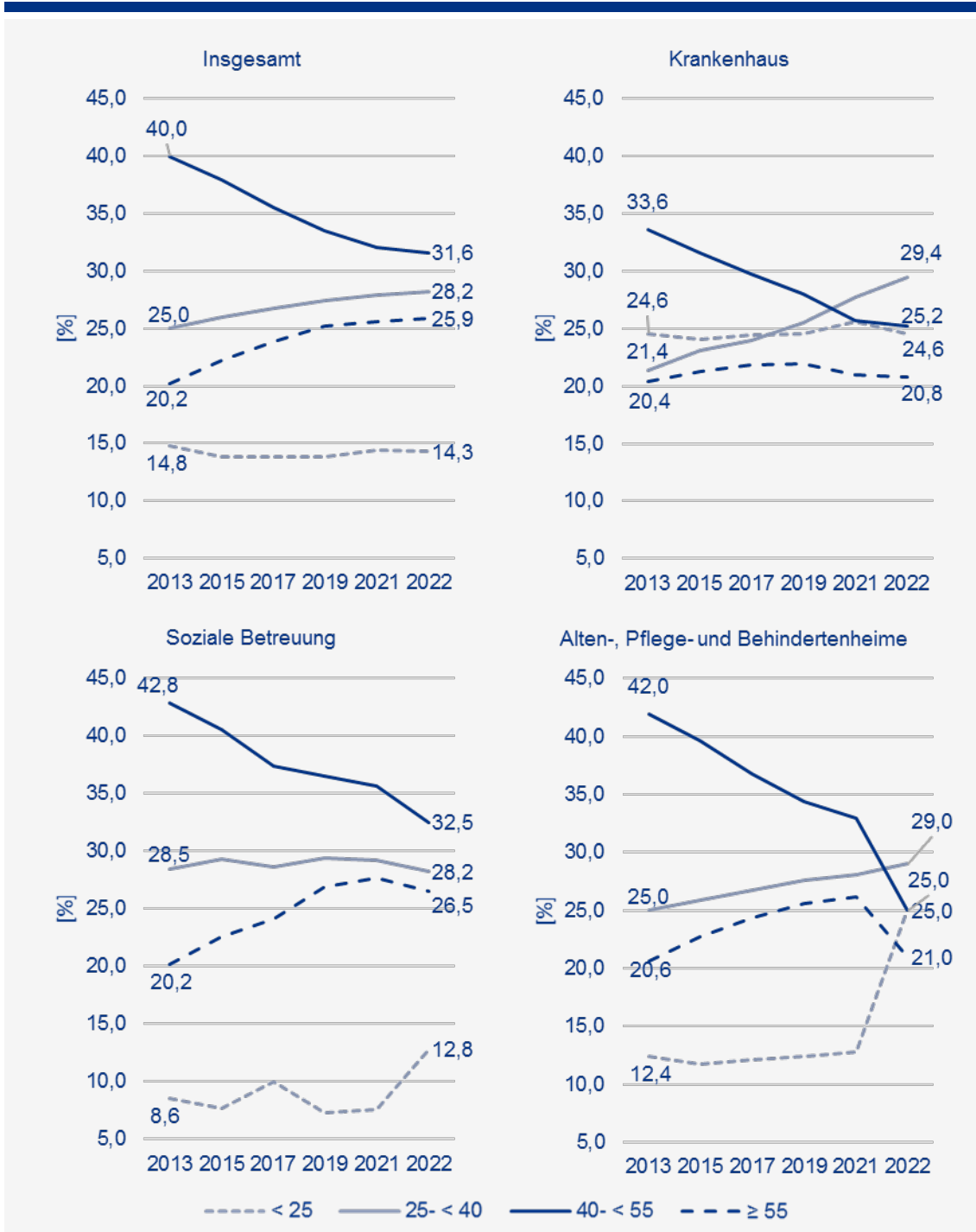


Abbildung 1-12: Prozentualer Anteil verschiedener Altersgruppen (< 25 Jahre, 25 bis < 40 Jahre, 40 bis < 55 Jahre und ≥ 55 Jahre) der Helfer im Pflegeaggregat in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

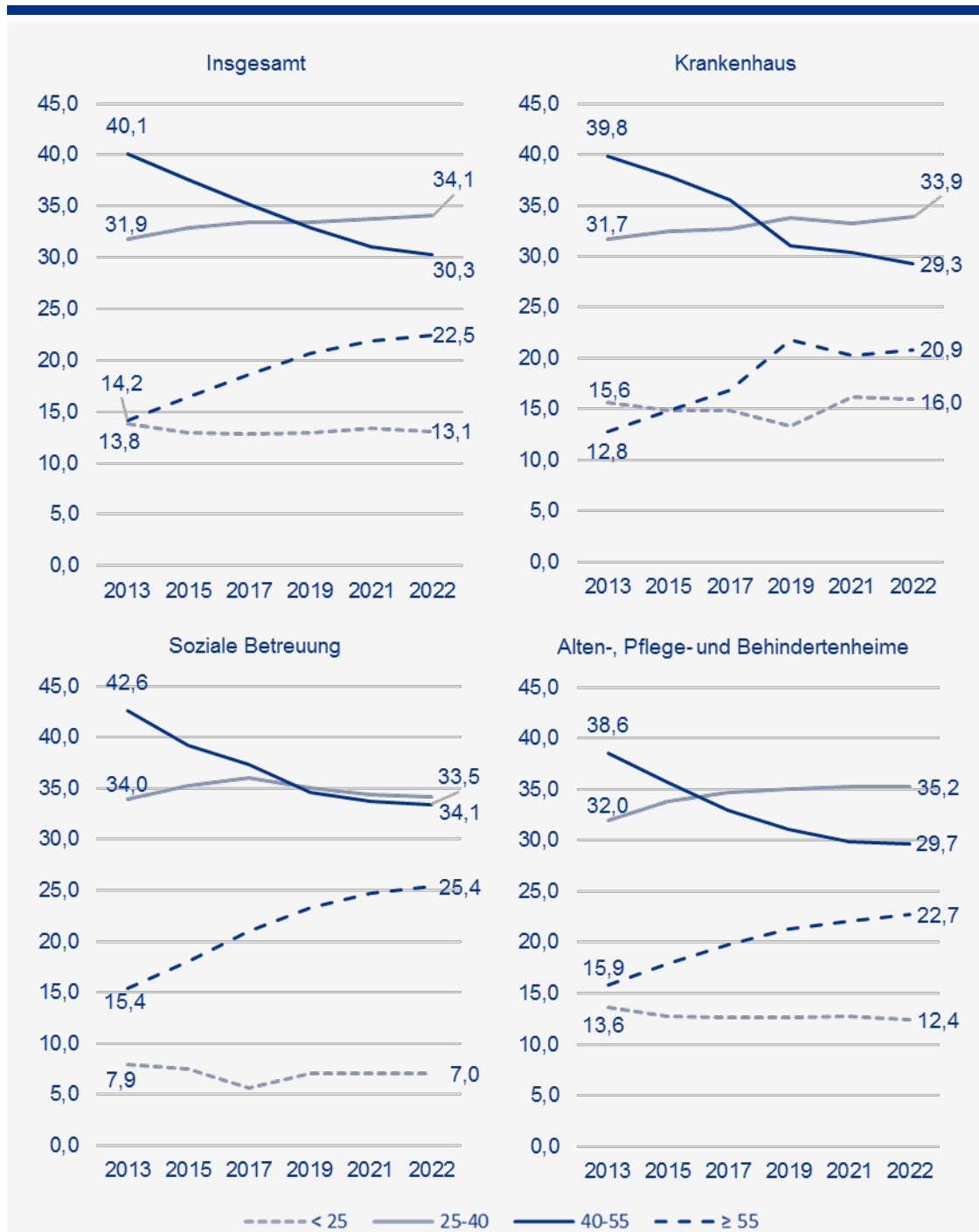


Abbildung 1-13: Prozentualer Anteil verschiedener Altersgruppen (< 25 Jahre, 25 bis < 40 Jahre, 40 bis < 55 Jahre und ≥ 55 Jahre) der Fachkräfte im Pflegeaggregat im Krankenhaus in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

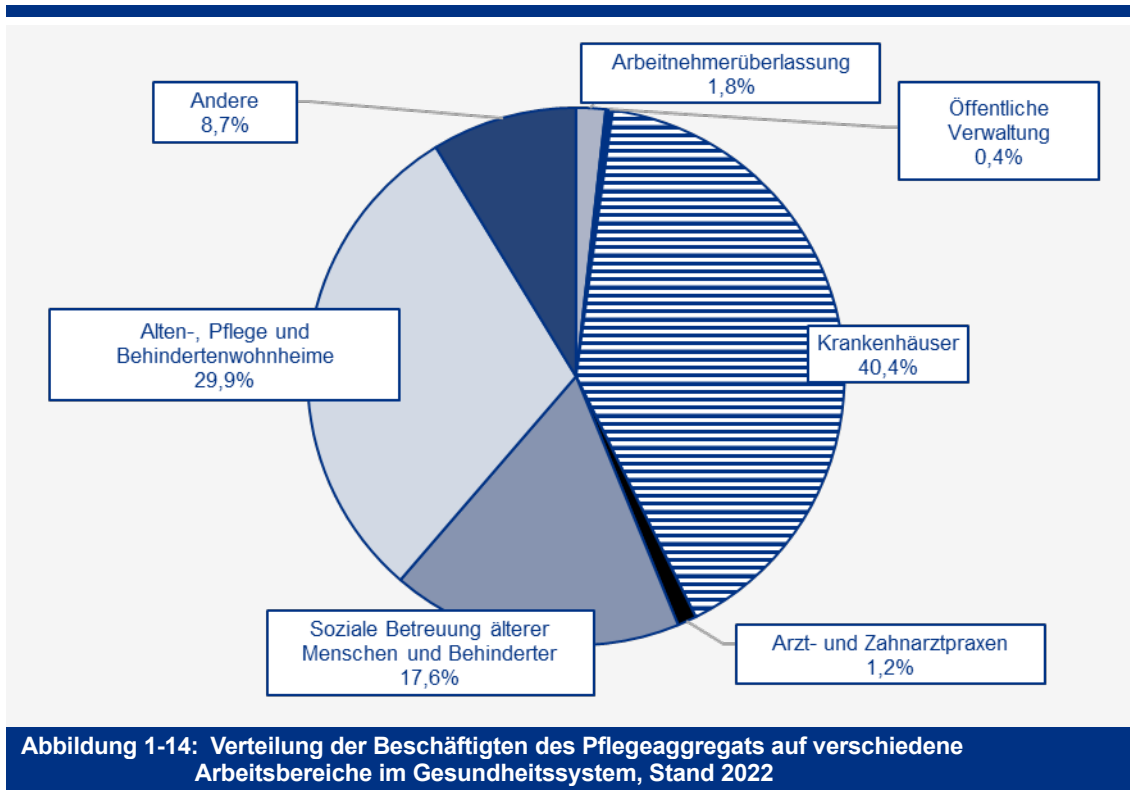
1.2.1.3 Geschlechterverhältnis

100. In Pflegeberufen arbeiten deutlich mehr Frauen als Männer. Bei den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen im Jahr 2022 waren 74 % aller Auszubildenden als weiblich registriert (w: n = 38 600, m: n = 13 500; Destatis 2023a). Von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten waren im Jahr 2022 82,3 % als weiblich registriert; im Jahr 2013 waren dies noch 84,7 %. Demnach stieg der Anteil der Männer in den Pflegefachberufen in den vergangenen Jahren leicht an (BA 2023b).

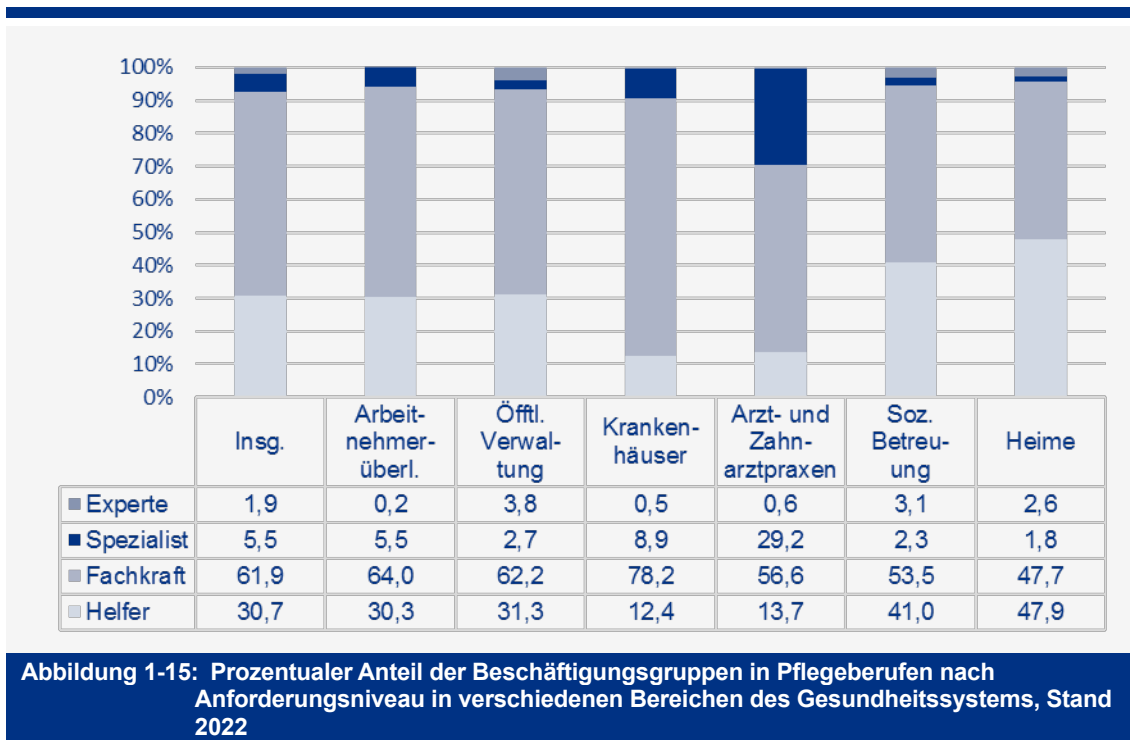
101. Das Geschlechterverhältnis variiert je nach Bereich. In Krankenhäusern und in den Alten-, Pflege- und Behindertenwohnheimen werden für das Jahr 2022 jeweils rund 82 % der Beschäftigten der Pflegeberufe als weiblich klassifiziert, der höchste Anteil an Frauen wird im Jahr 2022 für Arzt- und Zahnarztpraxen beschrieben (91 %), der geringste Anteil im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung (67,2 %). Außer in den Praxen stieg in den vergangenen Jahren der Anteil der Männer im Pflegeaggregat an, am deutlichsten (+ 9,4 %) im Bereich der Arbeitnehmerüberlassung (BA 2023b).

1.2.1.4 Verteilung auf verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems

102. Der größte Anteil der Beschäftigten des Pflegeaggregats arbeitet im Krankenhaus (40,4 %), gefolgt von den Beschäftigten in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen (29,9 %; siehe Abbildung 1-14). Der Anteil der Beschäftigten nach Anforderungsniveau unterscheidet sich je nach Bereich. So zeigt sich z. B. ein besonders hoher Anteil an Helfern (AF 1) in der sozialen Betreuung älterer und behinderter Menschen (53,3 % aller dort tätigen Beschäftigten in Pflegeberufen) oder in den Alten-, Pflege- und Behindertenwohnheimen (47,7 %). Ein besonders hoher Anteil an Fachkräften (AF 2, 78,8 %) ist in Krankenhäusern und in der Arbeitnehmerüberlassung (64,0 %) zu verzeichnen. Der Anteil an Spezialisten (AF 3) unter den Pflegeberufen ist in Arzt- und Zahnarztpraxen vergleichsweise hoch (29,2 %; siehe Abbildung 1-14).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).



Arbeitnehmerüberl. = Arbeitnehmerüberlassung; Öfftl. Verwaltung = Öffentliche Verwaltung; Soz. Betreuung = Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter; Heime = Alten-, Pflege- und Behindertenwohnheime.

Quelle: BA (2023b).

1.2.1.5 Ausbildung

103. Eine Qualifikation zur Pflegefachperson kann sowohl als berufliche als auch hochschulische Ausbildung absolviert werden. Die berufliche Pflegeausbildung zur Pflegefachperson erfolgt an Pflegeschulen, bei der hochschulischen Pflegeausbildung zur Pflegefachperson (B.A./B.Sc.) findet die Qualifikation an staatlich anerkannten Hochschulen statt. Beide Qualifikationswege beinhalten umfangreiche Praxiseinsätze in Kliniken, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

104. Die Mehrzahl der Ausbildungen in Deutschland erfolgt im Rahmen einer beruflichen Pflegeausbildung; der Anteil an Pflegefachpersonen mit akademischer Qualifikation lag im Jahr 2021 bei nur rund 1 % (Garcia Gonzalez/Peters 2021, Seite 6). Nach Angaben des BIBB begannen im Jahr 2021 1 091 Personen ein Pflegestudium (508 davon primärqualifizierend; Garcia Gonzalez/Peters 2021).

105. Das Angebot an Studiengängen der hochschulischen Pflegeausbildung ist nicht ausgelastet. Für primärqualifizierende Studiengänge wird die Auslastung – mit einer großen Spannweite je nach Hochschule – auf rund 50 % geschätzt, für alle hochschulischen Ausbildungen auf etwa 57 % (Meng et al. 2022). Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass die reguläre Möglichkeit des primärqualifizierenden Pflegestudiums erst im Jahr 2020 mit dem Pflegeberufegesetz geschaffen wurde und ab dem Jahr 2025 in ein duales Studium umgewandelt wird. Aber auch die Kapazitäten der beruflichen Pflegeausbildung sind nicht vollständig ausgelastet. Im Pflegepanel des BIBB wurde für das Jahr 2022 beschrieben, dass die Ausbildungsplätze in nur 21 % der Pflegeschulen und 27 % der Ausbildungsstätten vollständig besetzt waren (BIBB 2023c).

106. Zukünftig wird die Anzahl an Auszubildenden in Pflegeberufen durch die Statistik auf Basis der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung besser zu erfassen sein; die Verordnung trat jedoch erst im Jahr 2020 in Kraft, sodass die sich daraus ableitende Statistik zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung noch keinen vollständigen Überblick geben kann.

107. Nach Angaben des BIBB begannen im Jahr 2021 61 329 Personen eine Ausbildung zur Pflegefachperson (Meng et al. 2022). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes absolvierten im Jahr 2022 46 295 Personen eine Pflegeausbildung³⁰ (Destatis 2022c). Auf Basis der Daten der BA gab es im Jahr 2022 156 840 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Auszubildende in Pflegeberufen; im Jahr 2013 waren es 121 920.

108. Durch das Einführen der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 sind die Ausbildungszahlen vorsichtig zu interpretieren und im zeitlichen Verlauf nur bedingt vergleichbar. In der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen (NRW) 2023 wird – abgeleitet aus einer Befragung von Pflegeschulen – beschrieben, dass die Abbruchquoten in den Pflegeausbildungen bis zum Jahr 2020 (vor Einführung des neuen Ausbildungsgesetzes) über 20 Jahre angestiegen seien. Im Jahr 2019 lag die Vertragslösungsquote, die jedoch nicht mit einem Ausbildungsabbruch gleichzusetzen ist, bei 22,7 % und somit im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen eher im niedrigen Bereich. Durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurde für das Jahr 2021 ermittelt, dass von 61 329 Eintritten in eine

³⁰ Hier werden folgende Klassifikationen der KldB 2010 zusammengefasst: 81301 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer*in, 81301 Pflegeassistent*in, 81302 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in, 81302 Gesundheits- und Krankenpfleger*in, 81302 Pflegefachmann/-frau, 81313 Fachkrankenpfleger*in, 81323 Fachkinderkrankenpfleger*in, 81394 Pflegedienstleiter*in, 82101 Altenpflegehelfer*in, 82102 Altenpfleger*in.

Pflegeausbildung bis Ende des Jahres rund 5 070 Verträge gelöst wurden; insgesamt wurden im Jahr 2021 12 699 Ausbildungsverträge gelöst.

1.2.1.6 Migration

109. Insgesamt stellen Erwerbstätige mit Migrationshintergrund einen relevanten Anteil in den Pflegeberufen dar. Rund 30 % der in der Altenpflege Beschäftigten haben einen Migrationshintergrund; in der Krankenpflege sind es gut 20 % (SVR Integration und Migration 2022, Seite 60). Veränderungen in dieser Gruppe, d.h. die Ein- und Auswanderung von Pflegefachpersonen, wird in Deutschland nicht umfassend registriert, weder für Personen, die mit dem Ziel einwandern, in Deutschland zu arbeiten, noch für jene, die z. B. nach Deutschland flüchten. Daher lässt sich Dynamik nicht gut prognostizieren.

110. Aufgrund einer fehlenden Registrierungspflicht für viele Gesundheitsberufe lässt sich die Zuwanderung von qualifizierten Fachkräften nach Deutschland nicht direkt bemessen. Um in Deutschland in einem Gesundheitsberuf arbeiten zu können, ist es allerdings in den meisten Fällen notwendig, eine Qualifikation vorzuweisen, die den lokalen Anforderungen entspricht. Wenn diese Qualifikation im Ausland erworben wurde, muss dazu in Deutschland ein Antrag auf Anerkennung dieser Qualifikation gestellt werden. Die Anzahl der Anerkennungsanträge erlaubt es, die Zuwanderungsströme an Fachkräften aus dem Ausland zu schätzen, die mit dem Ziel der Arbeitsaufnahme nach Deutschland einwandern wollen. Im Jahr 2022 wurden 30 879 Anträge auf Anerkennung in einem medizinischen Gesundheitsberuf gestellt (Destatis 2023i). Davon entfielen 14 257 Anträge (47 %) auf den Beruf der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Damit hat sich die Anzahl an Anträgen gegenüber dem Jahr 2015 (5 937 Anträge) mehr als verdoppelt (SVR Integration und Migration 2022, siehe auch Kapitel 3.2.2).

111. Abgeleitet aus dem Mikrozensus stellt die OECD Daten zur Migration von Pflegepersonal zur Verfügung. Demnach waren im Jahr 2021 rund 9,6 % des Pflegepersonals im Ausland ausgebildet worden (im Jahr 2012 6,1 %). Im Jahr 2022 wanderten demnach 8 340 Pflegefachpersonen nach Deutschland ein (im Jahr 2012 663; OECD 2024a).

1.2.1.7 Arbeitsmarktsituation

112. Die berufsspezifische Arbeitslosenquote für Pflegeberufe wird für das Jahr 2022 mit 2,5 % angegeben. Für Pflegefachpersonen liegt die Arbeitslosenquote bei 0,8 %, so dass von Vollbeschäftigung auszugehen ist. Für Hilfskräfte wird eine Arbeitslosenquote von 6,5 %³¹ angegeben; diese liegt aber immer noch deutlich unter der branchenübergreifenden Arbeitslosenquote von Hilfskräften (15,8 %; BA 2023f, Seite 14).

113. Die Pflegeberufe sind in der Engpassanalyse der BA als Engpassberufe eingestuft. In der Kategorie der Pflegeberufe (KldB 2010, 8130) wurden bei der BA für das Jahr 2022 durchschnittlich 9 717 freie Stellen gemeldet und 4 688 Arbeitssuchende registriert. Die Vakanzzeit wird mit

³¹ Dies impliziert die friktionelle Arbeitslosigkeit, also die Sucharbeitslosigkeit, deren Ausmaß durch den Rat nicht näher eingeschätzt werden kann.

205 Tagen angegeben (BA 2024). Es ist zu betonen, dass die Anzahl der vakanten Stellen schwer abzuschätzen ist, weil vermutlich viele offene Stellen nicht erfasst oder gemeldet werden.

1.2.1.8 Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) und Berufskrankheiten

114. In Pflegeberufen werden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher viele krankheitsbedingte Fehlzeiten beobachtet: Basierend auf Daten der AOK wurde z. B. im Jahr 2022 sowohl in der Altenpflege (o. S., Krankenstand: 9,6 %, AU-Tage: 3 494 je 100 AOK-Mitglieder), der Fachkrankenpflege (Krankenstand: 8,6 %, AU-Tage: 3 147 je 100 AOK-Mitglieder) und in den Berufen in der Gesundheits- und Krankenpflege (Krankenstand: 8,2 %; AU-Tage: 2 997 je 100 AOK-Mitglieder) ein überdurchschnittlich hoher Krankenstand beobachtet (Insgesamt; Krankenstand: 7,8 %, AU-Tage: 2 847 je 100 AOK-Mitglieder; Badura et al. 2023, Seite 614).

115. Unter den bei der Techniker Krankenkasse versicherten Beschäftigten in Pflegeberufen wird seit dem Jahr 2012 ein Anstieg der Fehlzeiten um rund 40 % beobachtet. Hierbei liegen die Fehlzeiten in der Altenpflege (Jahr 2012: 24,1 Fehltage pro Person; Jahr 2022: 32,1) deutlich über jenen in der Krankenpflege (Jahr 2012: 19,3 Fehltage pro Person; Jahr 2022: 27,5). Über alle Berufsgruppen hinweg wurden für das Jahr 2012 mit 13,8 Fehltagen pro Person und für das Jahr 2022 mit 18,3 deutlich weniger Fehltage verzeichnet (TK 2023).

116. Recherchen bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) legen nahe, dass es derzeit keinen quantitativ relevanten Zusammenhang zwischen Fachkräfteengpässen in Pflegeberufen und Berufskrankheiten gibt.³²

1.2.1.9 Berufsverweildauer

117. Daten der BA zufolge sind rund 80 % der Pflegefachpersonen im Krankenhaus nach 20 Jahren noch beschäftigt, rund 57 % arbeiten nach 20 Jahren noch in ihrem ursprünglichen Beruf und rund 47 % noch in ihrem Beruf und weiterhin im Krankenhaus. Damit verweilen Pflegefachpersonen länger in ihrem Beruf als z. B. MFA (Fuchs/Weyh 2023).

118. Abgeleitet aus den Daten der BA zur Nettoverweildauer zeigt die mediane Berufsverweildauer für die Berufe des Pflegeaggregats eine mit dem Durchschnitt aller Berufsgruppen vergleichbare Dauer (Pflegeaggregat: 184,7 Monate; Insgesamt: 185,6 Monate; Persönliche Nachricht der BA, Januar 2024).

119. Die Studienlage zur Berufsverweildauer für Pflegepersonal ist wenig belastbar. Aus Studien mit kleinen Stichproben existieren Hinweise, dass in der Pflege die Berufsverweildauer länger ist als allgemein angenommen (dip 2022; Hackmann 2009). Bei Beschäftigten der Altenpflege wurde beobachtet, dass sie häufiger als andere Berufsgruppen in den ersten Arbeitsjahren den Beruf verlassen (zwei Drittel innerhalb der ersten 5 Jahre), dass jedoch etwa die Hälfte von ihnen innerhalb von 8 Jahren wieder zurückkehrt (Fuchs et al. 2023).

120. Die Zahlen zur Berufsverweildauer von Pflegeberufen sind nur schwer zu interpretieren, deuten aber an, dass es eine gewisse Bereitschaft gibt, langfristig im Gesundheitswesen tätig zu sein.

³² Persönliche Nachrichten der BGW vom 25. und 26. Mai 2023.

1.2.1.10 Renteneintritt und Erwerbsminderungsrente

121. Konkrete Daten zum Renteneintrittsalter von Pflegefachpersonen liegen dem Rat – trotz Anfrage bei verschiedenen Institutionen – nicht vor.

122. Während die objektiven Daten zur Netto-Berufsverweildauer keinen Hinweis auf eine vergleichsweise kurze Berufsverweildauer geben, gaben in einer Selbsteinschätzung 71 % der Beschäftigten in Pflegeberufen und 69 % in der Altenpflege an, dass sie es nicht für wahrscheinlich hielten, ihre Arbeitstätigkeit bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter durchführen zu können. Damit liegen beide Berufsgruppen deutlich über dem Gesamtdurchschnitt aller Beschäftigten, von denen 42 % diese Angabe machten (Schmucker 2020). In einer Befragung des Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB) für den Index „Gute Arbeit“ gaben zuletzt 75 % der befragten Pflegenden an, unter den derzeitigen Anforderungen nicht davon auszugehen, ihre Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben zu können (DGB 2018, 2023, Seite 10; siehe auch Kapitel 3).

123. Auf Basis der Abrechnungsdaten der BARMER aus dem Jahr 2017 wurde berechnet, dass jährlich 3,9 von 1 000 Altenpflegefachpersonen und 3,9 von 1 000 Krankenpflegefachpersonen in Erwerbsminderungsrente gehen. Bei den Hilfskräften betrifft dies 6,0 von 1 000 Altenpflegehelfern und 4,2 von 1 000 Krankenpflegehelfern. Damit liegt der Anteil der Erwerbsminderungsrenten bei Pflegeberufen deutlich über dem Durchschnitt der Beschäftigten in sonstigen Berufen (3,0 pro 1 000 Beschäftigte; Rothgang et al. 2022, Seite 19).

1.2.1.11 Geografische Verteilung³³

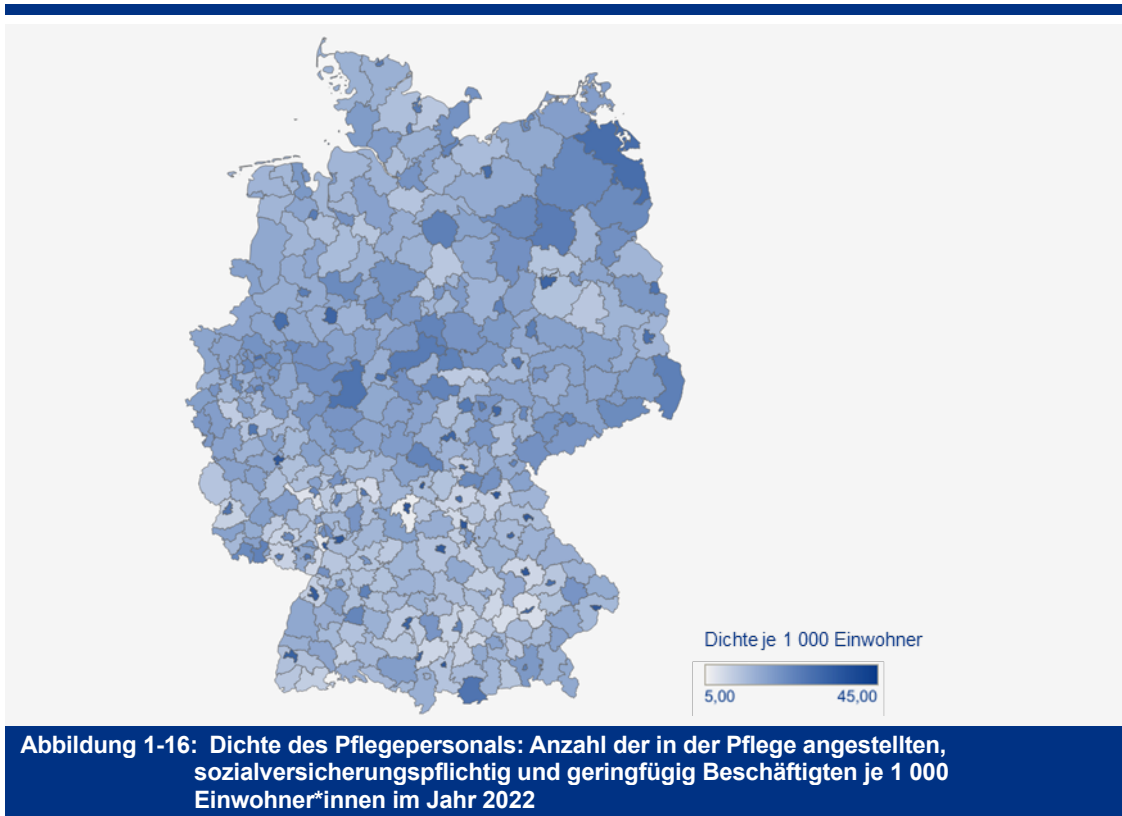
124. Die **Dichte**, also die bevölkerungsbezogene Anzahl an Pflegefachkräften, unterscheidet sich zwischen einzelnen Kreisen in Deutschland. Es fällt eine eher hohe Dichte in städtischen Kreisen und eine eher niedrigere Dichte in ländlichen Gebieten auf. So zeigt sich z. B. im Rhein-Pfalz-Kreis (6,9 Personen im Pflegeaggregat pro 1 000 Einwohner*innen), Kreis Mainz-Bingen (8,0) oder Fürstfeldbruck (10,1) eher eine geringe Pflegedichte, während in Heidelberg (50,6), Koblenz (49,8) oder Erlangen (47,0) eine hohe Dichte beobachtet wird. Größere zusammenhängende Muster in der geografischen Verteilung bezogen auf die Altersgruppen der im Pflegeaggregat Berufstätigen ließen sich aus vorliegenden Daten nicht ableiten.

125. Bezogen auf den **Anteil an Teilzeitkräften** ergibt sich aus der grafischen Darstellung auf Kreisebene der Hinweis, dass in den östlichen Bundesländern der Anteil an Teilzeitkräften im Pflegeaggregat etwas höher ist als in den westlichen Bundesländern. Genaue Ursachen für diese Beobachtung lassen sich aus den vorliegenden Informationen nicht ableiten. Daten des Statistischen Bundesamts zeigen jedoch, dass nicht-deutsche Staatsbürger die in Pflegeberufen tätig sind, deutlich seltener in Teilzeit arbeiten als jene mit deutscher Staatsangehörigkeit.³⁴ Der grafische Abgleich zwischen der Dichte an Angehörigen von Pflegeberufen und der Häufigkeit der Teilzeitarbeit gibt Anlass zur Vermutung, dass der beobachtete Unterschied an Teilzeitarbeit durch eine regional

³³ Ermittelt auf Basis von BA (2023b).

³⁴ Teilzeitanteil der deutschen Beschäftigten im Gesundheitswesen 46,0 %; Teilzeitanteil der Beschäftigten mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen: 30,4 %. (Persönliche Nachricht des Statistischen Bundesamtes auf Anfrage des SVR, Daten auf Basis des Mikrozensus, 2024).

unterschiedliche Dichte an Personen mit Migrationshintergrund bedingt sein könnte (siehe Abbildung 1-17 und Abbildung 1-18).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

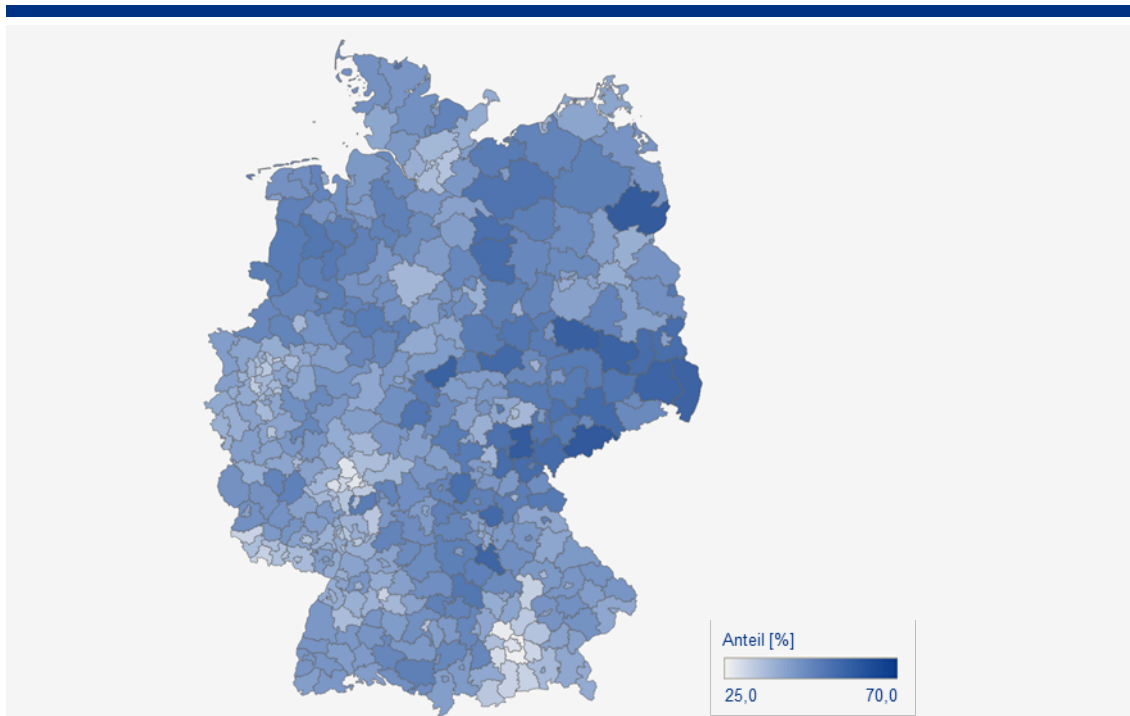


Abbildung 1-17: Anteil des Pflegepersonals in Teilzeit auf Kreisebene im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

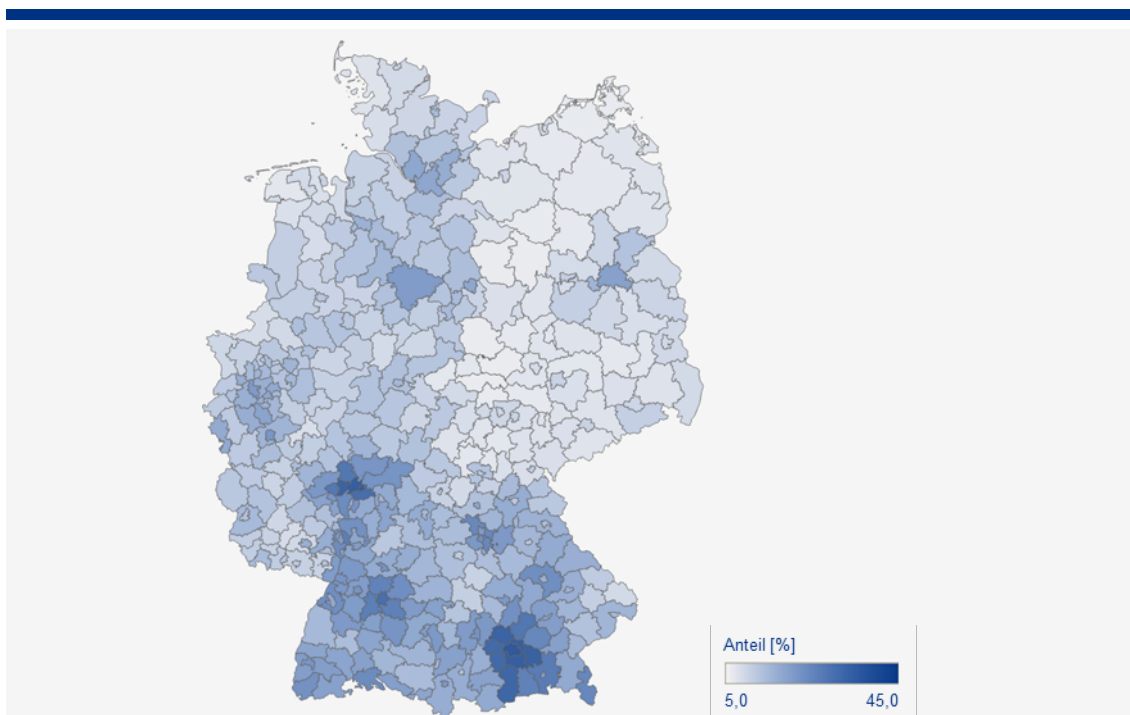


Abbildung 1-18: Anteil des Pflegepersonals ohne deutsche Staatsbürgerschaft auf Kreisebene im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

1.2.1.12 Prognose

126. Das **QuBe-Projekt** des BIBB ermöglicht durch den Abgleich des zu erwartenden Bedarfs sowie des Angebots eine Prognose zur zukünftigen Fachkräftesituation. Diese ist, wie oben aufgeführt (siehe Textziffer 61), vorsichtig zu interpretieren. Pflegeberufe werden hier entsprechend der KldB 2010 813 (Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe) sowie KldB 2010 821 (Altenpflege) dargestellt.

127. Für die Gesundheits- und Krankenpflege, den Rettungsdienst und die Geburtshilfe wird prognostiziert, dass der Bedarf an Personal das Angebot bei weitem übersteigen wird; für das Jahr 2040 werden in diesem Bereich demnach rund 130 000 Arbeitskräfte fehlen. Für die Altenpflege (KldB 2010 821) wird prognostiziert, dass im Jahr 2040 rund 20 000 Fachkräfte fehlen werden (BIBB 2024b).

128. In der **Pflegekräftevorausberechnung** des statistischen Bundesamts wird – entsprechend zweier Szenarien zum Angebot an Fachkräften – für das Jahr 2049 ein Fehlen von zwischen 280 000 und 690 000 Beschäftigten in Pflegeberufen angenommen (Destatis 2024a).

1.2.1.13 Zusammenfassung zu Pflegeberufen

129. Die Pflegeberufe sind mit 1,76 Millionen Beschäftigten (ca. 30 % aller im Gesundheitssystem Beschäftigten) die größte Gruppe unter den Gesundheitsberufen im deutschen Gesundheitssystem. Die Anzahl – sowohl in absoluten Zahlen als auch in Bezug auf die VZÄ – an Beschäftigten in Pflegeberufen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In städtischen Bereichen ist eine höhere Dichte des Pflegepersonals zu verzeichnen als in ländlichen Regionen. Gleichzeitig zeigt sich ein zunehmender Trend der Beschäftigten zur Teilzeitarbeit: Aktuell sind **mehr als die Hälfte der Beschäftigten im Pflegeaggregat** in Teilzeit tätig, wobei der Anteil mit zunehmendem Lebensalter steigt. Des Weiteren ist ein Anstieg des Durchschnittsalters in den Pflegeberufen zu beobachten, ohne dass aus den vorliegenden Daten eine kritische Überalterung erkennbar wird. Die Mehrzahl der Beschäftigten des Pflegeaggregats ist weiblich und arbeitet im Krankenhaus. In den verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems sind Unterschiede in Bezug auf das Anforderungsniveau zu beobachten: Während im Bereich der sozialen Betreuung älterer und behinderter Menschen sowie den Alten-, Pflege- und Behindertenheimen die Mehrzahl der Beschäftigten als Helfer tätig ist, sind die Pflegefachpersonen die größte Gruppe in Krankenhäusern. Die Ausbildungskapazitäten zur Pflegefachperson sind nicht ausgelastet; auf dem Arbeitsmarkt besteht Vollbeschäftigung. Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen treten in den Pflegeberufen überdurchschnittlich viele krankheitsbedingte Fehlzeiten auf. Die derzeitigen Prognosen deuten darauf hin, dass sich der bereits bestehende Engpass an Pflegefachpersonen zukünftig weiter verschärfen wird.

1.2.2 Medizinische Fachangestellte (MFA)

Exkurs: Erläuterung zum Berufsbild der MFA

130. MFA unterstützen Ärzt*innen bei der Versorgung von Patient*innen u. a. durch Assistenz bei Diagnostik, Therapie und Beratung. Sie führen zudem organisatorische und administrative Tätigkeiten in Praxen oder Kliniken durch.

In der KldB 2010 werden die MFA in die Berufsuntergruppe „8110 Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung)“ eingeordnet und zählen somit zu der Berufsgruppe „Arzt- und Praxishilfen“ (KldB 2010; Berufsgruppe 811). Entsprechend der Zusatzqualifikationen werden MFA in Fachkräfte (KldB 2010; Berufsgattung 81102) und Spezialisten (KldB 2010; Berufsgattung 81103) unterteilt.

Alle MFA, die sich auf einen Tätigkeitsbereich spezialisiert haben und in der Berufsgruppe 811 der KldB 2010 nicht anderweitig erfasst sind (wie Zahnmedizinische Fachangestellte (8111), Orthoptist*innen (8113) und Tiermedizinische Fachangestellte (8114)), werden nach der KldB 2010 in der Berufsuntergruppe „8118 Medizinische Fachangestellte (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe)“ eingeordnet. Nach der Gesundheitspersonalrechnung machten die MFA dieser Berufsuntergruppe im Jahr 2021 nur 4 % (n = 18 000) aller MFA aus. In der folgenden Darstellung der Situation der MFA ist die Berufsuntergruppe 8118 nicht einbezogen.

1.2.2.1 Anzahl und Verfügbarkeit

131. Für das Jahr 2020 wird angegeben, dass rund 678 000 Arzt- und Praxishilfen in Deutschland tätig sind (Destatis 2020a). Die MFA sind eine Teilmenge der Arzt- und Praxishilfen; laut Angaben der BA waren im Jahr 2022 in Deutschland 476 814 Personen als MFA tätig, von denen 80 635 geringfügig beschäftigt waren (BA 2023b). Die Anzahl der MFA ist seit dem Jahr 2013 um ca. 13 % gestiegen (2013: n = 420 829; siehe Abbildung 1-19).

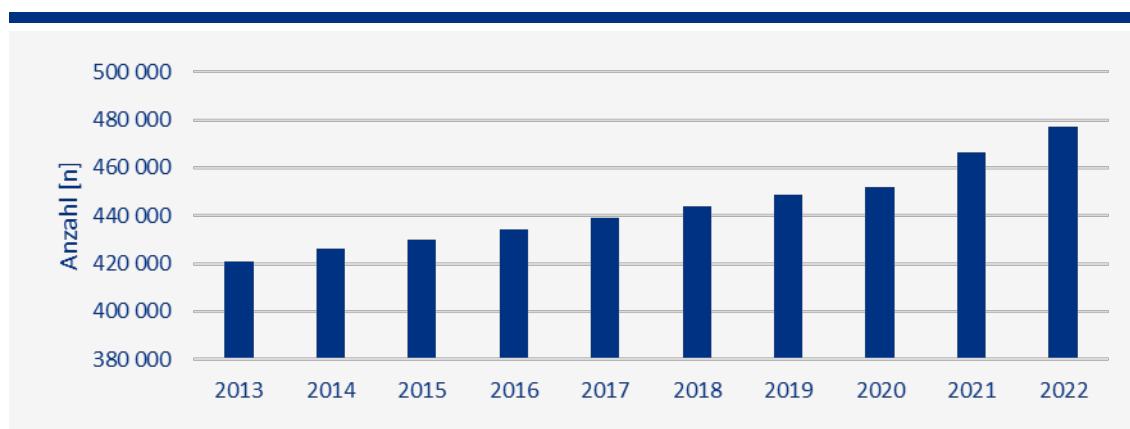


Abbildung 1-19: Anzahl der berufstätigen MFA in Deutschland in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

132. Von den etwa 477 000 MFA im Jahr 2022 werden rund 97 % als Fachkraft mit einem AF ≥ 2 klassifiziert (BA 2023b). Da der Anteil der Spezialisten unter den MFA vergleichsweise gering ist, wird im Folgenden auf eine Aufteilung nach AF verzichtet; die dargestellte Kohorte der MFA bezieht sich daher – falls nicht anders beschrieben – auf die „Berufsuntergruppe 8110“.

Dichte

133. Die Dichte an MFA in Deutschland³⁵ ist in den vergangenen Jahren leicht angestiegen: So wurde – abgeleitet aus Daten der BA zu beschäftigten MFA sowie aus dem Bevölkerungsstand des Statistischen Bundesamtes – für das Jahr 2022 eine Dichte von 5,7 MFA pro 1 000 Einwohner*innen berechnet; im Jahr 2018 waren es 5,3 MFA pro 1 000 Einwohner*innen. Des Weiteren ist der Bezug der Anzahl der MFA zur Anzahl der ambulant tätigen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Deutschland aufschlussreich, da die MFA hauptsächlich in Arzt- und Zahnarztpraxen angestellt sind. Für diesen Vergleich wurden die Daten der KBV herangezogen (KBV 2023d). Diese zeigen, dass sich seit dem Jahr 2013 das Verhältnis der Anzahl der MFA pro Ärzt*in und Psychotherapeut*in kaum verändert hat. Im Jahr 2013 kamen auf eine*n Ärzt*in oder Psychotherapeut*in 2,8 MFA, im Jahr 2022 waren es 2,7 MFA.

Arbeitszeitmodelle

134. Laut GPR entsprachen die im Jahr 2021 rund 477 000 erfassten MFA ca. 307 000 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Während die Zahl der MFA seit dem Jahr 2012 (n = 404 000) um 18 % gestiegen ist, stieg die Anzahl der VZÄ um 12 % (2012: n = 273 000). Somit waren für das Jahr 2021 rund 155 Personen notwendig, um 100 MFA-Vollzeitstellen zu besetzen; im Jahr 2012 waren es nur 148 Personen (Eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b).

135. Unterteilt nach Altersgruppen zeigt sich für MFA die folgende Verteilung der Vollzeitbeschäftigung im Laufe des Berufslebens: Im Jahr 2021 waren in der Gruppe der unter 30-Jährigen 136 Personen notwendig, um die Arbeitsleistung von 100 Vollzeitkräften zu erbringen, in der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen 150, der 40 bis 49 -Jährigen 160 Personen, der 50 bis 59 -Jährigen 162 Personen und über 60 -Jährigen 189 Personen. Im Jahr 2012 wurden ähnliche Zahlen erhoben (< 30 Jahre: 119, 30–39 Jahre: 152; 40–49 Jahre: 162; 50–59 Jahre: 160; > 60 Jahre: 200; eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b).

136. In den vergangenen Jahren stieg der Anteil an Teilzeitbeschäftigten bei den MFA kontinuierlich an: Im Jahr 2013 arbeiteten 47 % der MFA in Teilzeit, im Jahr 2022 waren es 53 % (BA 2023b).

³⁵ Ein internationaler Vergleich der MFA-Dichten kann aufgrund des unterschiedlichen Berufsbildes nur bedingt erfolgen – eine einheitliche, internationale Klassifikation des Berufsbildes MFA existiert nicht. Am ehesten stimmt das Berufsbild MFA mit dem Beruf „medical assistant“ der International Standard Classification of Occupations-08 (ISCO-08) überein. Trotz intensiver Recherche standen dem Rat die entsprechenden Daten bis Redaktionsschluss nicht zur Verfügung.

1.2.2.2 Alter

137. Unterteilt nach Altersgruppen zeigt sich, dass sowohl die Anzahl (Anstieg um 77 %) als auch der Anteil der älteren Beschäftigten (> 55 Jahre) in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen sind (BA 2023b).

138. In absoluten Zahlen stieg die Anzahl der MFA in den Gruppen der unter 25-Jährigen, der 25 bis 40-Jährigen und der über 55-Jährigen an; für die Gruppe der 40 bis 55-Jährigen ist ein leichter Rückgang der Anzahl zu beobachten. Dennoch stieg der prozentuale Anteil nur für die Altersgruppe der über 55-Jährigen (BA 2023b).

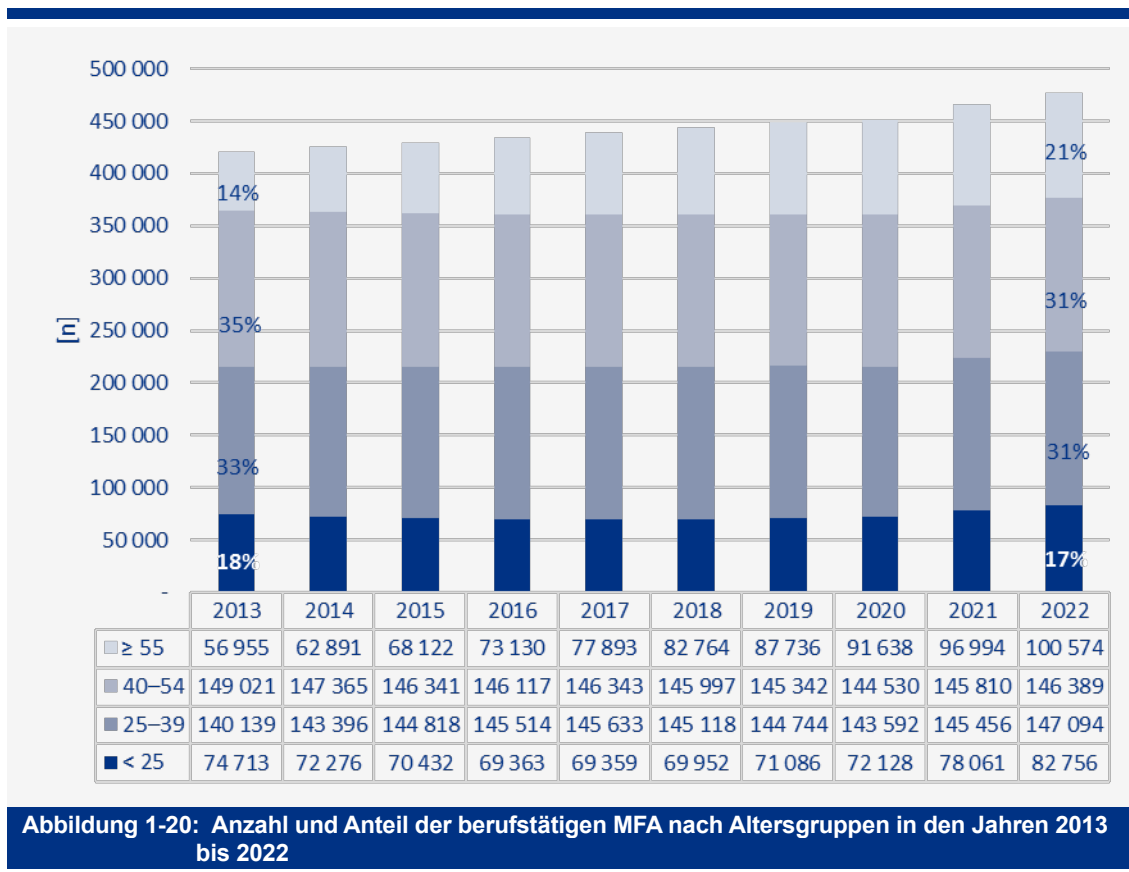


Abbildung 1-20: Anzahl und Anteil der berufstätigen MFA nach Altersgruppen in den Jahren 2013 bis 2022

Quelle: BA (2023b).

1.2.2.3 Geschlechterverhältnis

139. Im Jahr 2022 waren rund 97 % der MFA als weiblich registriert. Der Anteil der Männer ist seit dem Jahr 2013 (1 %) nur leicht angestiegen (BA 2023b).

1.2.2.4 Verteilung auf verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems

140. Die MFA in Deutschland arbeiten überwiegend in Arzt- und Zahnarztpraxen (im Jahr 2022: 76 %), können aber auch in Krankenhäusern (im Jahr 2022: 14 %), Alten-, Behinderten- und Pflegeheimen (Summe der Sektoren Pflegeheime, Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime, soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter im Jahr 2022: 0,93 %) oder dem ÖGD (im Jahr 2022: 0,85 %) tätig sein (BA 2023b, siehe Abbildung 1-21). Seit dem Jahr 2013 ist die Anzahl an MFA in Krankenhäusern um 56 % gestiegen, wohingegen für die MFA in Arzt- und Zahnarztpraxen lediglich ein Zuwachs von 5 % vorliegt. Da MFA somit hauptsächlich in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie in Krankenhäusern angestellt sind, erfolgt im Folgenden keine weitere Aufteilung nach verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems.

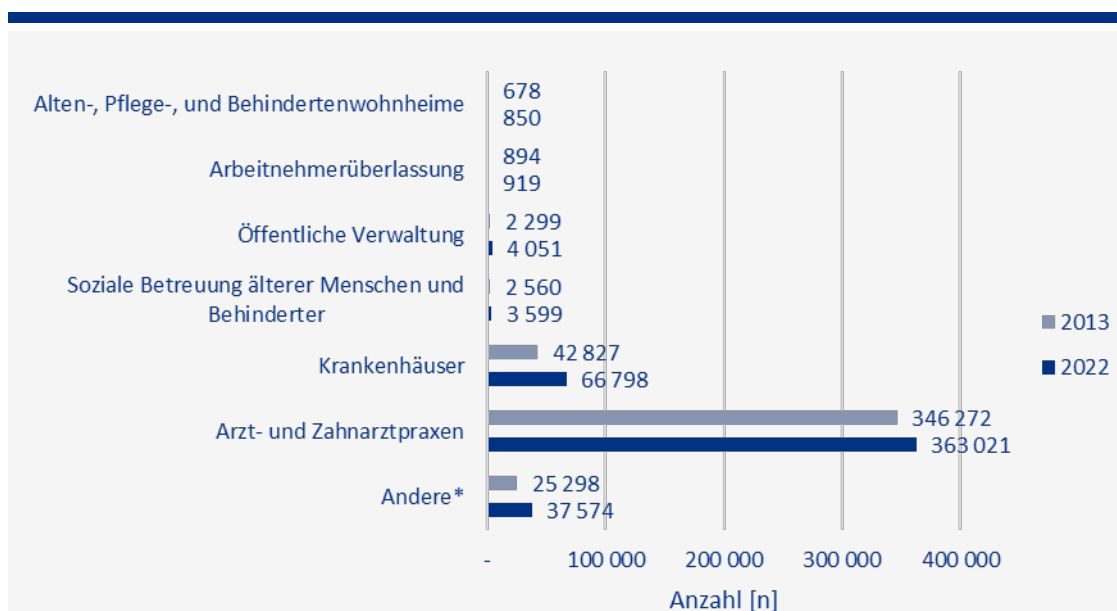


Abbildung 1-21: Anzahl der MFA nach Bereich des Gesundheitssystems für die Jahre 2013 und 2022

* Unter „Andere“ werden laut BA jene MFA zusammengefasst, die nicht in die aufgelisteten Wirtschaftsbereiche eingeordnet werden können.

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von BA (2023b).

1.2.2.5 Ausbildung

141. Die Ausbildung zur MFA war in den letzten Jahren eine der am häufigsten gewählten Ausbildungen unter Frauen (BIBB 2022a); im Jahr 2022 gab es unter diesen in keinem anderen dualen Ausbildungsberuf mehr Ausbildungsverträge. Insgesamt wurden im Jahr 2022 17 406 Ausbildungsverträge für MFA geschlossen, es nahmen jedoch lediglich 747 Männer die Ausbildung zum MFA auf (BIBB 2022b). Im Zeitraum von Oktober 2022 bis September 2023 wurden der BA und den Jobcentern rund 15 000 Ausbildungsstellen zur MFA gemeldet (BA 2023e, Seite 57).

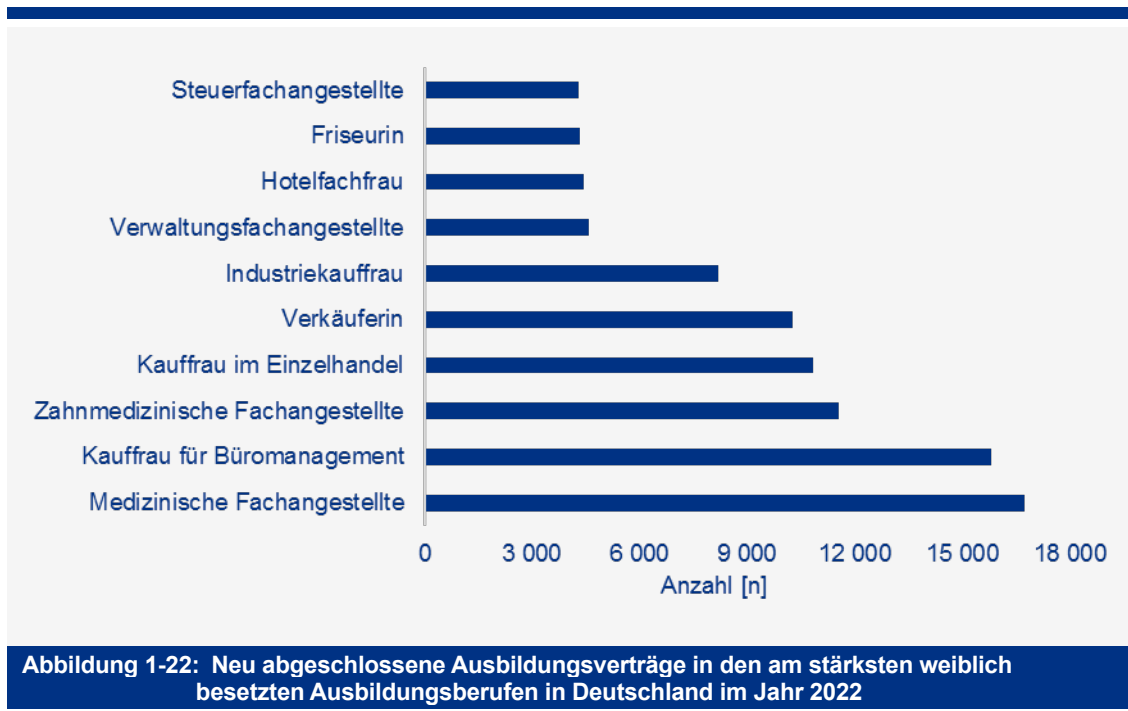


Abbildung 1-22: Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in den am stärksten weiblich besetzten Ausbildungsberufen in Deutschland im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2022a).

142. Die Ausbildung zur MFA erfolgt in Praxen und an Berufsfachschulen und ist bundeseinheitlich geregelt. Grundlage für Ziele und Inhalte der Ausbildung bildet die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten (MedFAngAusbV2006).

143. Für die MFA gibt es³⁶ ein breites Spektrum an Qualifizierungsmöglichkeiten sowohl über private Bildungsträger als auch über die Ärztekammern. Die Fort- und Weiterbildungen zu Nicht-ärztlichen Praxisassistent*innen (NäPA) und zu Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH) spielen dabei eine zunehmend wichtige Rolle. Im Jahr 2021 gab es in Deutschland rund 12 000 NäPA und rund 15 000 VERAH (Beerheide/Haserück 2022, siehe auch Kapitel 4). VERAH und NäPA unterstützen die Betreuung von Patient*innen insbesondere im hausärztlichen Bereich, z. B. durch Hausbesuche. Zudem stellen sie eine wichtige Schnittstelle zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und weiteren Akteuren im Gesundheitssystem, wie Pflegediensten und Apotheken dar.

144. Für Fachkräfte mit abgeschlossener Qualifikation als NäPA oder VERAH existiert zudem seit dem Wintersemester des Jahres 2022/2023 die Möglichkeit, sich im Rahmen des Bachelorstudiengangs „Primärmedizinisches Versorgungs- und Praxismanagement“ weiterzuqualifizieren. Die erweiterten Kenntnisse aus dem Bachelorstudium ermöglichen die Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten sowohl im Rahmen des Praxismanagements als auch in der Patientenversorgung, wie z. B. Basisuntersuchungen, Untersuchungsvorbereitungen oder Informations- und Beratungsgesprächen.

³⁶ Dies gilt ebenso für Arzthelfer*innen oder Absolvent*innen von Ausbildungen nach Pflegeberufegesetz/Krankenpflegegesetz.

145. Die Anzahl der Auszubildenden zur MFA ist in den vergangenen 10 Jahren um rund 12 % angestiegen: Nach Angaben der BA gab es im Jahr 2022 rund 41 530 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Auszubildende; im Jahr 2013 waren es 36 971. Von diesen rund 42 000 Auszubildenden im Jahr 2022 waren 4 % männlich (BA 2023b). Das durchschnittliche Alter der MFA-Auszubildenden lag im Jahr 2022 bei 20 Jahren (BIBB 2023a).

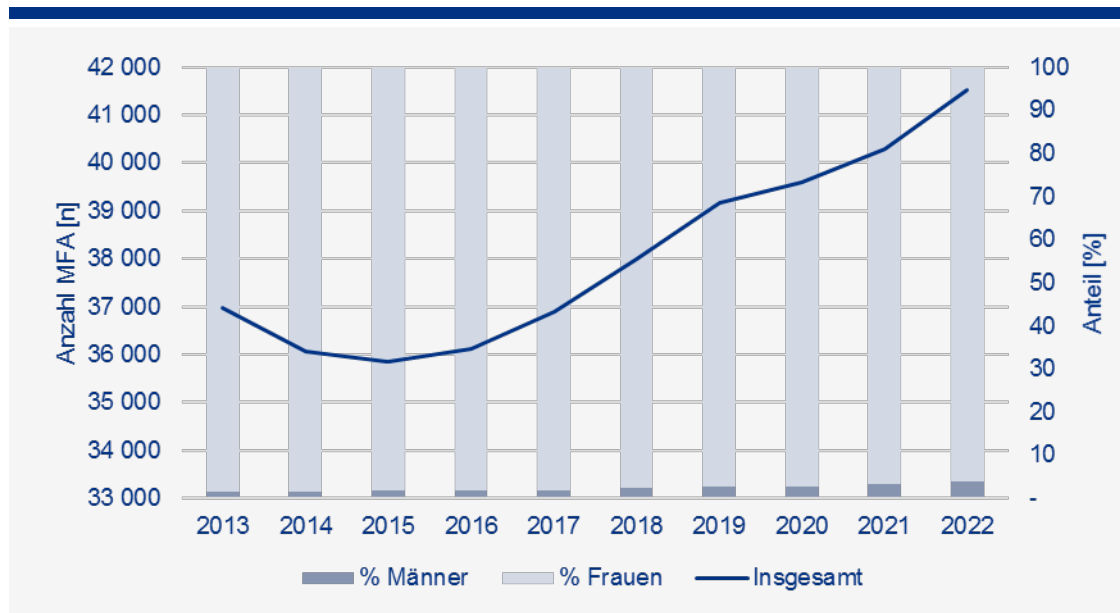


Abbildung 1-23: Anzahl von MFA-Auszubildenden und Geschlechterverhältnis in den Jahren 2013 bis 2022

Im Liniendiagramm wird die Anzahl an MFA-Auszubildenden dargestellt; das Balkendiagramm zeigt den Anteil von Männern und Frauen an den Auszubildenden.

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von BA (2023b).

146. Die Ausbildungen zur MFA werden überdurchschnittlich oft vorzeitig beendet: Nach Angaben des BIBB lösten im Jahr 2022 mehr als 6 300 Auszubildende – also rund 32 % aller MFA-Auszubildenden – frühzeitig ihren Ausbildungsvertrag auf. Diese Quote liegt über dem Durchschnitt aller aufgelösten Ausbildungsverträge für duale Ausbildungsberufe in Deutschland (29,5 %). Die Anzahl an aufgelösten Verträgen ist im Vergleich zum Jahr 2020 (4 470 aufgelöste MFA-Ausbildungsverträge) gestiegen.³⁷ Weiterhin absolvierten im Jahr 2022 rund 88 % der Auszubildenden ihre Ausbildung erfolgreich (BIBB 2023b).

1.2.2.6 Migration

147. Durch das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) wurde auf Basis der Daten der BA und des IAB berechnet, dass im Jahr 2020 mehr als 9 000 Beschäftigte aus Drittstaaten in

³⁷ Eine vorzeitige Vertragslösung entspricht nicht zwangsläufig einem Ausbildungsabbruch. Die personenbezogenen Verlaufsdaten der Ausbildungsabbrüche können auf Basis der Berufsbildungsstatistik nicht betrachtet werden (BIBB 2024a).

Deutschland als MFA beschäftigt waren (Pierenkemper et al. 2022). Zudem wird für die Gruppe der Arzt- und Praxishilfen, zu der die MFA gehören, der Anteil von Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund für das Jahr 2019 mit 23 % angegeben (SVR Integration und Migration 2022, Seite 60).

148. In den vergangenen Jahren hat sich die Anzahl an Personen, die eine Ausbildung zur MFA absolvieren und keine deutsche Staatsangehörigkeit aufweisen, mehr als verdoppelt (von 3 432 Auszubildenden im Jahr 2008 auf 7 770 Auszubildende im Jahr 2022). Dies entspricht einem Anteil an Auszubildenden ohne deutsche Staatsbürgerschaft von 8,7 % für das Jahr 2008 und einem Anteil von 17,6 % für das Jahr 2022 (BIBB 2023b).

149. Eine genaue Registrierung von Ein- und Auswanderungen von MFA liegt dem Rat nicht vor. Die Anerkennungsverfahren, um mit einer im Ausland erworbenen Qualifikation als MFA in Deutschland arbeiten zu dürfen, werden nicht zentral dokumentiert und können deshalb nicht dargestellt werden.

1.2.2.7 Arbeitsmarktsituation

150. In der Engpassanalyse der BA sind die MFA als ein **Engpassberuf** beschrieben. Für das Jahr 2022 wurden der BA im Jahresdurchschnitt 8 851 sozialversicherungspflichtige offene Arbeitsstellen (ohne Zeitarbeit) gemeldet; 7 568 MFA wurden als arbeitssuchend registriert. Somit kamen auf 100 offene MFA-Stellen 86 arbeitssuchende MFA. Die berufsspezifische Arbeitslosenquote für MFA mit dem Anforderungsniveau Fachkraft wird für das Jahr 2022 mit 1,9 % und für MFA mit dem Anforderungsniveau Spezialist mit 1,7 % angegeben (BA 2023b). Aufgrund der niedrigen Arbeitslosenquoten für MFA von unter 2 % besteht für die MFA eine **Vollbeschäftigung**.

1.2.2.8 Arbeitsunfähigkeitszeiten

151. Für die MFA werden – im Vergleich zu anderen Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens – eher niedrige Zeiten von Arbeitsunfähigkeit (AU) beobachtet: Für das Jahr 2022 wurde für AOK-Mitglieder der Berufsgruppe MFA ein Krankenstand von 5,6 % und 2 041 AU-Tagen pro 100 MFA-AOK-Mitgliedern registriert. Für den Durchschnitt der Branche „Gesundheits- und Sozialwesen“ wird ein Krankenstand von 7,8 % und 2 847 AU-Tagen pro 100 AOK-Mitglieder angegeben (Badura et al. 2023, Seite 614).

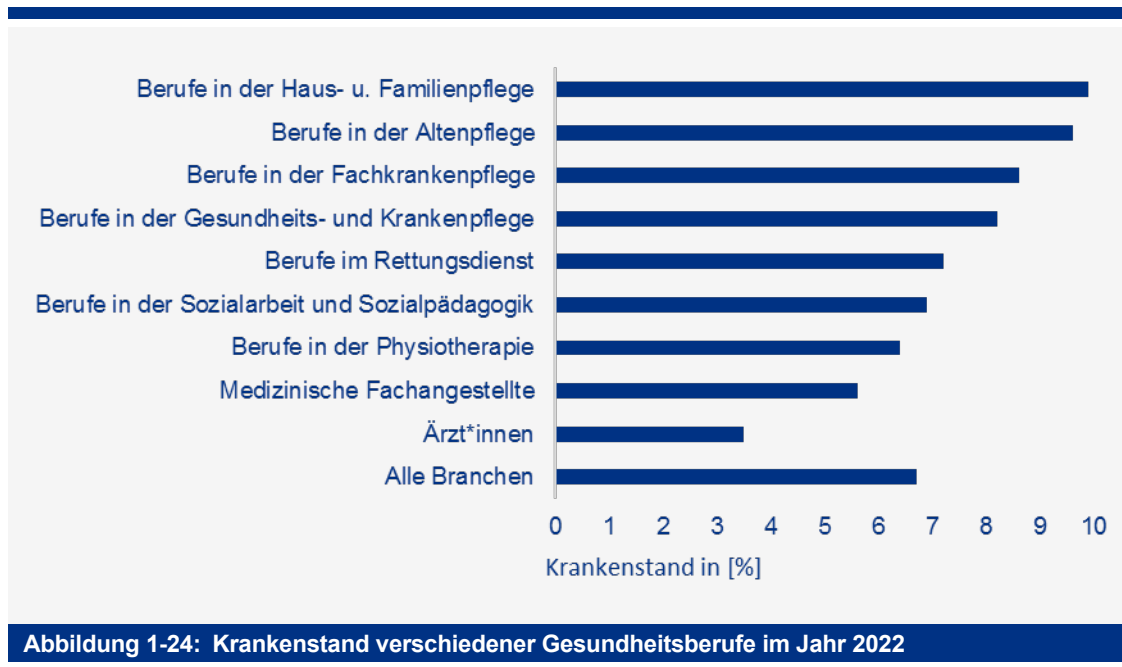


Abbildung 1-24: Krankenstand verschiedener Gesundheitsberufe im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Fehlzeiten-Report (2023).

1.2.2.9 Berufsverweildauer

152. Nach Angaben der BA (persönliche Nachricht) liegt die Netto-Berufsverweildauer von MFA bei 209,3 Monaten und somit über dem Durchschnitt aller Berufsgruppen (185,6 Monate).

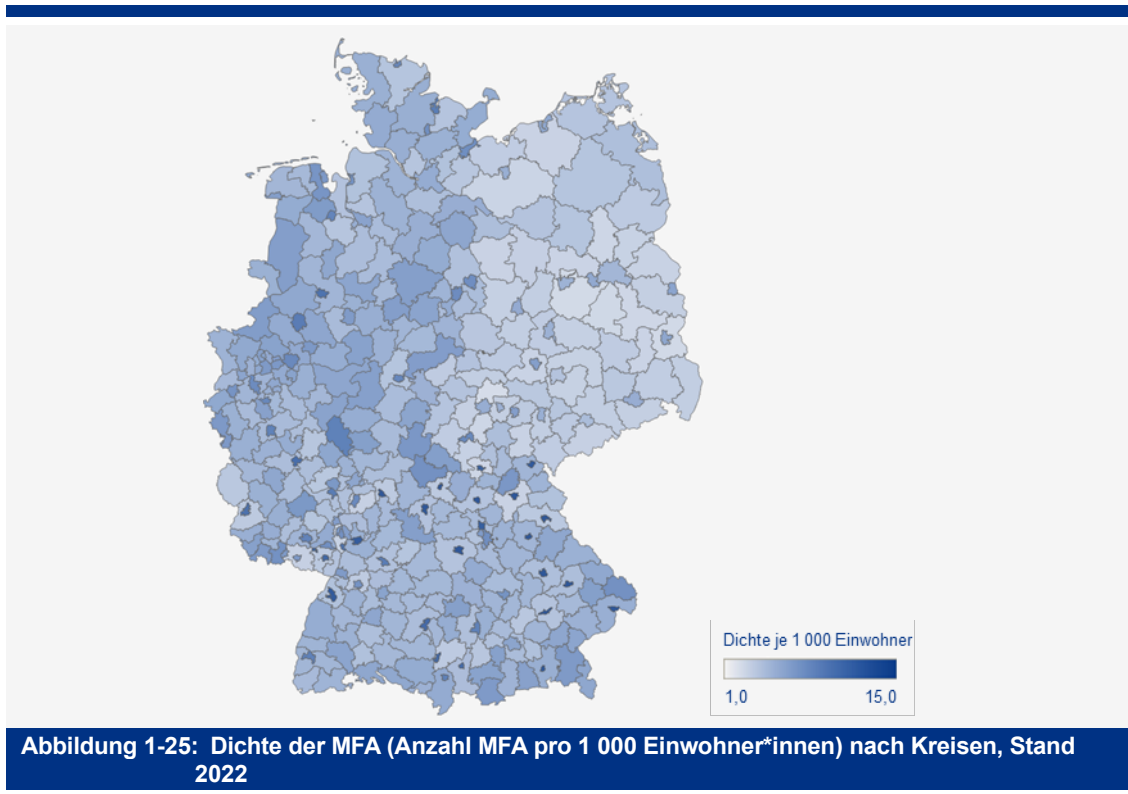
1.2.2.10 Renteneintritt

153. Daten zum Renteneintrittsalter der MFA liegen dem Rat – trotz Anfrage bei verschiedenen Institutionen – nicht vor.

1.2.2.11 Geografische Verteilung³⁸

154. Die Dichte der MFA unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Kreisen in Deutschland. Auffallend ist eine höhere Dichte in Städten im Vergleich zum direkten Umland, wie z. B. in Bayreuth (Bayreuth Stadt: 16,0 MFA pro 1 000 Einwohner*innen, Bayreuth Landkreis: 3,16), Passau (Stadt 18,7 MFA pro 1 000 Einwohner*innen; Landkreis 3,2) oder Schweinfurt (Stadt: 16,3 MFA pro 1 000 Einwohner*innen; Landkreis: 3,81). Dies ist mit einer höheren Dichte von Arztpraxen in Städten gegenüber ländlichen Gebieten erklärbar. Insgesamt kann eine Tendenz beobachtet werden, dass die Dichte an MFA in Kreisen im Süden und Westen Deutschlands etwas höher ist.

³⁸ Wenn nicht anders dargestellt, basiert die geografische Darstellung auf Daten der BA (2023b).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

155. Bei Betrachtung verschiedener Altersgruppen fällt auf, dass der Anteil der Beschäftigten der Altersgruppe < 25 Jahren in den Kreisen im Süden und Westen Deutschlands höher ist als in den östlichen Landesteilen. Umgekehrt ist die Anzahl an MFA der Altersgruppe > 55 Jahre bezogen auf die Bevölkerung in den östlichen Kreisen im Vergleich zu den süd- und westlichen Kreisen überdurchschnittlich hoch. Die Ursache dieser Verteilung ist auf Basis der dem Rat zur Verfügung stehenden Informationen nicht vollständig erklärbar. Die Altersverteilung in einzelnen Regionen resultiert zum Teil auch aus demografischen Verteilungsmustern. So lebten im Jahr 2019 in den westlichen Bundesländern weniger ältere Menschen (Anteil der über 64-Jährigen: ca. 21 %) als in den östlichen Bundesländern (Anteil der über 64-Jährigen lag bei rund 26 %) (Destatis 2020b). Als möglicher Grund des höheren Anteils der älteren Beschäftigten (> 55-Jahre) ist auch die zu DDR-Zeiten vorhandene Fachschulausbildung (dreijähriges Direktstudium) als examinierte „Sprechstundenschwester“, zu berücksichtigen. Es gibt Hinweise, dass viele der damaligen „Sprechstundenschwestern“ – heute häufig als MFA arbeiten. Das könnte den hohen Anteil der älteren MFA im Osten erklären.

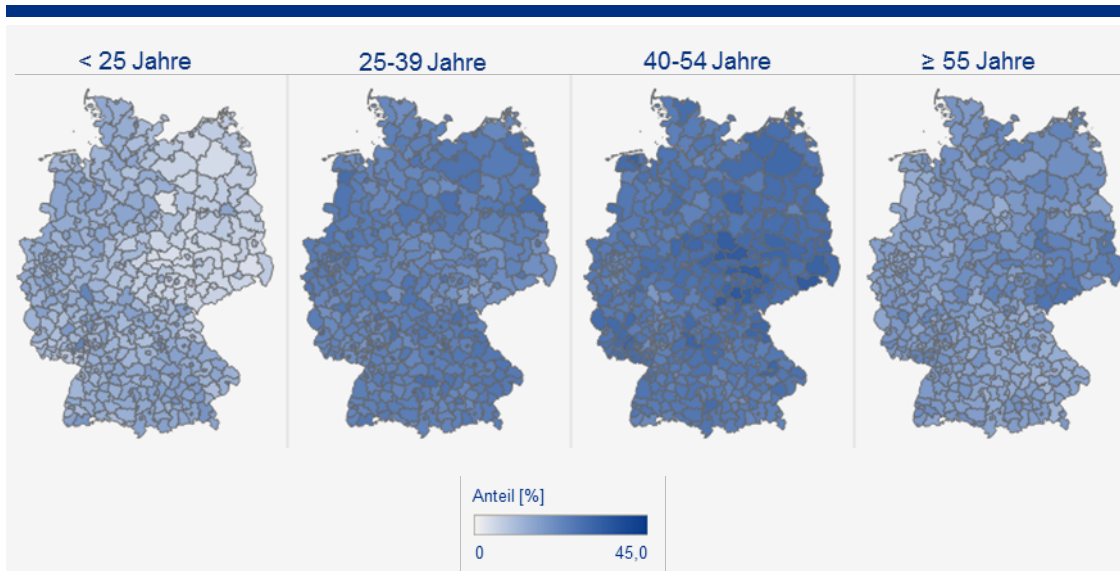


Abbildung 1-26: Darstellung der Dichte an MFA (Anzahl an MFA pro 1 000 Einwohner*innen) unterteilt nach Altersgruppen, Stand 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

Prognose

156. Im QuBe-Modell werden die MFA in der Gruppe der Arzt- und Praxishilfen aufgeführt. Dem Rat liegen jedoch keine Einzelauswertungen für die MFA vor. Dem QuBe-Modell zufolge wird das Angebot in der Gruppe der Arzt- und Praxishilfen ab dem Jahr 2035 den steigenden Bedarf nicht mehr decken können, im Jahr 2040 werden demnach rund 4 000 Beschäftigte dieser Gruppe fehlen (BIBB 2023d).

157. Durch das KOFA wurde berechnet, dass bereits im Jahr 2021 für die MFA 7 200 Fachkräfte fehlten (Pierenkemper et al. 2022).

1.2.2.12 Zusammenfassung zu MFA

158. Die Anzahl der berufstätigen MFA ist in den letzten 10 Jahren um 13 % gestiegen – in Deutschland waren im Jahr 2022 rund 477 000 MFA tätig. Die Dichte an MFA stieg ebenfalls leicht an – im Jahr 2022 kamen auf 1 000 Einwohner*innen 5,7 MFA, wobei grundsätzlich eine höhere Dichte in Städten im Vergleich zum direkten Umland zu beobachten ist. In den Kreisen im Süden und Westen Deutschlands ist die Dichte der MFA und auch der Anteil an MFA der Altersgruppe < 25 Jahre deutlich höher als in den östlichen Gebieten. Im Gegensatz dazu ist der Anteil an MFA der Altersgruppe > 55 Jahren gegenläufig verteilt, was die Ungleichverteilung an MFA zwischen neuen und alten Bundesländern zukünftig weiter verstärken könnte. Die Anzahl an MFA, die für die Arbeitskraft von 100 Vollzeitstellen notwendig sind, ist von 148 im Jahr 2012 auf 155 im Jahr 2021 gestiegen; rund 53 % der MFA arbeiteten im Jahr 2021 in Teilzeit.

159. Nahezu alle MFA (97 %) werden dem Anforderungsniveau „Fachkraft“ zugeordnet. Die Mehrzahl der MFA ist als weiblich registriert (97 %). Rund 76 % der MFA arbeiten in Arzt- und

Zahnarztpraxen; seit dem Jahr 2013 gab es einen Zuwachs von 56 % bei in Krankenhäusern beschäftigten MFA. Im Vergleich zu anderen Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens treten bei den MFA im Durchschnitt weniger krankheitsbedingte Fehlzeiten auf und die Netto-Berufsverweildauer ist überdurchschnittlich hoch.

160. Die Ausbildung zur MFA ist unter Frauen seit Jahren sehr beliebt. Im Jahr 2022 bestand Vollbeschäftigung für MFA. Der Beruf der MFA gilt als Engpassberuf und es wird eine weitere Verschärfung der Situation prognostiziert.

1.2.3 Ärzt*innen

161. Der Rat geht davon aus, dass die Anzahl und Verteilung der Ärzt*innen am vollständigsten durch die Daten der BÄK abgebildet werden, weshalb diese im vorliegenden Gutachten primär genutzt werden. Je nach Fragestellung und Verfügbarkeit werden Daten anderer Quellen – wie der KBV für die Vertragsärzte (also die primär Niedergelassenen) und jene der BA für sozialversicherungspflichtig beschäftigte (also angestellte) Ärzt*innen – ergänzt (zum Vergleich der verschiedenen Datenquellen siehe auch Tabelle 1-1).

Kohorte	Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen	Jahr	Referenzen
Ärzt*innen mit Berufserlaubnis (BÄK)	5,1*	2022	BÄK 2023c
Vertragsärzt*innen (KBV)	1,8*	2022	KBV 2023b
Sozialversicherungspflichtige Ärzt*innen (BA)	3,7*	2022	BA 2023a
Hochrechnung Ärzt*innen gesamt (Mikrozensus)	4,6*	2021	Destatis 2023h

Tabelle 1-1: Übersicht zur Arztdichte je nach Quelle

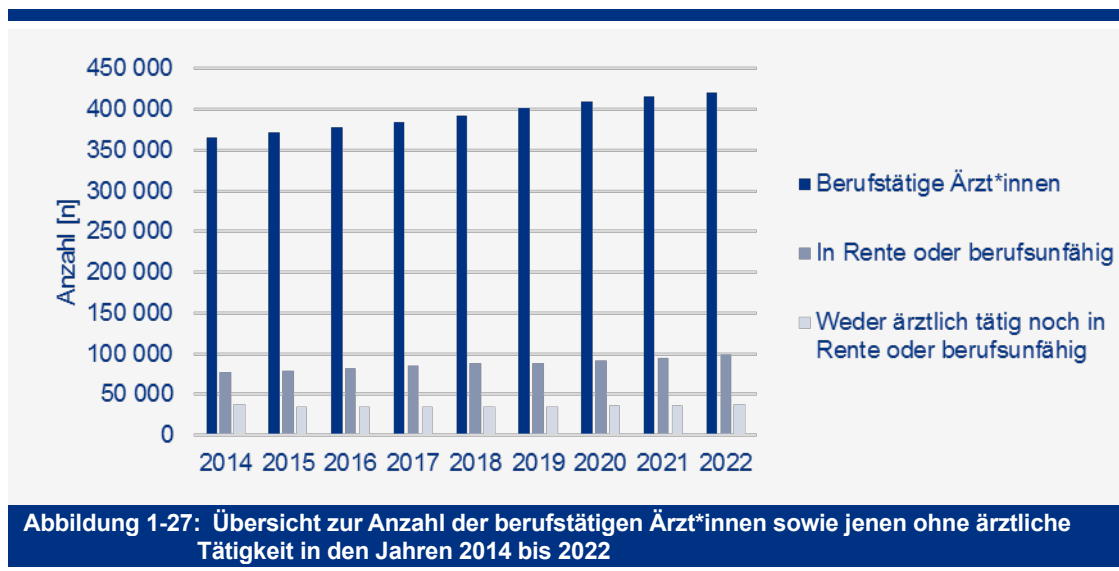
* Berechnet anhand zur Verfügung stehender Daten.

Quelle: Siehe Spalte zur Referenz.

1.2.3.1 Anzahl und Verfügbarkeit

*Anzahl der Ärzt*innen*

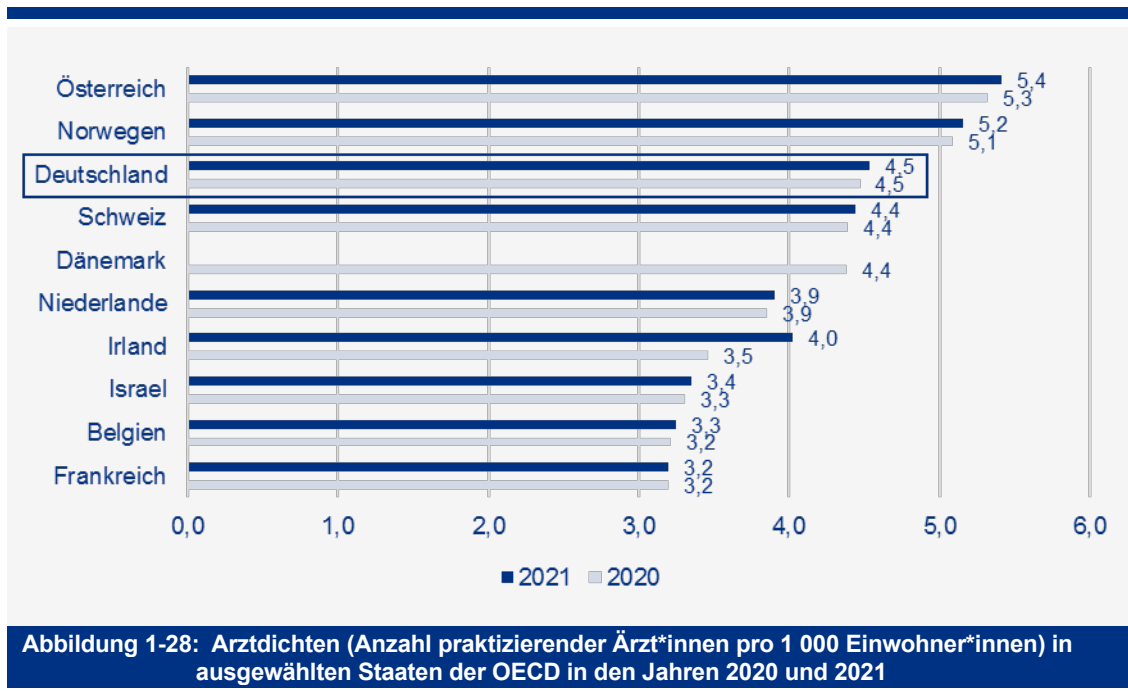
162. Laut Angaben der Ärztestatistik, die auf den Daten der LÄK basiert, gibt es in Deutschland (Stand 31. Dezember 2022) 421 303 berufstätige Ärzt*innen und 136 225 Ärzt*innen ohne ärztliche Tätigkeit, von denen 37 339 Ärzt*innen weder berufsunfähig noch im nicht-erwerbsfähigen Alter sind (Stille Reserve; BÄK 2023c). Die Zahl der Ärzt*innen hat sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich erhöht (siehe Abbildung 1-27); seit dem Jahr 2000 ist sie um rund 43 % angestiegen (im Jahr 2000: 294 676; BÄK 2023b). Im selben Zeitraum stieg die Anzahl der berufstätigen Ärzt*innen pro Einwohner*innen (Arztdichte) von 3,6 Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2000 auf 5,1 im Jahr 2022 (BÄK 2023c).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Ärztstatistiken der BÄK der Jahre 2014 bis 2022.

163. Zum internationalen Vergleich der Arztdichten können Daten der OECD herangezogen werden. In dieser Statistik wurden für Deutschland im Jahr 2020 4,5 praktizierende Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen registriert³⁹. Somit weist Deutschland eine der höchsten Arztdichten weltweit auf. Die Vergleichbarkeit der Arztdichten zwischen verschiedenen Ländern ist aufgrund verschiedener Definitionen der einbezogenen Daten, unterschiedlicher Gesundheitssysteme in den einzelnen Ländern und dem ungleichen Tätigkeitsspektrum einzelner Berufsgruppen limitiert (Schreyögg/Milstein 2016, Seite 18). Zieht man jene Länder zum Vergleich heran, die Deutschland sowohl in Bezug auf die gemeldeten Daten als auch hinsichtlich der Gesundheitssysteme ähneln, zeigt sich für Deutschland jedoch ebenfalls eine vergleichsweise hohe Arztdichte (siehe Abbildung 1-28). Aufgrund der großen Anzahl an Krankenhausbetten in Deutschland ist die Quote von Ärzt*innen pro Krankbett allerdings geringer als in anderen EU-Staaten (OECD Publishing 2021; SVR 2023).

³⁹ Die Daten der OECD werden auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes berechnet; Grundlage ist die Statistik der BÄK, wobei Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen hier herausgerechnet werden; die Arztdichte wird dann von der OECD unter Nutzen der Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes berechnet.



Für Dänemark liegen nur Daten aus dem Jahr 2020 vor.

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis von OECD (2023c).

Vollzeitäquivalente

164. Die Anzahl der Ärzt*innen erlaubt nur einen eingeschränkten Rückschluss auf die zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte. Daher sind die VZÄ zu berücksichtigen, also der Abgleich der gearbeiteten Stunden mit den üblichen Arbeitsstunden eines Vollzeiterwerbstätigen. Im Vergleich der absoluten Anzahl der Ärzt*innen mit den entsprechenden VZÄ über die Zeit zeigt ein Trend zu zunehmender Teilzeitarbeit (siehe Abbildung 1-29, Abbildung 1-30 und Abbildung 1-31). Seit dem Jahr 1991 stieg die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzt*innen um 111 %, wohingegen in Bezug auf die VZÄ nur ein Anstieg von 82 % zu verzeichnen ist. Benötigte man im Jahr 1991 noch 103 Ärzt*innen für den Beschäftigungsumfang von 100 Vollzeitärzt*innen im Krankenhaus, so waren hierfür im Jahr 2022 bereits 120 Personen notwendig (Eigene Berechnung auf Basis von GBE 2024b). Zur Erläuterung der Teilzeitarbeit bei Ärzt*innen siehe Textziffer 165.

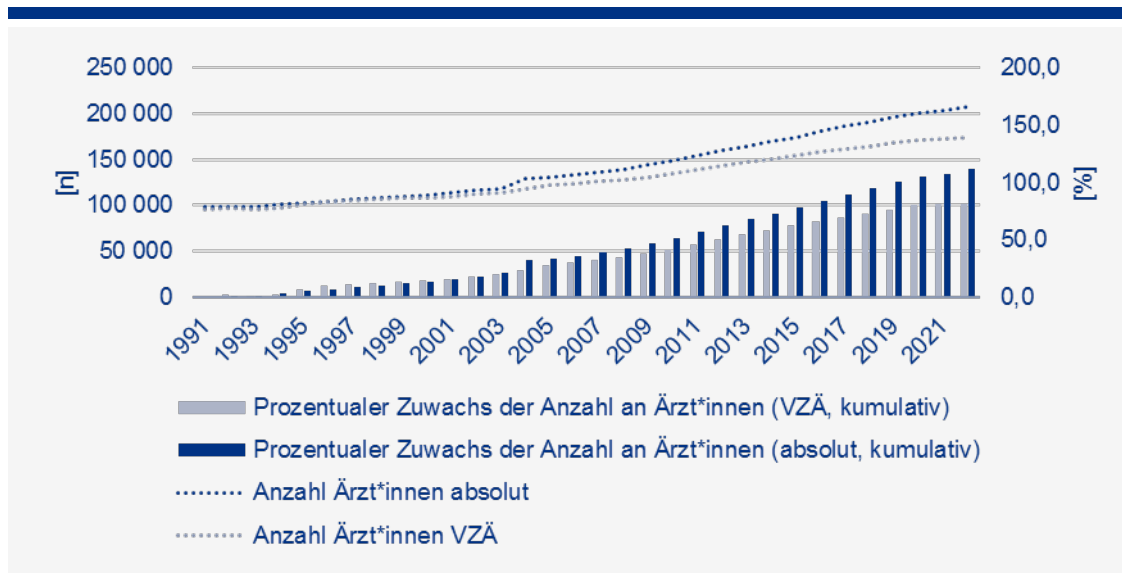


Abbildung 1-29: Anzahl und Zuwachs an Ärzt*innen in den Jahren 1991 bis 2022 in Deutschland

Dargestellt werden sowohl die absolute Anzahl der Ärzt*innen (Anzahl an Personen) als auch die entsprechenden Vollzeitäquivalente (VZÄ). Das Liniendiagramm zeigt die Anzahl der Ärzt*innen pro Jahr, im Säulendiagramm wird der prozentuale Zuwachs (kumulativ) seit dem Jahr 1991 dargestellt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2023c).

Arbeitszeitmodelle

165. Die Mehrzahl der Ärzt*innen in Krankenhäusern arbeitet in Vollzeit. Der Anteil der Teilzeitkräfte hat in den vergangenen Jahren jedoch deutlich zugenommen. Im Jahr 2021 waren von den Ärzt*innen im Krankenhaus 29,6 % in Teilzeit tätig. Frauen arbeiten deutlich häufiger in Teilzeit als Männer – im Jahr 2021 waren 40,8 % der Ärztinnen in deutschen Krankenhäusern in Teilzeit beschäftigt, jedoch nur 19,8 % der Ärzte (siehe Abbildung 1-30).

166. Auch im ambulanten Bereich arbeiten die meisten Ärzt*innen in Vollzeit; so haben rund 74 % der Ärzt*innen im ambulanten Bereich einen vollen Versorgungsauftrag als Vertragsärzt*in oder sind zu mehr als 30 Stunden angestellt. Es zeigt sich jedoch auch hier ein zunehmender Trend zu Teilzeitarbeit (siehe Abbildung 1-31); der Anteil unterscheidet sich je nach Fachbereich (siehe Anhang Abbildung 1-46).

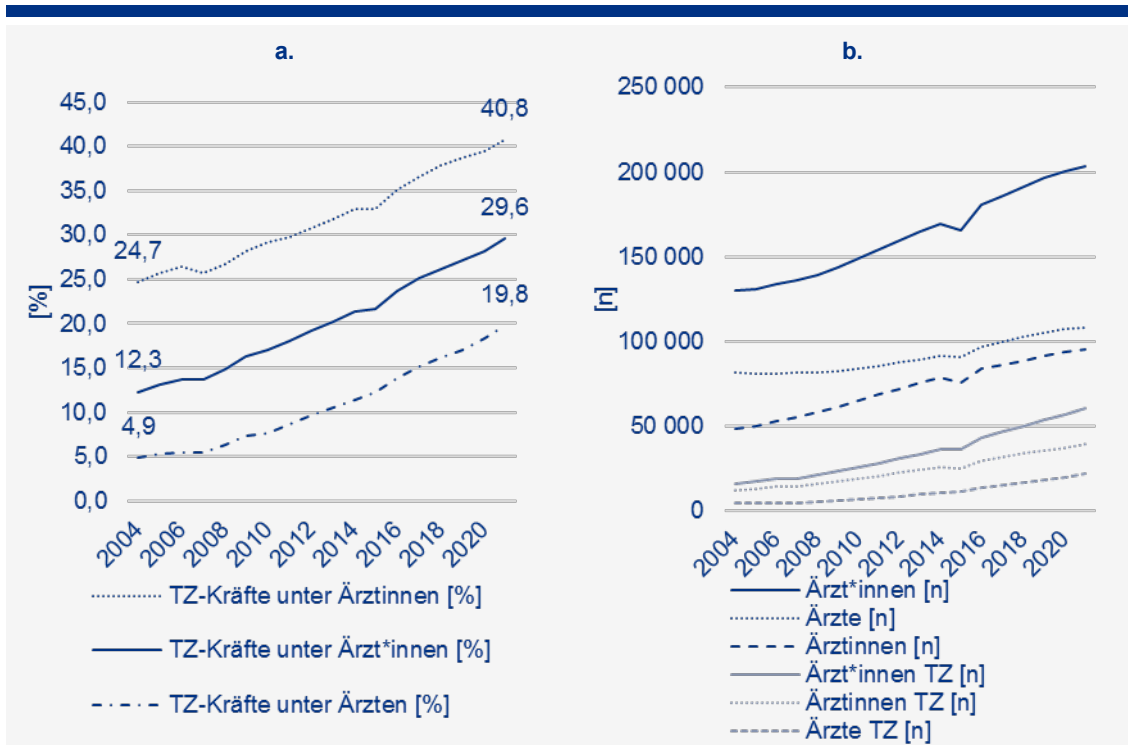


Abbildung 1-30: Übersicht zu Teilzeitkräften im Krankenhaus in den Jahren 2004 bis 2021

a. Anteil von Teilzeitkräften in Krankenhäusern insgesamt und nach der Einteilung der Geschlechter; b. Anzahl von Ärzt*innen gesamt und in Teilzeit (TZ) in Krankenhäusern insgesamt und nach Geschlechtern

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten von Destatis (2005-2023, 2022b).

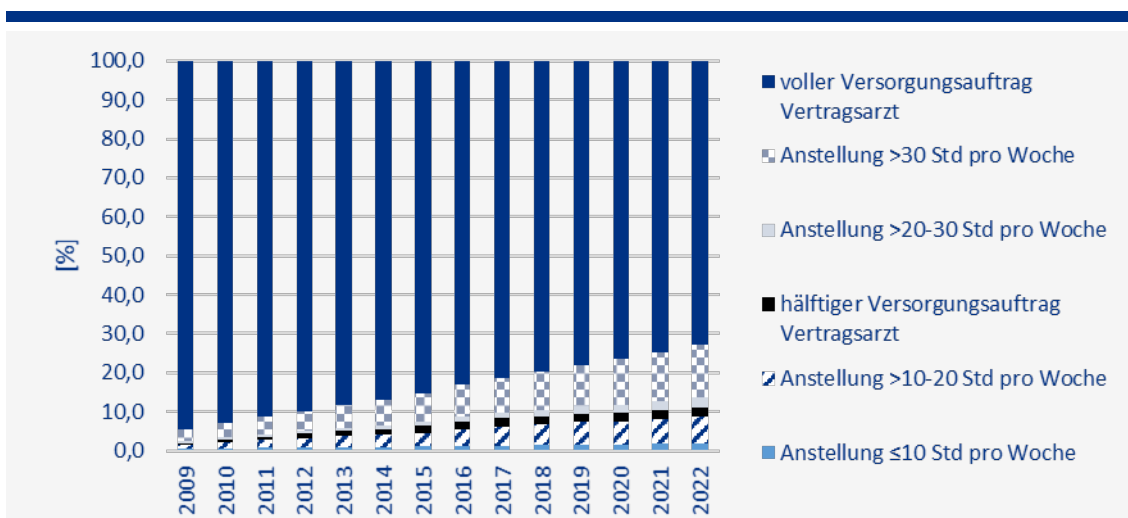


Abbildung 1-31: Teilnahmestatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen der hausärztlichen Fachgruppen in den Jahren 2009 bis 2022

Std = Stunden

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2023c).

167. Der Anteil an Teilzeitkräften unter den angestellten Ärzt*innen ist im ambulanten Bereich vergleichsweise hoch. Unter der Annahme, dass ein Tätigkeitsumfang von mehr als 30 Stunden pro Woche einer Vollzeittätigkeit entspricht, arbeiten 61 % der im ambulanten Bereich angestellten Ärzt*innen in Teilzeit. Die Anteile der Gruppen des Tätigkeitsumfangs unterscheiden sich jedoch deutlich je nach Fachbereich (siehe Abbildung 1-32). Inwiefern einzelne Arbeitnehmer*innen mehreren TZ-Beschäftigungen nachgehen, ist nicht berücksichtigt.

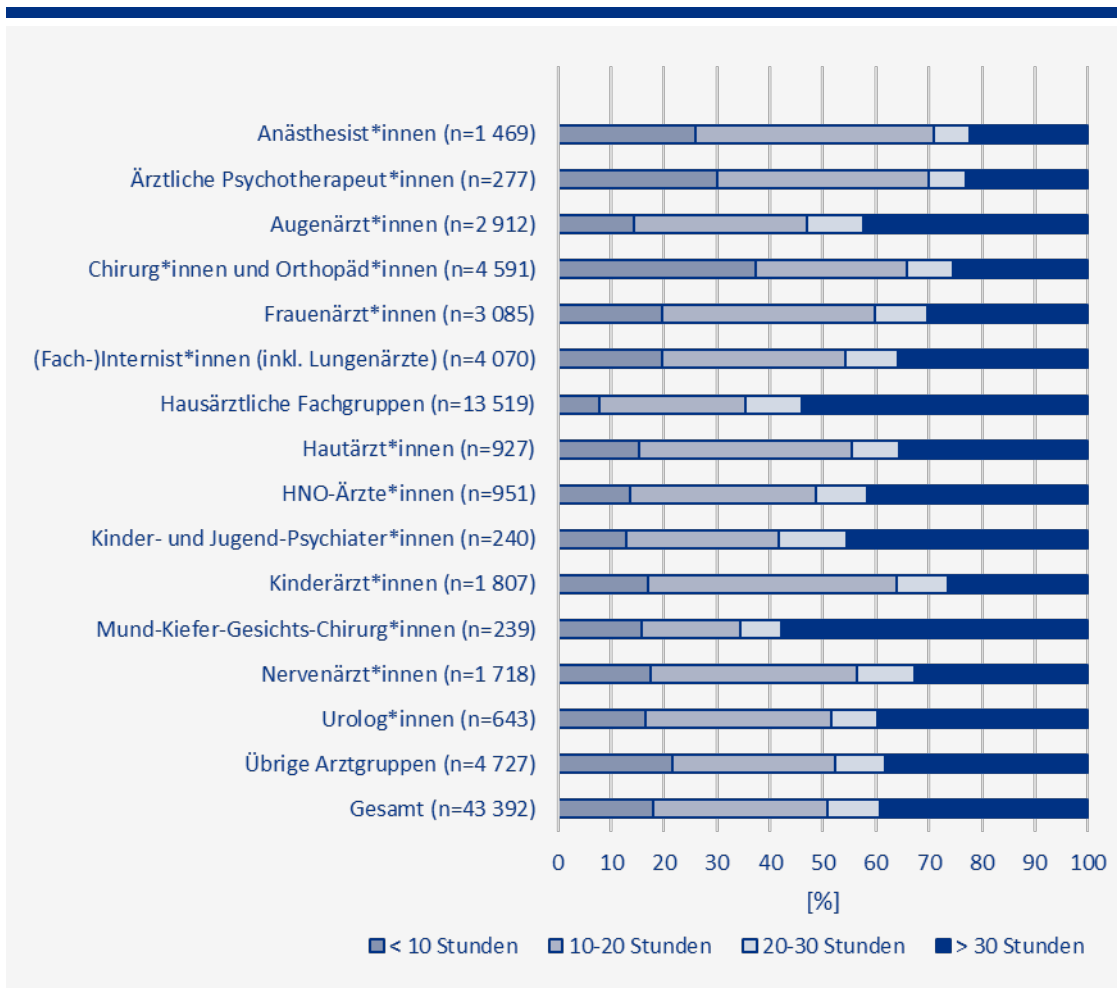
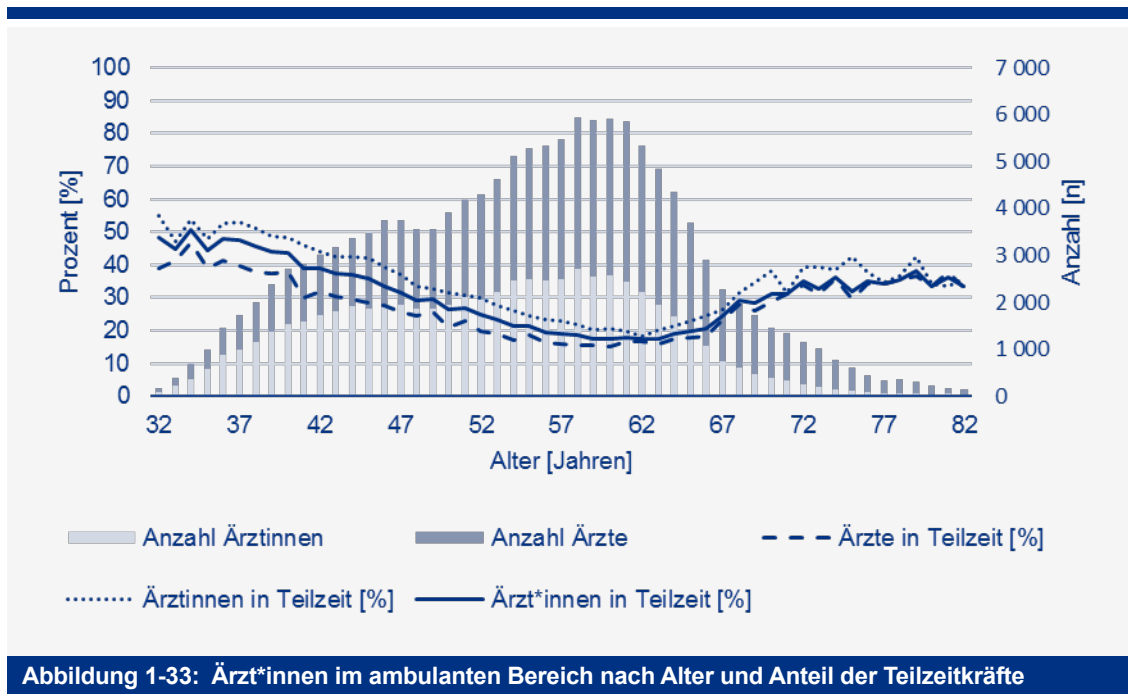


Abbildung 1-32: Tätigkeitsumfang angestellter Ärzt*innen in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland nach verschiedenen Fachrichtungen im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2023c).

168. Des Weiteren unterscheidet sich der Anteil an Ärzt*innen in Teilzeit im ambulanten Bereich je nach Alter. Es zeigt sich ein besonders hoher Anteil jeweils zu Beginn und Ende des Berufslebens, wobei sich hier auch zeigt, dass viele Ärzt*innen auch über das gesetzliche Renteneintrittsalter hinaus im ambulanten Bereich tätig sind (siehe Abbildung 1-33).



Quelle: Grafik erstellt auf Basis einer persönlichen Mitteilung der KBV (2023).

Fachbereiche

169. Die größte Gruppe (n = 124 529) unter den berufstätigen Ärz*innen wird keiner fachlichen Gebietsbezeichnung zugeordnet; diese umfasst überwiegend die Ärz*innen, die sich in der ersten Facharztweiterbildung befinden. Bei den Ärz*innen mit spezifischer Fachbereichsqualifikation⁴⁰ sind die größten Gruppen die Innere Medizin (n = 60 546), die Allgemeinmedizin (n = 44 612), die Chirurgie (n = 40 766), die Anästhesie (n = 27 010), die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (n = 19 388) sowie die Kinder- und Jugendmedizin (n = 16 446; BÄK 2023c).

170. Neben dem beschriebenen Engpass für Ärz*innen im Allgemeinen werden auch für spezifische Fachbereiche Engpässe beobachtet. So werden in der Engpassanalyse der BA⁴¹ die Fachärzte für Innere Medizin (2,6), Anästhesiologie (2,6), Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (2,4), Chirurgie (2,2), Kinder- und Jugendmedizin (2,2) und Hautkrankheiten, Sinnes- und Geschlechtskrankheiten (2,0) als Engpassberufe eingestuft (BA 2023d, siehe auch Tabelle 1-3 im Anhang). Vor entsprechenden Engpässen mit negativen Auswirkungen für die Patientenversorgung wird auch von spezifischen Fachbereichen – wie z. B. den pädiatrischen Intensivmediziner*innen (aerzteblatt.de 2023) – gewarnt.

171. Im internationalen Vergleich zeigt sich eine große Diskrepanz in der Arztdichte zwischen Allgemeinmediziner*innen und fachspezialisierenden Ärz*innen: Im OECD-Vergleich für das Jahr 2020 wurden für Deutschland 1,0 hausärztlich tätige Ärz*innen (*General medical practitioners*) pro 1 000 Einwohner*innen angegeben; somit liegt Deutschland im Vergleich der OECD-Staaten auf

⁴⁰ Hier werden die erworbenen Facharztstitel gezählt. Zur Vermeidung eines vielfachen Zählens von Ärz*innen mit mehreren Facharztweiterbildungen, wird jeweils nur der zuletzt erworbene Facharztstitel einbezogen.

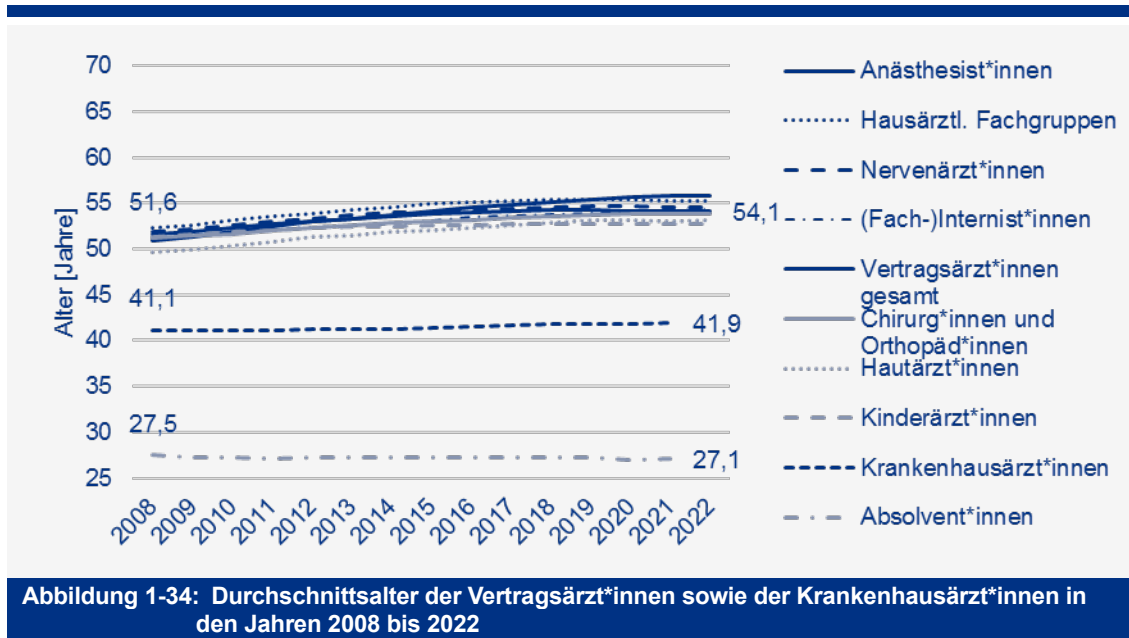
⁴¹ Berichtsjahr 2021. Zur Erläuterung der Zahlenwerte siehe Fußnote 9.

Platz 15. In Bezug auf fachspezialistisch tätige Ärzt*innen (*Specialist medical practitioners*) wird nur für Litauen (3,5 Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen) eine höhere Arztdichte angegeben als für Deutschland (3,4) (OECD 2023c). Für eine detaillierte Darstellung der Arztdichte im internationalen Vergleich siehe auch (SVR 2023, Seite 239).

Alter

172. In der öffentlichen Diskussion wird die Ärzteschaft – insbesondere in Bezug auf die niedergelassenen Ärzt*innen – oft als überaltert dargestellt. Tatsächlich ist das Durchschnittsalter der Vertragsärzt*innen vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2022 nur um 2,5 Jahre angestiegen (KBV 2023f). Ein besonders starker Anstieg des Durchschnittsalters zeigte sich in diesem Zeitraum z. B. für die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeut*innen (+ 7,2 Jahre) und der vertragsärztlichen Anästhesist*innen (+ 4,9 Jahre). Auch wenn es regional niedergelassene Ärzt*innen gibt, die über das Renteneintrittsalter hinaus praktizieren, sind die Zahlen zum Durchschnittsalter vorsichtig zu interpretieren. Die Steigerung des Durchschnittsalters mag zum einen durch den Wegfall der Altersbegrenzung für das Praktizieren im Jahr 2009 sowie den generellen Anstieg des Renteneintrittsalters bedingt sein. Darüber hinaus scheint sich der ansteigende Trend seit dem Jahr 2017 eher abzuwachen.

173. Das Durchschnittsalter der Ärzt*innen in der stationären Versorgung liegt seit Jahren deutlich unter dem der Niedergelassenen: So waren die Krankenhausärzt*innen im Jahr 2008 im Durchschnitt 41,1 Jahre (ca. 10 Jahre unter dem Durchschnitt der Niedergelassenen) und im Jahr 2022 im Durchschnitt 41,9 Jahre (ca. 12 Jahre unter dem Durchschnitt der Niedergelassenen) alt (siehe Abbildung 1-34). Diese Unterschiede sind u. a. durch die stationäre Facharztweiterbildung zu erklären, die typischerweise einer ambulanten Tätigkeit als Vertragsärzt*in vorausgeht.



Darstellung der medizinischen Fachbereiche, für die ein Engpass beschrieben wird; Vertragsärzt*innen gesamt = Durchschnitt aller Vertragsärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von aerzteblatt.de (2018), BÄK (2009), KBV (2023f).

174. Über die BÄK stehen Daten zur Anzahl von Ärzt*innen in verschiedenen Altersgruppen zur Verfügung: Von den 421 303 berufstätigen Ärzt*innen in Deutschland sind 18,8 % jünger als 34 Jahre, 13,5 % sind im Alter zwischen 35 und 39 Jahren, 22,0 % zwischen 40 und 49 Jahren, 23,5 % zwischen 50 und 59, 13,4 % zwischen 60 und 65 Jahren und 8,8 % älter als 65 Jahre (BÄK 2023c). Somit wird rund ein Fünftel aller aktuell berufstätigen Ärzt*innen innerhalb der nächsten 5 Jahre das Renteneintrittsalter erreicht haben. Diese Aufstellung ist nur eingeschränkt aussagekräftig, da hier unterschiedlich große Altersstufen gewählt wurden. Die Daten liegen der BÄK jedoch nicht in kleineren, einheitlichen und damit besser vergleichbaren Subgruppen vor. Das in der öffentlichen Diskussion beschriebene Bild des fehlenden Nachwuchses lässt sich daher zumindest aus diesen Zahlen nicht ableiten.

175. Für die Krankenhausärzt*innen sowie die Niedergelassenen liegen Daten zur Verteilung der Altersgruppen nach einzelnen Jahrgängen vor (siehe Abbildung 1-35). Die Altersverteilung in den verschiedenen Bereichen bildet den „typischen Karriereweg“ vieler Ärzt*innen in Deutschland ab: Der Anteil von jungen Beschäftigten ist im stationären Bereich besonders groß, während der Anteil an Niedergelassenen mit zunehmender Qualifikation und fortgeschrittenem Lebensalter ansteigt. Auffallend ist die große Gruppe an berufstätigen Vertragsärzt*innen oberhalb des Renteneintrittsalters (Median 72 Jahre).⁴²

⁴² Renteneintrittsalter hier definiert als ≥ 67 Jahre.

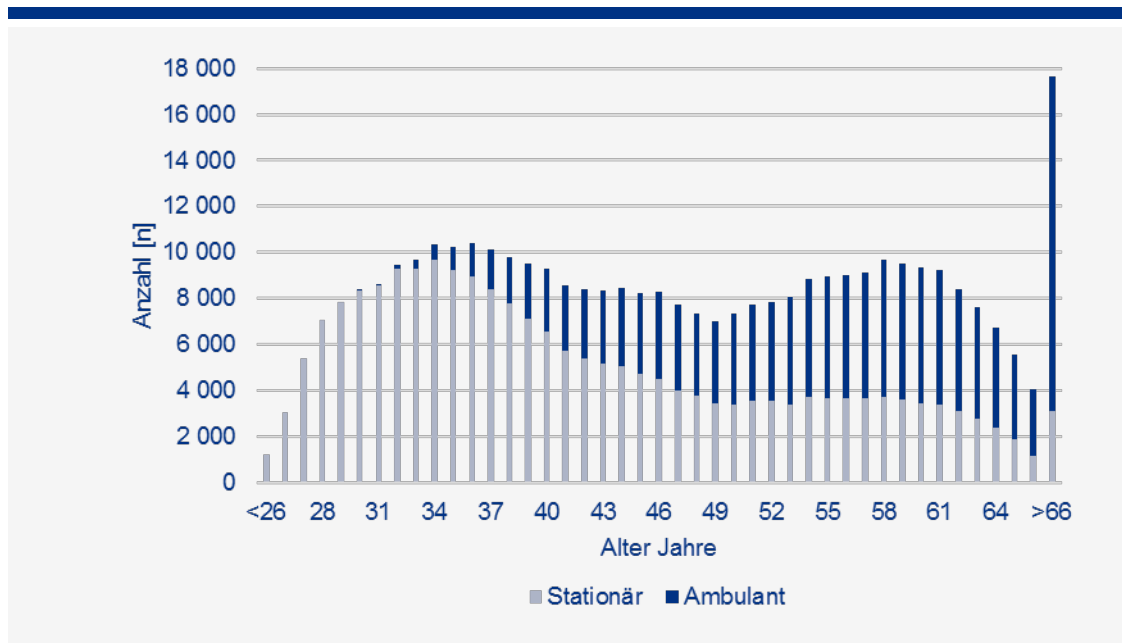


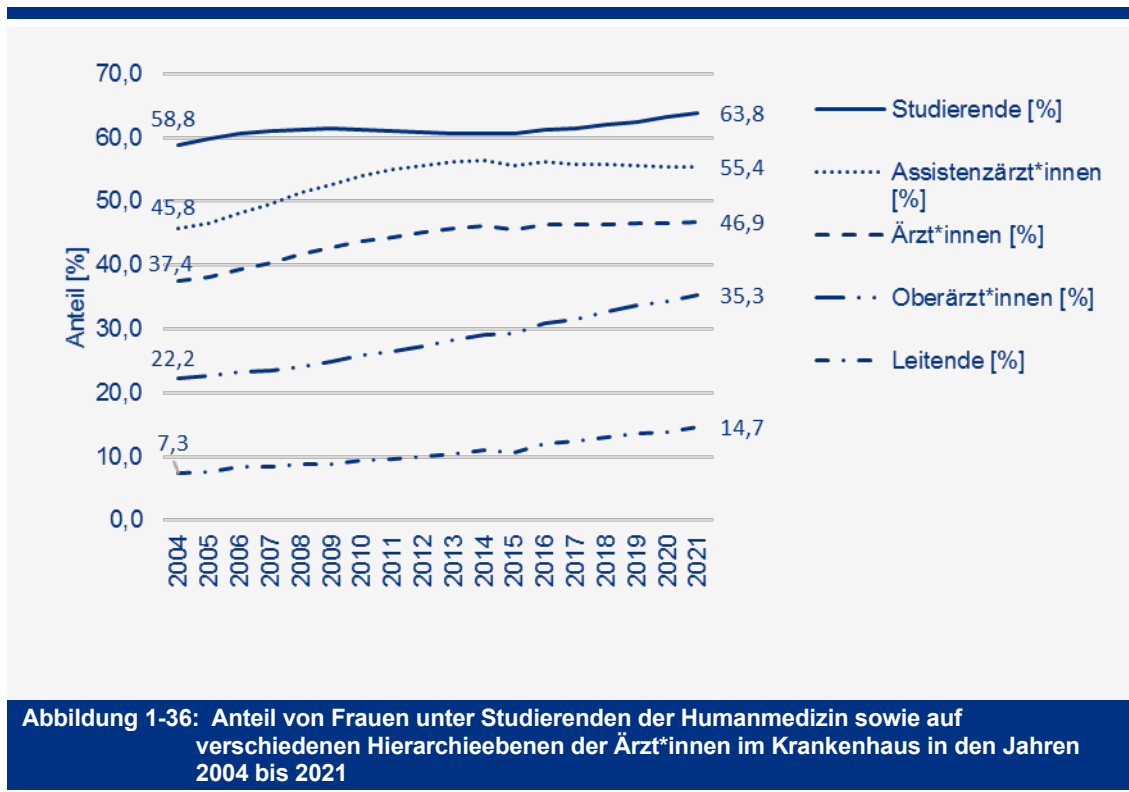
Abbildung 1-35: Anzahl von Ärzt*innen im Krankenhaus und im Bereich der Niedergelassenen nach Alter in Jahren; Daten aus dem Jahr 2022

Quelle: Eigene grafische Darstellung auf Basis von persönlichen Mitteilungen der BÄK und der KBV (2023).

1.2.3.2 Geschlechterverhältnis

176. Im Jahr 1998 gab es erstmals mehr weibliche als männliche Studierende der Humanmedizin, seither nimmt der Anteil an Frauen weiter zu; im Jahr 2021 waren 63,8 % der Studierenden weiblich (Destatis 2023j). Resultierend daraus stieg auch der Anteil an Ärztinnen im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte an; im Jahr 2000 waren 39,5 % der berufstätigen Ärzt*innen als weiblich registriert, im Jahr 2022 bereits 49 % (BÄK 2023b, 2023c).

177. Auch im ambulanten Bereich stieg der Anteil an Frauen in den letzten Jahren kontinuierlich an; im Jahr 2022 waren rund 45,2 % der Vertragsärzt*innen als weiblich registriert (KBV 2023a). Auch unter den in Krankenhäusern tätigen Ärzt*innen zeigt sich ein Anstieg des Frauenanteils: So waren im Jahr 2021 46,9 % aller Ärzt*innen als weiblich registriert (55,4 % der Assistenzärzt*innen, 35,3 % der Oberärzt*innen und 14,7 % der leitenden Ärzt*innen). Trotz des Anstiegs der Frauenanteile auf allen Hierarchieebenen und auch unter Berücksichtigung des zeitlichen Verzugs durch Ausbildungszeiten zeigt sich damit eine deutliche Unterrepräsentanz von Frauen in höheren Hierarchieebenen der stationären Patientenversorgung (Destatis 2005-2023, 2022e).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2005-2023) und (2022e).

1.2.3.3 Verteilung auf verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems

178. Der Anteil an Ärzt*innen, die in Deutschland im stationären Bereich tätig sind, hat in den vergangenen Jahren zugenommen (siehe auch Abbildung 1-37), sodass im Jahr 2022 die Mehrzahl der Ärzt*innen in Deutschland im stationären Bereich tätig war (stationär: 51,6 %; ambulant: 39,3 %, BÄK 2023c).

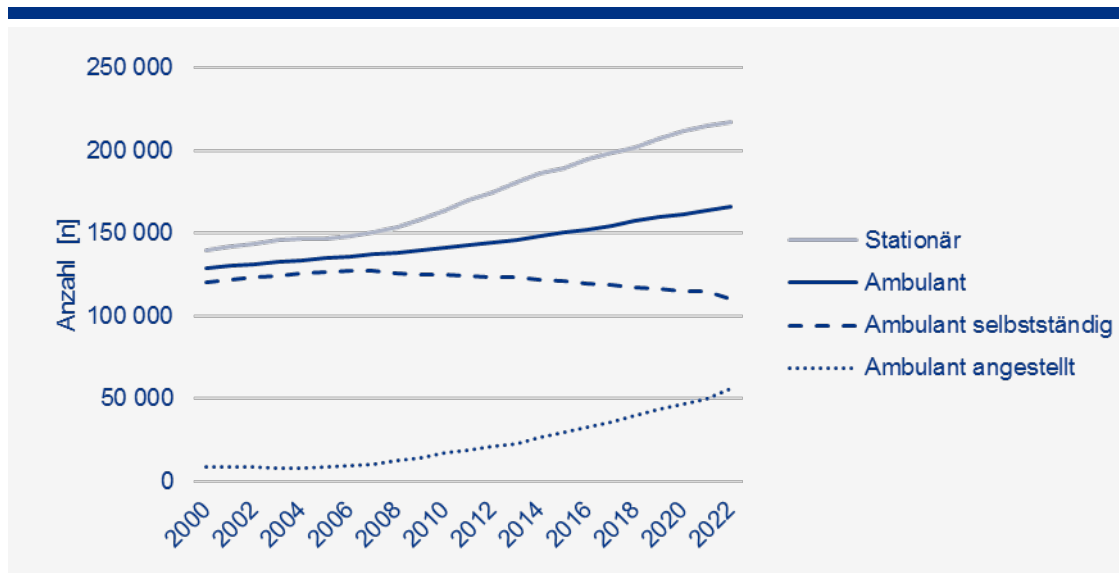


Abbildung 1-37: Anzahl an Ärzt*innen im stationären und ambulanten (unterteilt nach selbstständig und angestellt) Bereich in den Jahren 2000 bis 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BÄK (2023c).

179. Im internationalen Vergleich sind in Deutschland leicht überdurchschnittlich viele Ärzt*innen im stationären Bereich tätig (OECD 2023b): Für Deutschland wurden im Jahr 2019 2,1 Ärzt*innen (VZÄ) pro 1 000 Einwohner*innen angegeben (Durchschnitt OECD Staaten 1,99); somit liegt Deutschland bei den OECD-Staaten auf Platz 8.⁴³ Im Verhältnis der Ärzt*innen zu den Belegungstagen liegt Deutschland jedoch deutlich unter dem Durchschnitt der anderen OECD-Staaten⁴⁴ (OECD 2023b; für weiterführende Informationen siehe auch SVR 2023, Seite 240 und Kapitel 6).

180. Nach Angaben der KBV sind die meisten ambulant tätigen Ärzt*innen selbstständig tätig. Jedoch stieg der Anteil an ambulant angestellten Ärzt*innen im Vergleich zu den Selbstständigen in den vergangenen Jahren deutlich an (von 6,4 % im Jahr 2000 (n = 8 271) auf 33,5 % im Jahr 2022 (n = 55 572)) (KBV 2023d).

181. Einzelpraxen sind in Deutschland die häufigste Praxisstruktur im ambulanten Bereich, jedoch ist die Anzahl – insbesondere an hausärztlichen Einzelpraxen – in den vergangenen 10 Jahren deutlich zurückgegangen. Dahingegen hat die Anzahl an Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zugenommen. Im Jahr 2022 war die Hälfte aller Ärzt*innen in kooperativen Strukturen wie Gemeinschaftspraxen oder MVZ tätig. Der Anteil an Gemeinschaftspraxen und MVZ unterscheidet sich je nach Fachbereich und ist z. B. bei radiologischen (93 %) oder internistischen Praxen (75 %) besonders hoch, bei den ärztlichen Psychotherapeut*innen (11 %) hingegen z. B. besonders gering (KBV 2023d).

⁴³ Deutschland lag im Jahr 2019 in Bezug auf die Arztdichte hinter Litauen (3,5), Dänemark (3,0), der Schweiz (2,7), Norwegen (2,7), Österreich (2,6), Israel (2,3) und der Tschechischen Republik (2,2 Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen).

⁴⁴ Im Jahr 2019: Deutschland 1,24 VZÄ pro 1 000 Belegungstage, OECD (soweit Daten verfügbar) 1,89 VZÄ pro 1 000 Belegungstage).

Honorar- und Belegärzt*innen

182. Die Honorararztstätigkeit ermöglicht flexible Arbeitseinsätze, die z. B. für Ärzt*innen im Rentenalter oder während Phasen mit besonderer Care-Arbeit innerhalb der Familie attraktiv sein können (persönliche Mitteilung vom 17. Juli 2023; Dr. Nicolai Schäfer). Seit einem Gerichtsurteil aus dem Jahr 2019 sind Honorararzt*innen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, vorab galten sie als Selbstständige. Genaue Angaben zur Zahl der Honorararzt*innen oder deren Einsatzorten existieren laut dem Bundesverband der Honorarärzte nicht (persönliche Mitteilung vom 17. Juli 2023; Dr. Nicolai Schäfer). Einzelne LÄK, wie in Brandenburg, hätten zeitweise nach Honorararztstätigkeiten gefragt, belastbare, bundesweite Erhebungen gebe es nicht.

183. Die Anzahl der Belegarzt*innen ist seit dem Jahr 2010 um rund 35 % gesunken (Jahr 2010 n = 5 868; 2022: n = 3 799; KBV 2023e). Besonders häufig sind Ärzt*innen aus den chirurgischen Fächern als Belegarzt*innen tätig; im Jahr 2022 wurden 1 028 Belegarzt*innen im Fachbereich HNO registriert, 913 in der Chirurgie und Orthopädie, 402 in der Gynäkologie, 397 in der Urologie und 370 in der Augenheilkunde; der größte Anteil an Belegarzt*innen betreut ≤ 10 Betten (KBV 2023e).

1.2.3.4 Ausbildung

184. Die Medizin zählt in Deutschland nach BWL, Informatik und den Rechtswissenschaften zu den Studienfächern mit der größten Anzahl an Studierenden (Destatis 2022b). Die Anzahl an Bewerber*innen übersteigt die Anzahl der vorhandenen Studienplätze deutlich⁴⁵ (Destatis 2022e). Dies deutet auf die Attraktivität des ärztlichen Berufsbildes in Deutschland hin.

185. Im Jahr 2023 gab es an staatlichen Hochschulen in Deutschland knapp 12 000 Studienplätze für Humanmedizin; die Zahl der Studienplätze ist somit in den vergangenen Jahren leicht angestiegen (siehe Abbildung 1-38). Der Aufbau weiterer Studienplätze ist geplant. So werden z. B. die Kapazitäten im Modellstudiengang an der Universität Augsburg erhöht (Universität Augsburg 2023); in Cottbus ist der Aufbau einer medizinischen Fakultät angekündigt (Staatskanzlei des Landes Brandenburg 2023). Für das Bundesland Bayern ist geplant, rund 2 700 neue Studienplätze zu schaffen (stmwk 2023).

186. In einigen Bundesländern wie NRW, Bayern oder Niedersachsen wird ein Teil der Studienplätze über eine sogenannte Landarztquote vergeben: Um einen Studienplatz zu erhalten, verpflichten sich die Studierenden, im Anschluss an das Studium in einer ländlichen Region des entsprechenden Bundeslandes zu arbeiten. In ähnlicher Weise gibt es in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt eine Quote für den ÖGD; so werden z. B. in Bayern 1 % aller Studienplätze über die sogenannte ÖGD-Quote vergeben (Stiftung für Hochschulzulassung 2023b; siehe auch Kapitel 4.3.3.3). Neben den staatlichen Hochschulen kann das Medizinstudium in Deutschland auch an privaten Hochschulen – wie in Witten-Herdecke, Nürnberg, Kassel, Hamburg und Brandenburg – absolviert werden. Der Verein der Deutschen Hochschulmedizin geht davon aus, dass rund 83,6 % der Studienplätze an staatlichen Fakultäten angeboten werden, 4,3 % an privaten Hochschulen, an denen ein deutsches Staatsexamen erworben werden kann und 3,6 % an Medical Schools (Franchise Modell, EU-Recht). Der Anteil an Studienplätzen im Ausland wird hier auf 8,5 % geschätzt (siehe Abbildung 1-39; Deutsche Hochschulmedizin 2022).

⁴⁵ 8,3 Bewerber*innen pro Studienplatz im Sommersemester des Jahres 2021, 3,8 Bewerber*innen pro Studienplatz im Wintersemester 2021/2022.

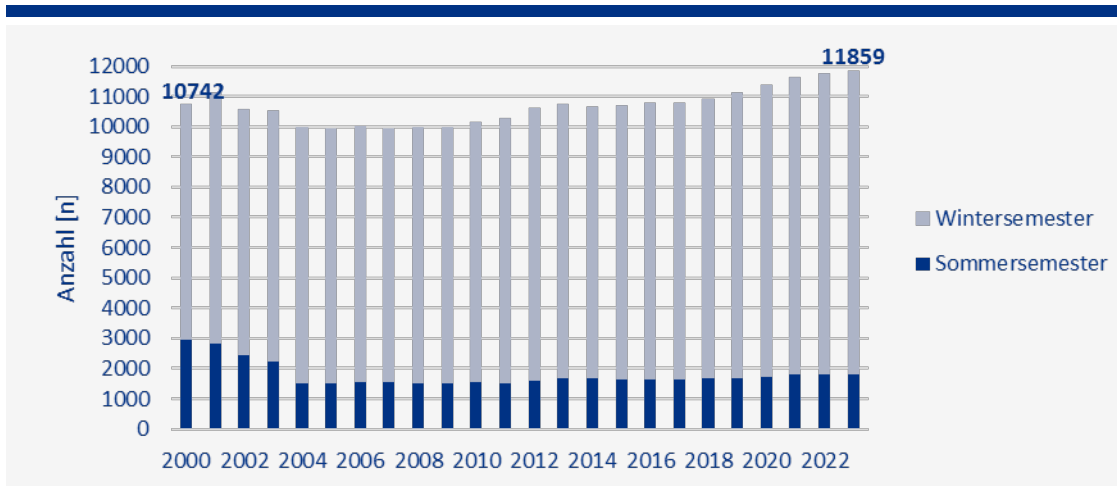


Abbildung 1-38: Anzahl von Studienplätzen (Erstsemester) und Absolvent*innen im Fach Humanmedizin an staatlichen Hochschulen in Deutschland pro Jahr

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von persönlicher Nachricht und online verfügbaren Daten der Stiftung für Hochschulzulassung (2023a).

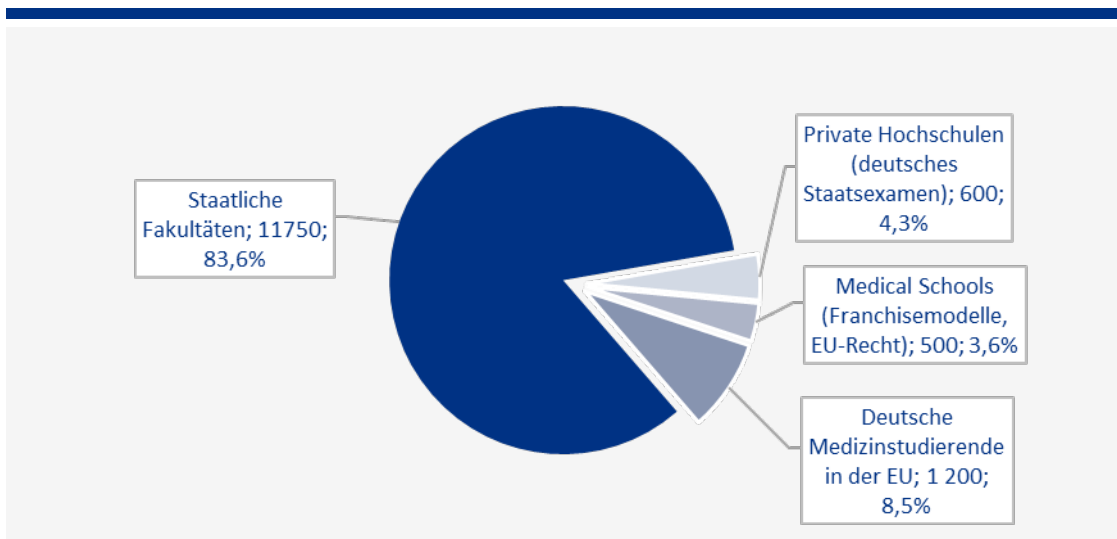


Abbildung 1-39: Abschätzung der Verteilung der Medizinstudierenden in Deutschland sowie deutschen Studierenden im Ausland auf verschiedene Arten von Hochschulen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Deutsche Hochschulmedizin (2024).

187. Im Jahr 2021 absolvierten nach Daten des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) 10 353 Studierende erfolgreich den Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung und schlossen somit ihr Studium ab (IMPP 2023). Die Zahl der Absolvent*innen des Medizinstudiums ist in den vergangenen Jahren leicht angestiegen (Abbildung 1-40). Das Durchschnittsalter der Absolvent*innen des Medizinstudiums beträgt rund 27 Jahre und blieb in den vergangenen Jahren weitgehend konstant (IMPP 2006, 2018, 2023).

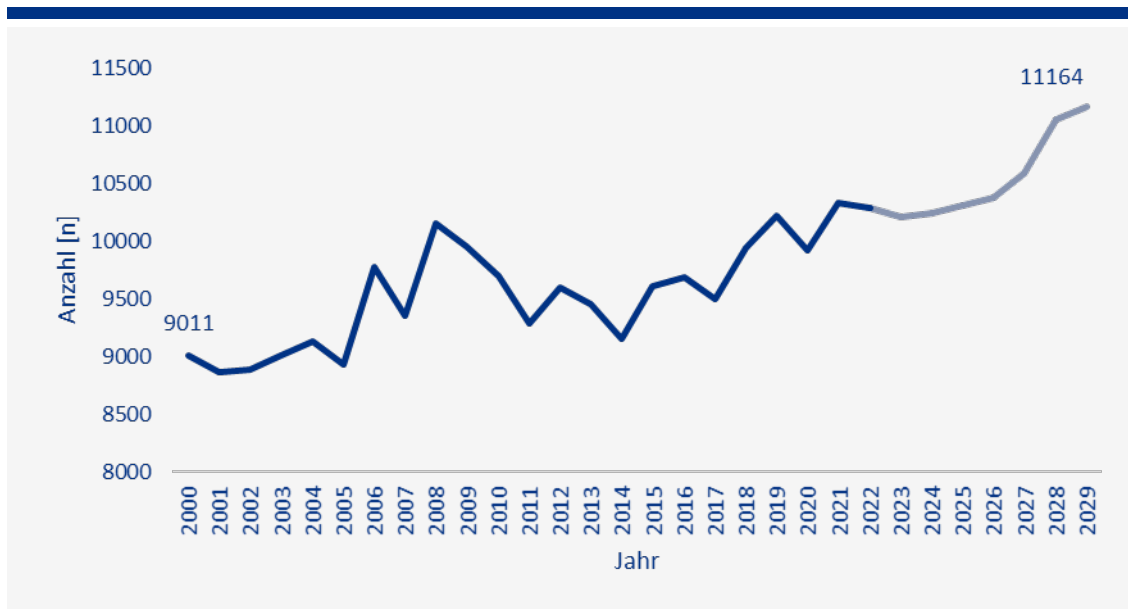


Abbildung 1-40: Anzahl an erfolgreich abgeschlossenen Prüfungen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung in Medizin

Darstellung der Zahlen ab dem Jahr 2022 als Prognose abgeleitet aus Zulassungen der Vorjahre, unter der Annahme, der Regelstudienzeit und der bekannten Abbruchquoten

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Deutsche Hochschulmedizin (2022) und dem IMPP (2023).

188. Die Abbruchquote der Studierenden liegt seit Anfang der 1990er Jahre zwischen 5 % und 11 % und somit deutlich unter dem Durchschnitt anderer Fächer, wie z. B. den Rechtswissenschaften (Abbruchquote: 22 % bis 38 %, Heublein et al. 2022).

1.2.3.5 Migration

189. Im Jahr 2022 verließen rund 2 290 Ärzt*innen Deutschland⁴⁶ (BÄK 2023c). Dennoch wandern mehr Ärzt*innen nach Deutschland ein als auswandern. Nach Angaben des Sachverständigenrats für Integration und Migration steigt die Zahl an ausländischen Ärzt*innen in Deutschland seit Jahren: So kamen seit dem Jahr 2010 jährlich rund 3 500 ausländische Ärzt*innen netto nach Deutschland (nach Abzug der Auswanderer; SVR Integration und Migration 2022, Seite 63). Diese Zahl entspricht rund 30 % der jährlichen Absolvent*innen des Medizinstudiums. Ende des Jahres 2022 gab es in Deutschland 89 000 Besitzer*innen einer Blue Card-EU⁴⁷; der Anteil der Ärzt*innen in dieser Gruppe ist nicht genau bekannt (Destatis 2023e). Laut einer Umfrage unter Besitzer*innen der Blue Card-EU in Deutschland stellen die Ärzt*innen die größte Berufsgruppe dar (ca. 19 %), gefolgt von Ingenieur*innen (ca. 15 %), Informatiker*innen (ca. 15 %) und Elektrotechniker*innen (ca. 12 %) (Hanganu/Heß 2016). Laut dem Jahresgutachten des SVR für Integration und Migration haben 27,3 % der Beschäftigten Ärzt*innen und Zahnmediziner*innen

⁴⁶ Davon wanderte die Mehrheit in andere EU-Staaten (n = 911) und das restliche Europa (n = 823) aus, ebenso nach Afrika (n = 36), Amerika (n = 129), Asien (n = 129) und Australien (n = 34); (BÄK 2023c).

⁴⁷ Die Blue Card-EU dient dem Nachweis eines legalen Aufenthalts zum Zweck der Erwerbstätigkeit in einem EU-Land von Angehörigen von Drittstaaten.

einen Migrationshintergrund, 22,4 % sind selbst nach Deutschland eingewandert (SVR Integration und Migration 2022, siehe auch Kapitel 3.2.2).

190. Nach Angaben der OECD waren im Jahr 2021 51 395 Ärzt*innen in Deutschland tätig, die ihre berufliche Qualifikation im Ausland erworben haben; die Zahl der Ärzt*innen mit einer Berufsqualifikation aus dem Ausland ist damit seit dem Jahr 2000 (n = 9 971) um mehr als das Fünffache angestiegen (OECD 2023b).

Arbeitsmarktsituation

191. Laut Angaben der BA liegt die Arbeitslosenquote für die Ärzt*innen und Zahnärzt*innen bei 1,8 % (BA 2023a). Für Ärzt*innen in Deutschland besteht somit Vollbeschäftigung.

1.2.3.6 Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berufskrankheiten

192. Vergleicht man – basierend auf Daten der AOK – die Kennzahlen der Arbeitsunfähigkeit (AU) zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen, so zeigt sich für das Jahr 2022, dass Ärzt*innen (ohne Spezialisierung) einen auffallend niedrigen Krankenstand aufweisen (Ärzt*innen 3,5 %, Gesamtbranche 7,8 %). Je 100 AOK-Mitglieder wurden für Ärzt*innen 1 287 AU-Tage registriert, in allen beobachteten Berufen der Gesundheits- und Sozialwesens waren es hingegen 2 847 (Badura et al. 2023, Seite 614).

193. Recherchen bei der BGW legen nahe, dass es derzeit keinen quantitativ relevanten Zusammenhang zwischen Fachkräfteengpässen bei Ärzt*innen und Berufskrankheiten gibt.

1.2.3.7 Berufsverweildauer

194. Mit den anderen in diesem Gutachten aufgeführten Berufsgruppen vergleichbare Angaben zur Berufsverweildauer für Ärzt*innen liegen dem Rat nicht vor.

1.2.3.8 Renteneintritt

195. Genaue Daten zum Renteneintrittsalter der Ärzt*innen liegen dem Rat nicht vor. Laut Daten der KBV, verließ die Mehrzahl der Vertragsärzt*innen im Jahr 2020 die vertragsärztliche Versorgung vor Erreichen des 65. Lebensjahres (55,6 %, siehe Abbildung 1-41). Diese Abgänge beinhalten auch die Wechsel aus der ambulanten in die stationäre Versorgung, sind also nicht nur auf den Renteneintritt zurückzuführen.

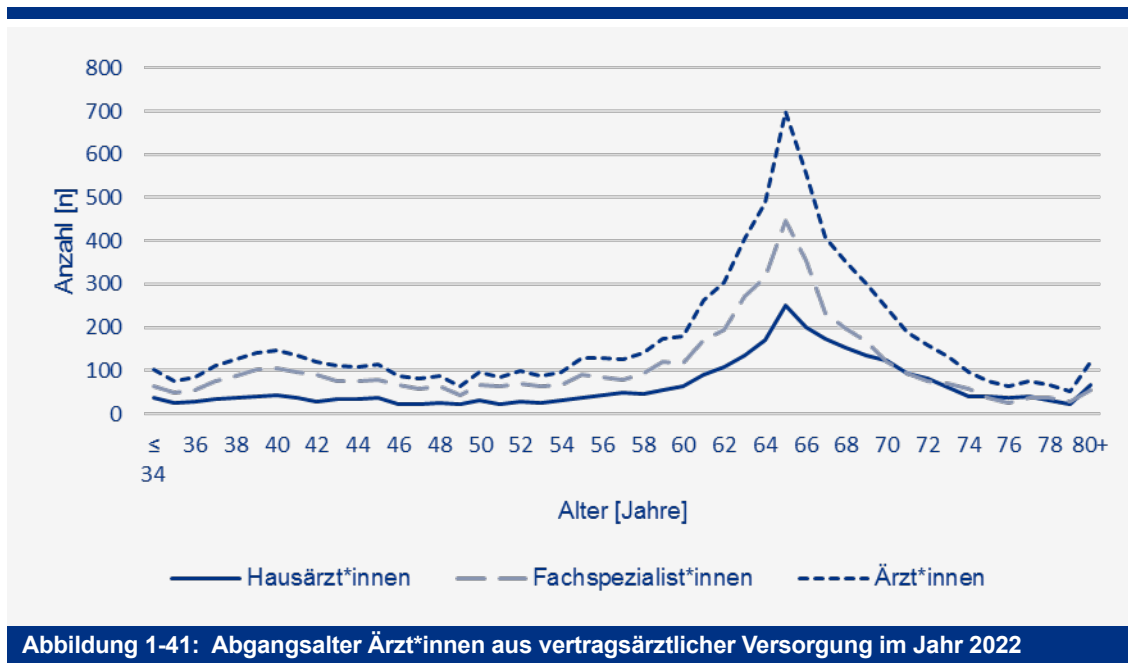


Abbildung 1-41: Abgangsalter Ärzt*innen aus vertragsärztlicher Versorgung im Jahr 2022

Quelle: Grafische Darstellung auf Basis einer persönlichen Nachricht der KBV (2023).

1.2.3.9 Geografische Verteilung

196. Der allgemein für Deutschland beschriebene Ärztemangel stellt sich in Bezug auf verschiedene Regionen als unterschiedlich ausgeprägt dar; so wird insbesondere für die ländlichen Regionen in Deutschland ein Ärztemangel beschrieben (aerzteblatt.de 2022). Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurde daher eine Recherche zu Daten der Ärztedichte auf Kreisebene durchgeführt. Hierfür stellte die BÄK Daten zur Anzahl von Ärzt*innen auf regionaler Ebene zusammen. Diese werden in den LÄK individuell gesammelt. Des Weiteren stehen entsprechende Daten der BA zur Verfügung.

Bundeslandebene

197. Die Ärzt*innen in Deutschland sind in 17 LÄK registriert und organisiert. Im Verhältnis zur Einwohnerzahl der einzelnen Bundesländer zeigt sich eine besonders hohe Arztdichte in den drei Stadtstaaten Hamburg (7,9 Ärzt*innen je 1 000 Einwohner*innen), Berlin (6,8 Ärzt*innen je 1 000 Einwohner*innen) und Bremen (6,5 Ärzt*innen je 1 000 Einwohner*innen) im Vergleich zu den Flächenstaaten (BÄK 2023c). Die Daten der KBV auf Ebene der Bundesländer zeigen ebenfalls eine besonders hohe Arztdichte in den drei Stadtstaaten (Hamburg 3,1 Ärzt*innen je 1 000 Einwohner; Bremen 3,1; Berlin 3,0) (KBV 2023g).

198. Die niedrigsten Arztdichten werden durch die BÄK für Brandenburg (4,0 Ärzt*innen je 1 000 Einwohner), Niedersachsen (4,4) und Sachsen-Anhalt (4,5) angegeben (BÄK 2023c); entsprechend der Daten der KBV zeigen sich die niedrigsten Arztdichten in Brandenburg (2,0 Ärzt*innen je 1 000 Einwohner), Sachsen-Anhalt (2,0), Rheinland-Pfalz und

Westfalen-Lippe (2,0) (KBV 2023g). Eine vollständige Übersicht zur Arztdichte auf Ebene der Landesärztekammern ist im Anhang dargestellt.

<i>Bundesland</i>	Berufstätige Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner*innen		
	BÄK	KBV	BA [#]
Brandenburg	4,04	2,0	2,5
Niedersachsen	4,35	2,1	2,4
Sachsen-Anhalt	4,53	2,0	2,9
Thüringen	4,57	2,1	3,1
Sachsen	4,76	2,2	3,0
Rheinland-Pfalz	4,79	2,0	2,6
Baden-Württemberg	4,89	2,1	2,7
Hessen	4,93	2,3	2,7
Schleswig-Holstein	4,98	2,1	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	5,07	2,2	3,0
Nordrhein-Westfalen	5,08		2,9
Westfalen-Lippe		2,0	
Nordrhein		2,4	
Bayern	5,25	2,3	2,8
Saarland	5,39	2,3	3,2
Bremen	6,46	3,1	3,7
Berlin	6,83	3,0	3,5
Hamburg	7,85	3,1	4,3

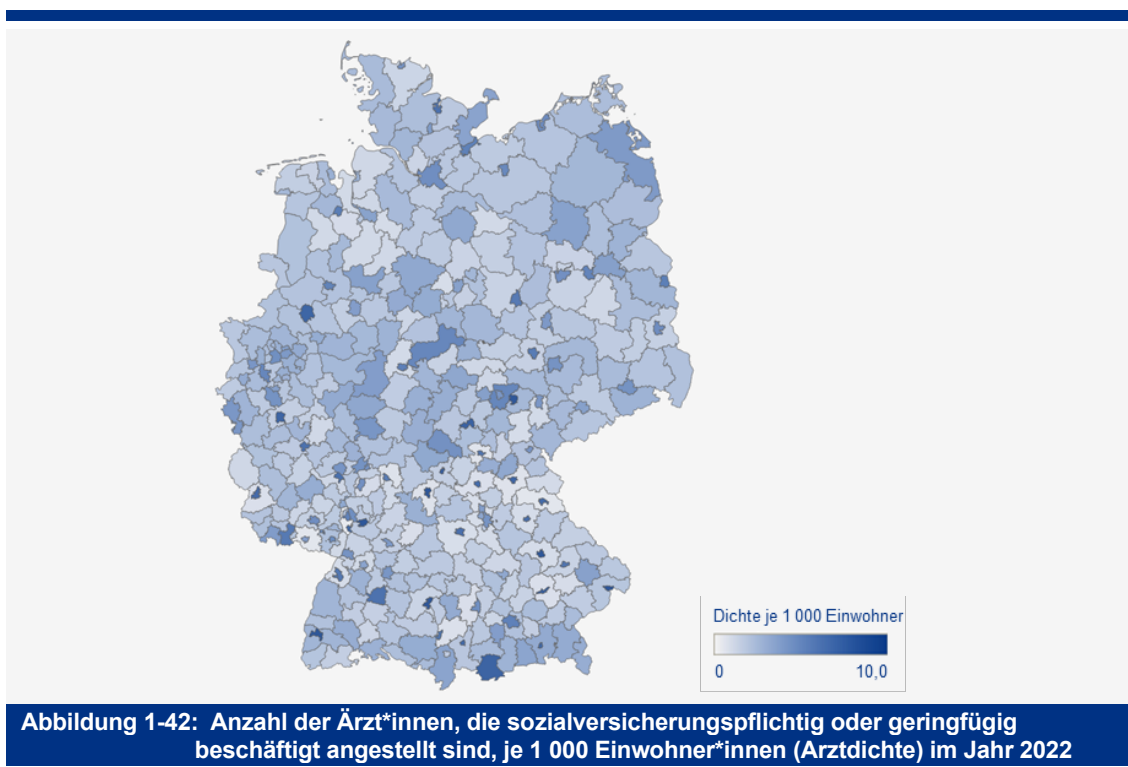
Tabelle 1-2: Arztdichte auf Ebene der Landesärztekammern/Bundesländer nach verschiedenen Quellen, Stand 2022

[#]Berechnet KIdB 2010 814 (ohne Zahnärzt*innen).

Quellen: BA (2023b), BÄK (2023c), KBV (2023g).

Kreisebene

199. In den folgenden Abbildungen wird die Dichte von berufstätigen Ärzt*innen auf Kreisebene anhand der Daten der BA und der BÄK dargestellt. Insbesondere bei den Daten der BA zeigt sich eine ungleiche Verteilung, mit deutlich höheren Zahlen in Städten als in ländlichen Regionen; in Universitätsstädten sind die Zahlen besonders hoch, z. B.⁴⁸ in Heidelberg (17,8 Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner), Ulm (10,5 Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner) oder Jena (10,3 Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner). Dies ist leicht erklärlich, da bei der BA vor allem die angestellten Ärzt*innen registriert werden. Diese sind überwiegend in Kliniken tätig sind, die typischerweise eher im städtischen Bereich angesiedelt sind. Zu berücksichtigen ist, dass niedrige Arztdichten nicht uneingeschränkt auf einen Ärztemangel zurückzuführen sind; vielmehr können sie auch ein Resultat der Bedarfsplanung sein und von in der Nähe gelegenen Regionen mit einer guten Versorgung ausgeglichen werden. Auch Pendlerbewegungen, z. B. hin zu großen Städten, müssen hierbei berücksichtigt werden. Auch in den Zahlen der BÄK zeigt sich eine solche Differenzierung, wenn auch die ländlichen Bereiche hier nicht ganz so eine große Differenz zu den Städten aufweisen. Des Weiteren zeigen sich hohe Dichten in den „Randbereichen“ Deutschlands wie z. B. an der Ostsee oder dem südlichen Bayern.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BA (2023b).

⁴⁸ Die folgenden Zahlen beziehen sich auf Angaben der BA.

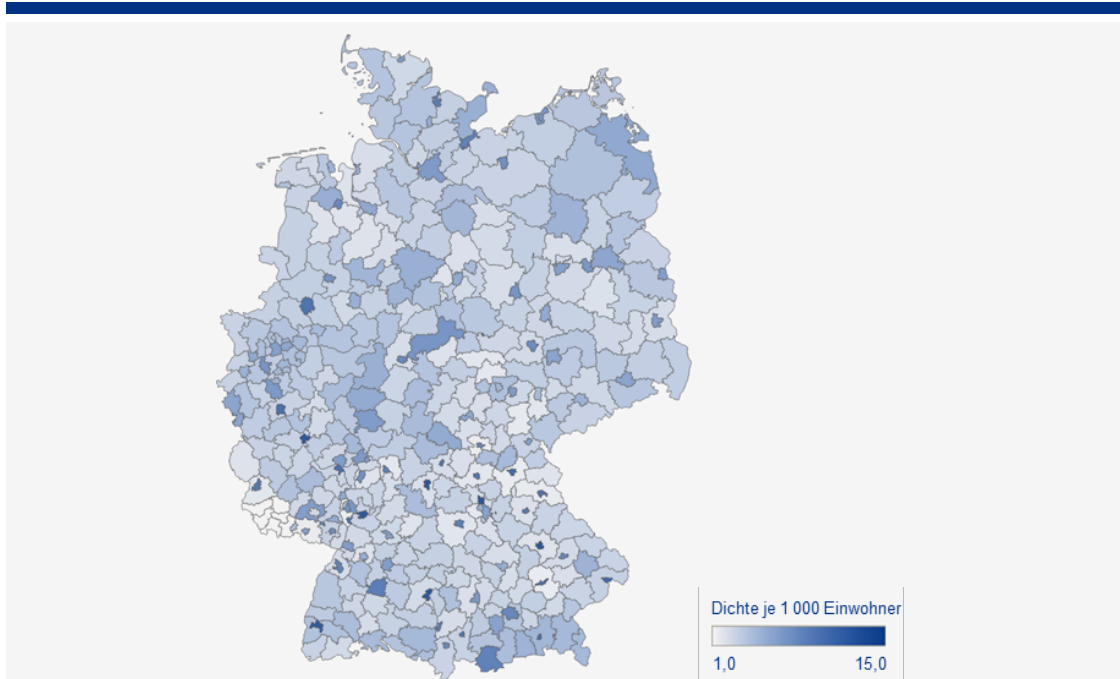


Abbildung 1-43: Bei den Ärztekammern gemeldete berufstätige Ärzt*innen (alle Fachrichtungen) je 1 000 Einwohner*innen im Jahr 2022*

Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung lagen keine Daten aus dem Saarland vor.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der BÄK (2023a).

200. Auf Basis der Daten der BA sind keine systematischen Veränderungen der Dichte der berufstätigen Ärzt*innen in verschiedenen Alterskategorien darstellbar.⁴⁹ Daten der KBV, die dem Rat durch die BÄK zur Verfügung gestellt wurden, erlauben eine Darstellung der Dichte der Hausärzt*innen (einschließlich der hausärztlich tätigen Internisten) auf Kreisebene (siehe Abbildung 1-44, Daten zum Saarland wurden nicht übermittelt). In dieser Abbildung zeigt sich eine relativ homogene Verteilung der Hausärzt*innen in Deutschland. Diese Darstellung kann bedeuten, dass der aktuelle und zunehmende Mangel an Hausärzt*innen bezogen auf die Einwohnerzahl relativ gleichverteilt ist. In ländlichen oder strukturschwachen Regionen kann sich dieser Mangel wegen der größeren Entfernung zwischen den Arztpraxen stärker als Mangel im Sinne eines erschwerten Zugangs auswirken, bzw. bemerkbar machen. Für diesen Sachverhalt spricht auch die Tatsache, dass mehr als 80 % der freien Niederlassungsmöglichkeiten die Hausarztstühle betreffen (Stand 2022: 4 863 offene hausärztliche Stühle; KBV 2024b). Dies deutet auf eine drohende Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung hin.

201. Die grafische Verteilung der Dichte aller ambulant tätigen Ärzt*innen – unabhängig von deren Fachgebiet – zeigt jedoch deutlichere Unterschiede, z. B. mit niedrigen Arztdichten in den ländlichen Gebieten um Berlin, sodass hier ein regionaler Unterschied in der Dichte vor allem in Bezug auf die fachspezialistischen Ärzt*innen zu vermuten ist.

⁴⁹ Die Daten der BÄK waren in Bezug auf einzelne Altersgruppen nicht vollständig und erlaubten daher keine entsprechende Darstellung.

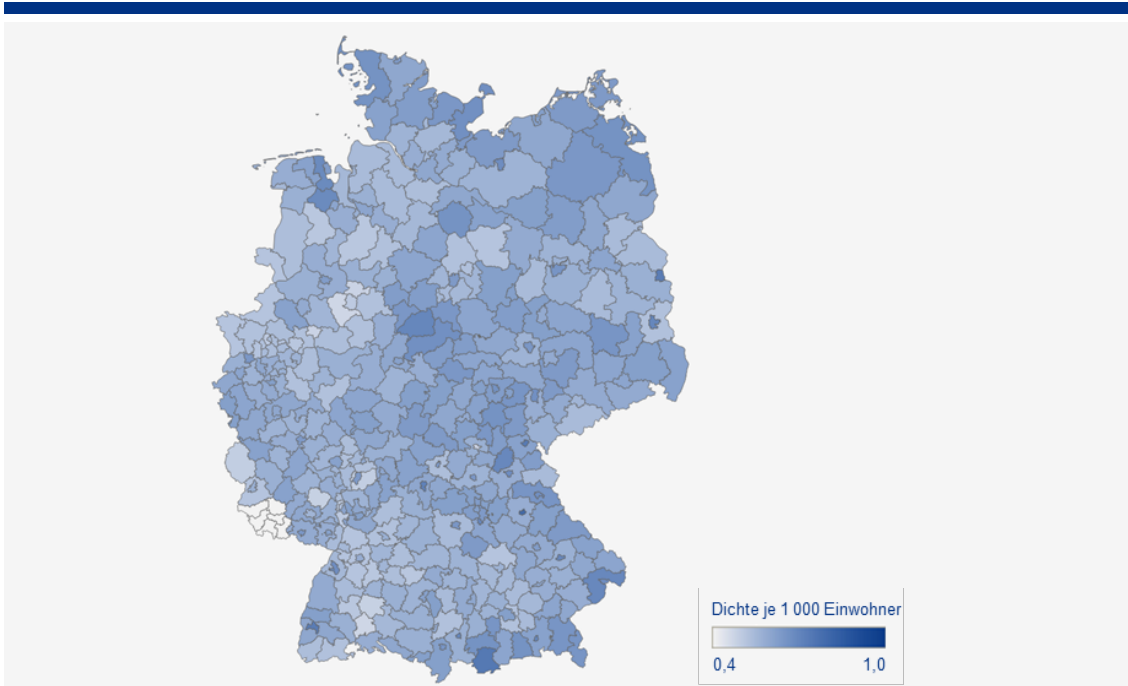


Abbildung 1-44: Anzahl der Hausärzt*innen je 1 000 Einwohner*innen (Arztdichte) im Jahr 2022

Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung lagen keine Daten aus dem Saarland vor.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der KBV, zu Verfügung gestellt über die BÄK (2023a).

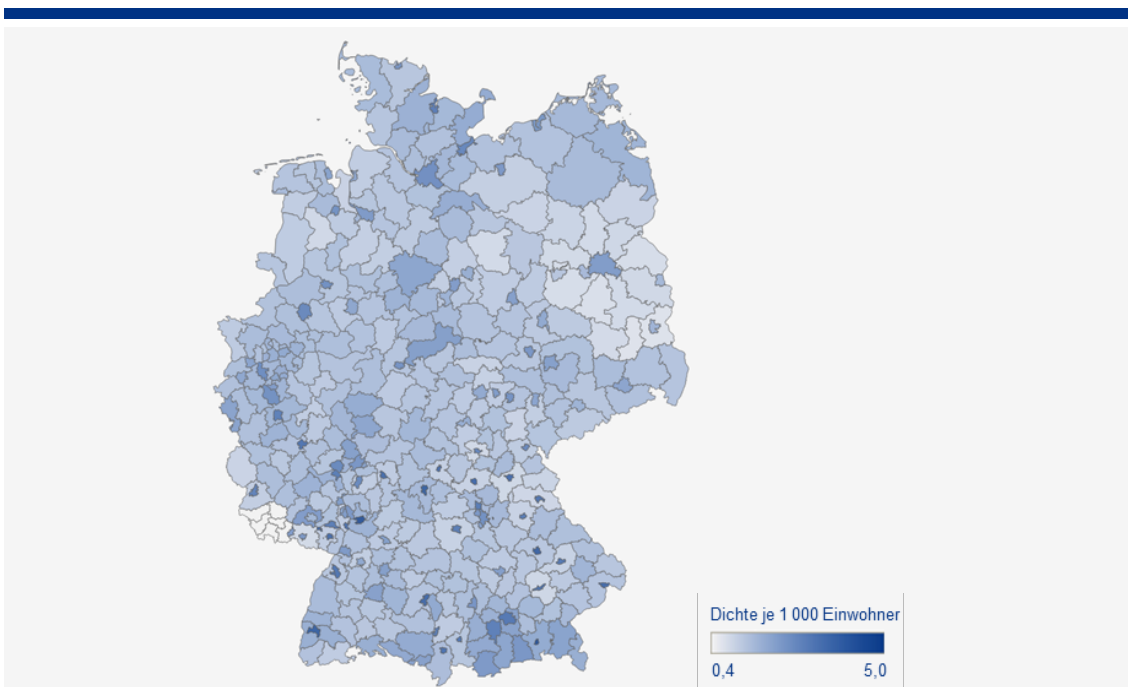


Abbildung 1-45: Anzahl der ambulant tätigen Ärzt*innen pro 1 000 Einwohner (Arztdichte) in Deutschland auf Kreisebene, Stand 2023

Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung lagen keine Daten aus dem Saarland vor.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der KBV, zu Verfügung gestellt über die BÄK (2023a).

1.2.3.10 Prognose

202. Im QuBe-Projekt des BIBB wird durch den Abgleich des zu erwartenden Bedarfs sowie des Angebots u. a. die Versorgung durch Ärzt*innen prognostiziert. Demnach kann das Angebot an Beschäftigten im Bereich der Human- und Zahnmedizin den Bedarf im Verlauf zunehmend weniger decken, sodass ein zunehmendes Unterangebot an Beschäftigten prognostiziert wird. Bis zum Jahr 2040 sollen knapp 30 000 Beschäftigte fehlen; dies entspricht einem Arbeitsvolumen von fast 35 Millionen Arbeitsstunden pro Jahr (BIBB 2023d). Diese Prognosen sind, wie bereits aufgeführt, aufgrund der schwer vorherzusagenden Zahlen für Nachfrage und Bedarf, sowie der Auswirkungen der Digitalisierung oder veränderter Arbeitsbedingungen vorsichtig zu interpretieren.

1.2.3.11 Zusammenfassung Ärzt*innen

203. Die Zahl an Ärzt*innen im deutschen Gesundheitssystem ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen, sodass Deutschland eine der höchsten Arztdichten weltweit (insbesondere für Fachspezialist*innen) aufweist. Allerdings ist auch der Anteil an in Teilzeit tätigen Ärzt*innen angestiegen, wobei immer noch die meisten Ärzt*innen weiterhin in Vollzeit tätig sind. Die Mehrzahl der Ärzt*innen arbeitet im stationären Bereich, der Anteil an Ärzt*innen im Krankenhaus ist im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Im ambulanten Sektor ist trotz der Tendenz zu ambulanten Gemeinschaftseinrichtungen die häufigste Praxisform weiterhin die Einzelpraxis. Im internationalen Vergleich fällt eine niedrige Zahl an Hausärzt*innen im Vergleich zu einer hohen Zahl an Fachspezialist*innen auf. Für Medizinstudienplätze in Deutschland gibt es deutlich mehr Bewerber*innen als zur Verfügung stehende Plätze; die Anzahl der Absolvent*innen ist in den letzten Jahren noch weiter angestiegen. Sowohl der Anteil an weiblichen Studierenden als auch der Anteil an beschäftigten Ärztinnen hat in den letzten Jahren zugenommen. Auch stieg die Zahl der Ärzt*innen in Deutschland, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben, enorm an. Für die Berufsgruppe der Ärzt*innen ist im Vergleich zu anderen Berufen aus dem Gesundheitswesen ein auffällig niedriger Krankenstand zu vermerken. Auf dem Arbeitsmarkt herrscht für Ärzt*innen Vollbeschäftigung. Prognosen deuten an, dass der Engpass an Ärzt*innen sich trotz der steigenden Arztezahlen zukünftig weiter verstärken könnte.

1.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Zur Datenlage

204. Grundlage einer guten Statistik sind aussagekräftige Zahlen. In Bezug auf die Beschäftigten im Gesundheitssystem liegen sehr unterschiedlich belastbare Zahlen vor, die sich u. a. zwischen den Berufsgruppen stark unterscheiden. So ist z. B. die Datenlage zu den MFA insgesamt deutlich schlechter als für die Pflegeberufe oder die Ärzt*innen.

205. In allen dargestellten Berufsgruppen **fehlen Daten**, z. B. zum Renteneintritt, zur Anzahl an Berufstätigen aus dem Ausland oder der Lebensarbeitszeit. Diese wären jedoch relevant, um die Situation der Fachkräfte präzise einzuschätzen, den Erfolg eingeleiteter Maßnahmen zu beurteilen und so letztlich effizienter den Fachkräfteeinsatz zu steuern.

206. Vorhandene Daten sind zum Teil an verschiedenen Stellen gespeichert und nicht strukturiert aufbereitet. So liegen z. B. Daten zur regionalen Verteilung von Ärzt*innen primär den 17 LÄK vor und mussten für dieses Gutachten durch die BÄK erst zusammengeführt und aufbereitet werden. Des Weiteren werden Daten zu den Beschäftigten im Gesundheitssystem überwiegend als aggregierte Datensätze zur Verfügung gestellt, die das Abbilden von Zusammenhängen limitieren. Fehlende regionale Daten erschweren das Aufspüren regionaler Engpässe bzw. Mangelsituationen.

207. Der Rat empfiehlt daher, die Datenlage zum Gesundheitswesen in Deutschland zu verbessern. So sollten strukturierte Datensätze zu den Beschäftigten im Gesundheitswesen in pseudonymisierter Form an zentraler Stelle (für Ärzt*innen z. B. bei der BÄK) gespeichert und ausgewertet werden. Neben regionalen Daten wäre das Erfassen zusätzlicher Daten – wie das Renteneintrittsalter, der Tätigkeitsumfang, AU-Zeiten oder international vergleichbar aufbereitete Wartezeiten für Arzttermine – sinnvoll. Hierbei ist zu beachten, dass die Versorgung im Gesundheitssystem nicht nur von medizinischen und pflegerischen Gesundheitsberufen abhängt, sondern auch von Berufen, die nicht spezifisch für das Gesundheitswesen sind. Für eine strategische Fachkräftesteuerung wären möglichst alle Berufsgruppen zu berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4).

Zur Situation der Fachkräfte

208. Alle drei hier explizit beschriebenen Berufsgruppen (Pflegerberufe, MFA, Ärzt*innen) werden als **Engpassberufe** kategorisiert. Dabei sind sowohl die Ausbildung zur MFA als auch das Medizinstudium in Deutschland begehrt: So ist die MFA der am häufigsten gewählte Ausbildungsberuf unter Frauen und es gibt deutlich mehr Bewerber*innen für Studienplätze der Medizin, als zur Verfügung stehen. Die für die Pflegerberufe zur Verfügung stehenden Ausbildungskapazitäten sind im Gegensatz zu den beiden anderen Berufsgruppen nicht vollständig ausgelastet. Obwohl die Anzahl der Beschäftigten in den vergangenen Jahren in allen drei beschriebenen Berufsgruppen (Pflegerberufe, MFA und Ärzt*innen) angestiegen ist, deuten alle Prognosen darauf hin, dass sich deren Engpasssituation zukünftig weiter verstärken wird.

209. Der **internationale Vergleich** von Berufsgruppen in verschiedenen Gesundheitssystemen ist aufgrund unterschiedlicher Qualifikationen und Aufgabenbereiche der Gesundheitsberufe sowie abweichender Falldefinitionen stets vorsichtig zu interpretieren. Dennoch lassen sich aus entsprechenden Vergleichen Hinweise darauf ableiten, dass in Deutschland eher viele Pflegefachpersonen und Ärzt*innen zur Verfügung stehen.

210. Auffallend im internationalen Vergleich ist der hohe Anteil an **Teilzeitkräften**: In allen drei Berufsgruppen zeichnet sich ein Trend zunehmender Teilzeittätigkeit ab, bei MFA und Pflegefachpersonen sieht man einen mit dem Alter zunehmenden Anteil an Beschäftigten in Teilzeit; insgesamt arbeitet bei den MFA und den Pflegerberufen mehr als die Hälfte der Beschäftigten in Teilzeit. Die Mehrzahl der Ärzt*innen ist weiterhin in Vollzeit beschäftigt, wobei Ärztinnen deutlich häufiger in Teilzeit arbeiten, insbesondere zu Beginn und Ende des Berufslebens.

211. Immer wieder beschrieben wird eine „**Überalterung** der Beschäftigten“ im Gesundheitswesen, die den Mangel an Fachkräften zukünftig weiter verschärfen könnte. Die dem Rat zur Verfügung stehende Datenlage besagt, dass das Durchschnittsalter in den Pflegerberufen, bei den MFA und den Ärzt*innen in den vergangenen Jahren moderat angestiegen ist. Dennoch lässt sich bisher keine grundsätzliche, das System gefährdende Überalterung der Beschäftigten erkennen. Dies liegt teilweise am ungebrochenen Zustrom an Interessent*innen zumindest beim Medizinstudium

und der MFA-Ausbildung. Klar ist aber auch, dass diese Phänomene differenziert nach Sektoren und Tätigkeitsbereichen des Gesundheitswesens und geografischen Regionen zu betrachten sind.

212. Die Berufsgruppen der Pflegeberufe und MFA werden seit Jahren durch einen hohen Frauenanteil bestimmt – für die Pflegeberufe wurde im Jahr 2022 ein Anteil von 82 % und für MFA von sogar 97 % an weiblichen Beschäftigten beschrieben. Auch für die Berufsgruppe der Ärzt*innen steigt der Anteil an Frauen seit Jahren und liegt für das Jahr 2022 bei 49 %.

213. Die ortsnahe medizinische Versorgung steht seit Jahren im Fokus. Dabei wird immer wieder über die Gefahr der Unterversorgung im ländlichen Raum und einer Überversorgung im städtischen Raum gesprochen. Für die Pflegeberufe deuten die Daten der Anzahl an Beschäftigten in Bezug zur Bevölkerung eine geringere Dichte auf Kreisebene an – in städtischen Bereichen ist die Dichte an Pflegeberufen im Vergleich zu ländlichen Gebieten höher. Für die Berufsgruppe der MFA zeigt sich, dass der Anteil an jüngeren Beschäftigten in Kreisen im Süden und Westen Deutschlands deutlich höher ist als im Osten, während für den Anteil an älteren Beschäftigten eine entgegengesetzte Verteilung vorliegt. Bei den Ärzt*innen zeigen sich Hinweise auf regionale Unterschiede in der Dichte der Fachärzt*innen pro Einwohner und eine höhere Dichte der Ärzt*innen in Städten sowie in den Randbereichen Deutschlands. Bei der Zahl der Hausärzt*innen zeichnet sich ein genereller Engpass ab, der auch durch die hohe Zahl freier Hausarztsitze angezeigt wird.

214. In der für drei Berufsgruppen exemplarisch dargestellten Übersicht zu deren Anzahl, Charakteristika und Verteilung zeigt sich, dass in Deutschland relativ viele Arbeitskräfte im Gesundheitssystem zur Verfügung stehen und ein großes Interesse besteht, Gesundheitsberufe zu ergreifen. Die Beschäftigten stehen jedoch einer im Vergleich zu anderen Ländern hohen Zahl an Patientenfällen gegenüber – wie sich z. B. beim Vergleich des Verhältnisses von Pflegefachpersonen oder Ärzt*innen zu Bettenbelegungstagen zeigt.

215. Vor dem Hintergrund der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sowie der Rekrutierung bzw. Gewinnbarkeit von Fachkräften kann das Problem des Fachkräfteengpasses im Gesundheitssystem nicht alleine durch eine weitere Erhöhung der Anzahl der dort tätigen Personen gelöst werden. Dies erscheint aufgrund der demografischen Entwicklung nicht realistisch und würde den Erhalt ineffizienter Strukturen fördern. Vielmehr erfordert es eine effiziente Steuerung der Fachkräfte wie auch systemische Maßnahmen im Hinblick auf Bedarf, Nachfrage nach und Inanspruchnahme von Fachkräften im Gesundheitssystem. Dies wird im Folgenden in den Kapiteln 4 bis 6 erörtert; aus den Erörterungen werden dort konkrete Empfehlungen abgeleitet.

1.4 Anhang

	Berufsgruppe	Gesamtwert
	Fachkräfte	
8130 + 8210	Pflegeberufe	2,8
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,8
8133	Berufe operations-/ medizinisch-technische Assistenz	2,7
8123	Medizinisch-technische Berufe der Radiologie	2,7
8177	Podologen	2,6
8110	Medizinische Fachangestellte	2,5
8254	Berufe in der Zahntechnik	2,5
8134	Berufe im Rettungsdienst	2,3
8253	Berufe in der Hörgeräteakustik	2,3
8218	Berufe in der Altenpflege	2,3
8252	Berufe in der Augenoptik	2,3
8251	Berufe in der Orthopädie-, Rehatechnik	2,3
8182	Berufe pharmazeutisch-technische Assistenz	2,2
8176	Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie	2,0
	Spezialisten	
8171	Berufe in der Physiotherapie	2,7
8111	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,5
813x + 821	Pflegfachkräfte	2,5
8172	Berufe in der Ergotherapie	2,5
8173	Berufe in der Sprachtherapie	2,5
8251	Berufe in der Orthopädie- und Rehatechnik	2,3
8259	Aufsichts- und Führungskräfte – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik	2,3
8110	Medizinische Fachangestellte (o. S.)	2,2
8135	Berufe Geburtshilfe, Entbindungspflege	2,0
8250	Medizintechnik (o. S.)	2,0
8239	Aufsicht Körperpflege	2,0
	Experten	
8180	Apotheker, Pharmazeuten	2,7
8142	Fachärzte Innere Medizin	2,6
8145	Fachärzte Anästhesiologie	2,6
8146	Fachärzte Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	2,4
8148	Ärzte (s. s. T.)	2,4
8250	Medizintechnik (o. S.)	2,4
8143	Fachärzte Chirurgie	2,2
813x + 821	Pflegfachkräfte	2,3
8188	Berufe in der Pharmazie	2,3
8141	Fachärzte in der Kinder- und Jugendmedizin	2,2
8140	Ärzte (o. S.)	2,0
8147	Zahnärzte, Kieferorthopäden	2,0
8144	Fachärzte Hautkrankheiten, Sinnes- und Geschlechtsorgane	2,0

Tabelle 1-3: Engpassberufe der Berufshauptgruppen 81 und 82 (ohne Tiermedizin)

Quelle: BA (2023c).

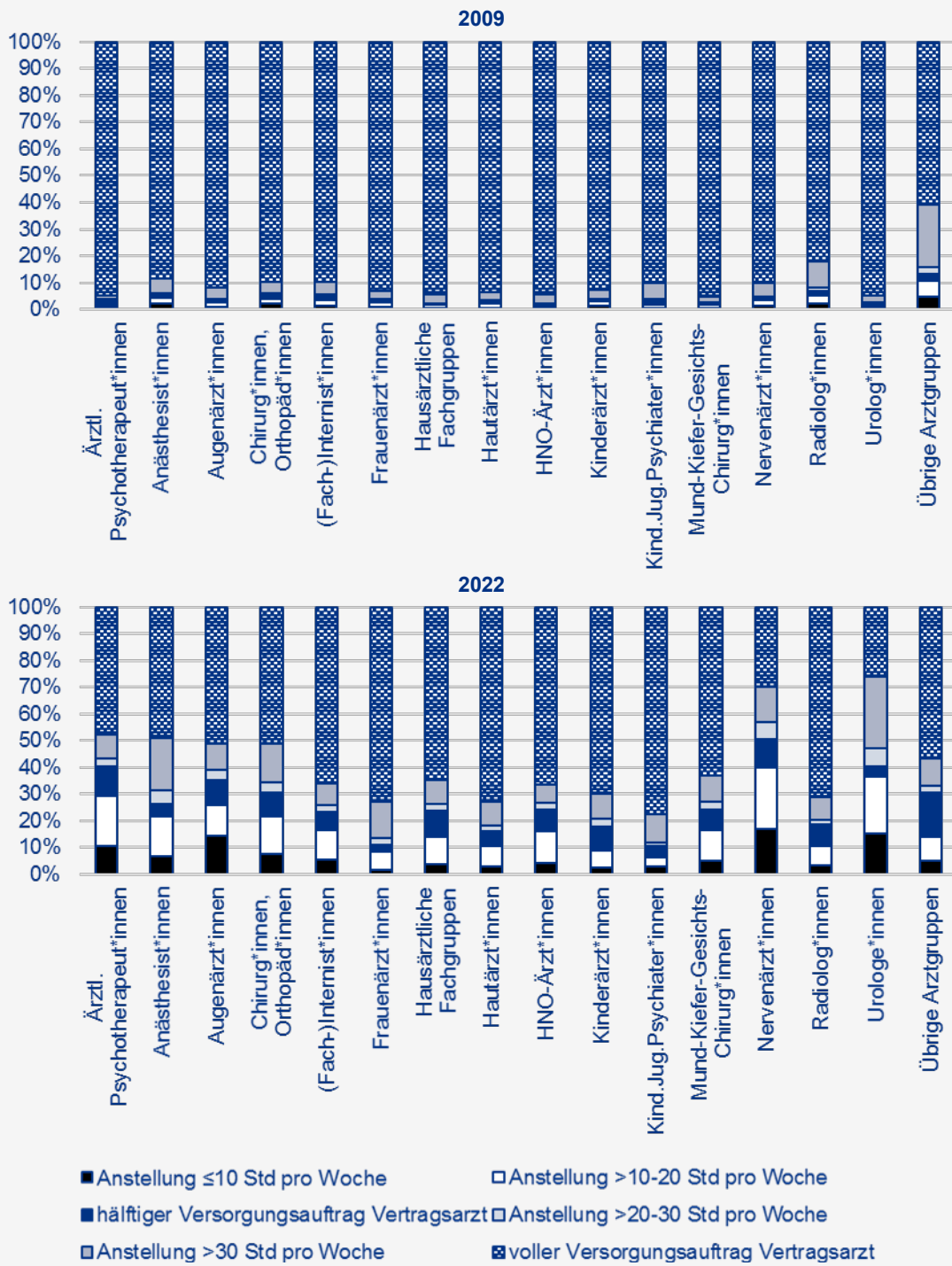


Abbildung 1-46: Teilnahmestatus der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen verschiedener Fachgruppen in den Jahren 2009 und 2022

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2023c).

1.5 Literatur

- aerzteblatt.de (2018): Ärztestatistik: Mehr Ärzte, Trend zur Anstellung. URL: www.aerzteblatt.de/nachrichten/92153/Aerztestatistik-Mehr-Aerzte-Trend-zur-Anstellung (abgerufen am 27.03.2024).
- aerzteblatt.de (2022): Ärztemangel im ländlichen Raum bedroht medizinische Versorgung. URL: www.aerzteblatt.de/nachrichten/137762/Aerztemangel-im-laendlichen-Raum-bedroht-medizinische-Versorgung (abgerufen am 07.07.2023).
- aerzteblatt.de (2023): Intensivmediziner warnen vor Engpässen bei der Versorgung von Kindern. URL: www.aerzteblatt.de/nachrichten/145013/Intensivmediziner-warnen-vor-Engpaessen-bei-der-Versorgung-von-Kindern (abgerufen am 23.08.2023).
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2021): Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020, Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Grundlagen: Methodenbericht. Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2022a): Arbeits- und Fachkräftemangel trotz Arbeitslosigkeit. Berichte; Arbeitsmarkt kompakt, August 2022. Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2022b): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt | Oktober 2022; Der Arbeitsmarkt in Deutschland 2021. Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit; 69. Jahrgang, Sondernummer 2. Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2022c): Fachkräfteengpassanalyse 2021. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt. Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023a): Berufe auf einen Blick (Alle Berufe, MINT und Ingenieurberufe). 814 Human- und Zahnmedizin. URL: www.statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html (abgerufen am 14.07.2023).
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023b): Beschäftigte in ausgewählten Tätigkeiten KldB 2010 x ausgewählten Merkmalen und ausgewählten Wirtschaftszweigen WZ 2008. Beschäftigungsstatistik. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023c): Engpassanalyse. Statistik. 2022. URL: www.statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html (abgerufen am 08.06.2023).
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023d): Fachkräfteengpassanalyse. 2022 - Deutschland und Länder. URL: www.statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=15024&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse, zuletzt aktualisiert am 2023 (abgerufen am 07.06.2023).

- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023e): Monatsbericht zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Dezember und Jahr 2023. Unter Mitarbeit von Jens Stephani. Nürnberg.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2024): Fachkräftebedarf. Statistik. URL: www.statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Fachkraeftebedarf-Nav.html (abgerufen am 12.03.2024).
- BA (Statistik der Bundesagentur für Arbeit) (2023f): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2023. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg.
- Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M. und Schröder, H. (Hrsg.) (2023): Fehlzeiten-Report. Zeitenwende - Arbeit gesund gestalten. Springer. Berlin, Heidelberg.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2009): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2009. Durchschnittsalter der Ärzte.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023a): Ärztestatistik auf Kreisebene für SVR. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023b): Ergebnisse der Ärztestatistik 1996 bis 2014.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023c): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2022.
- Beerheide, R. und Haserück, A. (2022): Gesundheitsberufe: Kooperation und Delegation soll Versorgung sichern. Dtsch Arztebl 119(47): A-2052–2056 / B-1700–1704.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2022a): Rangliste 2022 der Ausbildungsberufe nach Anzahl der Neuabschlüsse - Frauen. URL: www.bibb.de/de/167219.php, zuletzt aktualisiert am 07.12.2022 (abgerufen am 31.01.2024).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2022b): Tabellenübersicht - Erhebung zum 30.09.2022. Datenstand: 07.12.2022. Tabellen 67 und 68. URL: www.bibb.de/de/167182.php, zuletzt aktualisiert am 07.12.2022 (abgerufen am 18.03.2024).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2023a): Datenreport. Weitere Ausgaben> Datenreport 2022, Indikatoren zur beruflichen Ausbildung A5 Ausbildung im dualen Ausbildungssystem – Analysen auf Basis der Berufsbildungsstatistik> A5.8 Alter der Auszubildenden und Ausbildungsbeteiligung der Jugendlichen im dualen System. URL: www.bibb.de/datenreport/de/2022/161846.php#module164182 (abgerufen am 13.03.2024).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2023b): DAZUBI Datenblatt. Medizinische/-r Fachangestellte/-r (81102820). Bonn.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2023c): Pflegeausbildung: Angebot übersteigt Nachfrage. Ungenutzte Ausbildungskapazitäten in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung. Unter Mitarbeit von Claudia Hofrath und Michael Meng. Bonn.

- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2023d): QuBe-Datenportal Ergebnisse. URL: www.bibb.de/de/qube_datenportal.php (abgerufen am 09.06.2023).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2024a): Datenreport. Datenreport / A5.6 Vorzeitige Lösung von Ausbildungsverträgen. URL: www.bibb.de/datenreport/de/2021/140319.php (abgerufen am 13.03.2024).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2024b): QuBe-Datenportal Ergebnisse. Die Themen>Technologie | Digitalisierung | Qualifikation>QuBe - Qualifikation und Beruf in der Zukunft> QuBe-Datenportal> QuBe-Datenportal Ergebnisse. URL: www.bibb.de/de/qube_datenportal_ergebnisse.php (abgerufen am 13.03.2024).
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2022): Fachkräftemonitoring für das BMAS. Mittelfristprognose bis 2026.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2023): Langfristprojektion des Fachkräftebedarfs in Deutschland, 2021-2040. Szenario "Fortschrittliche Arbeitswelt" (Annahmesetzung nach dem Koalitionsvertrag von 2021).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Gesundheitsberufe - Allgemein. URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html, zuletzt aktualisiert am 17.03.2023 (abgerufen am 11.04.2023).
- BMJ (Bundesministerium der Justiz) (2006): Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten. MedFangAusbV, vom 26.04.2006. Fundstelle: BGBl. I S. 1097. URL: www.gesetze-im-internet.de/medfangausbv/BJNR109700006.html (abgerufen am 15.03.2024).
- Brunello, G. und Wruock, P. (2021): Skill shortages and skill mismatch: A review of the literature. *Journal of Economic Surveys* 35(4): 1145–1167.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2005-2023): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2020a): 3,63 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen haben direkten Patientenkontakt. Pressemitteilung Nr. N085 vom 23. Dezember 2020. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2020b): KORREKTUR: Tag der älteren Menschen: Armutsgefährdung stieg seit 2005 am stärksten in der Generation 65 plus. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022a): Berufsbildungsstatistik. EVAS-NUMMER 21211. Ergänzung zur Datenbank GENESIS-Online.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022b): Bildung und Kultur. Studierende an Hochschulen, Wintersemester 2021/2022. Fachserie 11 Reihe 4.1.

- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022c): Statistischer Bericht - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen - Schuljahr 2021/2022. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/Publicationen/Downloads-Schulen/statistischer-bericht-berufliche-schulen-berufsbezeichnungen-5211004227005.html, zuletzt aktualisiert am 2022 (abgerufen am 12.03.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022d): Sterbetafeln. Qualitätsbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer. 2019/2021. URL: www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/sterbetafeln.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aktualisiert am 26.07.2022 (abgerufen am 19.03.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022e): Studienanfänger/innen und Studienplatzbewerber/innen in bundesweit zulassungsbeschränkten Studiengängen. Wiesbaden. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/studierende-anfaenger_bewerber_SfH.html, zuletzt aktualisiert am 05.08.2022 (abgerufen am 03.05.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023a): 7 % weniger neue Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2022. 52 100 Neuverträge im Ausbildungsberuf „Pflegefachfrau/-mann“. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023b): Arbeitsmarkt. Stille Reserve. Wiesbaden. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Glossar/stille-reserve.html (abgerufen am 04.08.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023c): Ärztliches und nichtärztliches Personal in Krankenhäusern. Startseite Themen Gesellschaft und Umwelt Gesundheit Krankenhäuser Ärztliches und nichtärztliches Personal. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/personal-krankenhaeuser-jahre.html (abgerufen am 15.03.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023d): Beschäftigungsstatistik. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Methoden/Erlaeuterungen/erlaeuterungen-sozialversicherungspflichtige.html (abgerufen am 12.03.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023e): Erwerbsmigration im Jahr 2022 stark gestiegen. Unter Mitarbeit von Statistisches Bundesamt (Destatis). Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023f): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. URL: www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=73107154&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=89&p_ansnr=72374236&p_version=7&p_dim=D.489&p_dw=44489&p_direction=rollup, zuletzt aktualisiert am 26.01.2023 (abgerufen am 11.03.2023).

- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023g): Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html#fussnote-1-119414 (abgerufen am 13.12.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023h): Mikrozensus- Arbeitsmarkt. 2021 (endgültiges Ergebnis).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023i): Statistischer Bericht - Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen - 2022. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/statistischer-bericht-auslaendische-berufsqualifikation-5212301227005.html (abgerufen am 15.02.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023j): Studierende insgesamt und Studierende Deutsche im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) nach Geschlecht. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Tabellen/Irbil05.html#242500 (abgerufen am 03.05.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2024a): Pflegekräftevorausberechnung. Bevölkerungsvorausberechnung. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html (abgerufen am 13.03.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2024b): Teilzeit. Arbeitsmarkt. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Glossar/teilzeittaetigkeit.html (abgerufen am 12.03.2024).
- Deutsche Hochschulmedizin (2022): Fakten im Überblick. URL: www.deutsche-hochschulmedizin.de/ueber-uns/fakten-und-zahlen/ (abgerufen am 27.10.2023).
- Deutsche Hochschulmedizin (2024): Studienplätze und Absolvent:innen in der Medizin (Humanmedizin). URL: www.deutsche-hochschulmedizin.de/ueber-uns/fakten-und-zahlen/ (abgerufen am 15.03.2024).
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2018): DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit.
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2023): DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsbedingungen in der Pflege revisited. Was hat sich in den vergangenen Jahren getan? DGB-Index Gute Arbeit Kompakt 02/2023. Berlin.
- dip (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.) (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Köln.

- DKG (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft) (2021): DKG zur DKI-Analyse; Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten. Internationale Vergleiche der Krankenhausversorgung sind vielfach undifferenziert. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft.
- Eurostat : Krankenhauspflegetage stationäre Patienten. URL: www.ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_hosday/default/bar?lang=de (abgerufen am 06.03.2024).
- Fuchs, J. (2002): Erwerbspersonenpotenzial und Stille Reserve - Konzeption und Berechnungsweise. Kleinhenz, G.
- Fuchs, M. und Weyh, A. (2023): Die Arbeitsmarktsituation in Krankenhäusern. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg: 33–47.
- Fuchs, M., Rossen, A. und Weyh, A. (2023): Why do workers leave geriatric care, and do they come back? A timing of events study. *Int J Nurs Stud* 145: 104556.
- Garcia Gonzalez, D. und Peters, M. (2021): Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.
- GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators (2022): Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 399(10341): 2129–2154.
- GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2021): Tabelle: Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. URL: www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=17714178&p_sprache=D&p_thema_id=210&p_thema_id2=1&p_thema_id3=&p_thema_id4=, zuletzt aktualisiert am 30.03.2023 (abgerufen am 07.03.2024).
- GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2024a): Gesundheitspersonal in 1 000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Beschäftigungsart, Beruf. URL: www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=3620554&p_sprache=D&p_thema_id=21102&p_thema_id2=14501&p_thema_id3=15352&p_thema_id4=16642 (abgerufen am 15.03.2024).
- GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2024b): Gesundheitspersonal. Suchworte: Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente) in 1000; Gesundheitspersonal in 1000. URL: www.gbe-bund.de/gbe/ (abgerufen am 14.03.2024).
- Genesis-Online (2023): Statistischer Bericht. Grunddaten der Krankenhäuser; Tabellen 23111-01. Statistisches Bundesamt.

- Genesis-Online (2024): Statistischer Bericht. Tabelle 22421-0001: Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen.
- Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Diskussionsbeiträge, No. 40. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Forschungszentrum Generationenverträge. Freiburg.
- Hanganu, E. und Heß, B. (2016): Die Blaue Karte der EU in Deutschland. Kontext und Ergebnisse der BAMF-Befragung. Forschungsbericht 27. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Heublein, U., Hutzsch, C. und Schmelzer, R. (2022): Die Entwicklung der Studienabbruchquoten in Deutschland. DZHW Brief 5. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH. Hannover.
- IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen) (2006): Ergebnisse der Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte. Frühjahr 2005, Herbst 2005. Mainz.
- IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen) (2018): Ergebnisse des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung und der Ärztlichen Prüfung. Herbst 2017/Frühjahr 2018. Mainz.
- IMPP (Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen) (2023): Ergebnisberichte Medizin. Ergebnisse des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung. Mainz.
- Jürgensen, A. (2019): Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023a): Arztlzahlstatistik 2022: Frauenanteil erstmals über 50 Prozent – Arztzeit weiter knappe Ressource. Praxisnachrichten. URL: www.kbv.de/html/1150_62510.php, zuletzt aktualisiert am 09.03.2023 (abgerufen am 16.05.2023).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023b): Bundesarztregister. Die Grundlage der Vertragsstatistiken. URL: www.kbv.de/html/bundesarztregister.php (abgerufen am 14.07.2023).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023c): Gesundheitsdaten. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten Teilzeit. URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16400.php (abgerufen am 18.07.2023).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023d): Gesundheitsdaten. Mehr Ärztinnen und Ärzte in kooperativen Strukturen. URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php (abgerufen am 17.07.2023).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023e): Gesundheitsdaten. Meist weniger als 10 Betten pro Belegärztin/Belegarzt. URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16401.php (abgerufen am 18.07.2023).

- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023f): Gesundheitsdaten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. URL: [gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php#:~:text=Die%20deutsche%20Gesellschaft%20altert%20%E2%80%93%20und,1%20(2022)%20Jahre%20gestiegen., zuletzt aktualisiert am 01.03.2023 (abgerufen am 18.07.2023).</p><p>KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023g): Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitsdaten. URL: <a href=) (abgerufen am 07.07.2023).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024a): Gesundheitsdaten. Behandlungsfallzahl je Arzt bleibt weitgehend konstant. URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php (abgerufen am 07.03.2024).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024b): Gesundheitsdaten. Niederlassungsmöglichkeiten bestehen vor allem für Hausärzte. URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17017.php (abgerufen am 15.03.2024).
- Meng, M., Peters, M. und Dorin, L. (2022): Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.
- Obermeier, T. (2014): Fachkräftemangel. Arbeitsmarktpolitik. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Bonn. URL: www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/178757/fachkraeftemangel/ (abgerufen am 01.08.2023).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023a): OECD Health Statistics 2023; Definitions, Sources and Methods. Practising nurses.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023b): OECD. Stats. Health Care Resources: Hospital employment. URL: stats.oecd.org/ (abgerufen am 16.05.2023).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023c): OECD.Stat. Health Care Resources: Physicians by categories. URL: stats.oecd.org/index.aspx?queryid=68336 (abgerufen am 05.06.2023).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2024a): OECD.Stat. Health. Health Workforce Migration: Migration of nurses. URL: www.stats.oecd.org/ (abgerufen am 12.03.2024).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2024b): OECD.Stat. Health; Healthcare resources; Nurses; Practising nurses; Variable: Practising nurses.
- OECD Publishing (2021): State of Health in the EU, Deutschland. Länderprofil Gesundheit 2021. Paris, Brüssel.

- Pierenkemper, S., Hickmann, H. und Jansen, A. (2022): Internationale Fachkräfte aus Drittstaaten – zwei Jahre Fachkräfteeinwanderungsgesetz. KOFA Kompakt. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung. Köln.
- Rothgang, H., Müller, R. und Preuß, B. (2022): BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 26. BARMER. Berlin.
- Schmucker, R. (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin, Heidelberg: 49–60 (abgerufen am 14.03.2024).
- Schreyögg, J. (2023): Verbesserung der Personalallokation durch Strukturwandel. Schwerpunkt Personal. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg: 197–211.
- Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016): Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern. Im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Hamburg Center for Health Economics. Hamburg.
- Staatskanzlei des Landes Brandenburg (2023): Konzept für Innovationszentrum Universitätsmedizin Cottbus steht. Staatskanzlei des Landes Brandenburg. Potsdam.
- Stiftung für Hochschulzulassung (2023a): Informationen zur Bewerbung für bundesweit zulassungsbeschränkte Studiengänge (ZV). Downloads; Semester inklusive Auswahlgrenzen. URL: hochschulstart.de/unterstuetzung/downloads#c4062 (abgerufen am 28.03.2024).
- Stiftung für Hochschulzulassung (2023b): Verfahrensdetails. URL: www.hochschulstart.de/informieren-planen/verfahrensdetails/landarztquote (abgerufen am 10.10.2023).
- stmwk (Bayerisches Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst) (2023): Highmed Agenda Bayern. URL: www.stmwk.bayern.de/wissenschaftler/highmed-agenda-bayern.html (abgerufen am 05.04.2024).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. MWV Verlag. Berlin.
- SVR Integration und Migration (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2022): Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. Berlin. URL: www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf (abgerufen am 31.01.2024).
- TK (Techniker Krankenkasse) (2023): Zum Internationalen Tag der Pflegenden: Krankenstand bei Pflegenden auf Rekordhoch. Unter Mitarbeit von Laura Hassinger. Hamburg.

Universität Augsburg (2023): Zulassungsverfahren. URL: www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/studium/modellstudiengang-medizin/studieninteressierte/zulassungsverfahren (abgerufen am 27.10.2023).

Zika, G., Bernardt, F., Hummel, M., Kalinowski, M., Maier, Tobias, Mönning, Anke, Schneemann, C. und Wolter, M. I. (2022): Auswirkung des Strukturwandels für die Bundesländer in der langen Frist - Qualifikations- und Berufsprojektion bis 2040. IAB-Forschungsbericht, 22/2022. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg.

2 Folgen der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

2.1 Einleitung

216. Die Folgen der angespannten Fachkräftesituation im Gesundheitswesen zeichnen sich deutlich ab. Sie gehen in einigen Bereichen mit Einschränkungen der Versorgungsqualität und einer Gefährdung der Patientensicherheit sowie mit einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für das Personal einher. Aus dieser Entwicklung resultieren Risiken für die physische und psychische Gesundheit der Leistungsempfänger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen, aber auch wirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Folgen. So warnt die WHO vor einer weltweiten Krisensituation durch den Mangel an Gesundheitspersonal (WHO/Europa 2022). Wenn sich die Fachkraftengpässe weiter verschärfen, ist mit einer eklatanten Verschlechterung der Situation in der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege zu rechnen.

217. In den letzten Jahren wurden in Deutschland bereits diverse gesundheitspolitische Anstrengungen eingeleitet, um die Fachkräftesituation zu verbessern. So wurde im Bereich der Pflege im Jahr 2015 die beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ eingerichtet, die u. a. Empfehlungen zur besseren Abbildung des Pflegebedarfs und erweiterten Pflegepersonaluntergrenzen ausgesprochen hat. Die im Jahr 2018 eingeführte Konzertierte Aktion Pflege⁵⁰ erarbeitet Empfehlungen, um die Attraktivität des Pflegeberufes in der Akut- und Langzeitpflege zu erhöhen. Mit den im Jahr 2020 eingeführten Pflegebudgets sollte bei Krankenhäusern der finanzielle Druck bezüglich Personalentscheidungen reduziert werden. Um die Fachkräftesituation im Bereich der ärztlichen Versorgung zu verbessern, wurden z. B. Modelle zur Attraktivitätssteigerung der Niederlassung in strukturschwachen Regionen erprobt, Medizinstudienplätze über sogenannte Landarztquoten vergeben und die Gesetzlichen Krankenkassen zum Angebot hausarztzentrierter Versorgungsmodelle verpflichtet. Für die MFA wurden Ausbildungsreformen und Tariferhöhungen angestoßen. Doch trotz dieser und weiterer politischer Maßnahmen hat sich die Situation in den vergangenen Jahren weiter verschärft.

⁵⁰ Die Konzertierte Aktion Pflege wurde von dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales gegründet, um Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Ausbildung von Pflegefachpersonen zu erarbeiten (BMG 2023).

218. Anhand der drei größten Berufsgruppen des Gesundheitswesens lassen sich exemplarisch die negativen Auswirkungen der Fachkräfteengpässe und die sich verstärkenden, fortschreitenden Eskalationsspiralen verdeutlichen. So finden sich bei den MFA nach dem im Jahr 2019 festgestellten und seitdem weiter zunehmenden Engpass (BA 2023) bereits Hinweise auf Erosionen im Berufsfeld. In der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen lassen sich die Folgen jahrzehntelang bestehender Engpasssituationen und die daraus resultierende Abwärtsspirale sowohl anhand der Fachkräftesituation als auch anhand der Versorgungsqualität besonders gut aufzeigen. In der Berufsgruppe der Ärzt*innen zeigen sich besonders deutlich die Folgen einer strukturell ungünstigen Verteilung von Gesundheitsleistungen mit einem Nebeneinander von regionaler Über- und Unterversorgung.

2.2 Folgen für Patient*innen und Pflegebedürftige

2.2.1 Gefährdung der Patientensicherheit

219. Die Folgen einer niedrigen Personalbesetzung spiegeln sich beim ärztlichen und pflegerischen Personal in Defiziten der Versorgungsqualität und vermeidbaren Schäden bei Patient*innen wider. So ist eine niedrige Personalbesetzung in der Pflege und beim ärztlichen Personal mit einer **höheren Mortalität** und damit vermeidbaren Todesfällen bei Patient*innen verbunden (Aiken et al. 2002; Dall'Ora et al. 2023; Griffiths et al. 2019; Harvey/Trudgill 2021; Jarman et al. 1999; Kane et al. 2007; Lee et al. 2021; Pronovost et al. 2002). Zudem steht eine niedrige Personalausstattung in der Pflege und beim ärztlichen Personal in Verbindung mit einem erhöhten Aufkommen vermeidbarer Komplikationen und damit einer Gefährdung der Patientensicherheit (Blume et al. 2021; Dietermann et al. 2021; Schreyögg/Milstein 2016). Beispielsweise liefern Studien im Bereich der Pflege Hinweise auf erhöhte Raten von nosokomialen Infektionen, Stürzen und Dekubitus sowie ein erhöhtes **Failure-to-rescue**⁵¹ (Dietermann et al. 2021; Griffiths et al. 2014; Jutkowitz et al. 2023; Mitchell et al. 2018). Die implizite Rationierung von Leistungen ist eine weitere Folge zu niedriger Personalbesetzung. Dies bedeutet, dass fachlich notwendige Aufgaben vollständig entfallen oder nicht in erforderlicher Weise erbracht werden können und dass vermeidbare Schädigungen von Patient*innen und eine Gefährdung der Patientensicherheit begünstigt werden (Griffiths et al. 2018b; Zander et al. 2014). Das Ausmaß der nicht durchgeführten Versorgung korreliert negativ mit der quantitativen Personalbesetzung (Griffiths et al. 2018b). Auch eine Studie unter Beteiligung von 1 017 Krankenhäusern in Deutschland zeigt eine reduzierte Versorgungsqualität bei niedriger Personalausstattung (Winter et al. 2021).

220. Eine Folge der Engpasssituation sind Anpassungen im *Skill-Mix*. Im Pflegebereich finden sich in Anbetracht eklatanter Engpässe Tendenzen, Stellen von Pflegefachpersonen durch Pflegeassistent*innen zu ersetzen. Laut internationaler Studien geht der Ersatz von qualifizierten Pflegefachpersonen durch weniger qualifizierte Pflegeassistenten mit schlechteren Outcomes und mit einer erhöhten Sterblichkeit von Patient*innen einher (Dall'Ora et al. 2022; Griffiths et al. 2018a; Griffiths et al. 2018b; Zaranko et al. 2023). Auch in einer Untersuchung in deutschen Krankenhäusern

⁵¹ Das *Failure-to-rescue* beschreibt das Verhältnis von Patient*innen mit fatalen Komplikationen im Verhältnis zu der Zahl an Patient*innen mit komplikationsbehafteten Verläufen.

wird deutlich, dass eine Erhöhung des Assistenzpersonals im Verhältnis zu Fachkräften mit einer signifikanten Reduktion der Versorgungsqualität aus Patientensicht assoziiert ist (Winter et al. 2021).

2.2.2 Unzureichende Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientenbedürfnissen

221. Transparente und verständliche Informationen sowie eine kompetente Beratung, zugewandte Kommunikation, das Eingehen auf Ängste und Sorgen, eine Beteiligung an der Entscheidungsfindung und das Einbeziehen des sozialen Umfelds sind für Patient*innen und ihre Angehörigen⁵² zentrale Elemente einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Das Eingehen auf Präferenzen, Bedürfnisse und Werte von Patient*innen sowie die Ausrichtung klinischer Entscheidungen daran gelten als Grundpfeiler einer menschenwürdigen, qualitätsorientierten und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung. Zugleich sind diese Aspekte zentral, um Patient*innen in ihrer Selbstmanagementfähigkeit und Selbstständigkeit zu stärken (*Empowerment*), die Adhärenz und damit Behandlungserfolge zu unterstützen, die Patientensicherheit zu gewährleisten sowie eine zielgerichtete Nutzung von Einrichtungen und Versorgungsleistungen in der Gesundheitsversorgung zu befördern.

222. In Situationen mit zu niedriger Personalbesetzung sind es oft genau diese Aufgaben, die vom Gesundheitspersonal als erste beiseitegelassen werden, wodurch eine mangelnde Patientenzentrierung befördert wird. So besteht bei Ärzt*innen die Gefahr, dass es zu unvollständigen Anamnesen, eingeschränkter Kommunikation mit Patient*innen und Angehörigen, verkürzten Konsultationszeiten und zur Vernachlässigung der Patientenaufklärung kommt. Bei MFA könnte hoher Zeitdruck dazu führen, dass Patientenkontakte abgekürzt werden und sich bei Praxisbesuchen Abläufe für Patient*innen verlängern. Für Pflegefachpersonen zeigen Studien, dass die Patientenkommunikation, die Beratung und Anleitung sowie die emotionale und psychosoziale Unterstützung von Patient*innen und Angehörigen besonders häufig unterlassen oder reduziert werden (Cartaxo et al. 2022; Zander et al. 2014; Zeleníková et al. 2023). Auf Bedürfnisse oder Wünsche von Patient*innen sowie deren Angehörigen wird dann nur noch stark reduziert reagiert. Dies geht in der Pflege oftmals einher mit **inaktivierenden und entwürdigenden Versorgungssituationen** (z. B. Vernachlässigung der Mobilisierung von Patient*innen und Bewohner*innen, inkontinenzfördernder Versorgung sowie einem erhöhten Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln) (Behrendt et al. 2023; Cartaxo et al. 2022; Zeleníková et al. 2023). Darüber hinaus wird unter einer angespannten Personalsituation der Fokus eher auf eine **hohe Verrichtungsorientierung** gelegt und komplexe Versorgungsanforderungen werden in Einzelaufgaben fragmentiert. Für Patient*innen bzw. Bewohner*innen und ihre Angehörigen kann das bedeuten, dass Ansprechpartner fehlen und dass das Personal häufig wechselt und somit keinen Überblick über die Gesamtsituation hat.

2.2.3 Erschwerter Zugang zu benötigten und angemessenen Versorgungsleistungen

223. Anhaltende Personalengpässe reduzieren die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten im gesamten Gesundheitswesen. So müssen viele Krankenhäuser Stationen einschließlich

⁵² Mit Angehörigen sind immer auch Zugehörige wie Freund*innen, Nachbar*innen und andere nahestehende Personen gemeint.

Intensivbetten oder Operationssälen aufgrund von unbesetzten Personalstellen dauerhaft oder vorübergehend schließen. Dies geschieht ungesteuert, d. h., ohne tatsächliche Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen, und hat die finanzielle Situation vieler Krankenhäuser in den letzten Jahren verschlechtert. In der ambulanten und stationären Langzeitpflege führen eklatante Engpässe an Pflegefachpersonal **zur Reduktion der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten**. So lehnen ambulante Pflegedienste aufgrund fehlenden Personals in hohem Umfang Erstanfragen zur Versorgung von Patient*innen oder nach Aufstockung der Leistung bei Bestandskunden ab und kündigen bestehende Versorgungsverträge (Büscher et al. 2022; ZQP 2019). Auch stationäre Pflegeeinrichtungen sind aufgrund vakanter Personalstellen von Belegungsstopps betroffen (DEVAP 2023). Darüber hinaus existieren oft lange **Wartelisten** für Plätze in Pflegeheimen und für andere Langzeitpflegeangebote.

224. Insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen und in Gebieten regionaler Deprivation ist die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gefährdet und es besteht oftmals ein erschwelter Zugang zu einigen Fachspezialist*innengruppen (Bauer et al. 2017; Bauer et al. 2018; Greiner et al. 2018; Schang et al. 2017). Mitunter werden **verlängerte Wartezeiten** insbesondere bei Fachspezialist*innen berichtet, die das Potenzial bergen, eine vermeidbare Verschlechterung des Gesundheitszustands zur Folge zu haben (Prentice et al. 2011; Prentice et al. 2012; Prentice/Pizer 2008; Tille et al. 2017). Auch können als zu lang empfundene Wartezeiten für Patient*innen Anreize schaffen, stattdessen Notaufnahmen aufzusuchen – obgleich im internationalen Vergleich die Wartezeiten in Deutschland durchschnittlich eher kurz sind (Luque Ramos et al. 2018; Reinhold et al. 2021). Durch unbesetzte MFA-Stellen entstehen zunehmend Schwierigkeiten in der Praxisorganisation für niedergelassene Ärzt*innen. In einer Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung gaben 13,4 % von 498 befragten vertragsärztlichen Praxen an, aufgrund von fehlendem Praxispersonal zeitweise den **Leistungsumfang reduziert** zu haben (Oettel et al. 2021).

2.3 Folgen für pflegende Angehörige

2.3.1 Hauptlast der Versorgungsleistung in der Langzeitpflege

225. Pflegenden Angehörigen wird in Anbetracht der anhaltenden Engpasssituation in der Langzeitpflege und der Prognosen zum Anstieg der Anzahl an Personen mit Pflegebedarf eine besondere Bedeutung zugeschrieben (Destatis 2023). Angehörige tragen bereits heute die Hauptlast der Versorgung in der Langzeitpflege. So wurden im Jahr 2021 von den rund 5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf nach dem SGB XI 84 % in der eigenen Häuslichkeit versorgt. In der Häuslichkeit wird die Versorgung überwiegend alleine durch Angehörige sichergestellt, bei 21,1 % aller Pflegebedürftigen wurde Unterstützung durch Pflege- und Betreuungsdienste hinzugezogen (Destatis 2022). Ergebnisse repräsentativer Erhebungen zeigen, dass in der Altersgruppe der über 45-Jährigen ein hoher Anteil der Bevölkerung bereits in Pflege- und Unterstützungsaufgaben involviert ist (Fuchs/Weyh 2023; Kelle/Ehrlich 2022). Es wird davon ausgegangen, dass perspektivisch aufgrund des demografischen Wandels und sich ändernder Familien- und Lebensverhältnisse die Möglichkeiten zur Übernahme informeller Pflege⁵³ durch Angehörige deutlich abnehmen werden. In

⁵³ Informelle Pflege: die Unterstützung, die durch An- und Zugehörige erbracht wird.

Anbetracht der prognostizierten Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger resultiert daraus ein **erhöhter Bedarf an strukturellem Ausbau und der konzeptionellen Weiterentwicklung ambulanter, professioneller Pflegeinfrastruktur** (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2023).

2.3.2 Gesundheitliche Belastung und finanzielle Risiken

226. Die Übernahme der häuslichen informellen Pflege geht häufig mit dem Risiko **hoher gesundheitlicher Belastungen** bei den Angehörigen einher. So weisen pflegende Angehörige, insbesondere mit steigendem zeitlichen Pflegeaufwand, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung z. B. eine deutlich schlechtere subjektive Gesundheit auf und haben häufiger körperliche und psychische Beschwerden (Fuchs et al. 2023; Rothgang/Müller 2018).

227. Zugleich steht die Übernahme von informeller Pflege im erwerbsfähigen Alter in Verbindung mit einer geringeren Beteiligung am Arbeitsmarkt sowie mit **erheblichen Lohneinbußen** und ist mit einem **erhöhten Armutsrisiko** im Alter assoziiert (Ehrlich et al. 2020a; Ehrlich et al. 2020b; Kelle 2018; Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2023). So müssen pflegende Angehörige zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung oftmals die eigene **Berufstätigkeit reduzieren oder aufgeben**. Insbesondere zeitaufwendige informelle Unterstützung ist mit einer Erwerbstätigkeit in Voll- oder Teilzeit oft nicht vereinbar (Ehrlich et al. 2020b; Ehrlich 2022; Kelle 2018). Frauen, die die informelle Pflege überwiegend übernehmen, sind durch Verdienstausfälle und daraus folgend reduzierte Rentenansprüche, auch in Kombination mit anderen familiären Sorgezeiten, in Bezug auf finanzielle Nachteile besonders gefährdet und haben deshalb ein besonders hohes Armutsrisiko im Alter (Ehrlich et al. 2020a).

228. Bei der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen der ambulanten oder stationären Langzeitpflege können aufgrund der Finanzierungslogik des SGB XI **hohe Eigenanteile** auf die Betroffenen zukommen. In einer Befragung der Barmer Ersatzkasse aus dem Jahr 2018 gaben 43,5 % der Angehörigen an, finanzielle Unterstützung für die pflegebedürftige Person zu leisten (Rothgang/Müller 2018, Seite 127). Bei stationären Pflegeeinrichtungen lag z. B. der bundesdurchschnittliche Eigenanteil im Jahr 2022 bei monatlich 2 778 Euro (AOK-Bundesverband 2023).

229. Zwar wurden in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber **professionelle Angebotsstrukturen** in der Langzeitpflege kontinuierlich erweitert (z. B. Pflegekurse, Kurzzeitpflege, zeitweise Betreuung). Diese bleiben jedoch in ihrer Breite **kaum genutzt** (SVR 2023, Seite 343 ff.). Begründet wird dies unter anderem damit, dass Angebote zu teuer oder organisatorisch zu aufwendig, zeitlich unpassend oder von unzureichender Qualität seien. Einige Angebote sind pflegenden Angehörigen unbekannt (Rothgang/Müller 2018, Seite 15). Zudem sind pflegende Angehörige in besonderem Maße davon betroffen, wenn **benötigte professionelle Pflegeleistungen nicht verfügbar** sind bzw. Einrichtungen die Übernahme von Versorgungsaufträgen ablehnen.

2.3.3 Ausweichen in den „Grauen Pflegemarkt“

230. Ein deutlicher Hinweis auf **Angebotslücken in der Langzeitpflege** ist die Entwicklung eines „Grauen Pflegemarktes“, der mit einer hohen Zahl an **Live-in-Kräften** mittlerweile zur

Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung beiträgt (SVR 2023, Seite 299). Für pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen sind sie oftmals eine bedeutsame Unterstützung. Es sind rechtlich unterschiedliche Betreuungsmodelle möglich, wie das Entsende- und Arbeitgebermodell sowie das Selbstständigkeitsmodell (Jahn/Bott 2020)⁵⁴. Dennoch wird davon ausgegangen, dass Beschäftigungsverhältnisse oftmals nicht legalen Bedingungen unterliegen (Fachstelle Einwanderung 2021; VHBP 2020). Bei den *Live-in-Kräften* handelt es sich in der Regel um Pendelmigrant*innen aus Osteuropa, die für jeweils 2 bis 3 Monate die Betreuung pflegebedürftiger Personen übernehmen (Sell 2020). Genaue Angaben zur Häufigkeit liegen nicht vor. Schätzungen liegen bei etwa 200 000 bis 300 000 Haushalten mit etwa 400 000 bis zu 700 000 vorwiegend weiblichen Betreuungspersonen aus Osteuropa, die eine häusliche Versorgung auf diese Weise sichern (Fachstelle Einwanderung 2021; Sell 2020; VHBP 2020). Um das Ausmaß einzuordnen, können vergleichend die Beschäftigtenzahlen in regulären Unterstützungsangeboten hinzugezogen werden. In ambulanten Pflegediensten, der am häufigsten in Anspruch genommenen Unterstützungsleistung, arbeiteten laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2021 rund 442 900 Beschäftigte, davon 378 272 in den Bereichen der körperbezogenen Pflege, Betreuung und Hilfe bei der Haushaltsführung (Destatis 2022). Damit ist anzunehmen, dass im „Grauen Pflegemarkt“ deutlich mehr Personen beschäftigt sind als in regulären ambulanten Pflegeangeboten. Dies deutet darauf hin, dass bereits heute reguläre Versorgungsformen zur Bedarfsdeckung unzureichend sind. Das Volumen der Versorgung, welches durch den „Grauen Pflegemarkt“ kompensiert wird, bleibt bislang in der Schätzung des Fachkräftebedarfs unberücksichtigt.

2.4 Folgen für das Personal im Gesundheitswesen

2.4.1 Schwierige Arbeitsbedingungen

231. Die Folgen anhaltender Personalengpässe schlagen sich für das betroffene Personal in einer **belastenden Arbeitszeit- und Arbeitsorganisation** nieder. Auch die Beschleunigung und Arbeitsverdichtung (z. B. Arbeitstempo, Anzahl zu betreuender Patient*innen) gehören zu den typischen Folgen, die sich in der Versorgungspraxis finden, um die Arbeitsmenge unter einer angespannten Personalsituation bewältigen zu können. Sie gehen einher mit verstärktem Druck und Überforderung bei den Betroffenen durch permanenten Zeitdruck, kaum Zeit für Pausen, **Überlastung**, Mehrarbeit und Überstunden. Nicht für alle Berufsgruppen liegt eine belastbare Evidenz der einzelnen Belastungsfolgen und ihrer Auswirkungen für die Personalsituation vor. Anzunehmen ist, dass unter ähnlichen Arbeitsbedingungen die beschriebenen Mechanismen auch bei anderen Berufsgruppen vorkommen können.

232. Bei Ärzt*innen werden insbesondere hohe Belastungen, z. B. durch Zeit- und Leistungsdruck und Überstunden, genannt (BAuA 2023b; Marburger Bund 2022). Diese Belastungen sind insbesondere bei operativen Fächern und in der Intensivmedizin mit einem großen Anteil an ärztlicher Nacht- und Schichtarbeit hoch und führen zu starken Problemen in der Rekrutierung von geeignetem ärztlichem Nachwuchs. Zudem werden in der negativen Bewertung der eigenen

⁵⁴ Trotz Formalisierungsbemühungen gehen die Betreuungsmodelle mit rechtlichen Herausforderungen einher. Das Selbstständigkeitsmodell geht mit einem hohen Risiko der Scheinselbstständigkeit einher, Entsende- und Arbeitgebermodelle geraten bei der Einhaltung von Arbeitszeitgesetzen schnell an ihre Grenzen (Emunds/Habel 2020).

Arbeitsbedingungen der Aufwand für Bürokratie, Organisation und Dokumentation sowie die Vergütung aufgeführt (Marburger Bund 2022; Stiftung Gesundheit 2022). Im Krankenhausbereich werden Entscheidungen, die durch eine starke Profitorientierung dominiert werden, oft als belastend empfunden (Wehkamp/Naegler 2017). Im Bereich der niedergelassenen Ärzt*innen werden die immer **schnellere Taktung mit immer kürzeren Konsultationszeiten** sowie ein steigender bürokratischer **Aufwand in der Praxisorganisation** angeführt. Dies wird verschärft durch die verlängerte Nachbesetzungszeit für offene Stellen bei den MFA.

233. Bei MFA werden unter Personalengpässen ein hohes Arbeitspensum und eine mangelnde Anerkennung für die unter Stresssituationen geleistete Arbeit beklagt sowie **Belastungen in der Zusammenarbeit** mit Vorgesetzten und Kolleg*innen und der Kooperation mit Patient*innen aufgeführt (Mergenthal/Güthlin 2021; Vu-Eickmann/Loerbroks 2017).

234. Bei Pflegefachpersonen gehören häufige Wochenenddienste, kurzfristiges Zurückholen aus dem Dienstfrei und unzuverlässige Dienstplanungen, wenig Mitsprachemöglichkeiten bei der Einsatzplanung, unzureichende Ruhepausen sowie **unterbesetzte Schichten** zu typischen Kompensationsmechanismen, um das anfallende Arbeitsaufkommen unter der knappen Personalsituation zu bewältigen (BAuA 2023a, 2023b; Lohmann-Haislah et al. 2019). Verstärkend wirkt dabei auch die geplante hohe Anzahl an zu versorgenden Patient*innen pro Pflegefachperson. Personaleinsatzplanungen, die unter einer knappen Personalverfügbarkeit lediglich auf eine Minimalbesetzung fokussieren und keine Überplanung und Ausfallkonzepte (z. B. für Fortbildungen, Urlaub und Krankheitsausfälle) einkalkulieren, verschärfen die Probleme. Die Folgen sind eine im Vergleich **überdurchschnittlich hohe Arbeitsintensität**, viele unvollendet bleibende Aufgaben, das Gefühl, nur verminderte Versorgungsqualität leisten zu können, bis hin zum *Moral Distress*⁵⁵ (BAuA 2023a, 2023b; Petersen/Melzer 2023b; Schmucker 2020). So berichten Pflegefachpersonen z. B. von einem beständigen Konflikt zwischen Berufsmotivation und Arbeitsrealität sowie der Vernachlässigung pflegerischer Kernaufgaben (IGEUS et al. 2022; Schmucker 2020). Zugleich tragen diese Arbeitsbedingungen insbesondere in der Pflege zu einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigung bei (siehe Kapitel 1). So führen Pflegefachpersonen an, sich nicht nur aus familiären Gründen gegen einen höheren Stellenanteil zu entscheiden, sondern auch, weil sie den Arbeitsbelastungen bei einem höheren Stellenanteil gesundheitlich nicht standhalten können (Becka et al. 2016; IGEUS et al. 2022).

235. Problematisch ist, wenn aus einer gelegentlichen Mangellage in der Personalsituation eine dauerhafte Situation mit manifestem **Organisationsversagen** entsteht. Zugleich verstärken die potenziell vermeidbaren Arbeitszeitbelastungen und ein als belastend empfundener Arbeitsdruck die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch begünstigen die schwierigen Arbeitsbedingungen ein belastetes Arbeitsklima in Teams, das mit Frustration und einer hohen Fluktuation einhergeht. Für Führungskräfte sind mit diesen Bedingungen enorme Führungsherausforderungen verbunden. All diese Entwicklungen werden von den Mitarbeitenden als erhebliche Belastung erlebt und erhöhen die Motivation zum Berufsausstieg.

⁵⁵ *Moral Distress* tritt auf, wenn die handelnde Person trotz Wissens über die moralisch richtige Handlung von dieser (zumeist durch externe Faktoren) abgehalten wird.

2.4.2 Chronische Gesundheitsschädigung und hoher Anteil an krankheitsbedingten Fehltagen

236. Bei Ärzt*innen werden arbeitsbedingte Überlastungszustände mit gesundheitlichen Folgen wie **verminderter Leistungsfähigkeit** und Erschöpfung beschrieben. Sowohl eine niedrige Berufszufriedenheit als auch **erhöhter Stress** stehen in Verbindung mit einem erhöhten Burnout-Risiko. Ein erhöhtes Stresserleben zieht sich dabei von der fachärztlichen Weiterbildung bis zur späteren Berufsausübung (Kocalevent et al. 2020; Werdecker/Esch 2021). Daneben werden auch weitere gesundheitliche Gefährdungen wie **Suchtverhalten und Suizid** beschrieben, die mit den Arbeitsanforderungen assoziiert werden (Duarte et al. 2020; Mäulen 2013; Oreskovich et al. 2015; Rose et al. 2019). Auch bei MFA gibt es Hinweise auf erhöhte Stressbelastungen. In einer Befragung in Nordrhein-Westfalen berichteten z. B. etwas mehr als ein Viertel der befragten MFA eine hohe Belastung durch chronischen Stress (Viehmann et al. 2017).

237. In den Pflegeberufen werden in Verbindung mit der Personalsituation **Gesundheitsschädigungen** und überdurchschnittlich hohe **krankheitsbedingte Arbeitsausfälle** berichtet (Drupp/Meyer 2020). Daraus resultieren, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, eine sehr hohe Betroffenheit von Stress, emotionaler Erschöpfung und **Burnout** (Petersen/Melzer 2023a). Diese stehen in Verbindung mit einem hohen *Workload* bzw. einem niedrigen Pflegefachperson-Patient*innen-Verhältnis (Aiken et al. 2002; Sturm et al. 2019).

2.4.3 Abnehmende Attraktivität der Ausbildung und des Berufsfeldes

238. Am Beispiel der MFA wird deutlich, dass sich Engpasssituationen bei Gesundheitsberufen nach kurzer Zeit in der Versorgungspraxis bemerkbar machen. Obgleich der Beruf der MFA seit Jahren auf den ersten Plätzen der beliebtesten Ausbildungsberufe bei Frauen in Deutschland rangiert, zeichnet sich ein Attraktivitätsverlust des traditionellen Berufsfeldes in der Arztpraxis infolge der Konkurrenz durch andere Arbeitgeber ab. So geht die seit dem Jahr 2019 erstmals von der Bundesagentur für Arbeit beschriebene Engpasssituation mit **verstärkten beruflichen Wanderungsbewegungen** in Krankenhäuser, zwischen Praxen und MVZ einher. Insgesamt wird eine **Abwanderung der MFA** aus Arztpraxen festgestellt. Anzunehmen ist ein **Attraktivitätsverlust** aufgrund ungünstiger Rahmenbedingungen im Arbeitsumfeld. Hierzu zählen z. B. das Gehalt, Führungsverhalten und Arbeitsklima, Arbeitszeiten⁵⁶, Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Defizite in der Arbeits- und Praxisorganisation (Gavartina et al. 2013; Mergenthal/Güthlin 2021; Scharf et al. 2019; Vu-Eickmann/Loerbroks 2017). Hinzu kommen aktive Bemühungen der Krankenhäuser, MFA als Arbeitskräfte zu gewinnen (z. B. für administrative Tätigkeiten) und ihnen attraktive Konditionen anzubieten (Pless/Schafmeister 2009).

239. Die Konsequenzen einer langjährig anhaltenden Engpasssituation in einem Gesundheitsberuf lassen sich besonders gut anhand der Situation des Pflegeberufs verdeutlichen. Hier zeigt sich ein fortgeschrittener *Circulus vitiosus*, in welchem die kritische Fachkräftesituation sich selbst noch weiter verschärft. Anhaltende Personalengpässe begünstigen **Qualitätseinbußen in der praktischen Ausbildung** sowie eine **Überforderung und Demotivation des Nachwuchses**. Auszubildende und Studierende erleben erhebliche Diskrepanzen zwischen ausgeprägter intrinsischer Motivation bzw. damit verbundenen Berufserwartungen und der Realität, die von

⁵⁶ Arbeitszeiten bei MFA weichen insgesamt eher selten von den üblichen Arbeitszeiten ab (siehe dazu Kapitel 3).

Zeitmangel in der Praxis für fachliche Anleitung, einem unzureichenden professionellen Anspruch in der Berufspraxis und der Vernachlässigung der pflegerischen Kernaufgaben geprägt ist. In Anbetracht einer mangelnden Bewerberlage wird aus den Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen zudem ein Absinken der qualitativen Eignung von Auszubildenden für den Pflegeberuf berichtet. So sind bereits seit einigen Jahren die vorhandenen Ausbildungs- und Studienkapazitäten nicht ausgelastet (siehe Kapitel 1). Die **aktuellen Arbeitsbedingungen erschweren** es Berufsanfänger*innen, einen dauerhaft motivierenden Berufseinstieg zu finden. Dies begünstigt einen frühzeitigen Berufsausstieg. Die Probleme der Nachwuchsgewinnung finden sich auch in den qualifizierenden Einrichtungen. Es besteht ein Mangel an Praxisanleiter*innen, in Pflegeschulen fehlt **Lehrpersonal** und in Hochschulen ist die Gewinnung des pflegewissenschaftlichen Nachwuchses erschwert.

240. In dem Bemühen, Personal für den Pflegebereich zu gewinnen, wurden in den letzten Jahren die Zugangsvoraussetzungen zur Qualifikation weiter abgesenkt. Daraus resultieren langfristig eine **Deprofessionalisierung** des Faches und eine weiter abnehmende Attraktivität des Berufs. Mit diesen Entwicklungen einher gehen eine **Verengung der Tätigkeitsfelder**, die den Einsatz vorhandener Kompetenzen verunmöglicht, sowie eine **Behinderung der Ausdifferenzierung von Karrierewegen**. Ein **Mangel an attraktiven Beschäftigungsmöglichkeiten unter einer beruflichen Lebenslaufperspektive** ist die Folge.

Zu den bedarfsorientierten Versorgungsaspekten, die ebenfalls attraktive Beschäftigungspotenziale bieten, gehören z. B. eine ausdifferenzierte Primärversorgung, multiprofessionelle Versorgungsteams, mit erweiterten eigenständigen Aufgaben- und Entscheidungsbereichen ausgestattete spezialisierte Pflegefachpersonen, Case Management und die Adressierung von Präventionspotenzialen zur Vermeidung und Verlangsamung von Pflegebedürftigkeit und Gebrechlichkeit. Die damit einhergehenden pflegerischen Berufsprofile umfassen zugleich Aufgabenbereiche, die häufig mit einer weniger starken körperlichen Belastung einhergehen. Stattdessen führen Weiterqualifizierungen häufig eher aus der Versorgungspraxis und dem Berufsfeld heraus. Damit einher geht ein kontinuierlicher **Verlust von Kompetenz und Kapazität sehr erfahrener Pflegepersonen**. In der Öffentlichkeit erhalten Schilderungen von Überlastung, harter körperlicher Arbeit und unwürdigen Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern punktuell immer wieder Aufmerksamkeit. Darunter leidet die Attraktivität der Pflegeberufe, obwohl sie ein hohes Ansehen in der Bevölkerung haben (Ebbinghaus 2022).

241. Die Gesamtsituation in den Pflegeberufen verstärkt, neben anderen Faktoren wie der Sprache und langwierigen Anerkennungsprozessen, die **erschwerter Anwerbung und den dauerhaften Verbleib von Fachkräften aus dem Ausland bzw. mit Migrationshintergrund**. Die angeworbenen Pflegefachpersonen sind mit den skizzierten schwierigen Arbeitsbedingungen ebenso konfrontiert, zu denen migrationsspezifische Herausforderungen noch hinzukommen. Auch für sie fehlt es langfristig an attraktiven Beschäftigungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten. Für internationale Pflegefachpersonen, die oft über einen akademischen Abschluss verfügen und die eine umfängliche eigenständige Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten gewohnt sind, wirken die in Deutschland eng begrenzten Handlungsfelder mit hoher Delegationsabhängigkeit unattraktiv (SVR Integration und Migration 2022, Seite 42 f.).

242. Bei den Ärzt*innen stellt sich die Situation anders dar. Während Medizinstudienplätze voll ausgelastet sind, zeichnet sich ab, dass einzelne Fachrichtungen erhebliche Schwierigkeiten haben, ausreichend Nachwuchs für die Weiterbildung zu rekrutieren, was wiederum die Nachbesetzung in einzelnen ärztlichen Berufsfeldern erschwert. Diese Phänomene sind besonders ausgeprägt im

Bereich der Allgemeinmedizin und in operativen Fächern mit einem oft lebenslang hohen Anteil an Nacht- und Schichtdiensten. Die Arbeitsverdichtung im ärztlichen Arbeitsalltag führt zu abnehmenden zeitlichen Ressourcen für Weiterbildungsaufgaben in Klinik wie Praxis, was sich wiederum negativ auf die Qualität der Weiterbildung auswirken und zu **Überforderung und Demotivation der Ärzt*innen in Weiterbildung führen kann**.

243. Im Bereich der Allgemeinmedizin sind Probleme bei der **Nachbesetzung von Hausarztpraxen** insbesondere in ländlichen Gebieten zu verzeichnen. Bei Medizinstudierenden finden sich stereotype Annahmen bezüglich der Bedingungen im ländlichen Raum über eher unattraktive Bedingungen, mit wenig Abwechslung in der Tätigkeit, einer hohen Arbeitsbelastung und weniger Optionen in der Freizeitgestaltung (Brütting et al. 2023). Auch die Ausübung einer selbstständigen Tätigkeit mit der damit einhergehenden Verantwortung einer Praxisführung und der finanzielle Aufwand bei der Niederlassung in der eigenen Praxis werden von der nachrückenden Ärztegeneration oft negativ gesehen. Dabei gibt es Hinweise auf eine subjektiv erlebte **Überforderung beim Berufseinstieg als niedergelassene Ärzte**.

2.4.4 Niedrige Arbeitszufriedenheit, Negativspirale und Berufsausstieg

244. In der Fachkräfteengpass-Situation verstärken sich Ursachen und Folgen in einer Negativspirale (siehe Kapitel 3). So werden die bereits in der Ausgangssituation herausfordernden Arbeitsbedingungen durch Personalengpässe weiter verschärft. Die damit einhergehenden Folgen für Patient*innen und Personal tragen zu einer **niedrigen Arbeitszufriedenheit** bei und erhöhen den Wunsch nach einem Arbeitsplatzwechsel bis zum Berufsausstieg (Döpfmer et al. 2023; Koch et al. 2020; Petersen/Melzer 2023b).

245. Bei Ärzt*innen führen vor allem die Familiensituation und unattraktive Arbeitsbedingungen zur Aufgabe der Tätigkeit (Izaguirre et al. 2020). Bei Pflegefachpersonen stehen chronische Überlastung und schwierige Arbeitsbedingungen, das Gehalt, die Organisation beim Arbeitgeber und mangelnde berufliche Entwicklungsmöglichkeiten in enger Verbindung mit einer niedrigen Arbeitszufriedenheit und einer hohen Bereitschaft, den Arbeitsplatz aufzugeben. Umgekehrt steht eine höhere Personalausstattung im Zusammenhang mit einer signifikanten Steigerung der Arbeitszufriedenheit (Twigg et al. 2021). In Studien war der Beruf der MFA über lange Zeit von einer relativ hohen Berufszufriedenheit geprägt (BAuA 2023a, 2023b; Degen et al. 2021; Mergenthal et al. 2014). Hier lassen sich vor allem seit der SARS-CoV-2-Pandemie und der damit einhergehenden schwierigen Arbeitssituation in Praxen deutliche Einbußen verzeichnen (Schrader et al. 2023). Bei MFA werden vor allem die Praxisorganisation und Anerkennung im Team und durch Vorgesetzte sowie deren Führungsverhalten und das Gehalt als zentrale Determinanten der Arbeitszufriedenheit und für den Wechsel von Arbeitgeber oder Beruf beschrieben (Scharf et al. 2019). Während der SARS-CoV-2-Pandemie kamen Aspekte wie Auseinandersetzungen mit Patient*innen hinzu (Döpfmer et al. 2023).

246. Der **Berufs- und Branchenausstieg** ist das deutlichste Zeichen einer sich potenzierenden Belastungslage bei den Gesundheitsberufen, wodurch Tausende qualifizierte Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung dauerhaft verloren gehen. Bei Pflegefachpersonen im Krankenhaus zeigt eine Analyse anhand der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, dass nach 20 Jahren noch 57 % ihren Beruf ausüben (Fuchs/Weyh 2023). Bei den MFA findet sich ein ähnliches Bild. Noch

stärker sind die Ausfälle bei den Pflegehilfskräften, wobei bei letzteren mögliche Gründe in der beruflichen Weiterqualifizierung liegen können (Fuchs/Weyh 2023; Klauber et al. 2023, Seite 43).

2.5 Folgen für die Wirtschaft und für die Gesellschaft

2.5.1 Negative Effekte für Leistungserbringer im Gesundheitswesen und die Gesellschaft

247. Ein anhaltender Fachkräfteengpass, begleitet von einer hohen Fluktuation, kann **negative Auswirkungen auf die Produktivität** von betroffenen Unternehmen sowie gesamtwirtschaftlich auf das Bruttoinlandsprodukt haben. Beispielsweise verursachen überdurchschnittlich hohe erkrankungsbedingte Fehlzeiten und Frühverrentung in der Pflege hohe Kosten sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Gesellschaft. Anhaltende personelle Vakanzen, die mit Aufnahmestopps oder Schließungen von Abteilungen, Operationssälen und Wohnbereichen einhergehen, stellen die unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen bei gleichbleibenden Fixkosten vor erhebliche finanzielle Herausforderungen. Sie werden damit zu einem entscheidenden Risikofaktor für Insolvenzen bei Leistungserbringern. Zusätzliche hohe Kosten infolge der Personalsituation entstehen, wenn versucht wird, vorhandene Lücken in der Personalausstattung mit Leiharbeitskräften oder mit über- oder außertariflich bezahlten Arbeitsverträgen zu füllen. Auch bei der Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland sind die damit einhergehenden Kosten zu berücksichtigen. Durch die sich verschärfende Situation geraten Arbeitgeber in einen Zustand der Lähmung bei hohem kurz- und langfristigen Handlungsdruck und wenig Planungsmöglichkeiten.

248. Ein reduziertes Angebot aufgrund des Ausfalls von Fachkräften und damit einhergehende verlängerte Wartezeiten können außerdem die Wirtschaftsleistung und daraus folgend die Steuereinnahmen des Landes beeinträchtigen. Zum Beispiel können Arbeitnehmer*innen nicht oder nicht mit vollem Einsatz arbeiten, weil sie als Patient*innen auf Behandlungen warten oder sich ihre Behandlung und Therapie verzögert. Oft müssen Arbeitnehmer*innen ihre Arbeitszeit reduzieren, um die pflegerische Versorgung ihrer Angehörigen sicherzustellen. Auch Fachkräfte im Gesundheitswesen können selbst von diesen Auswirkungen betroffen sein, was wiederum den Druck in der dortigen Fachkräftesituation verstärkt.

2.5.2 Behinderung von Weiterentwicklung und Innovationskraft

249. Im Bestreben, das Tagesgeschäft aufrechtzuerhalten, bleibt unter anhaltendem Personalmangel wenig Raum für Innovationen und Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten. Auch Anpassungsprozesse in der eigenen Organisation werden behindert. Neben den negativen Auswirkungen für die Produktivität scheint ein Fachkräftemangel auch dazu zu führen, dass Unternehmen sich scheuen, Investitionen zu tätigen (EIB 2022) oder neue Technologien einzuführen (Brunello/Wruuck 2021), was letztlich die Innovationskraft senkt (Horbach/Rammer 2020). Der anhaltende Fachkräfteengpass kann somit die dringend benötigte innovative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege, ausgerichtet an den sich wandelnden Bedarfslagen und Personalverfügbarkeiten, lähmen. So können zu geringe Personalressourcen unter anderem zu einer erschwerten Einführung neuer Prozesse, z. B. im Rahmen der Digitalisierung führen, da dies zunächst

in Einführungsphasen mit erhöhtem Aufwand verbunden ist, für den oftmals schlichtweg die Zeit fehlt.

2.5.3 Verlust des Vertrauens in staatliche Institutionen

250. Die Bereitstellung eines funktionsfähigen Gesundheitssystems stellt eine zentrale Aufgabe des deutschen Staates dar (WD 2015). Eine verlässliche medizinische und pflegerische Versorgung im Fall von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ist eine Grundvoraussetzung für das Vertrauen einer Gesellschaft in staatliche Institutionen und Akteure. Eine funktionierende Versorgung lindert Unsicherheiten bezüglich der eigenen Zukunft und die Sorge, im Falle einer Bedürftigkeit gesellschaftlich keine hinreichende Unterstützung zu erhalten. Eine in der Bevölkerung als nicht ausreichend wahrgenommene Versorgungsstruktur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und in der Langzeitpflege begünstigt hingegen einen gesellschaftlichen Vertrauensverlust. Auch vor diesem Hintergrund kommen der Eindämmung und Behebung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen eine große Bedeutung zu.

2.6 Literatur

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. und Silber, J. H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 288(16): 1987–1993.

AOK-Bundesverband (2023): Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege zum Stichtag 31. Dezember 2022 unter Berücksichtigung der nach Wohndauer gestaffelten Leistungszuschläge (§43c SGB XI). URL: www.aok.de/pp/zahlen-und-fakten/ (abgerufen am 31.01.2024).

BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023): Fachkräfteengpassanalyse. URL: statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse (abgerufen am 31.01.2024).

BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2023a): Unveröffentlichte Auswertungen der BAuA auf Basis der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2015–2021.

BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2023b): Unveröffentlichte Auswertungen der BAuA auf Basis des Stressreports 2019.

Bauer, J., Maier, W., Müller, R. und Groneberg, D. A. (2018): Hausärztliche Versorgung in Deutschland – Gleicher Zugang für alle? *Dtsch Med Wochenschr* 143(2): e9-e17.

Bauer, J., Müller, P., Maier, W. und Groneberg, D. A. (2017): Orthopedic workforce planning in Germany - an analysis of orthopedic accessibility. *PloS One* 12(2): e0171747.

Becka, D., Evans, M. und Öz, F. (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege: Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. *Forschung Aktuell*, 04/2016. Institut Arbeit und Technik. Gelsenkirchen.

- Behrendt, S., Tsiasioti, C., Özdes, T., Jürchott, K., Argüello Guerra, F., Klauber, J. und Schwinger, A. (2023): Der Qualitätsatlas Pflege: Raumbezogene Qualitätsmessung bei Pflegeheimbewohnenden mittels QCare-Indikatoren. In: Schwinger, A., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Jacobs, K. (Hrsg.): Pflege-Report 2023. Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten. Springer, Berlin, Heidelberg: 3–28.
- Blume, K. S., Dietermann, K., Kirchner-Heklau, U., Winter, V., Fleischer, S., Kreidl, L. M. et al. (2021): Staffing levels and nursing-sensitive patient outcomes: Umbrella review and qualitative study. *Health Serv Res* 56(5): 885–907.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Konzertierte Aktion Pflege. URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege (abgerufen am 30.01.2024).
- Brunello, G. und Wruuck, P. (2021): Skill shortages and skill mismatch: A review of the literature. *Journal of Economic Surveys* 35(4): 1145–1167.
- Brütting, C., Herget, S., Bauch, F., Nafziger, M., Klingenberg, A., Deutsch, T. und Frese, T. (2023): Factors promoting willingness to practice medicine in rural regions and awareness of rural regions in the university's catchment area - cross-sectional survey among medical students in central Germany. *GMS J Med Educ* 40(4): Doc52.
- Büscher, A., Schröder, D. und Gruber, E. M. (2022): Die Personalsituation in der ambulanten Pflege. *Pflege* 35(5): 269–277.
- Cartaxo, A., Eberl, I. und Mayer, H. (2022): Die MISSCARE-Austria-Studie – Teil I. Häufigkeit von Missed Nursing Care und assoziierten Einflussfaktoren auf Allgemeinstationen in österreichischen Krankenhäusern. *HBSscience* 13(S2): 30–42.
- Dall'Ora, C., Rubbo, B., Saville, C., Turner, L., Ball, J., Ball, C. und Griffiths, P. (2023): The association between multi-disciplinary staffing levels and mortality in acute hospitals: a systematic review. *Hum Resour Health* 21(1): 30.
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J. und Griffiths, P. (2022): Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud* 134: 104311.
- Degen, L., Linden, K., Seifried-Dübon, T., Werners, B., Grot, M., Rind, E. et al. (2021): Job Satisfaction and Chronic Stress of General Practitioners and Their Teams: Baseline Data of a Cluster-Randomised Trial (IMPROVEjob). *Int J Environ Res Public Health* 18(18): 9458.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023): Statistischer Bericht - Pflegevorausberechnung - Deutschland und Bundesländer - 2022 bis 2070.

- DEVAP (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege) (2023): Ad-hoc-Umfrage zur Versorgungssicherheit in der Langzeitpflege.
- Dietermann, K., Winter, V., Schneider, U. und Schreyögg, J. (2021): The impact of nurse staffing levels on nursing-sensitive patient outcomes: a multilevel regression approach. *Eur J Health Econ* 22(5): 833–846.
- Döpfmer, S., Kuschick, D., Toutaoui, K., Riens, B., Dierks, M., Wolf, F. et al. (2023): Die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 178: 64–74.
- Drupp, M. und Meyer, M. (2020): Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, Heidelberg: 23–47.
- Duarte, D., El-Hagrassy, M. M., Couto, T. C.E., Gurgel, W., Fregni, F. und Correa, H. (2020): Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 77(6): 587–597.
- Ebbinghaus, M. (2022): Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen ... Zum Image von Pflegeberufen und seiner Bedeutung für die Berufswahl Jugendlicher. *BIBB Report* 16(1).
- Ehrlich, U. (2022): The Association between Family Care and Paid Work among Women in Germany: Does the Household Economic Context Matter? *Work, Employment and Society* 37(1): 117–136.
- Ehrlich, U., Minkus, L. und Hess, M. (2020a): Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. *Z Gerontol Geriatr* 53(1): 22–28.
- Ehrlich, U., Möhring, K. und Drobnič, S. (2020b): What Comes after Caring? The Impact of Family Care on Women's Employment. *Journal of Family Issues* 41(9): 1387–1419.
- EIB (European Investment Bank) (2022): *EIB Investment Survey 2022 - European Union overview*. Luxembourg.
- Emunds, B. und Habel, S. (2020): Von der Schwarzarbeit zum „grauen Markt“ – und darüber hinaus? Neuere und künftig notwendige Entwicklungen der sog. 24-Stunden-Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, Heidelberg: 111–121.
- Fachstelle Einwanderung (2021): *24-Stunden-Pflegekräfte aus den Staaten außerhalb der EU*. Working Paper 07/2021. Berlin.
- Fuchs, J., Gaertner, B., Rommel, A. und Starker, A. (2023): Informal caregivers in Germany - who are they and which risks and resources do they have? *Front Public Health* 11: 1058517.

- Fuchs, M. und Weyh, A. (2023): Die Arbeitsmarktsituation in Krankenhäusern. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg: 33–47.
- Gavartina, A., Zaroti, S., Szecsenyi, J., Miksch, A., Ose, D., Campbell, S. M. und Goetz, K. (2013): Practice assistants in primary care in Germany - associations with organizational attributes on job satisfaction. *BMC Fam Pract* 14: 110.
- Greiner, G. G., Schwettmann, L., Goebel, J. und Maier, W. (2018): Primary care in Germany: access and utilisation-a cross-sectional study with data from the German Socio-Economic Panel (SOEP). *BMJ Open* 8(10): e021036.
- Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall’Ora, C. et al. (2018a): Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. *Health Services and Delivery Research* 6(38).
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., James, L., Jones, J., Recio-Saucedo, A. und Simon, M. (2014): The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. University of Southampton.
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J. et al. (2019): Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf* 28(8): 609–617.
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P. et al. (2018b): The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs* 74(7): 1474–1487.
- Harvey, P. R. und Trudgill, N. J. (2021): The association between physician staff numbers and mortality in English hospitals. *EClinicalMedicine* 32: 100709.
- Horbach, J. und Rammer, C. (2020): Labor Shortage and Innovation. Discussion Paper. ZEW - Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung. Mannheim.
- IGEUS (Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH), WifOR GmbH, contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH und Ruhr-Universität Bochum (2022): Endbericht zur Studie „Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“. Los 1: Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bochum.
- Izaguirre, A.-L. D., Schneider, D. und Steinhäuser, J. (2020): Gründe für den Ausstieg aus dem Arztberuf und Determinanten, eine ärztliche Tätigkeit wiederaufzunehmen: eine qualitative Studie mit ehemaligen Teilnehmern eines Wiedereinstiegsseminars. *Gesundheitswesen* 82(4): 306–312.

- Jahn, M. und Bott, N. (2020): Schein-legal und scheinbar günstig. Wie erkennbar ist das Risiko der Scheinselbstständigkeit bei der Suche nach einer Betreuungskraft für die sog. häusliche 24-Stunden-Betreuung? Verbraucherzentrale Berlin e.V. Berlin.
- Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S., Cook, A. et al. (1999): Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *BMJ* 318(7197): 1515–1520.
- Jutkowitz, E., Landsteiner, A., Ratner, E., Shippee, T., Madrigal, C., Ullman, K. et al. (2023): Effects of Nurse Staffing on Resident Outcomes in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 24(1): 75-81.e11.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S. und Wilt, T. J. (2007): The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care* 45(12): 1195–1204.
- Kelle, N. (2018): Combining employment and care-giving: how differing care intensities influence employment patterns among middle-aged women in Germany. *Ageing and Society* 40(5): 925–943.
- Kelle, N. und Ehrlich, U. (2022): Situation unterstützender und pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. *DZA Aktuell*, 04/2022. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.) (2023): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Springer. Berlin, Heidelberg.
- Kocalevent, R. D., Pinnschmidt, H., Nehls, S., Boczor, S., Siegert, S., Scherer, M. und van Bussche, H. den (2020): Burnout und Gratifikationskrisen im Längsschnitt bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 70(8): 319–329.
- Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Strametz, R., Nienhaus, A. und Raspe, M. (2020): How Perceived Quality of Care and Job Satisfaction Are Associated with Intention to Leave the Profession in Young Nurses and Physicians. *Int J Environ Res Public Health* 17(8): 2714.
- Lee, S. H., Hong, J. H., Kim, Y. S., Park, E. C., Lee, S. M. und Han, C. H. (2021): Impact of Intensivist and Nursing Staff on Critically Ill Patient Mortality: A Retrospective Analysis of the Korean NHIS Cohort Data, 2011-2015. *Yonsei Med J* 62(1): 50–58.
- Lohmann-Haislah, A., Wendsche, J., Schulz, A., Schöllgen, I. und Pinzon, L. C.E. (2019): Einflussfaktoren und Folgen des Ausfalls gesetzlicher Ruhepausen bei Pflegekräften in Deutschland. *Z Arb Wiss* 73(4): 418–438.
- Luque Ramos, A., Hoffmann, F. und Spreckelsen, O. (2018): Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. *BMC Health Serv Res* 18(1): 191.
- Marburger Bund (2022): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung Gesamtauswertung MB-Monitor 2022.

- Mäulen, B. (2013): Sucht unter Ärzten. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2013. Verdammt zum Erfolg - Die süchtige Arbeitsgesellschaft? Springer, Berlin, Heidelberg: 143–150.
- Mergenthal, K. und Güthlin, C. (2021): Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 167: 78–85.
- Mergenthal, K., Banduhn, S., Gerlach, I., Marini, A., März, B., Müller, V. et al. (2014): Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. *Z Allg Med* 90(11): 445–450.
- Mitchell, B. G., Gardner, A., Stone, P. W., Hall, L. und Pogorzelska-Maziarz, M. (2018): Hospital Staffing and Health Care-Associated Infections: A Systematic Review of the Literature. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 44(10): 613–622.
- Oettel, J., Wolf, R., Zschille, M. und Leibner, M. (2021): Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Zi-Paper, 17. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin.
- Oreskovich, M. R., Shanafelt, T., Dyrbye, L. N., Tan, L., Sotile, W., Satele, D. et al. (2015): The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict* 24(1): 30–38.
- Petersen, J. und Melzer, M. (2023a): Ambulant Pflegende in Deutschland: erschöpft, aber präsent. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.
- Petersen, J. und Melzer, M. (2023b): Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: A cross-sectional survey. *Nurs Ethics* 7-8(30): 1199-1216.
- Pless, H. und Schafmeister, S. (2009): Medizinische Fachangestellte im Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte werden entlastet. *Dtsch Arztebl* 106(27): A1431-A1432.
- Prentice, J. C. und Pizer, S. D. (2008): Waiting times and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Outcomes Res Method* 8(1): 1–18.
- Prentice, J. C., Fincke, B. G., Miller, D. R. und Pizer, S. D. (2011): Outpatient wait time and diabetes care quality improvement. *Am J Manag Care* 17(2): e43-e54.
- Prentice, J. C., Graeme Fincke, B., Miller, D. R. und Pizer, S. D. (2012): Primary care and health outcomes among older patients with diabetes. *Health Serv Res* 47(1 Pt 1): 46–67.
- Pronovost, P. J., Angus, D. C., Dorman, T., Robinson, K. A., Drenszov, T. T. und Young, T. L. (2002): Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA* 288(17): 2151–2162.
- Reinhold, A. K., Greiner, F., Schirrmeister, W., Walcher, F. und Erdmann, B. (2021): Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus: Eine Befragung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit in einer Notfallaufnahme mit regionaler Alleinstellung. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116(6): 511–521.

- Rose, U., Müller, G., Freude, G. und Kersten, N. (2019): Arbeitsbedingungen und psychische Gesundheit bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Ärzten: Ein bundesweiter Vergleich mit einer repräsentativen Beschäftigtenstichprobe. *Gesundheitswesen* 81(5): 382–390.
- Rothgang, H. und Müller, R. (2018): BARMER Pflegereport 2018. Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 12. BARMER. Berlin.
- Schang, L., Kopetsch, T. und Sundmacher, L. (2017): Zurückgelegte Wegzeiten in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 60(12): 1383–1392.
- Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Angerer, P. und Loerbroks, A. (2019): Work-Related Intervention Needs and Potential Occupational Outcomes among Medical Assistants: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* 16(13): 2260.
- Schmucker, R. (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, Heidelberg: 49–60.
- Schrader, H., Ruck, J., Borgulya, G., Parisi, S., Ehlers-Mondorf, J., Kaduszkiewicz, H. et al. (2023): Stress experiences of healthcare assistants in family practice at the onset of the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. *Front Public Health* 11: 1238144.
- Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016): Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern. Im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Hamburg Center for Health Economics. Hamburg.
- Sell, S. (2020): Potenzial und Grenzen von Zuwanderung in die Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, Heidelberg: 85–101.
- Stiftung Gesundheit (2022): Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung. Eine repräsentative deutschlandweite Ad-hoc-Befragung von Ärzt:innen und Heilberufler:innen durch die Stiftung Gesundheit. *Im Fokus*, 3 /2022. Hamburg.
- Sturm, H., Rieger, M. A., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M. und Maschmann, J. (2019): Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One* 14(1): e0209487.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. MWV Verlag. Berlin.
- SVR Integration und Migration (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2022): Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Jahresgutachten 2022*. Berlin. URL: www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf (abgerufen am 31.01.2024).

- Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmeier, A. und Schnitzer, S. (2017): Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 126: 52–65.
- Twigg, D. E., Whitehead, L., Doleman, G. und EL-Zaemey, S. (2021): The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review. *J Adv Nurs* 77(12): 4599–4611.
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2023): Zweiter Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. 1. Aufl. Berlin.
- VHBP (Bundesverband für häusliche Betreuung und Pflege e. V.) (2020): Memorandum: Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (BihG): Professionelle Dienstleistung für Menschen mit umfassendem Hilfebedarf.
- Viehmann, A., Kersting, C., Thielmann, A. und Weltermann, B. (2017): Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants: Personal, practice and regional characteristics. *PloS One* 12(5): e0176658.
- Vu-Eickmann, P. und Loerbroks, A. (2017): Psychosoziale Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter: Ergebnisse einer qualitativen Studie zu den berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 126: 43–51.
- WD (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags) (2015): Grundgesetzlicher Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. WD 3 - 3000 - 089/15.
- Wehkamp, K.-H. und Naegler, H. (2017): The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 114(47): 797–804.
- Werdecker, L. und Esch, T. (2021): Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PloS One* 16(6): e0253447.
- WHO/Europa (World Health Organization, Regional Office for Europe) (2022): Health and care workforce in Europe: time to act. Kopenhagen.
- Winter, V., Dietermann, K., Schneider, U. und Schreyögg, J. (2021): Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals. *BMJ Open* 11(11): e051133.
- Zander, B., Dobler, L., Bäuml, M. und Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(11): 727–734.

- Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L. et al. (2023): Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ Qual Saf* 32(5): 254–263.
- Zeleníková, R., Jarošová, D., Polanská, A. und Mynaříková, E. (2023): Implicit rationing of nursing care reported by nurses from different types of hospitals and hospital units. *J Clin Nurs (Journal of clinical nursing)* 32(15-16): 4962–4971.
- ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) (2019): Fachpersonenmangel in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer ZQP-Befragung, September 2019. Berlin.

3 Determinanten der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

3.1 Einleitung

251. Die aktuelle Fachkräftesituation im Gesundheitswesen ist nicht auf eine singuläre Ursache zurückzuführen, sondern wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die untereinander wiederum in komplexen Beziehungen stehen. Ein Verständnis möglicher Einflussfaktoren ist wichtig, um Handlungsoptionen identifizieren sowie passgenaue Lösungsansätze und zuverlässigere Prognosemodelle über die zukünftige Fachkräftesituation entwickeln zu können.

252. Die wesentlichen Determinanten für die Fachkräftesituation im Gesundheitswesen werden in Abbildung 3-1 gezeigt. Im Zentrum dieses Wirkmodells stehen sich das Angebot („Ist“) und der Bedarf („Soll“) an Fachkräften gegenüber. Je größer die Unterschiede zwischen „Ist“ und „Soll“ sind, desto angespannter ist der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Der Bedarf an Fachkräften ergibt sich aus der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, welche wiederum u. a. vom Versorgungsbedarf der Bevölkerung abhängig ist. Im Einzelnen werden diese Zusammenhänge und die darauf wirkenden Einflussfaktoren in den Abschnitten 3.2 bis 3.4 dargelegt. Dabei sind die Gesundheits- und Versorgungsziele zu beachten, die im oberen Teil von Abbildung 3-1 genannt sind.

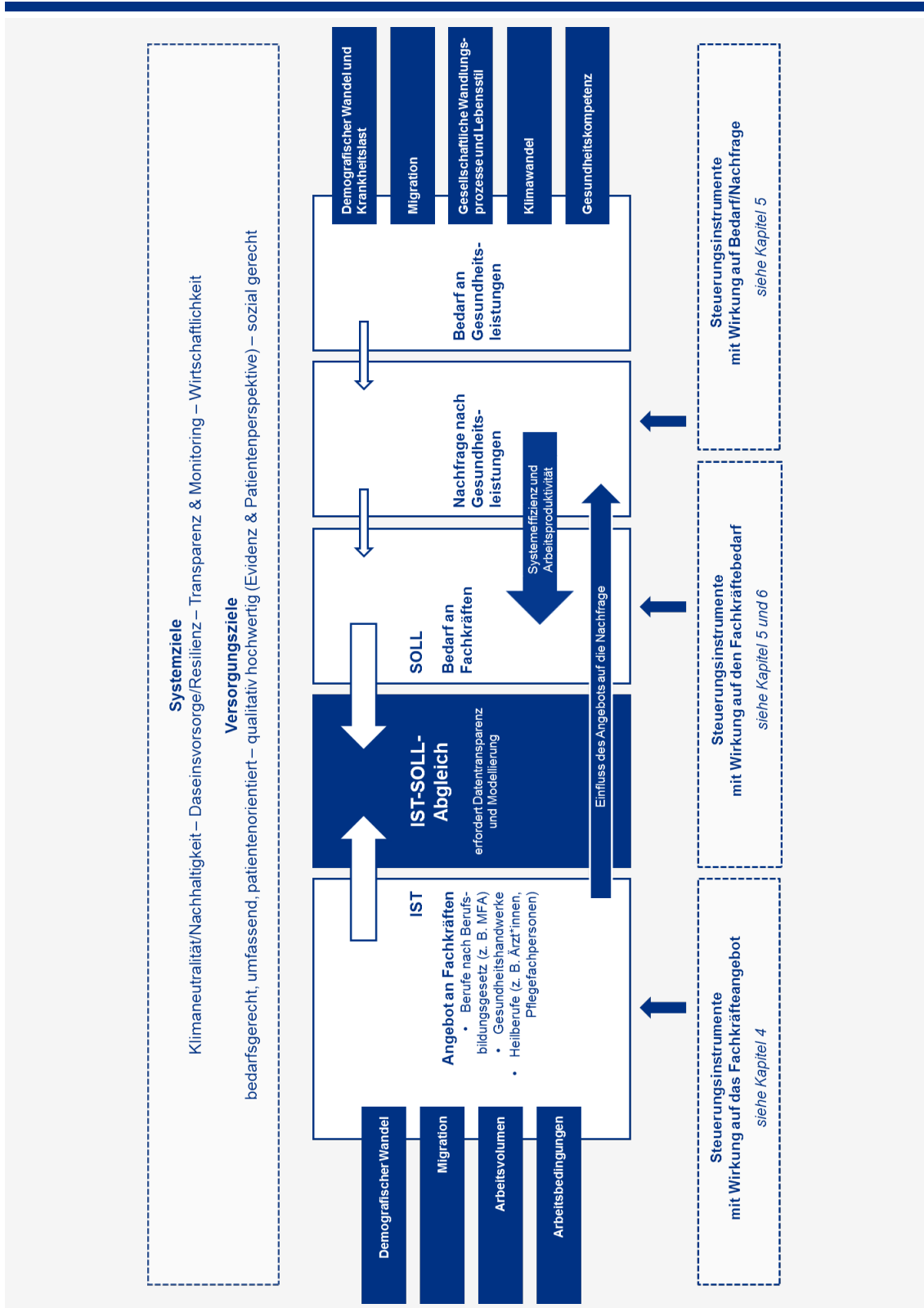


Abbildung 3-1: Determinanten der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen (Wirkmodell)

Quelle: Eigene Darstellung.

3.2 Einflussfaktoren auf der Angebotsseite

3.2.1 Demografischer Wandel

253. Die allgemeine Fachkräftesituation in Deutschland ist in mehrfacher Hinsicht durch die demografische Struktur der Bevölkerung geprägt. Dies gilt in besonderem Maße für das Gesundheitswesen, in dem nicht nur das Fachkräfteangebot von der Demografie abhängt, sondern auch der Bedarf nach Gesundheitsleistungen (siehe Abschnitt 3.3.1).

3.2.1.1 Veränderungen der demografischen Struktur

254. Für Deutschland zeichnet sich derzeit über verschiedene Prognosemodelle hinweg übereinstimmend ab, dass der Anteil der Menschen im Erwerbsalter in den nächsten Jahrzehnten (zunächst) sinken und der Anteil älterer Menschen zunehmen wird (Destatis 2023a). Deutschland weist im europäischen Vergleich einen überdurchschnittlich hohen Anteil älterer Menschen auf, jedoch schreitet die Alterung in Deutschland derzeit langsamer voran als in anderen EU-Staaten: Während sich der Anteil der Bevölkerung im Alter ab 65 Jahren im EU-Durchschnitt zwischen den Jahren 2012 und 2022 um 3,1 % erhöht hat, lag die Erhöhung in Deutschland in diesem Zeitraum nur bei 1,4 % (Eurostat 2023), was vor allem mit der Migration nach Deutschland zusammenhängt.

255. Die demografische Entwicklung hängt im Wesentlichen von **drei Faktoren** ab: Geburten, Sterbefällen und Wanderungssalden. Die Ausprägungen dieser Faktoren unterliegen Veränderungen, die auch unerwartet auftreten können, z. B. wenn eine Pandemie die Lebenserwartung verringert oder ein Krieg die Zuwanderung verstärkt. Für die demografische Entwicklung in Deutschland sind die folgenden, hier nur grob skizzierten Trends ausschlaggebend: Die **Geburtenrate** in Deutschland ist heute deutlich geringer als vor einigen Jahrzehnten (Destatis 2023b). Sie unterliegt Schwankungen, bleibt aber schon lange deutlich unter dem sogenannten Bestandserhaltungsniveau von ca. 2,1 Kindern je Frau. Im Jahr 2022 lag die zusammengefasste Geburtenziffer bei 1,46 (Destatis 2023f). Die **Lebenserwartung** in Deutschland ist seit Beginn der statistischen Aufzeichnungen Ende des 19. Jahrhunderts deutlich gestiegen; Neugeborene haben heute im Vergleich zu damals eine mehr als doppelt so hohe Lebenserwartung; gemäß amtlicher Sterbetafel 2019/2021 beträgt die Lebenserwartung bei neugeborenen Jungen 78,5 und bei Mädchen 83,4 Jahre (Destatis 2023c). Es wird davon ausgegangen, dass die Lebenserwartung aufgrund verbesserter Lebensumstände, des zurückgehenden Tabak- und Alkoholkonsums sowie des medizinischen Fortschritts weiter ansteigen wird (Destatis 2023a).⁵⁷ Deutschland weist in den letzten Jahrzehnten stark schwankende, durchschnittlich positive **Wanderungssalden** auf, die dafür gesorgt haben, dass die Bevölkerungszahl gestiegen ist, obwohl die sogenannte natürliche Bevölkerungsbilanz⁵⁸ negativ war (BMI 2017). Aufgrund des geringeren Durchschnittsalters der Zuwandernden im Vergleich zur bereits ansässigen Bevölkerung und des geringeren Alters zugewanderter Frauen bei Geburt ihrer Kinder verlangsamt die Zuwanderung die Alterung deutlich (Destatis 2023b).

⁵⁷ Die SARS-CoV-2-Pandemie hat Schätzungen zufolge in Deutschland, wie in vielen anderen Staaten, zu einem Rückgang der Lebenserwartung geführt (Schöley et al. 2022). Es wird aber nicht von einer Trendumkehr bei der Lebenserwartung ausgegangen.

⁵⁸ Die natürliche Bevölkerungsbilanz bezeichnet den Saldo zwischen Lebendgeborenen und Gestorbenen.

256. Innerhalb Deutschlands bestehen **regionale Unterschiede** hinsichtlich der demografischen Struktur: So betrug z. B. der Anteil der Altersgruppe ab 67 Jahren an der jeweiligen Bevölkerung im Jahr 2021 in den östlichen Flächenländern 24 %, in den westlichen Flächenländern 19 % und in den Stadtstaaten 17 % (Destatis 2023a). Dies wird u. a. darauf zurückgeführt, dass diese Ländergruppen in unterschiedlichem Ausmaß von der Zuwanderung profitieren.⁵⁹

3.2.1.2 Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Fachkräfteangebot

257. Die Auswirkungen des demografischen Wandels in Deutschland sind dadurch charakterisiert, dass der Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zurückgeht, wenngleich sich die Lebensarbeitszeit verlängert. Insgesamt schrumpft das Fachkräftepotenzial, was Auswirkungen auf fast alle Wirtschaftszweige hat. So erwarten die Autor*innen der Langfristprognose der Fachkräftesituation des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zwischen den Jahren 2021 und 2040 einen **absoluten Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter**⁶⁰ von ca. 62,4 auf ca. 59,5 Millionen Personen (BMAS 2023, siehe dazu auch Kapitel 1). Durch das knapper werdende Fachkräfteangebot verschärft sich der gesamtwirtschaftliche Wettbewerb um Arbeitskräfte. Für Arbeitgeber*innen im Gesundheitswesen wird es schon allein aus diesem Grund herausfordernder, geeignete Arbeitskräfte zu finden und Ausbildungsplätze zu besetzen.

258. Für die Fachkräftesituation ist zugleich relevant, dass der demografische Wandel die **Finanzierung der Sozialversicherungen** vor Herausforderungen stellt, da sich z. B. die Restriktionen für die Lohnentwicklung und die Finanzierung technischer Substitutionsmöglichkeiten verschärfen. Ausgabenseitig steigen die Kosten aufgrund der höheren Morbidität älterer Altersgruppen mit mehr chronischen Erkrankungen und Multimorbidität (siehe dazu Abschnitt 3.3.1).⁶¹ In der sozialen Pflegeversicherung ist von einem noch stärkeren Ausgabenzuwachs auszugehen, da vor allem das Pflegefallrisiko im hohen Alter besonders groß ist.⁶² Gleichzeitig schrumpft mit dem demografischen Wandel die Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung: Die Finanzierung erfolgt überwiegend im Umlageverfahren, d. h., die laufenden Einnahmen müssen die Ausgaben weitgehend decken.⁶³ Da die Beiträge einkommensabhängig sind und die

⁵⁹ Auch darüber hinaus bestehen regionale Unterschiede. So ist z. B. der Anteil kinderloser Frauen an allen Frauen in Westdeutschland größer als in Ostdeutschland; dabei war die Differenz bei vergangenen Geburtsjahrgängen höher, als sie es heute ist (Destatis 2023b). Auch die Lebenserwartung ist nicht überall in Deutschland gleich hoch. Sie ist in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland, wenngleich sich auch diese Differenz, insbesondere für Frauen, verringert hat (Destatis 2023c). Nicht zuletzt bedingen Wanderungsbewegungen zwischen den Regionen Unterschiede in der demografischen Struktur.

⁶⁰ Definiert als das Alter von 15 bis einschließlich 74 Jahren.

⁶¹ Es gibt verschiedene Schätzungen zu der Frage, wie groß der Einfluss des demografischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung in der GKV ist. So dokumentiert z. B. eine Studie auf Grundlage von Daten des Bundesversicherungsamtes über die Ausgabenprofile gesetzlich Versicherter die höheren Pro-Kopf-Ausgaben älterer Versicherter im Vergleich zu jüngeren Versicherten. Die analysierten Kostenprofile weisen eher auf die Gültigkeit der Expansionsthese hin (siehe dazu Abschnitt 3.3.1). Von dem Anstieg der Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um 87 %, der für den Zeitraum der Jahre 1996 bis 2017 berechnet wurde, sind gemäß der Studie bereits heute 20 Prozentpunkte auf einen Mengeneffekt in Folge des demografischen Wandels zurückzuführen. Der übrige Anstieg geht vor allem auf Preissteigerungen zurück (Ochmann/Albrecht 2019).

⁶² So könnte einer Schätzung zufolge, die auf einer der demografischen Entwicklung entsprechenden Fortschreibung der Ausgaben beruht, der Ausgabenzuwachs bis zum Jahr 2050 gegenüber dem Jahr 2015 bei 80 % liegen (Kochskämper 2017).

⁶³ Auch in den Gesetzlichen Versicherungen werden Liquiditätsreserven gebildet.

Renteneinkommen üblicherweise unterhalb der Erwerbseinkommen liegen, belasten der Rückgang des Erwerbs- und der Anstieg des Rentnerquotienten die Einnahmenseite.

3.2.2 Migration

259. Angesichts des gesamtwirtschaftlich drohenden Fachkräftengpasses hebt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die Bedeutung der Erwerbsmigration hervor und stellt fest, dass das Erwerbspersonenpotenzial voraussichtlich nur bei einer Nettozuwanderung von mindestens 400 000 Personen pro Jahr bis zum Jahr 2035 konstant bleiben würde (SVR Wirtschaft 2022, Seite 280). Die Nettozuwanderung war in den letzten Jahrzehnten oft niedriger; zuletzt lag sie deutlich darüber (Destatis 2023h; siehe dazu auch Kapitel 4). Der Sachverständigenrat für Integration und Migration stellt in seinem Jahresgutachten 2022 fest, dass „Fachkräfte mit Zuwanderungsgeschichte [...] einen unverzichtbaren Beitrag zum deutschen Gesundheitssystem“ leisten (SVR Integration und Migration 2022, Seite 11). Im Jahr 2019 hatten **22,5 % der über vier Millionen Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeberufen einen Migrationshintergrund**; davon entfielen 16,5 Prozentpunkte auf selbst zugewanderte Menschen.⁶⁴ Unter allen Erwerbstätigen, d. h. über alle Wirtschaftszweige hinweg, lagen der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund bei 24,4 % und der Anteil selbst zugewanderter Menschen bei 18,5 %. Etwas höher waren die Werte für die Berufe der Altenpflege (Migrationshintergrund insgesamt: 30,1 %, selbst zugewandert: 24,9 %) und der Human- und Zahnmedizin (Migrationshintergrund insgesamt: 27,3 %, selbst zugewandert: 22,4 %).⁶⁵ Die Zahl der selbst zugewanderten Personen mit einem Beruf in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Altenpflege und als Arzt/Ärztin hatte sich in 6 Jahren jeweils (mehr als) verdoppelt (SVR Integration und Migration 2022, Seite 58 ff.).

260. Der Zuwanderung steht die **Abwanderung von Fachkräften** gegenüber. Auch diesbezüglich ist die Informationslage lückenhaft, vor allem hinsichtlich der nicht-ärztlichen Berufsgruppen (siehe dazu auch Kapitel 1). Die Bundesärztekammer (BÄK) erhebt seit dem Jahr 2005 Daten zur Abwanderung von Ärzt*innen. Demnach sind im Jahr 2022 2 290 (d. h. ca. 0,5 %) der ursprünglich in Deutschland tätigen Ärzt*innen ins Ausland abgewandert, am häufigsten in die Schweiz und nach Österreich (BÄK 2023). Die Zahl der abgewanderten Ärzt*innen unterliegt seit Erhebungsbeginn Schwankungen; tendenziell hat sie sich, vor allem im letzten Jahrzehnt, verringert. Die Zuwanderung von Ärzt*innen überwog die Abwanderung deutlich. Sie umfasste mehr als doppelt so viele Menschen (SVR Integration und Migration 2022, Seite 50).

261. In vielen anderen OECD-Staaten ist die quantitative Relevanz der Zuwanderung für die Deckung des Fachkräftebedarfs ähnlich hoch, in einigen sogar noch deutlich höher (SVR Integration und Migration 2022, Seite 46). So ist die gesamte europäische Region mit Herausforderungen bei der Gewinnung von Fachkräften im Gesundheitswesen konfrontiert (WHO/Europa 2022). Es ist zudem zu erwarten, dass eine zunehmende Zuwanderung in OECD-Staaten andernorts die Fachkräftesituation

⁶⁴ Die Angaben beruhen auf dem Mikrozensus; gemäß der Erhebung hat eine Person einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Als „selbst zugewandert“ werden Menschen bezeichnet, die einen Migrationshintergrund haben und nicht in Deutschland geboren sind. Die hier aufgeführten Angaben geben keine Auskunft über den Ort, an dem eine Qualifikation erworben wurde.

⁶⁵ Die Einteilung, die diesen und den im Folgenden in dieser Textziffer wiedergegebenen Informationen zugrunde liegt, richtet sich nach der Klassifikation der Berufe ohne Beschränkung auf ein bestimmtes Anforderungsniveau (KldB 2010, siehe dazu Kapitel 1).

im Gesundheitswesen verschärft, vor allem in afrikanischen Regionen und östlichen Mittelmeerregionen, wo bereits Engpässe zu verzeichnen sind (WHO 2022). Nach Schätzungen der WHO fehlen weltweit ca. 6 Millionen Pflegefachpersonen (WHO 2020, Seite XIII). Mit Fortschreiten des demografischen Wandels dürfte sich der **internationale Wettbewerb** um die Anwerbung von Fachkräften für die Gesundheitsversorgung und Pflege verschärfen. Die damit verbundenen politischen Herausforderungen und ethischen Konflikte werden in Kapitel 4 thematisiert.

3.2.3 Arbeitsvolumen und Produktivität

262. Die Menge an Gesundheitsleistungen, die erbracht werden kann, hängt u. a. davon ab, wie viele Beschäftigte es im Gesundheitswesen gibt, wie viel diese arbeiten und wie „produktiv“ sie sind. Aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs wird in diesem Abschnitt neben dem Arbeitsvolumen auch die Produktivität thematisiert, die in Abbildung 3-1 als Pfeil zwischen der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und dem Bedarf an Fachkräften verortet ist.

3.2.3.1 Arbeitsvolumen im Gesundheitswesen

263. Das Arbeitsvolumen im Gesundheitswesen hängt u. a. davon ab, wie viele Personen im Gesundheitswesen beschäftigt sind und in welchem Umfang die Personen ihrer Beschäftigung nachgehen. In diesem Abschnitt wird zunächst der gesamtwirtschaftliche Kontext der Fachkräftesituation aus der Makroperspektive betrachtet, bevor bestimmte Aspekte individueller Arbeitsangebotsentscheidungen aus der Mikroperspektive näher beleuchtet werden.⁶⁶

Gesamtwirtschaftliche Fachkräftesituation

264. Das Fachkräfteangebot im Gesundheitswesen kann nicht unabhängig von der gesamtwirtschaftlichen Fachkräftesituation betrachtet werden, da **Konkurrenz zu den anderen Wirtschaftszweigen** besteht. Dies gilt sowohl für die initiale Berufswahl als auch für die weitere Berufsbiografie. So geben manche Beschäftigte ihren erlernten Beruf auf und üben eine andere Tätigkeit aus. Andere können ihren erlernten Beruf sowohl im Gesundheitswesen als auch in anderen Wirtschaftszweigen ausüben. Dies gilt z. B. für Beschäftigte in IT-Berufen, die ebenfalls von Engpässen betroffen sind, welche sich aller Voraussicht nach weiter verschärfen werden (siehe dazu u. a. BMAS 2022, 2023; Minz et al. 2023). Entscheidungen gegen die Berufsausübung im Gesundheitswesen erscheinen umso wahrscheinlicher, je größer die Gehaltsunterschiede zugunsten anderer Wirtschaftszweige sind, je besser die Arbeitsbedingungen anderswo relativ betrachtet sind und je weniger gesundheitsberufsspezifische Investitionen in Aus- und Weiterbildung getätigt werden.

265. Die Fluktuation im Gesundheitswesen scheint bislang im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen relativ gering zu sein: In den Jahren 2004 bis 2016 wechselte ungefähr jeder sechste Krankenhausbeschäftigte innerhalb eines Jahres den Job; in der Gesamtwirtschaft waren **Wechsel** etwa doppelt so häufig. Allerdings zeigte sich in Krankenhäusern eine überdurchschnittliche

⁶⁶ Makro- und Mikroebene sind dabei nicht getrennt zu betrachten: Die Gesamtsituation auf der Makroebene bildet den Kontext für individuelle Entscheidungen auf der Mikroebene, deren Aggregation wiederum die Gesamtsituation bestimmt. Daraus ergeben sich vielfältige Ansatzpunkte zur Verbesserung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen, wie Abbildung 3-4 im Anhang veranschaulicht.

Zunahme der Fluktuation im betrachteten Zeitraum, die fast ausschließlich auf zunehmende Jobwechsel beim Pflegepersonal zurückzuführen war (Pilny/Rösel 2021). Zudem sprechen die in Kapitel 1 beschriebenen Daten der Bundesagentur für Arbeit nicht für besonders häufige Berufswechsel der betrachteten Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Interessante Muster zeigen sich, wenn zwischen Beschäftigungs-, Berufsverbleib und Branchenverbleib differenziert wird, wie Fuchs/Weyh (2023) für den stationären Sektor analysiert haben: Pflegefachpersonen bleiben überwiegend lange in Beschäftigung, aber zu einem deutlich geringeren Teil im Beruf. Besonders viele Berufswechsel waren für Pflegehelfer*innen zu verzeichnen, die jedoch z. T. auf Weiterqualifizierung zurückzuführen sein könnten. Für MFA ist eine relativ hohe Differenz zwischen Berufs- und Branchenverbleib zu verzeichnen; sie bleiben deutlich länger in ihrem Beruf als im Krankenhaussektor. Ärzt*innen verbleiben relativ lange in ihrem Beruf, jedoch vergleichsweise kurz in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, was auf die berufstypischen Niederlassungsentscheidungen zurückzuführen sein dürfte (Fuchs/Weyh 2023; siehe dazu auch Kapitel 1 und 2).

266. Befragungen liefern Hinweise auf die **potenzielle Wechselbereitschaft** in verschiedenen Berufsgruppen. Da die Ergebnisse solcher Befragungen durch vielfältige Faktoren beeinflusst werden (u. a. Methodik, Zeitpunkt, Auftraggeber), sind die folgenden Angaben lediglich als Anhaltspunkte zu verstehen. Zu beachten ist auch, dass die Befragungen zum Teil von Interessenvertretungen der betreffenden Berufsgruppen durchgeführt wurden. In einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes, einer Fachgewerkschaft für Ärzt*innen, gaben im Jahr 2022 25 % der teilnehmenden Ärzt*innen an, dass sie erwägen, ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben (Marburger Bund 2022). In einer regelmäßigen bundesweit repräsentativen Erhebung für den Index Gute Arbeit des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) gaben zuletzt 75 % der befragten beruflich Pflegenden an, nicht davon auszugehen, ihre Tätigkeit unter den derzeitigen Anforderungen bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben zu können (DGB 2023, Seite 10). In einer Befragung während der Pandemie gaben 18,1 % der teilnehmenden MFA an, dass sie darüber nachdächten, den Job zu wechseln (Döpfmer et al. 2023, Seite 69). Ursachen für diese potenzielle Wechselbereitschaft lassen sich den angegebenen Studien nicht unmittelbar entnehmen; teilweise dokumentieren die Studien u. a. eine negative Beurteilung der IT- und Personalausstattung und Bürokratie (Marburger Bund 2022), woraus wiederum eine hohe Arbeitsbelastung resultiert (siehe dazu auch Kapitel 2). Zu beachten ist außerdem, dass die Befragungen der letzten Jahre die besonderen Belastungen widerspiegeln dürften, denen die Beschäftigten während der SARS-CoV-2-Pandemie ausgesetzt waren.

Monetäre Arbeitsanreize

267. Monetäre Anreize sind eine Möglichkeit zur Fachkräftegewinnung im Wettbewerb. Gesamtwirtschaftlich auftretende Fachkräfteengpässe lassen sich zwar insgesamt nur insoweit durch höhere **Löhne** lösen, wie Lohnerhöhungen die Erwerbsbeteiligung oder die gearbeiteten Stunden erhöhen (*intensive margin*), für ein besseres *Matching* auf dem Arbeitsmarkt sorgen oder dazu führen, dass Unternehmen aus dem Markt austreten oder Tätigkeiten automatisieren. Etwaige Fachkräfteengpässe im Gesundheitswesen werden sich allerdings verschärfen, wenn die relativen Löhne sinken bzw. die anderweitigen Arbeitsbedingungen, wie Arbeitszeiten, relativ betrachtet schlechter werden und sich Arbeitnehmer*innen deshalb gegen einen Gesundheitsberuf entscheiden (*extensive margin*). Im Sinne der Effizienzlohntheorie scheint es zudem möglich, dass die Produktivität der Beschäftigten positiv vom Lohn abhängt. Unter diesem Begriff werden

Erklärungsansätze dafür zusammengefasst, dass es für Arbeitgeber vorteilhaft sein kann, Löhne zu zahlen, die oberhalb der Marktlöhne liegen. Die Erklärungen setzen u. a. daran an, dass höhere Löhne die Anreize reduzieren, den Arbeitgeber zu wechseln, dass sie zudem möglicherweise zu einer vorteilhafteren Bewerberstruktur führen, sowie daran, dass bei hohen Löhnen eine Art Reziprozitätsbeziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer entstehen kann.

268. Welchen Effekt Lohnsteigerungen auf die individuellen Arbeitsstunden haben, also z. B. darauf, ob einzelne Beschäftigte sich für eine Vollzeit- oder eine Teilzeitbeschäftigung entscheiden, ist nicht ohne weiteres eindeutig. Unter der Annahme, dass die Arbeitsbedingungen ansonsten konstant bleiben, gehen Lohnerhöhungen unter den üblichen Annahmen nur dann mit einer Ausweitung des individuellen Arbeitsangebots einher, wenn **der Substitutions- den gegenläufigen Einkommenseffekt** überwiegt. Der Substitutionseffekt liegt darin begründet, dass Lohnsteigerungen zusätzlich erbrachte Arbeitsstunden lohnenswerter machen. Der Einkommenseffekt resultiert hingegen daraus, dass ein steigender Lohn bei gleicher Arbeitszeit zu einem höheren Einkommen führt und sich Arbeitnehmer deshalb ggf. mehr Freizeit leisten, also weniger Arbeit anbieten. Üblicherweise überwiegt der positive Substitutionseffekt einer Lohnerhöhung den negativen Einkommenseffekt (siehe dazu auch Kapitel 4). Im Gesundheitswesen könnten Lohnsteigerungen somit allerdings unterschiedlich auf die verschiedenen Fachkräfte wirken. Möglicherweise würden Fachkräfte, die bereits besonders gut verdienen, ihr Arbeitsangebot mit steigenden Verdienstmöglichkeiten eher nicht ausweiten, während sich dies für schlechter verdienende Berufsgruppen tendenziell anders darstellen könnte.

269. Im ärztlichen Bereich stellt sich auch die Frage, inwieweit **Niederlassungsentscheidungen durch monetäre Anreize beeinflussbar** sind. Es gibt Hinweise darauf, dass Niederlassungen im ländlichen Raum nur mit sehr hohen Beträgen incentiviert werden können (siehe z. B. Günther et al. 2010). Die relativ geringere Beeinflussbarkeit durch monetäre Anreize liegt hier möglicherweise in den ohnehin guten Verdienstmöglichkeiten und starken Präferenzen von Ärzt*innen für eine Tätigkeit im städtischen Raum begründet. Die Gründe für die starken Präferenzen Richtung städtischer Raum liegen dabei nur teilweise im Bereich der berufsspezifischen Arbeitsbedingungen (Notdienstregelungen, Kooperationsmöglichkeiten). Ausschlaggebend sind häufig Bildungs-, Berufs- und Freizeitmöglichkeiten für Partner*innen oder Familienangehörige (Steinhäuser et al. 2011).

270. Darüber hinaus gibt es weitere Erklärungsansätze für die Angebotsentscheidungen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, die insbesondere auf selbstständige niedergelassene Ärzt*innen anwendbar sind (für einen Überblick siehe z. B. Fang/Rizzo 2014). So gibt es einen Literaturstrang zur sogenannten *target income hypothesis*, d. h. der Hypothese, dass Ärzt*innen sich **Einkommensziele** setzen und unter geänderten Rahmenbedingungen ihr Angebotsverhalten anpassen, um diese Ziele zu erreichen (siehe z. B. Fuchs 1978; McGuire 2000; Rice 1983). Dies könnte z. B. erklären, wenn auf Honorarkürzung mit Leistungsausweitungen reagiert wird, ggf. auch mit einer Ausweitung des Angebots solcher Leistungen, die über den Bedarf hinausgehen (zur angebotsinduzierten Nachfrage siehe auch Abschnitt 3.3).

271. Fachkräfte im Gesundheitswesen sind häufig intrinsisch motiviert. Gemäß einer im Jahr 2021 durchgeführten Befragung erlebte im Vergleich aller betrachteten Berufsgruppen von den Befragten, die im Gesundheitswesen tätig sind, der größte Anteil den ausgeübten Beruf als „sinnstiftend“. Von den befragten Ärzt*innen gaben dies 85,1 % an, von den Befragten aus dem Bereich Pflege/Therapie/Assistenz 79,6 %; unter den anderen betrachteten Berufsgruppen, die typischerweise in anderen Wirtschaftszweigen tätig sind, lagen die Werte zwischen 44,3 % und

71,0 % (Hammermann 2022).⁶⁷ Es gibt Evidenz, dass monetäre Anreize in bestimmten Fällen unerwünschte Effekte auf die intrinsische Motivation haben können (*Crowding-out*-Phänomen; siehe z. B. Gneezy et al. 2011). Wie relevant solche Effekte sind, dürfte auch vom Ausgangslohniveau abhängen. Die mit den Tätigkeiten im Gesundheitswesen verbundene Sinnstiftung hat zwar einerseits das Potenzial, die Versorgung auch bei bestehenden Fachkräftengpässen zunächst aufrechtzuerhalten. Andererseits droht die Gefahr, dass Beschäftigte mit zunehmenden Fachkräftengpässen und der damit einhergehenden Erhöhung der Arbeitsdichte und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen ihren eigenen Ansprüchen an eine patientenorientierte Arbeit nicht mehr gerecht werden und daher „Sinnstiftung“ als starker intrinsischer Motivator wegfällt.

Geschlechtsspezifische Faktoren

272. Der steigende Anteil von Frauen an den Beschäftigten im Gesundheitswesen wurde in Kapitel 1 dargestellt. Dabei bestehen große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, Fachrichtungen, Sektoren und Hierarchieebenen. Während z. B. in Pflegeberufen und unter MFA schon immer **weibliche Beschäftigte** in der Überzahl sind, waren im Jahr 2022 erstmals auch mehr Frauen als Männer in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung tätig (KBV 2023).⁶⁸

273. In Kapitel 1 ist außerdem dargestellt, dass der Teilzeitanteil unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen traditionell hoch ist und weiter zunimmt. Das hängt u. a. damit zusammen, dass Frauen – nicht nur im Gesundheitswesen – häufiger einer **Teilzeittätigkeit** nachgehen als Männer. Die Teilzeitquote lässt sich jedoch nur z. T. durch den hohen Frauenanteil erklären, da auch Männer im Gesundheitswesen öfter in Teilzeit tätig sind als in anderen Wirtschaftszweigen. Zudem ist die Teilzeitquote in den letzten beiden Jahrzehnten über beide Geschlechter hinweg gestiegen, z. B. unter Ärzten sogar etwas stärker als unter Ärztinnen (siehe dazu Kapitel 1). Es gibt also **unabhängig vom Geschlecht eine zunehmende Präferenz für Teilzeitarbeit**. Dass Frauen weiterhin häufiger einer Teilzeittätigkeit nachgehen, ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen größere Anteile der **Care-Arbeit**, z. B. der Kinderbetreuung und der Pflege von Angehörigen, übernehmen. Im Jahr 2017 lag der Anteil, den Frauen innerhalb von Paarhaushalten an der informellen Sorgearbeit (Hausarbeit und Kinderbetreuung) leisteten, bei 66 % (BMFSFJ 2021). Nach Angaben aus dem Jahr 2019 sind ungefähr 70 % der pflegenden Angehörigen weiblich (Knauthe/Deindl 2019; siehe dazu auch Kapitel 2). Angesichts des hohen Anteils weiblicher Beschäftigter hat die – bislang so ungleiche – Verteilung von Care-Arbeit innerhalb von Haushalten besondere Relevanz für die Fachkräftesituation im Gesundheitswesen (siehe dazu auch Kapitel 4).

⁶⁷ Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass vor allem solche Berufsgruppen über einen Arbeitgeberwechsel nachdenken, die einen unterdurchschnittlichen Anteil an Beschäftigten aufweisen, die ihre Arbeit als sinnstiftend erleben. Vor allem für den Arztberuf scheint dies jedoch nicht eindeutig: Zwar wird dieser als besonders sinnstiftend erlebt, die Wechselbereitschaft der Ärzt*innen liegt jedoch insgesamt im Mittelfeld der betrachteten Berufsgruppen und Ärzt*innen weisen den höchsten Anteil von Personen auf, die jeden Tag an einen Arbeitgeberwechsel denken (Hammermann 2022).

⁶⁸ Die Grundgesamtheit dieser Betrachtung umfasst neben den ambulant tätigen Ärzt*innen auch die ambulant tätigen Psychotherapeut*innen, für die der höchste Frauenanteil verzeichnet wurde (siehe dazu auch Kapitel 1).

Räumliche und zeitliche Flexibilität der Beschäftigten

274. Die Arbeit im Gesundheitswesen verlangt den Beschäftigten eine hohe zeitliche Flexibilität ab, z. B. bedingt durch Nacht- und Wochenendarbeit. Zugleich ist die räumliche Flexibilität in Heilberufen deutlich geringer als in manchen anderen Berufen. Selbst wenn die Möglichkeiten der Digitalisierung vollumfänglich genutzt würden, wäre es im Gesundheitswesen deutlich seltener möglich, **im Homeoffice oder anderswo mobil zu arbeiten.**

275. Die finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen für die **Telemedizin und -pflege** wurden in den letzten Jahren erweitert. Trotzdem wird das Potenzial in Deutschland bislang nicht ausgeschöpft. Studien, die dieses Potenzial beleuchten, zeigen vielversprechende telemedizinische und -pflegerische Handlungsfelder auf (siehe z. B. Hahnel et al. (2020) zum Potenzial der Telepflege oder Polanc et al. (2022) zur Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung).

276. Die zeitliche und die räumliche Flexibilität der Beschäftigten hängen eng zusammen. Die Zeit, die Beschäftigte in Deutschland durchschnittlich aufwendeten, um zu ihrem Arbeitsplatz zu gelangen, war nach einer Auswertung aus dem Jahr 2018, d. h. in den Jahren vor der SARS-CoV-2-Pandemie, gestiegen.⁶⁹ Auch im Gesundheitswesen spielen **Pendlerbewegungen** eine nicht zu vernachlässigende Rolle. So lag z. B. gemäß einer Auswertung der Pendlerstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) der Anteil der bayerischen Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege, die in einem anderen Kreis wohnten, als sie arbeiteten, im Jahr 2019 bei 42 % (Vereinigung der Pflegenden in Bayern 2021).

3.2.3.2 Arbeitsproduktivität im Gesundheitswesen

277. Die „**Produktivität**“ der Beschäftigten im Gesundheitswesen beschreibt, wie viel Gesundheitsleistungen mit gegebenen Personalressourcen erbracht werden. Während laufende Produktivitätsgewinne in anderen Branchen selbstverständlich sind, gilt dies in einem dienstleistungsintensiven Wirtschaftszweig wie dem Gesundheitswesen nicht in gleichem Maße. Vor einigen Jahren wurden die Produktivitätsgewinne in einer Analyse für das Bundeswirtschaftsministerium verglichen: Zwischen den Jahren 2002 und 2012 stieg die Arbeitsproduktivität in der Gesundheitswirtschaft jährlich um 0,8 %; in der Gesamtwirtschaft mit 1,5 % fast doppelt so stark (BMWi 2015, Seite 20 f.).⁷⁰

278. Die Produktivität der Arbeitskräfte hängt – allgemein formuliert – von der Produktionstechnologie und den anderen verwendeten Input-Faktoren ab. Die **Automatisierung von Tätigkeiten**, die der technologische Fortschritt bereits heute ermöglicht und zukünftig noch stärker erlauben wird, könnte die Produktivität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen in den

⁶⁹ Das gilt sowohl für weibliche als auch für männliche Beschäftigte, wobei Frauen kürzere Wege zurücklegen als Männer. Mit der Geburt eines (ersten) Kindes sinkt zudem die durchschnittliche Pendeldistanz der Mütter, jedoch nicht der Väter (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2018). Differenziertere Analysen anhand früherer Daten legen nahe, dass sich die Pendeldifferenzen zwischen Müttern und Vätern mit zunehmendem Alter der Kinder kaum verringern (Skora 2018).

⁷⁰ Dabei ist zu beachten, dass auch die industrielle Gesundheitswirtschaft berücksichtigt ist.

nächsten Jahren deutlich erhöhen.⁷¹ Durch die Substitution von bislang durch Menschen erledigte Tätigkeiten kann das Verhältnis von Versorgungsleistung zu Personaleinsatz positiv beeinflusst und somit der Fachkräftebedarf reduziert werden. Dabei werden nicht unbedingt ganze Stellen ersetzt, sondern es werden vielmehr einzelne Tätigkeiten substituiert, sodass Fachkräfte auch individuell entlastet bzw. für andere Tätigkeiten eingesetzt werden können. Ein hohes Potenzial besteht für automatisch dokumentierte Versorgungsaufgaben. Digitale Technologien können die Fachkräfte darüber hinaus bei der Erfüllung patientennaher ärztlicher und pflegerischer Aufgaben entlasten. Die technischen Möglichkeiten werden vor allem durch die Weiterentwicklung künstlicher Intelligenz (KI) laufend erweitert. KI könnte in den nächsten Jahren verstärkt u. a. zur Unterstützung in der Bildanalyse (z. B. von Röntgenbildern), in der genetischen Analyse, in der Pathologie (z. B. bei der Analyse von Gewebeproben) und als Hilfe bei der klinischen Entscheidungsfindung eingesetzt werden. Viele der dafür erforderlichen Technologien befinden sich derzeit noch in der Erprobung. Es ist davon auszugehen, dass sie den Einsatz von Fachkräften zur Erfüllung solcher Aufgaben nicht vollständig ersetzen, sondern vielmehr ergänzen werden (siehe dazu z. B. OECD 2021). Während z. B. KI-basierte Diagnosesysteme in der Radiologie und in der Pathologie bereits jetzt bemerkenswerte Ergebnisse erzielen (siehe dazu z. B. Lång et al. 2023; Sturm et al. 2023) und insofern zu erwarten ist, dass der Bedarf an Fachkräften durch den Einsatz von KI reduziert wird, ist z. B. noch schwer abschätzbar, welche Wirkungen *Large-Language-Modelle* (wie ChatGPT) entfalten werden, denen z. B. Entlastungspotenzial bei der Erstellung von Arztbriefen zugesprochen wird (Kurz et al. 2023). Insbesondere die Reduktion von körperlich anstrengenden Tätigkeiten und die Erleichterung von Dokumentationsaufgaben könnten darüber hinaus die Attraktivität der Berufe im Gesundheitswesen und somit auch das Arbeitsangebot in der Zukunft möglicherweise erhöhen.⁷²

3.2.4 Arbeitsbedingungen

279. Ob jemand einen Beruf im Gesundheitswesen wählt (sei es als Berufseinsteiger oder als -rückkehrer), wie lange der Beruf ausgeübt und möglicherweise auch, mit welcher Motivation ihm nachgegangen wird, hängt u. a. von der **Attraktivität des Berufs** ab. Diese ist relativ zur Attraktivität von alternativen Erwerbsmöglichkeiten und von Nichterwerbstätigkeit zu betrachten. Die Attraktivität der beruflichen Alternativen wird individuell beurteilt, wobei z. T. gruppenspezifisch charakterisiert werden kann, was einen Beruf typischerweise attraktiv erscheinen lässt (siehe z. B. Ebbinghaus (2022) zur Attraktivität von Pflegeberufen bei Jugendlichen). Zudem können sich die als relevant empfundenen Merkmale der Arbeitsbedingungen im Zeitverlauf verändern.⁷³ Obwohl aus diesen Gründen nicht objektiv beurteilt werden kann, wie attraktiv ein Beruf ist, gibt es doch bestimmte Faktoren, wie Löhne, Arbeitszeiten, Arbeitsbelastung und gesellschaftliches Image des

⁷¹ Zunächst wurde der technologische Fortschritt in der Literatur vorrangig als mögliche Ursache für einen Einbruch der gesamtwirtschaftlichen Arbeitsnachfrage und für drohende Arbeitslosigkeit diskutiert (z. B. Frey/Osborne 2017; für Deutschland Bonin et al. 2015). Dabei wurde bereits auf mögliche positive Effekte auf die Arbeitsnachfrage hingewiesen. Die Nettoeffekte auf die Beschäftigung waren in der Literatur umstritten. Mittlerweile wird der technologische Fortschritt in vielen Bereichen vielmehr als potenzielles Mittel zur Entlastung der demografisch bedingten Fachkräftesituation betrachtet.

⁷² So gab im Rahmen einer Befragung im Auftrag von PwC Deutschland fast die Hälfte der befragten „potenziellen Pflegekräfte“ an, dass neue Technologien das Interesse am Pflegeberuf erhöhen könnten (PwC Deutschland 2022).

⁷³ Zum Beispiel gaben im Jahr 2022 drei Viertel der befragten Ärzt*innen in der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes an, Klimaschutz im Arbeitsumfeld als „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“ anzusehen (Marburger Bund 2022). Eine Veränderung im Zeitverlauf erscheint wahrscheinlich.

ausgeübten Berufs, die für die meisten Beschäftigten eine wichtige Rolle spielen. Sie werden in diesem Abschnitt näher betrachtet (zu den Auswirkungen der Fachkräftesituation auf die Arbeitsbedingungen siehe auch Kapitel 2).

280. Dabei wird im Folgenden **zwischen einzelnen Berufsgruppen und zwischen Settings** differenziert, da sich die Arbeitsbedingungen z. T. gravierend unterscheiden. Eine deutliche Unterscheidung ist zudem zwischen **angestellten und selbstständigen Beschäftigten** notwendig. Während Angestellte die Arbeitsbedingungen in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis in gewissem Maße als gegeben hinnehmen müssen und nur unter bestimmten Umständen darauf Einfluss nehmen können, haben Selbstständige üblicherweise mehr Gestaltungsspielraum, tragen jedoch auch mehr Verantwortung und mehr wirtschaftliches Risiko. Das ist insbesondere in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung relevant, die in Deutschland typischerweise zu einem großen Anteil von Selbstständigen übernommen wird. Es ist auffällig, dass sich der Anteil angestellter Ärzt*innen in der ambulanten Versorgung gemäß Daten der BÄK in den letzten zwei Jahrzehnten von ca. 6 % auf ca. 34 % erhöht hat, mit deutlichen Unterschieden zwischen den Facharztgruppen (BÄK 2023; siehe dazu auch Kapitel 1).

281. Um gemeinsam Verbesserungen ihrer Arbeitsbedingungen zu erreichen, organisieren sich viele Beschäftigte gewerkschaftlich oder anderweitig. Gesamtwirtschaftlich nimmt der **gewerkschaftliche Organisationsgrad** ab; nach OECD-Daten waren in Deutschland im Jahr 2019 noch 16,3 % der Arbeitnehmer Mitglied einer Gewerkschaft (OECD 2023). Die Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind unterschiedlich stark organisiert. Der Anteil der Pflegenden, die Mitglieder eines Berufsverbandes oder einer Gewerkschaft sind, ist sehr gering. Schätzungen zufolge liegt der Organisationsgrad bei ca. 10 %, wobei die Ergebnisse einzelner Schätzungen deutlich variieren (Schroeder 2017). In anderen Ländern ist der Organisationsgrad deutlich höher (z. B. liegt er in skandinavischen Ländern bei ca. 90 %, siehe dazu Heeser 2021). Ärzt*innen sind ungleich stärker organisiert; im Jahr 2006 wurde für den Marburger Bund, die Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärzt*innen, ein Organisationsgrad von 80 % berichtet (Laschet 2006).

282. Im deutschen Gesundheitssystem hängt die Durchsetzbarkeit von Partikularinteressen mit Blick auf die Arbeitsbedingungen darüber hinaus maßgeblich von der Ausgestaltung der **Selbstverwaltung** ab, die den Interessenvertretungen von Vertragsärzt*innen und Krankenhausträgern direkte Einflussmöglichkeiten auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens gibt. Der Status der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts und die damit verbundenen Pflichten und Rechte sichern ihre Position. Die Landeskrankenhausgesellschaften sind zwar keine Körperschaften des öffentlichen Rechts, aber sie schließen dennoch für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Vereinbarungen über Landesbasisfallwerte ab. Sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Interessenvertretung der ambulant tätigen Kassenärzt*innen auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Interessenvertretung der Krankenhausträger sind stimmberechtigte Mitglieder im Gemeinsamen Bundesausschuss und beeinflussen somit direkt die Ausgestaltung des Gesundheitswesens und damit die Arbeitsbedingungen.

3.2.4.1 Verdienstmöglichkeiten

283. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft sind die Löhne im Gesundheitswesen im Angestelltenbereich besonders **stark reguliert**. So gibt es z. B. neben den im Rahmen der

Tarifautonomie ausgehandelten Tarifverträgen⁷⁴ und dem allgemeinen Mindestlohn spezielle Mindestlöhne in der Pflege, die von der Pflegekommission differenziert nach Qualifikationsniveaus empfohlen und anschließend durch Rechtsverordnung für verbindlich erklärt werden. Spezielle Regeln gelten zudem für Beschäftigte in Zeitarbeit (siehe dazu auch SVR 2023); diese verdienen im Gesundheitswesen z. T. mehr als Festangestellte.⁷⁵ Es bestehen also sehr weitgehende und differenzierte Vorgaben für die Entlohnung, die trotzdem nicht allen Berufsgruppen gerecht werden. So sind z. B. Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss nicht in den Tarifsystemen abgebildet. Zu beachten ist auch, dass sich Restriktionen für die Lohnentwicklung aus der Vergütung der Gesundheitsleistungen ergeben, die im Rahmen des solidarisch finanzierten Systems ebenfalls stark reguliert ist.

284. Es gibt verschiedene Daten über die **Verdienste der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen**, wobei die verfügbaren Datenquellen unterschiedliche Vor- und Nachteile aufweisen. In Abbildung 3-5 im Anhang dieses Kapitels ist die Entwicklung der Bruttomonatsverdienste ausgewählter Berufsgruppen des Gesundheitswesens dargestellt. Vor allem aufgrund der unterschiedlichen verwendeten Datenquellen (siehe dazu Tabelle 3-1 im Anhang) ist ein Vergleich der Verdienste zwischen den Gruppen nur eingeschränkt möglich. Grob zusammengefasst lassen sich folgende Entwicklungen skizzieren:⁷⁶

Der Überschuss (= Einnahmen nach Abzug der Gesamtaufwendungen) je Inhaber*in einer Praxis für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich), der laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) als Bruttoeinkommen verstanden werden kann, belief sich im Jahr 2020 auf ca. 16 041 Euro pro Monat und lag damit ca. 37 % höher als 10 Jahre zuvor.⁷⁷ Der durchschnittliche **Überschuss der Praxisinhaber*innen** aller Facharztgruppen lag lange auf ähnlichem Niveau, ist jedoch etwas weniger angestiegen. Die reguläre **tarifliche Entlohnung von Ärzt*innen** in Weiterbildung lag im Jahr 2021 bei 4 961 Euro (Stufe 2); für Fachärzt*innen (ohne Ober- und Chefärzt*innen) lag die tarifliche Entlohnung an den Kliniken ein gutes Drittel darüber und für Oberärzt*innen wiederum ein gutes Fünftel über der Entlohnung der Fachärzt*innen. Die ärztlichen Tariflöhne sind über die vorangegangenen 10 Jahre um ca. 25 % gestiegen. Nach Angaben der BA liegt das Medianentgelt (vollzeitbeschäftigter) angestellter Ärzt*innen in Arztpraxen etwas niedriger als in Krankenhäusern (BA 2023b). Der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst anderer gut ausgebildeter Arbeitnehmer*innen lag im Jahr 2022 nach Angaben des Statistischen

⁷⁴ Seit dem 1. September 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihre Mitarbeiter*innen in den Bereichen Pflege und Betreuung nach Tarif bzw. kirchenarbeitsrechtlicher Regelung oder mindestens in gleicher Höhe bezahlen (§ 72 Abs. 3a SGB XI).

⁷⁵ Eine Befragung aus dem Jahr 2020 unter Pflegenden von Intermediate-Care-Stationen, Intensivstationen und Funktionsbereichen im deutschsprachigen Raum dokumentiert, dass das mittlere Einkommen von Pflegenden in Leiharbeit ca. 25 % über dem von festangestellten Pflegenden liegt. Allerdings ist dabei der Stundenumfang nicht berücksichtigt und die Werte weisen eine hohe Standardabweichung auf (Hermes et al. 2023).

⁷⁶ Weitere Quellenangaben (neben den im Fließtext aufgeführten Referenzen) sind der Tabelle 3-1 im Anhang dieses Kapitels zu entnehmen.

⁷⁷ Der Jahresüberschuss berechnet sich aus den Gesamteinnahmen abzüglich der Gesamtaufwendungen. In die Gesamtaufwendungen werden laut Zi folgende Posten miteinbezogen: Aufwendungen für Personal, Material und Labor, Miete und Nebenkosten der Praxisräume, Beiträge für Versicherungen und Gebühren, Aufwand für Kraftfahrzeughaltung, Abschreibungen, Aufwendungen für Leasing und Miete von Geräten, Aufwand für Wartung und Instandhaltung, Fremdkapitalzinsen, Aufwendungen für Fortbildungen, die Nutzung externer Infrastruktur und sonstige betriebliche Aufwendungen. Zur Berechnung des verfügbaren „Nettoeinkommens“ müssten darüber hinaus vor allem Steuern, Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie zu Versorgungswerken und ggf. weiteren Vorsorgeaufwendungen abgezogen werden (Zi 2022).

Bundesamtes im Jahr für Vollzeitbeschäftigte mit Diplom, Magister, Master oder Staatsexamen bei 6 188 Euro, mit Promotion oder Habilitation bei 8 687 Euro (Destatis 2023g).

285. Die **Bruttolöhne von Arbeitnehmer*innen mit schwierigen Fachtätigkeiten**⁷⁸ (z. B. Alten- oder Krankenpfleger*innen) in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Altenheimen verzeichneten ähnlich starke Anstiege und liegen seit einigen Jahren leicht über dem äquivalenten Durchschnitt im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich (dieser lag im Jahr 2021 bei 3 399 Euro). Dabei waren die Löhne in Krankenhäusern in der Vergangenheit höher als in Pflege- und Altenheimen; zuletzt haben die Löhne in Pflegeheimen aufgeholt. Nach Daten der Bundesagentur für Arbeit (BA) lagen die Medianentgelte von (vollzeitbeschäftigten) Fachkräften in anderen Wirtschaftszweigen, so in Arztpraxen und der sozialen Betreuung älterer und behinderter Menschen, auf einem etwas niedrigeren Niveau als in Pflegeheimen und Krankenhäusern (BA 2023b).⁷⁹

286. Die **tariflichen Löhne der MFA** im fünften Berufsjahr waren etwas stärker gestiegen und lagen im Jahr 2021 in den Kliniken bei 2 825 Euro und im ambulanten Sektor bei 2 438 Euro, was als ein Abwanderungsgrund aus dem ambulanten Sektor beschrieben wird (siehe dazu Kapitel 4).⁸⁰ Auch ist zu beachten, dass die meisten Praxen (71 %) Sonderzahlungen leisten und einige Praxen (31 %) übertariflich bezahlen (Höhl 2021). Die BA gibt das Medianentgelt von MFA für das Jahr 2022 mit 2 778 Euro an, wobei regionale Unterschiede bestehen: Gemäß den BA-Angaben liegt das Medianentgelt z. B. in Sachsen-Anhalt bei 2 381 Euro, in München bei 3 163 Euro. Regionale Unterschiede lassen sich auch für andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens erkennen (BA 2023a).

287. Im **internationalen Vergleich** unterscheiden sich die Gehälter der Beschäftigten im Gesundheitswesen deutlich. Für das Jahr 2020 umfassen die Daten der OECD Gehaltsangaben für angestellte Fachärzt*innen (nicht beschränkt auf den stationären Sektor, inklusive Chef- und Oberärzt*innen) in 28 Mitgliedsstaaten; die Werte reichen von ca. 23 000 US-Dollar (Polen) bis gut 197 000 US-Dollar (Irland) jährlich. Deutschland liegt mit rund 166 000 US-Dollar auf dem fünften Platz. Betrachtet man die Gehälter im Verhältnis zum Durchschnittslohn im jeweiligen Staat, ändert sich insgesamt die Reihung; Deutschland belegt jedoch auch in dieser Betrachtung den fünften Platz. Gemessen in Kaufkraftparitäten wurde für das Jahr 2020 nur für zwei andere OECD-Staaten ein höheres Durchschnittsgehalt angestellter Fachärzt*innen verzeichnet als für Deutschland (Niederlande und Südkorea). Für Pflegefachpersonen in Krankenhäusern bezieht sich der neueste Datenpunkt, den die OECD-Statistiken für Deutschland umfassen, auf das Jahr 2018. Deutschland lag mit ca. 55 000 US-Dollar bzw. einem Verhältniswert von 1,14 im oberen Mittelfeld der betrachteten Staaten und in Kaufkraftparitäten entsprechend auch hier etwas weiter vorne. Auch bei

⁷⁸ Die Angaben beziehen sich auf Arbeitnehmer*innen mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung, erforderlich ist (in der zugrunde gelegten Klassifikation entspricht dies der Leistungsgruppe 3 „Fachkräfte“).

⁷⁹ Differenziert man bei den Pflegenden nach Berufsgruppen und Anforderungsniveaus, zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede: Gemäß Angaben der BA lag das Medianentgelt in den Pflegeberufen (ohne Altenpflege) im Jahr 2022 bei 3 893 Euro; dabei verdienten Helfer*innen durchschnittlich 2 991 Euro, und Expert*innen durchschnittlich 4 694 Euro. In der Altenpflege ist das mittlere Entgelt für Helfer*innen mit 2 635 Euro geringer, für Expert*innen mit 5 758 Euro hingegen höher (BA 2023b).

⁸⁰ Anfang des Jahres 2024 haben sich die Tarifparteien auf deutliche Gehaltssteigerungen für MFA im ambulanten Sektor geeinigt; die Gehälter steigen zum 1. März 2024 über alle Tarifgruppen um 7,4 % (Verband medizinischer Fachberufe 2024).

Pflegefachpersonen ist die Spannbreite groß. In Luxemburg war der nominale Verdienst mehr als doppelt so hoch wie in Deutschland; in Litauen betrug er weniger als ein Drittel (OECD 2024).⁸¹

3.2.4.2 Arbeitszeiten

288. Umfang und Gestaltung von Arbeitszeiten sind wichtige Merkmale von Arbeitsbedingungen. Von den Arbeitszeiten hängt ab, inwieweit die berufliche Tätigkeit mit anderen Verpflichtungen vereinbar sind (siehe dazu auch Abschnitt 3.2.3.1) und auch, ob Wünsche nach *Work-Life-Balance* realisiert werden können.

289. Die Arbeitszeiten sind in Deutschland **vergleichsweise stark reguliert**. So sind z. B. Höchstarbeitszeiten für Angestellte im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) geregelt. Darüber hinaus setzen Dienst- bzw. Betriebsvereinbarungen und Tarifverträge den Rahmen für die zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu vereinbarenden Arbeitszeiten. Sie können Ausnahmeregelungen für Beschäftigte zulassen, deren Arbeitszeit häufig Bereitschaftsdienste o. Ä. enthält und die längeren Arbeitszeiten freiwillig zustimmen (sogenannte Opt-out-Regelung, geregelt in § 7 ArbZG). Viele Ärzt*innen haben eine entsprechende Erklärung unterzeichnet (Osterloh 2018). Einmal vereinbarte Arbeitszeitregelungen können Arbeitgeber nicht einseitig anpassen. Arbeitnehmer haben hingegen gemäß Teilzeit- und Befristungsgesetz (TzBfG) unter bestimmten Umständen das Recht, ihre Arbeitszeit (vorübergehend) zu reduzieren, also z. B. von einer Vollzeit- zu einer Teilzeitstelle zu wechseln (§§ 8, 9a TzBfG). Für selbstständige Vertragsärzt*innen ergeben sich Restriktionen der Arbeitszeitgestaltung aus dem Bundesmantelvertrag zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband (BMV-Ä). Demnach ist insbesondere der mit der Zulassung verbundene volle Versorgungsauftrag durch ein Angebot von mindestens 25 Wochenstunden persönlicher Sprechstundenzeit für GKV-Versicherte zu erfüllen; bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gilt dies entsprechend anteilig (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä).

290. Im Gesundheitswesen macht ein wachsender Anteil der Beschäftigten von der Möglichkeit Gebrauch, in **Teilzeit** zu arbeiten, wie in Kapitel 1 nach Berufsgruppen differenziert dargestellt wurde. In diesem Abschnitt werden die Arbeitszeiten näher charakterisiert, indem z. B. die Verbreitung von Wochenenddiensten und Überstunden dargestellt wird. Es liegt in der Natur der patientennahen Versorgung, dass die Arbeitnehmer*innen im Gesundheitswesen häufig mit solchen unüblichen Arbeitszeiten konfrontiert sind, die die Attraktivität der Berufe beeinträchtigen können.

291. Tätigkeiten in der **Pflege** sind besonders stark davon geprägt, dass viele Patient*innen und Pflegebedürftige durchgängig versorgt werden müssen. Nach einer Auswertung des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes arbeiteten im Jahr 2022 59,9 % der Kranken- und 55,4 % der Altenpfleger*innen im Schichtdienst. In der Gesamtwirtschaft waren es lediglich 13,7 % der Beschäftigten. Ein noch größerer Anteil beider Gruppen, 67,5 % der Kranken- und 74,9 % der Altenpfleger*innen, arbeitete regelmäßig am Wochenende. In der Gesamtwirtschaft galt dies für

⁸¹ Die Autor*innen eines Beitrags im Krankenhausreport 2023, in dem diese Daten teilweise ebenfalls dargestellt sind, weisen darauf hin, dass z. T. geschätzte Werte zugrunde liegen und die Definitionen der Berufsgruppen z. T. unterschiedlich seien, weshalb die Vergleiche nur als Annäherung zu verstehen seien (Köppen/Busse 2023).

30,4 % der Beschäftigten (Destatis 2023e).^{82,83} Darüber hinaus sind Pflegefachpersonen mit häufig wechselnden Dienstplänen, fehlenden Erholungspausen und Überstunden konfrontiert.⁸⁴ Einer Befragung von Pflegefachpersonen in Bremen zufolge wären verlässliche Arbeits- und Pausenzeiten den Pflegenden sogar wichtiger als die Reduzierung von Schicht- und Nachtdiensten (Auffenberg/Heß 2021). Es gibt eine breite Literatur zu den vielfältigen Auswirkungen, die lange und nächtliche Arbeitszeiten haben können; dazu zählen z. B. Schlafstörungen und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Arbeitsunfälle (einen Überblick bietet z. B. Caruso 2014, siehe dazu auch Kapitel 2).

292. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren **Ärzt*innen** im Jahr 2022 weniger oft von Schicht- (15,5 %) und Wochenenddiensten (46,9 %) betroffen (Destatis 2023e). Allerdings weisen sie besonders hohe Wochenarbeitszeiten auf. Gemäß einer Sonderauswertung von Ergebnissen des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes arbeiteten im Jahr 2018 32 % der Ärzt*innen in der Regel mehr als 48 Stunden pro Woche. Insgesamt galt dies nur für 6 % der Erwerbstätigen in Gesundheits- und Pflegeberufen (Destatis 2020b). Nach Angaben der befragten Ärzt*innen⁸⁵ im Rahmen der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes im Jahr 2022 lag die durchschnittliche tatsächliche Arbeitszeit inklusive aller Dienste, d. h. ggf. unter Einbeziehung von Zeiten, in denen nicht unbedingt aktiv gearbeitet wurde, und inklusive Überstunden, bei über 50 Stunden; bei einem Fünftel der Befragten lag sie sogar bei über 60 Stunden. Dabei besteht eine Diskrepanz zwischen tatsächlicher und gewünschter Arbeitszeit: Knapp 92 % der Befragten würden eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von maximal 48 Stunden bevorzugen (Marburger Bund 2022). Für selbstständige Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen gibt das Praxispanel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) für das Jahr 2020 eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 45,4 Stunden an, wovon 36,4 Stunden auf ärztliche bzw. psychotherapeutische Tätigkeiten entfielen. Auf dem Land lag der Durchschnitt etwas darüber (47,1 Stunden), in der Stadt etwas darunter (43,9 Stunden). Die Werte übertrafen die durchschnittliche Wochenarbeitszeit aller Selbstständigen in Deutschland von 39,9 Stunden. Für angestellte Ärzt*innen im ambulanten Sektor lag die durchschnittliche Wochenarbeitszeit (für ärztliche/psychotherapeutische Tätigkeiten) im Jahr 2020

⁸² Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Grundgesamtheit der Angaben auch Führungskräfte umfasst, die möglicherweise seltener von Schicht- und Wochenenddiensten betroffen sind.

⁸³ Differenziert man stattdessen nach Settings, ist die Beschäftigung in einem Pflege-, Alten- oder Behinderten(wohn)heim insgesamt etwas häufiger mit Wochenend- oder Schichtarbeit verbunden als die Beschäftigung in einem Krankenhaus; eine Auswertung des Mikrozensus 2022 auf Anfrage bei Destatis ergab folgende Werte: Wochenendarbeit: 67,3 % in Pflege-, Alten- oder Behinderten(wohn)heimen gegenüber 53,5 % in Krankenhäusern; Schichtarbeit: 47,6 % in Pflege-, Alten- oder Behinderten(wohn)heimen gegenüber 39,5 % in Krankenhäusern. Bei Beschränkung der Auswertung des Mikrozensus nach Settings auf die Berufsgruppen der Kranken- und Altenpflege ergeben sich folgende Werte: Wochenendarbeit: 77,3 % in Pflege-, Alten- oder Behinderten(wohn)heimen gegenüber 68,0 % in Krankenhäusern; Schichtarbeit: 62,7 % in Pflege-, Alten- oder Behinderten(wohn)heimen gegenüber 64,2 % in Krankenhäusern (Destatis 2023e).

⁸⁴ Zum Beispiel dokumentiert die bundesweit repräsentative Erhebung für den Index Gute Arbeit des Deutschen Gewerkschaftsbundes: Während insgesamt 67 % der Befragten angaben, „in sehr hohem“ oder „in hohem Maß“ Einfluss darauf zu haben, wann sie ihre Überstunden ausgleichen, gaben nur 44 % der Befragten aus Pflegeberufen eine solche Antwort. Insgesamt 47 % gaben an, „in sehr hohem“ oder „in hohem Maß“ Einfluss auf ihre Arbeitszeitgestaltung zu haben; bei den Beschäftigten aus Pflegeberufen waren es 28 % (DGB 2018).

⁸⁵ Die Befragten arbeiteten überwiegend in Akutkrankenhäusern und Rehakliniken, 6 % in ambulanten Einrichtungen.

mit durchschnittlich 34,7 Stunden niedriger, was vor allem auf den hohen Teilzeitanteil zurückzuführen ist (Zi 2022, siehe dazu auch Kapitel 1).⁸⁶

293. MFA sind vergleichsweise selten von den hier betrachteten Arten unüblicher Arbeitszeiten betroffen. Nach einer Auswertung des Mikrozensus 2022 des Statistischen Bundesamtes liegen die Anteile von Wochenend- (9,7 %) und Schichtarbeit (6,8 %) für MFA deutlich unter den Anteilen in der Gesamtwirtschaft (30,4 bzw. 13,7 %; Destatis 2023e).⁸⁷

3.2.4.3 Weitere Komponenten der Arbeitsbedingungen

294. Die Berufe im Gesundheitswesen sind teils mit **großen körperlichen und psychischen Belastungen** verbunden: So ist z. B. durch die bundesweit repräsentative Erhebung für den Index Gute Arbeit des Deutschen Gewerkschaftsbundes eine vergleichsweise „schlechte Arbeitsqualität“ in den Pflegeberufen dokumentiert, die u. a. an starkem Stress, ausgeprägter emotionaler Belastung, hohen körperlichen Anforderungen und pessimistischen Erwartungen an die künftige Arbeitsfähigkeit festgemacht wird (Schmucker 2020).⁸⁸ Der DAK-Gesundheitsreport dokumentiert zudem, dass Beeinträchtigungen der Gesundheit von Beschäftigten vor allem dann auftreten, wenn das berufliche Umfeld von Personalmangel betroffen ist (Hildebrandt et al. 2023, siehe dazu auch Kapitel 2). Die Belastungen spiegeln sich u. a. in der Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit wider (siehe Kapitel 1).

295. Die Attraktivität eines Berufs hängt auch mit der **Autonomie** zusammen, die bei seiner Ausübung besteht und die stark zwischen den Berufsgruppen variiert. Es werden vor allem Tätigkeiten als belastend empfunden, die hohe Anforderungen stellen und gleichzeitig durch wenig Entscheidungskontrolle oder gar keine eigene Entscheidungsautonomie gekennzeichnet sind (so z. B. beschrieben durch das *Job-Strain-Modell* nach Karasek 1979). Die Berufe im Gesundheitswesen sind von einer sehr unterschiedlichen Entscheidungsautonomie geprägt; Verbesserungspotenziale werden im zweiten Teil des Gutachtens beleuchtet.

296. Relevant ist zudem, welches Image ein Beruf hat und wie viel **Anerkennung** der Berufsgruppe entgegengebracht wird. Mangelnde Anerkennung am Arbeitsplatz kann mitursächlich für psychosoziale Belastungen sein (so beschrieben im Rahmen des *Effort-reward-imbalance-Modells* nach Siegrist 1996). Angehörige der Gesundheitsberufe genießen grundsätzlich ein hohes Ansehen in der Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass das Image für die Entscheidung potenzieller Bewerber für oder gegen einen Beruf ein ausschlaggebender Aspekt ist. Befragungsdaten weisen jedoch auch darauf hin, dass insbesondere die Arbeitszufriedenheit von MFA unter einer geringen Anerkennung leidet (Mergenthal/Güthlin 2021). Zudem gibt es zunehmend Berichte über aggressives Verhalten von Patient*innen gegenüber medizinischem und pflegerischem Personal (siehe z. B. BÄK 2021; Pflege-Netzwerk Deutschland 2021; Sonnenmoser 2017). Die damit verbundenen Gefahren

⁸⁶ Die Werte beruhen auf Angaben einer Querschnittsauswahl von 649 angestellten Ärzt*innen und 4 357 Praxishaber*innen.

⁸⁷ Die Angaben beziehen sich auf die Berufsgruppe „Arzt- und Praxishilfen“ gemäß KldB 2010.

⁸⁸ Die Arbeitsqualität wird an 42 Dimensionen festgemacht. Dazu gehören die Ressourcenausstattung (Gestaltungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, Betriebskultur etc.), die Belastungssituation (Arbeitszeit, körperliche und psychische Anforderungen) sowie die Einkommenssituation und die Beschäftigungssicherheit (Schmucker 2020).

und möglichen negativen Auswirkungen auf die intrinsische Motivation könnten das Image und die Bereitschaft für eine Beschäftigung im Gesundheitswesen reduzieren.

297. Wie attraktiv eine Stelle ist, kann auch von der damit verbundenen Arbeitsplatzsicherheit abhängen. Arbeitsplatzunsicherheit hingegen gilt als ein wichtiger Stressor am Arbeitsplatz und wird mit negativen Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten in Verbindung gebracht (Haupt 2010; Rau/Buyken 2015). Die angespannte Fachkräftesituation spricht zunächst dafür, dass vielen Arbeitgebern daran gelegen ist, Personal zu halten, und dass arbeitssuchende Fachkräfte zügig eine Stelle finden können. Gleichwohl gibt es verhältnismäßig viele **befristete Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen**. Gemäß einer Auswertung des Mikrozensus 2022 auf Anfrage beim Statistischen Bundesamt lagen die Anteile der befristet Beschäftigten für Arzt- und Praxishilfen und Pflegefachpersonen leicht über dem gesamtwirtschaftlichen Anteil von 11,7 %. Bei Ärzt*innen lag der Anteil mit 20,7 % noch etwas höher. Insbesondere in Krankenhäusern werden Ärzt*innen häufig zumeist für die Dauer ihrer fachärztlichen Weiterbildung befristet beschäftigt (37,5 %; Destatis 2023d).

298. Darüber hinaus setzt das Vergütungssystem durch DRGs (*Diagnosis Related Groups*) im Krankenhausbereich und quartalsbezogene Vergütung im vertragsärztlichen Bereich Mengenanreize, die zu einer Erhöhung von **Arbeitsdichte und Arbeitstempo** führen, was wiederum die Arbeitsbedingungen beeinträchtigt (siehe dazu Kapitel 5 und 6). **Weitere relevante Merkmale** der Arbeitsbedingungen umfassen u. a. die Gestaltung von Zusammenarbeit und Führung, das Ansehen der Berufe sowie die individuellen Weiterentwicklungsmöglichkeiten und Karrierewege. Diese Aspekte können besonders weitgehend gestaltet werden und werden deshalb als Stellschrauben in Kapitel 4 beleuchtet.

3.3 Einflussfaktoren auf der Bedarfs-/Nachfrageseite

299. Bevor die Einflussfaktoren auf der Bedarfs- bzw. Nachfrageseite näher beleuchtet werden, werden die dabei verwendeten Begrifflichkeiten definiert und in Beziehung zueinander gesetzt. Abbildung 3-2 veranschaulicht das Zusammenspiel aus Bedarf, Nachfrage, Angebot und Inanspruchnahme gemäß dem Begriffsverständnis, das diesem Gutachten zugrunde liegt. Dieses stützt sich z. T. auf vorangegangene Gutachten (u. a. SVR 2018) und auf weitere Literatur (u. a. Rodriguez Santana et al. 2023; Sundmacher et al. 2018). Abbildung 3-2 kann dabei wie ein vergrößerter Ausschnitt aus Abbildung 3-1 verstanden werden; sie stellt etwas detaillierter dar, von welchen Faktoren die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abhängt.

300. Die Frage, wie eine **bedarfsgerechte Versorgung** gewährleistet und nachhaltig finanziert werden kann, hat der Rat in der Vergangenheit immer wieder in den Mittelpunkt seiner Gutachten gestellt (siehe z. B. SVR 2018, Seite 46). Der Charakterisierung einer bedarfsgerechten Versorgung kann man sich auf unterschiedliche Arten nähern. Der Deutsche Ethikrat hat das „Patientenwohl“ als normatives Leitprinzip der Gesundheitsversorgung beschrieben, das sowohl die individuelle Selbstbestimmung als auch eine hohe Behandlungsqualität und Patientensicherheit sowie Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit impliziert. Zugleich weist er auf die Knappheit von Ressourcen und die Notwendigkeit hin, sie – sowohl aus ökonomischen als auch ethischen Gründen – effizient und effektiv einzusetzen (Deutscher Ethikrat 2016, Seite 37 f.). Gesetzlich ist dieser Anspruch in Deutschland als Wirtschaftlichkeitsgebot verankert (§ 12 SGB V). Die **knappe Ressource „Personal“**

gilt es, bedarfsgerecht und wirtschaftlich einzusetzen. Die dabei zwangsläufig auftretenden Abwägungsentscheidungen können entschärft, aber nicht aufgelöst werden, wenn die Gesellschaft sich für einen höheren Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen entscheidet.

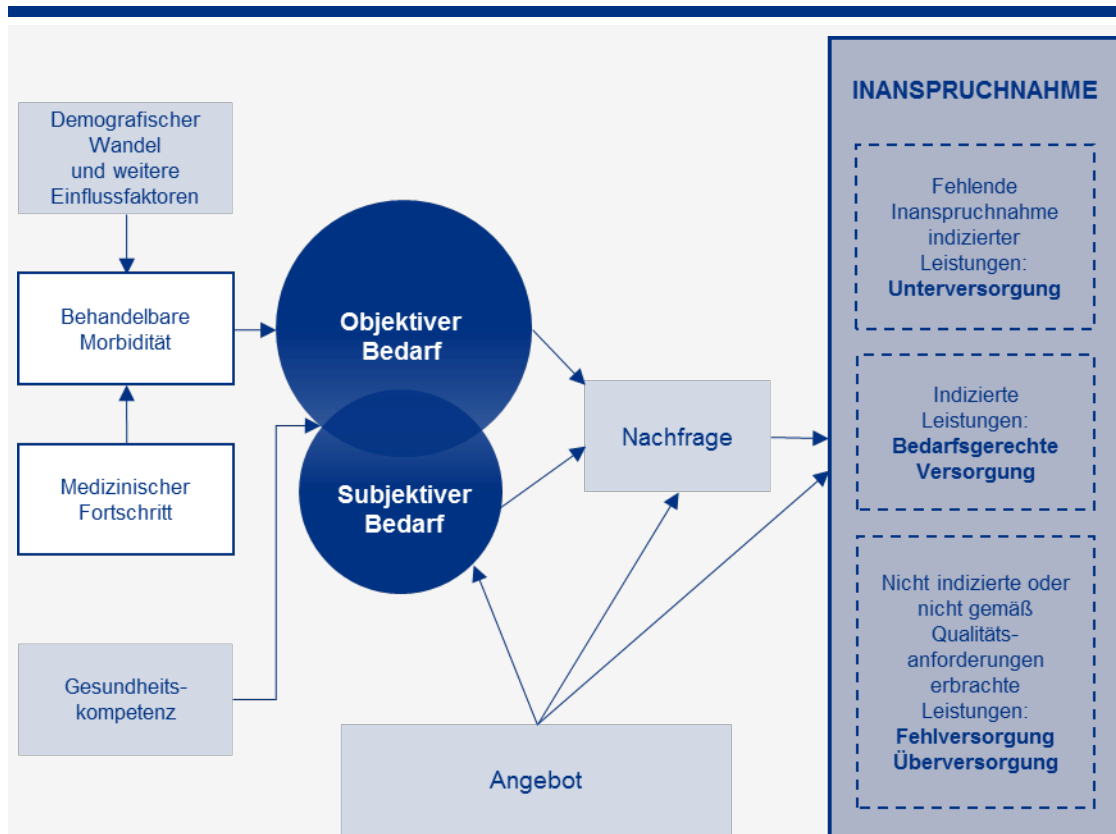


Abbildung 3-2: Subjektiver und objektiver Bedarf und ihr Zusammenhang mit der Inanspruchnahme

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sundmacher et al. (2018).

301. Der **subjektive Bedarf** an Gesundheitsleistungen leitet sich aus der Patientenperspektive ab, resultiert also aus der individuellen Annahme zur Notwendigkeit von und dem Wunsch nach bzw. der Präferenz für bestimmte Gesundheitsleistungen. Aus dem subjektiven Bedarf resultiert die initiale Entscheidung zur Nachfrage (durch Kontaktaufnahme mit einem Leistungserbringer) und letztendlich zur Inanspruchnahme. Eine hohe Gesundheitskompetenz kann zu einer höheren Schnittmenge zwischen subjektivem und objektivem Bedarf beitragen.

302. Der **objektive Bedarf** an Gesundheitsleistungen entspricht der notwendigen Menge an Leistungen, die in Anspruch genommen werden müssen, um die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Dabei ist der objektive Bedarf als ein latentes Konstrukt zu verstehen, das nicht gemessen, sondern lediglich approximiert werden kann. In der Literatur konkurrieren verschiedene Ansätze zur Definition des objektiven Bedarfs. Nach dem hier zugrunde gelegten realistischen Ansatz (Culyer 1995) wird als Bedarf die minimale Menge an Ressourcen definiert, die notwendig ist, um das gesundheitsbezogene Nutzenpotenzial vollständig zu decken

(*capacity to benefit*). Es ist nicht trivial, den Bedarf an Gesundheitsleistungen präzise abzuschätzen. Noch schwieriger ist es, ihn in einen Bedarf an Fachkräften zu übersetzen.

303. Die **Nachfrage** nach Gesundheitsleistungen leitet sich sowohl vom subjektiven als auch vom objektiven Bedarf ab und beeinflusst gemeinsam mit dem Angebot die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Der Einfluss des Angebots kann u. a. mit der Verfügbarkeit medizinischer und pflegerischer Leistungen korrelieren, also z. B. der räumlichen Nähe zu Krankenhäusern oder Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten, freien Krankenhausbetten oder nicht ausgelasteten Geräten (Braun et al. 2006). Auch das Angebot an individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) kann die Nachfrage beeinflussen (angebotsinduzierte Nachfrage ohne objektiven Bedarf, siehe dazu auch Kapitel 5). Hinweise auf solche Effekte können z. B. regional unterschiedliche Häufigkeiten von Untersuchungen oder Behandlungen sein (siehe z. B. Kopetsch 2007).

304. Ein **fehlendes oder unerreichbares Angebot** kann dazu führen, dass Bedarf für Pflege, ärztliche Behandlungen oder andere Gesundheitsleistungen unerfüllt bleibt. Das wiederum kann langfristig zu einer Erhöhung des Bedarfs führen, wenn essenzielle diagnostische oder therapeutische Angebote zu spät zur Verfügung gestellt werden und dies zu höherer Morbidität führt.

305. Eine bedarfsgerechte Versorgung ist dadurch charakterisiert, dass sich die Inanspruchnahme mit dem oben skizzierten Konzept des objektiven Bedarfs deckt. Führt Bedarf nicht zur Inanspruchnahme, so liegt **Unterversorgung** vor. Wird mehr bzw. etwas anderes in Anspruch genommen, als minimal zur Deckung des Bedarfs notwendig ist, liegt **Über- bzw. Fehlversorgung** vor. Überversorgung kann aufgrund der Informationsasymmetrien, die auf dem Leistungsmarkt zwischen Anbietern und Nachfragern bestehen, in angebots- bzw. anbieterinduzierter Nachfrage begründet liegen. Zudem hängen die Angebotsentscheidungen von Leistungserbringern auch von dem Teil der Nachfrage ab, der auf den subjektiven Bedarf zurückgeht. Das kann sich u. a. in einem entsprechenden IGeL-Angebot widerspiegeln, z. B. von kosmetischen und plastisch-chirurgischen Eingriffen (siehe dazu z. B. Richter-Kuhlmann 2023; zur Entwicklung des IGeL-Angebots insgesamt Drews/Reiners 2023). Da die Inanspruchnahme medizinisch nicht indizierter Leistungen Fachkräfte bindet, die für eine bedarfsgerechte Versorgung fehlen, ist der Abbau von Überversorgung angesichts der sich verschärfenden Fachkräftesituation eine zentrale Maßnahme.

3.3.1 Demografischer Wandel und Krankheitslast

306. Der Bedarf an Fachkräften ist nicht gleichbedeutend mit der Morbiditätslast, hängt aber von dieser ab. Die Morbiditätslast wiederum wird von Einflussfaktoren bestimmt, die im Folgenden näher beleuchtet werden. Die *Global-Burden-of-Disease*-Studie hat den Anspruch, ein umfassendes globales Bild von **Sterblichkeit, Krankheit und Behinderung** über Staaten, Zeit, Alter und Geschlecht hinweg zu bieten (Institute for Health Metrics and Evaluation 2023). Aufbauend auf den Methoden dieser Studie, jedoch mit Modifikationen und Ergänzungen, wird im Rahmen des Projekts BURDEN 2020 die nationale Krankheitslast für Deutschland näher analysiert. Zentrale Ergebnisse dieses Projektes sind, dass in Deutschland die meisten verlorenen Lebensjahre anteilmäßig auf Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, alkoholbezogene Störungen und Suizide zurückgehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass von den zwei Komponenten der Krankheitslast Morbidität und Mortalität insbesondere die Morbidität den medizinischen Behandlungsbedarf und damit auch den Fachkräftebedarf bedingt. Die Krankheitslast

durch gesundheitliche Einschränkungen ist demgegenüber stärker auf Schmerzerkrankungen, psychische Störungen und Diabetes mellitus zurückzuführen (RKI 2023, Seite 21). Dabei bestehen deutliche Unterschiede nach Geschlecht. Diese sind Abbildung 3-3 zu entnehmen, die – differenziert zwischen Frauen und Männern – jene Verletzungen und Erkrankungen aufführt, auf die die jeweils größten Anteile der Krankheitslast zurückzuführen sind. Deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich z. B. in Bezug auf Alzheimer- und andere Demenzerkrankungen, von denen Frauen deutlich häufiger betroffen sind.

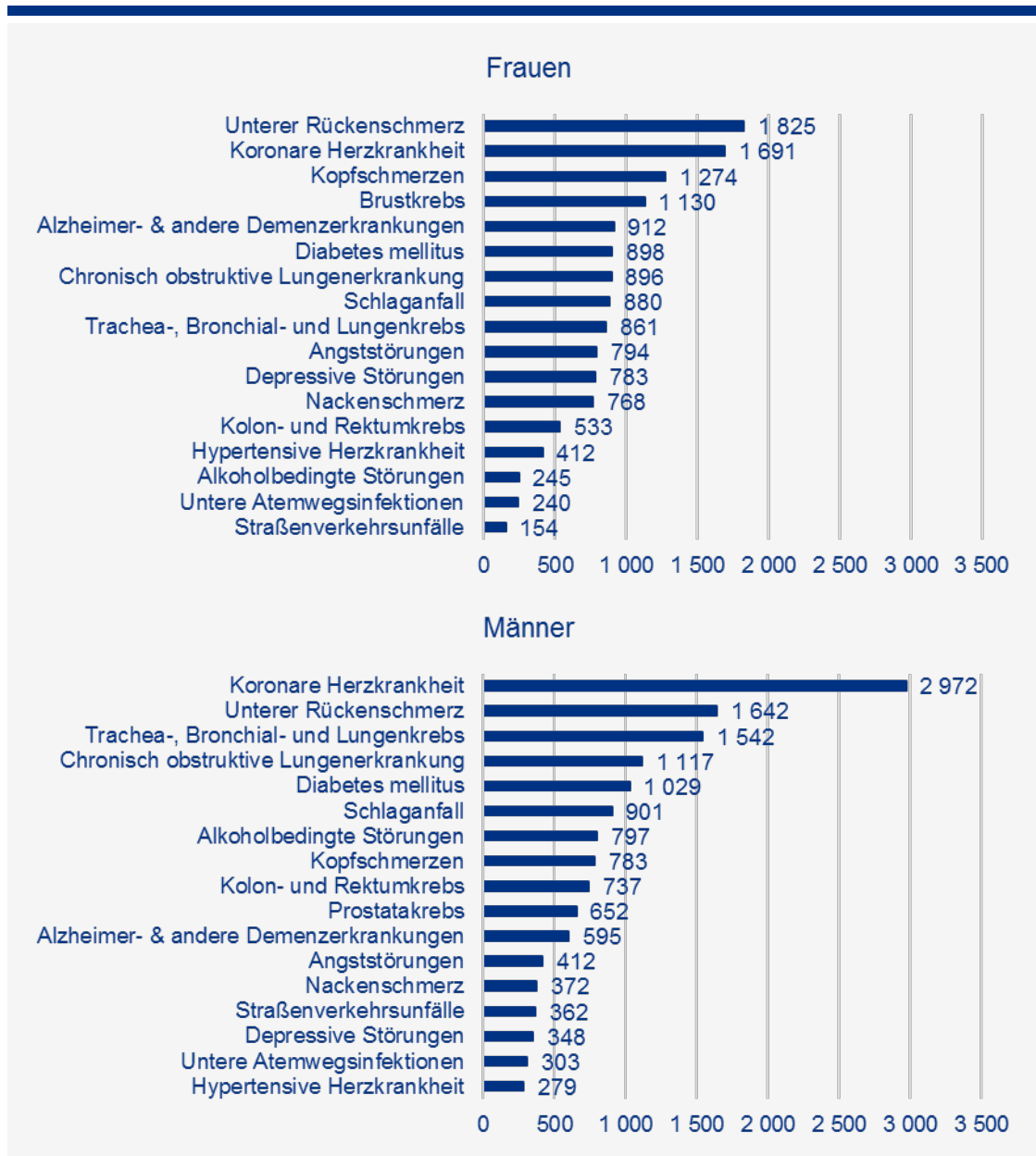


Abbildung 3-3: Krankheitslast nach Geschlecht

Dargestellt ist die Krankheitslast gemessen als verlorene Lebensjahre aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung oder frühzeitigen Versterbens (DALYs, *Disability-adjusted life years*) je 100 000 Personen.

Quelle: RKI (2023). Grafisch angepasst.

307. Zudem dokumentiert BURDEN 2020 die Bedeutung sozialer Faktoren. So wird am Beispiel von Diabetes mellitus deutlich, dass Unterschiede in der Krankheitslast zuungunsten sozial deprivierter Regionen bestehen (RKI 2023, Seite 25). Allgemeiner ist die Relevanz **sozialer Unterschiede** bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt dokumentiert. So beträgt die Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe gemäß Daten des Sozio-oekonomischen Panels der Jahre 1992 bis 2016 bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre; dabei erscheinen die sozialen Unterschiede über die Zeit relativ stabil (Lampert et al. 2019). Diese Unterschiede sind vor allem über das Gesundheitsverhalten zu erklären (siehe dazu Kapitel 5). Regionale Unterschiede in der Krankheitslast ergeben sich neben sozioökonomischen auch aus umweltbezogenen Faktoren. Zum Beispiel ist die feinstaubbedingte Krankheitslast in den nordöstlichen Ländern Deutschlands besonders hoch (RKI 2023, Seite 28). Diese starken sozialen und regionalen Abhängigkeiten müssen bei der Planung von Gesundheitsangeboten und dem Einsatz von Fachkräften mitberücksichtigt werden.

308. Das **Alter** ist der bestimmende Faktor in der Verteilung der Krankheitslast in der Gesellschaft. Der Altersfaktor ist perspektivisch besonders relevant, weil der Anteil älterer Menschen im Zuge des demografischen Wandels zunimmt (siehe dazu Abschnitt 3.2.1.1), was den medizinischen und pflegerischen Bedarf quantitativ und qualitativ deutlich verändern wird. In der Literatur existieren zwei gegenläufige Thesen zur möglichen Auswirkung der steigenden Lebenserwartung auf die Krankheitslast im Lebensverlauf, die Expansions- und die Kompressionsthese (siehe dazu auch SVR 2018). Gemäß der Expansionsthese geht die steigende Lebenserwartung mit einer erhöhten Anzahl an Lebensjahren in Krankheit einher, was höhere Kosten bei gegebener Altersstruktur mit sich brächte (Gruenberg 1977). Die Kompressionsthese beruht hingegen auf der Annahme, dass (chronische) Krankheiten komprimiert an das Ende des Lebens gedrängt werden (Fries 1980). Weitere Ansätze verbinden die beiden Perspektiven, so z. B. Manton (1982).⁸⁹ Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die Anzahl an Personen mit chronischen Erkrankungen durch die steigende Lebenserwartung und den medizinischen Fortschritt mit der Möglichkeit einer früheren Erkennung von Erkrankungen bzw. von deren Vorstufen ansteigen wird. Verbesserte Therapiemöglichkeiten können die Wahrscheinlichkeit senken, an den Folgen einer chronischen Erkrankung zu versterben, und/oder verzögern zumindest den Todeszeitpunkt. Beispielhaft zeigt sich dies gerade in der Onkologie. Neue Therapieoptionen mit einer zunehmenden molekularen Spezialisierung verlängern das Überleben und verbessern die Lebensqualität bei verschiedenen Krebsentitäten (Schuler et al. 2023).

309. Die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen führt zu einem höheren Anteil von multimorbiden Patient*innen. Eine Auswertung von Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Jahr 2014 ergab, dass 31,4 % der Versicherten als multimorbide angesehen werden können (Schmitz et al. 2023). **Multimorbidität**, also das zeitgleiche Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen, führt insbesondere im weitgehend ungesteuerten deutschen

⁸⁹ Welcher der Ansätze eher zutrifft, ist umstritten, für beide Thesen und Kombinationen gibt es Hinweise aus der Literatur (Überblick siehe Sundmacher et al. 2018, Seite 318 f.). Zum jetzigen Zeitpunkt ist zu beobachten, dass sich für verschiedene Erkrankungen unterschiedliche Muster der Morbiditätsentwicklung zeigen: Während für Gruppen von Erkrankungen wie z. B. Demenz eher eine Kompression der Morbidität und damit – ungeachtet der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung – ein reduzierter Bedarf zu verzeichnen ist, gilt dies für andere Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus Typ 2 nicht. Hier ist von einem steigenden Bedarf in den nächsten Jahren auszugehen (Geyer/Eberhard 2022). So verzeichnet BURDEN 2020 für 80–84-Jährige eine mehr als 30-mal höhere Krankheitslast aufgrund von Diabetes mellitus als für 35–39-Jährige (RKI 2023, Seite 22 f.).

Gesundheitssystem zu höheren Kontaktraten mit Leistungserbringern. Laufen die Kontakte unkoordiniert ab, besteht die Gefahr von mehrfachen, ggf. sogar unnötigen Untersuchungen und gegenläufigen Therapiemaßnahmen (Lehnert/König 2012). Vor allem im Hinblick auf die Versorgung von hochaltrigen multimorbiden Patient*innen bedarf es daher einer **möglichst gut koordinierten Zusammenarbeit von Akteuren aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich** unter Einbeziehung des sozialen Umfelds (Bunn et al. 2018). Dies erfordert neben den zeitlichen Ressourcen der beteiligten Fachkräfte geeignete Strukturen und Formate zur Informationsübermittlung und Zusammenarbeit wie die Nutzung einer elektronischen Patientenakte (siehe dazu Abschnitt 3.4.4). Weitere Formate zur Verbesserung der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit, wie z. B. Fallkonferenzen, sind in Selektivverträgen bereits implementiert (siehe z. B. den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 08. Mai 2008 i. d. F. vom 01. Oktober 2021 gemäß § 73b SGB V); allerdings ist ihr Nutzen noch nicht ausreichend untersucht.

310. Multimorbidität geht häufig mit **Multimedikation**⁹⁰ einher. Multimedikation wiederum ist u. a. mit einer Risikoerhöhung für das Auftreten von Nebenwirkungen und einer höheren Wahrscheinlichkeit von Krankenhausbehandlungen assoziiert, was sich wiederum auf den Fachkräftebedarf auswirkt. Zur Vermeidung ist ein vorausschauendes Management des Medikationsprozesses notwendig, je nach individueller Situation und Fallschwere unter Einbindung von Hausarzt*innen, Pflegefachpersonen, Apotheker*innen, Fachspezialist*innen und Angehörigen (DEGAM 2021). Ansätze zur Verbesserung des Medikationsmanagements werden u. a. in einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit (Meid et al. 2023) und der Unterstützung durch digitale Technologien gesehen (Austin et al. 2018).

311. Auch im Kontext des Pflegebedarfs spielen die steigende Lebenserwartung und die Zunahme von Multimorbidität eine zentrale Rolle. Gemäß Ergebnissen der Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes würde die Zahl **pflegebedürftiger Menschen** im Sinne des SGB XI in Deutschland allein durch die Alterung bis zum Jahr 2035 um 14 % und bis zum Jahr 2055 um 37 % zunehmen (Destatis 2023i). Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die Gruppe der demenziellen Erkrankungen aufgrund ihrer starken Altersabhängigkeit und eines hohen Pflegebedarfs besonders zu berücksichtigen. Es gibt Prognosen, nach denen die Zahl der Demenzpatient*innen von derzeit ca. 1,6 Millionen Menschen bis zum Jahr 2050 auf rund 2,7 Millionen ansteigen wird (Alzheimer Europe 2019). Auch wenn sich derzeit aufgrund der Vielzahl weiterer Einflussfaktoren (u. a. der Rolle der pflegenden Angehörigen) und deren Wechselwirkungen nicht zuverlässig prognostizieren lässt, wie stark sich die zunehmende Multimorbidität auswirken und wie sich der Bedarf an pflegerischen Leistungen in einen Bedarf an Fachkräften, insbesondere Pflegefachpersonen, übersetzen wird, ist von einer erheblichen Zunahme des Bedarfs und von dessen Komplexität im Bereich der Langzeitpflege auszugehen.

3.3.2 Migration

312. Auch Migrationsbewegungen können **spezifische Änderungen auf der Bedarfsseite** hervorrufen, die sich auf die Fachkräftesituation auswirken. Einerseits gibt es Anhaltspunkte dafür, dass zugewanderte Menschen in Deutschland einen geringeren Versorgungsbedarf haben, was daran liegen könnte, dass es sich bei ihnen um eine selektive Gruppe mit geringerem Krankheits- und

⁹⁰ D. h. mit der dauerhaften Anwendung von mindestens fünf Medikamenten.

Sterblichkeitsrisiko handelt.⁹¹ Andererseits erschweren systembedingte Faktoren die chancengleiche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Dazu zählen die ggf. vorübergehend eingeschränkte Verfügbarkeit öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen,⁹² Sprachbarrieren und Diskriminierung (SVR Integration und Migration 2022). Es bedarf daher zielgruppenspezifischer niederschwelliger Unterstützungsangebote im Gesundheitssystem.

313. Zudem ergeben sich durch Migrationsbewegungen **besondere fachliche Anforderungen** für die Versorgung, denen das Fachkräfteangebot gerecht werden muss. So sind ein geringes gesellschaftliches Zugehörigkeitsgefühl und selbstberichtete Diskriminierungserfahrungen zugewanderter Menschen u. a. mit höheren Prävalenzen einer chronischen Erkrankung assoziiert (Bartig et al. 2023). Zudem ist in der Literatur dokumentiert, dass geflüchtete Frauen besonders häufig von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, insbesondere in Bezug auf ihre psychische Gesundheit (für einen Literaturüberblick siehe Brücker et al. 2020). Auch eine Unterversorgung im Herkunftsland kann sich auf das Erkrankungsrisiko nach der Zuwanderung auswirken. Zum Beispiel sind für die Ukraine niedrige Impfquoten zu verzeichnen und die Menschen somit einem erhöhten Risiko durch impfpräventable Krankheiten (z. B. Polio) ausgesetzt (Tillmann et al. 2022). Zudem gibt es Erkrankungen, die in bestimmten Regionen der Welt häufiger sind, z. B. die Sichelzellanämie oder das familiäre Mittelmeerfieber. Solche Erkrankungen bedürfen einer spezifischen Aufmerksamkeit und Qualifikation der Fachkräfte, u. a. in der medizinischen Aus- und Weiterbildung (Steinlein 2008).⁹³ Auch unterstützende Angebote wie z. B. (digitale) Dolmetscher müssen mitgedacht werden, um medizinische und pflegerische Fachkräfte möglichst effizient für die Versorgung zugewanderter Menschen einsetzen zu können.

3.3.3 Gesellschaftliche Wandlungsprozesse

Lebensstil und Prävention

314. Der **Lebensstil als gesamtgesellschaftliches Phänomen** hat entscheidenden Einfluss auf die Entstehung von Erkrankungen und beeinflusst somit den (zukünftigen) Versorgungsbedarf in einem hohen Ausmaß. Für den Einfluss **lebensstilbedingter Risikofaktoren** wie Bewegungsmangel, schlechte Ernährung, Übergewicht, Rauchen oder Alkoholkonsum auf das Auftreten von Erkrankungen gibt es zahlreiche Beispiele. Einige der Erkrankungen, die einen großen Teil der Morbiditätslast ausmachen und damit auch erhebliche Fachkräftressourcen benötigen, sind zu einem sehr bedeutsamen Anteil auf lebensstilbedingte Faktoren zurückzuführen. So stehen ca. 40 % der auftretenden Demenzerkrankungen mit solchen Risikofaktoren in Zusammenhang (Blotenberg et

⁹¹ So ist ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem Wanderungssaldo und den Deckungsbeiträgen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (d. h. der Differenz zwischen tatsächlichen und prognostizierten Leistungsausgaben) auf Kreisebene für Daten aus dem Jahr 2016 dokumentiert (Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt 2018, zu dem sogenannten „Healthy Migrant“-Effekt siehe auch die dort angegebene Literatur).

⁹² Zwar haben die meisten Menschen, die in Deutschland leben, einen rechtlichen Anspruch auf einen Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen bzw. zum Krankenversicherungssystem; für bestimmte Teilgruppen ist dieser jedoch eingeschränkt. Nach derzeitiger Rechtslage kann insbesondere die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Menschen, die sich irregulär in Deutschland aufhalten, problematisch sein. Zudem wird der Zugang durch bürokratische Hürden erschwert (für genauere Erläuterungen siehe SVR Integration und Migration 2022).

⁹³ Zwar gibt es mittlerweile entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote (DGI 2022; Institut für internationale Gesundheit 2023; KGNW 2019; Knipper/Ahmet 2005), jedoch bisher keine generelle Verankerung des Themas in der Aus-, Fort und Weiterbildung von Ärzt*innen in Deutschland.

al. 2023; Livingston et al. 2020). Bei Krebserkrankungen ist die bestimmten Lebensstil-Faktoren zuschreibbare Inzidenz ebenfalls hoch; z. B. sind 19 % aller Krebserkrankungen auf das Rauchen zurückzuführen (Brenner/Mons 2019). Auch die Wahrscheinlichkeit einer kardiovaskulären Erkrankung hängt stark mit lebensstilbedingten Risikofaktoren zusammen (Berry et al. 2012). Eine Analyse von Daten, die in über hundert Kohorten-Studien in 34 Ländern gewonnen wurden, zeigt, dass mehr als die Hälfte von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (57,2 % der Fälle bei Frauen und 52,6 % der Fälle bei Männern) auf fünf veränderbare Risikofaktoren (Body-Mass-Index, Blutdruck, Cholesterinwerte, Rauchen und Diabetes) zurückzuführen sind. Über alle Todesursachen hinweg können 22,2 % der Todesfälle bei Frauen und 19,1 % der Todesfälle bei Männern den genannten Risikofaktoren zugeschrieben werden (Magnussen et al. 2023).

315. Der **Lebensstil als veränderbare Determinante der Morbiditätslast** bietet die große Chance, durch (digital unterstützte) **Präventionsmaßnahmen** positiv auf den Versorgungs- und Fachkräftebedarf einzuwirken. Dabei wird zwischen Maßnahmen der **Verhaltensprävention**, die auf das individuelle Verhalten abzielen, und Maßnahmen der **Verhältnisprävention**, die die Lebensbedingungen adressieren, unterschieden. Maßnahmen der Verhaltensprävention umfassen z. B. die Förderung der Gesundheitskompetenz durch Schulungen oder Informationskampagnen, mit dem Ziel eines gesundheitsförderlichen individuellen Verhaltens. Maßnahmen der Verhältnisprävention setzen an den Lebens- und Arbeitsbedingungen an, wie bei einem Rauchverbot in geschlossenen Räumen oder der Preisgestaltung für gesunde und weniger gesunde Lebensmittel. Während Maßnahmen der Verhältnisprävention **unabhängig vom Individuum** initiiert und durchgeführt werden können, besteht bei der Verhaltensprävention die Herausforderung, individuelle Verhaltensweisen zu verändern (siehe dazu auch Kapitel 5). Dies ist – insbesondere, wenn sie schon lange gelebt wurden – oftmals nur schwer nachhaltig umsetzbar. Ein Schlüssel, um individuelles Verhalten gesundheitsförderlich gestalten zu können, ist die **Gesundheitskompetenz** (siehe dazu Abschnitt 3.3.5).

316. Darüber hinaus wird zwischen Maßnahmen der Primärprävention, also der Prävention der Entstehung von Krankheiten, der Sekundärprävention zur Früherkennung von Erkrankungen in einem prognostisch günstigen Stadium und der Tertiärprävention bei einer Krankheitsmanifestation unterschieden (siehe dazu z. B. RKI 2024 und auch Kapitel 5). Es existiert **sehr gute wissenschaftliche Evidenz** dafür, dass durch Maßnahmen der Primärprävention die Morbiditätslast hochprävalenter chronischer Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit oder chronische Niereninsuffizienz wirksam gesenkt werden kann (siehe dazu z. B. Kelly et al. 2021; Mousavi et al. 2023; Pant et al. 2023; Uusitupa et al. 2019).

Weitere Faktoren

317. Ein weiterer negativer Einflussfaktor auf die Gesundheit ist die Abnahme **sozialer Beziehungen**. So steigt beispielsweise die Zahl der alleinlebenden Menschen in Deutschland. Während im Jahr 1991 nur 33,6 % der Privathaushalte Einpersonenhaushalte waren, wird dies nach einer Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2040 voraussichtlich für 45,3 % der Haushalte gelten (Destatis 2020a). Alleine zu wohnen ist nicht mit sozialer Isolation oder **Einsamkeit** gleichzusetzen, geht jedoch typischerweise mit weniger sozialen Kontakten einher. Einsam fühlten sich im Jahr 2017 14,2 % der Menschen in Deutschland mindestens manchmal; der Anteil stieg während der SARS-CoV-2-Pandemie deutlich an (Entringer 2022). Es gibt Hinweise darauf, dass Einsamkeit den Schlaf sowie das geistige und körperliche Wohlbefinden beeinträchtigen und somit zu höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten beitragen kann (Cacioppo/Cacioppo 2014).

Betroffenen Menschen werden z. B. in Großbritannien soziale Aktivitäten verschrieben, deren Wirksamkeit vielfach belegt ist (Sonnenmoser 2021). Inwiefern echte soziale Beziehungen im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen durch virtuelle Kontakte z. B. durch soziale Medien ersetzbar sind, ist derzeit schwer abschätzbar.

318. Ein weiteres gesellschaftliches Phänomen, das mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit einhergehen kann und das Morbiditätsspektrum in der Zukunft mutmaßlich weiter verändern wird, ist der zunehmende **Medienkonsum** insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. So sind lange Bildschirmzeiten bei Kindern z. B. mit mangelnder körperlicher Aktivität, Adipositas, Bluthochdruck und Kurzsichtigkeit assoziiert (Spitzer 2022). Auch das Auftreten psychischer Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen bei Jugendlichen wird mit einem hohen Medienkonsum in Verbindung gebracht (Spitzer 2022). Der Anteil stationärer Behandlungen von 15–24-Jährigen aufgrund psychischer Krankheiten lag im Jahr 2020 bei 18 % und damit 6 Prozentpunkte über dem Anteil im Jahr 2005 (Destatis 2022b). In der erwachsenen Bevölkerung zeigte sich nach anfänglicher Verbesserung eine deutliche Verschlechterung wesentlicher Merkmale psychischer Gesundheit während der SARS-CoV-2-Pandemie (Mauz et al. 2023). Im Jahr 2022 wurde ein Höchststand an psychisch bedingten Fehltagen am Arbeitsplatz verzeichnet (DAK 2023).

319. Weitere relevante Wandlungsprozesse in der Gesellschaft beziehen sich auf **pfliegende Angehörige**, die derzeit einen großen Teil der Pflege übernehmen. Gemäß Pflegestatistik für das Jahr 2021 werden von ca. 5 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland ca. 4,2 Millionen zuhause gepflegt. Davon werden ca. 2,6 Millionen ausschließlich durch Angehörige versorgt (Destatis 2022a). Auch bei den übrigen zuhause gepflegten Personen sind in der Regel neben ambulanten Pflegediensten Angehörige stark involviert (siehe dazu auch Kapitel 2). Dies ist insofern von Belang, als sich über die letzten Jahrzehnte Familienstrukturen und Generationsbeziehungen verändert haben. Enge Familienmitglieder, die als pflegende Angehörige in Frage kommen, wohnen häufig weit entfernt. Gemäß Daten des Mikrozensus ist der Anteil der Haushalte, in denen drei Generationen zusammenleben, niedrig und rückläufig (Hochgürtel 2021). In der Folge lebt ein zunehmender Anteil älterer Menschen allein (Destatis 2021). Im Zuge des demografischen Wandels wird das Potenzial pflegender Angehöriger im Verhältnis zur Zahl der Pflegebedürftigen voraussichtlich weiter schrumpfen. Mutmaßlich muss dieser größer werdende Anteil des steigenden Pflegebedarfs von beruflich Pflegenden abgedeckt werden.

3.3.4 Klimawandel

320. Einen weiteren Einflussfaktor auf der Bedarfsseite stellt der Klimawandel dar, der **Veränderungen des Morbiditätsspektrums** mit sich bringt, was sich wiederum auf den Fachkräftebedarf auswirken wird. In seinem vorangegangenen Gutachten hat der Rat die verschiedenen Wirkungsmechanismen, u. a. die Auswirkungen von Hitzeperioden, die damit verbundene Verbreitung bestimmter Krankheitserreger, die zunehmende Luftverschmutzung, die mit dem Klimawandel einhergehenden psychischen Belastungen und das sich verändernde Spektrum allergischer Erkrankungen, ausführlich beschrieben (siehe SVR 2023, Seite 25 ff.). Die im Folgenden nur beispielhaft genannten Faktoren können den Fachkräftebedarf sehr kurzfristig (z. B. Hitzeperioden), aber auch langfristig erhöhen.

321. Vermehrte **Hitzeperioden** erfordern insbesondere bei vulnerablen Personengruppen (z. B. Hochaltrigen) verstärkte Aufmerksamkeit und Präventionsmaßnahmen. Hierfür müssen sowohl im

Sinne der Verhaltens- wie auch der Verhältnisprävention geeignete Maßnahmen getroffen werden; letztere unter Einbindung von Akteuren aus verschiedenen Politikbereichen (*Health in All Policies*, siehe dazu Kapitel 5). Darüber hinaus können geeignete Fortbildungen von Fachkräften im Gesundheitswesen dazu beitragen, Hitzerrisikopatienten zu identifizieren, adäquat zu beraten und zu versorgen z. B. durch Anpassung der Medikation. Auf diese Weise könnte die in Hitzeperioden erhöhte Zahl an Krankenhausaufnahmen reduziert werden. Das zunehmende Risiko für **Epidemien und Pandemien** kann, wie am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie noch einmal deutlich wurde, sowohl akut kurzfristig als auch langfristig (u. a. durch Long- und Post-COVID) zu einer Erhöhung des Bedarfs an medizinischen und pflegerischen Leistungen und an entsprechenden Fachkräften führen. Langfristig zeigen sich aktuell die negativen Auswirkungen der Pandemiephase in Form von notwendig gewordenen Präventionsmaßnahmen z. B. im Hinblick auf Gewichtszunahmen (Bantel et al. 2021) und Diabetes bei Kindern (Weiss et al. 2023). Der sich hieraus ergebende Versorgungsbedarf ist momentan noch schwer abschätzbar, da noch nicht alle Auswirkungen erkannt und verstanden sind.

3.3.5 Gesundheitskompetenz

322. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie der Bedarf an und die Nachfrage nach Fachkräften sind mit der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung assoziiert. Dabei ist zwischen verschiedenen Arten der Gesundheitskompetenz zu unterscheiden, wie im untenstehenden Exkurs ausgeführt wird.

Exkurs: Arten der Gesundheitskompetenz

323. Es können verschiedene Arten der Gesundheitskompetenz unterschieden werden (für einen Überblick siehe z. B. Jordan 2023).

Der Rat unterscheidet in diesem Gutachten zwischen der personalen Gesundheitskompetenz, d. h. der individuellen Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu ergreifen, und der organisationalen Gesundheitskompetenz, d. h. der Zugänglichkeit und Verständlichkeit von institutionell bereitgestellten Gesundheitsinformationen, die beide Einfluss auf die Steuerung von Patient*innenwegen hin zur passenden Versorgungsebene haben. Zur personalen Gesundheitskompetenz gehören u. a. die navigationale Gesundheitskompetenz, d. h. die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, und die digitale Gesundheitskompetenz, d. h. die Fähigkeit, speziell digital bereitgestellte Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten.

324. Die personale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland weist **deutliche Defizite** auf. So zeigte die im Jahr 2021 publizierte HLS-GER 2-Studie, dass knapp 60 % der 2 151 Befragten über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügten, d. h., sie schätzten den Umgang mit mindestens einem Drittel der vorgelegten Fragen als „schwierig“ oder „sehr schwierig“ ein (Schaeffer et al. 2021). Ein erheblicher Teil der Bevölkerung berichtete darüber hinaus von Schwierigkeiten, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden (navigationale Gesundheitskompetenz). Besonders betroffen sind Menschen mit niedrigem Sozialstatus und niedrigem Bildungsniveau (Schaeffer et al. 2023). Dies wirkt sich in der Folge auch auf den Fachkräftebedarf aus. So zeigen

Studien einen **Zusammenhang zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und höheren Inanspruchnahmeraten sowie Versorgungskosten** (Rasu et al. 2015). Eine in Deutschland durchgeführte Studie im Setting einer universitären Notaufnahme deutet darauf hin, dass eine niedrige Gesundheitskompetenz mit einer häufigeren Nutzung der Notaufnahme assoziiert ist (Wehler et al. 2022).

325. Auch in Bezug auf die digitale Gesundheitskompetenz scheint es erhebliche Defizite in der Bevölkerung zu geben (siehe z. B. Dratva et al. 2024). Auch hier zeigen sich **deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen**. So haben insbesondere junge Akademikerinnen eine weit überdurchschnittliche digitale Gesundheitskompetenz (acatech et al. 2022, Seite 31).

326. Personale Gesundheitskompetenz ist jedoch nicht nur in Bezug auf die Inanspruchnahme relevant, sondern auch eine wichtige **Voraussetzung für nachhaltig erfolgreiche Verhaltensprävention**. Eine hohe Gesundheitskompetenz kann gesundheitsförderliches Verhalten stärken und sich damit positiv auf lebensstilbedingte Risikofaktoren auswirken (siehe dazu auch Abschnitt 3.3.3) und sie kann die Fähigkeit zum Selbstmanagement im Falle einer chronischen Erkrankung verbessern. Hierdurch kann eine Reduktion des Bedarfs an Versorgungsleistungen erreicht werden (Magnani et al. 2018), was die Fachkräftesituation entlasten könnte.

3.4 Systembedingte Einflussfaktoren

327. Viele der heutigen Strukturen im deutschen Gesundheitssystem sind historisch gewachsen und häufig kleinteilig angepasst worden, mit teilweise unerwünschten, nicht intendierten Folgen für die Allokation der verschiedenen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Fachkräfte. Daraus erwachsen vielfältige Fehlanreize, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen, mit negativen Auswirkungen auf die Fachkräftesituation. Defizite betreffen sowohl die Zulassung, Verteilung und Arbeitsteilung der Fachkräfte selbst als auch die Steuerung von Patient*innen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und die Ausschöpfung der Potenziale digitaler Technologien.

3.4.1 Sektoren und Allokation von Fachkräften

328. Die **Trennung der Sektoren** ist ein wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens. Die Allokation der Fachkräfte im Gesundheitswesen hängt u. a. von der Vergütung der Leistungserbringer ab. Die Vergütungssystematik wiederum unterscheidet sich stark zwischen den Sektoren; ambulant erbringbare Leistungen werden nicht sektorengleich vergütet. Auch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung, wie sie der Rat ebenfalls bereits in mehreren Gutachten empfohlen hat (zuletzt in SVR 2023), gibt es bislang nicht. Die derzeit bestehende strikte Sektorentrennung bindet vor allem dadurch Ressourcen, dass ambulant erbringbare Leistungen mit höherem Ressourcenaufwand stationär erbracht werden (siehe dazu Kapitel 6). Auch der Informationsverlust zwischen den Sektoren durch verzögerte Übermittlung der Befunde von Patient*innen führt zu Zeitverlust und Doppeluntersuchungen, also zu erhöhten Kosten bei verringerter Effizienz.

329. Ein weiteres Symptom der strikten Sektorentrennung sind die **Doppelstrukturen** im Rahmen der fachspezialistischen Versorgung (sogenannte „doppelte Facharztschiene“). Diese

Doppelstruktur hat Deutschland nur mit wenigen Staaten gemein, z. B. mit der Schweiz. In vielen anderen Staaten, wie z. B. in den Niederlanden, gibt es keine niedergelassenen Fachspezialist*innen (Finkenstädt 2015). In Kombination mit insuffizienter Informationsübermittlung kann auch dies in Doppeluntersuchungen und somit in einer ungünstigen Nutzung von Fachkräftenressourcen resultieren.

330. In der **unzureichenden Konzentration und Spezialisierung** des stationären Sektors liegen weitere Probleme für die Fachkräftesituation begründet. Die vorhandenen Fachkräfte verteilen sich derzeit auf zu viele Standorte. Eine stärkere Konzentrierung und Spezialisierung im Krankenhaussektor, wie sie der Rat seit Jahren befürwortet und für die sich auch die im Jahr 2022 eingerichtete Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ausgesprochen hat (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022, 2023; SVR 2018, 2023), könnte nicht nur die Qualität der Versorgung erhöhen, sondern auch die Fachkräftesituation deutlich entlasten. Auch in der Langzeitpflege könnten Effizienzgewinne durch den Aufbau zentraler Strukturen erreicht werden, wie in Kapitel 6 ausgeführt wird.

331. Engpässe in der Versorgung können auch durch eine **unzureichende Steuerung der Versorgungsangebote** bzw. der vorhandenen Fachkräfte entstehen. Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland wird über die Bedarfsplanung gesteuert, wobei diese nur Arztgruppen plant und nicht steuert, welche Versorgungsleistungen die einzelnen Gruppen vor Ort anbieten. Zudem wird auf die Spezialisierung in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung kaum eingewirkt, Ausnahmen wie die sogenannten Landarztquoten werden in Kapitel 4 näher analysiert. Innerhalb der Facharztweiterbildung gibt es keine Steuerung bzw. Planung im Sinne einer Quotierung oder Kontingentierung. Auch über Vergütungsanreize erfolgt bisher keine Steuerung bezüglich der verschiedenen Facharztgruppen.

332. Eine weitere Fehlallokation von Fachkräften besteht im hohen zeitlichen Aufwand für **Bürokratie**. Dieser betrifft sowohl die medizinische als auch die pflegerische Versorgung und dabei alle Sektoren und Settings. Eine exemplarische Einschätzung zu den Aufwänden aus Informationspflichten für Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen lieferte das Statistische Bundesamt im Jahr 2015 im Auftrag des Nationalen Normenkontrollrates: Der Gesamtaufwand entsprach demnach insgesamt 14 Millionen Tagen pro Jahr; durchschnittlich würde dies bedeuten, dass in jeder Praxis eine Person 96 Arbeitstage im Jahr ausschließlich mit der Erfüllung der Informationspflichten beschäftigt wäre (Destatis 2015). Der bürokratische Aufwand aufseiten der Leistungserbringer scheint sich in einem hohen staatlichen Administrationsaufwand widerzuspiegeln: Nach einer Analyse der OECD zählt Deutschland zu den Staaten mit den höchsten anteiligen Verwaltungskosten im Gesundheitssystem (OECD 2017). Trotz des hohen bürokratischen Aufwands durch Dokumentation mangelt es in Deutschland an Transparenz zu wesentlichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren der Gesundheitsversorgung.

3.4.2 Berufsbilder, interprofessionelle Zusammenarbeit und Arbeitsteilung

333. Die Aufgaben und Befugnisse von Fachkräften im Gesundheitswesen sind durch tradierte **rechtliche Beschränkungen** geprägt. Insbesondere sieht der im SGB V (§§ 15, 28 SGB V) geregelte Arztvorbehalt vor, dass Ärzt*innen medizinische Leistungen grundsätzlich persönlich erbringen und Hilfsleistungen, die von anderen Personen erbracht werden sollen, anordnen und verantworten

müssen. Bislang fehlt es an einer nachhaltigen und flächendeckenden Strukturanpassung, die eigenständige Leistungserbringung in definierten Bereichen auch durch andere Berufsgruppen mit Übertragungsrechten im Sinne der Substitution regulär ermöglicht, wodurch sich Arbeitsabläufe effizienter gestalten ließen. Vielmehr findet sich eine Beschränkung auf zeitlich befristete modellhafte Erprobungen, die in ihren Voraussetzungen so hochkomplex angelegt sind, dass sie zu einer Hürde für eine dauerhaft erfolgreiche Umsetzung werden.⁹⁴ Bereits angestoßene und weitere erforderliche rechtliche Änderungen sind in Kapitel 4 dargestellt.

334. Mit der **Weiterentwicklung der Aufgaben- und Handlungsfelder** existierender Berufsgruppen besteht die Möglichkeit der Weiterentwicklung der Berufsbilder, die dann wiederum bei der Aufgabenteilung und der interprofessionellen Zusammenarbeit mitgedacht werden müssen. In Kapitel 4 fokussiert der Rat u. a. auf die Potenziale erweiterter akademisierter Pflegerollen z. B. im Bereich *Advanced Practice Nursing*. Die Weiterentwicklung bestehender Berufsbilder birgt das Potenzial, das vorhandene Fachkräfteangebot effizienter einzusetzen. Zugleich könnte es durch die Weiterentwicklung der Berufsbilder z. B. im Bereich der Pflege und der MFA gelingen, die Attraktivität einer Beschäftigung im Gesundheitssystem zu erhöhen und so mehr Fachkräfte zu gewinnen. Dabei müssen immer auch mögliche Risiken im Auge behalten werden, wie z. B. durch die Schaffung **neuer Schnittstellen** zwischen den Professionen. Eine zentrale Frage ist daher, wo diese Berufsbilder im System angedockt und wie sie integriert werden.

335. Sowohl unter Effizienz- als auch unter Qualitätsgesichtspunkten ist daher nicht nur die Weiterentwicklung der Berufsbilder und Zuweisung von Kompetenzen an einzelne Berufsgruppen relevant, sondern auch die Ausgestaltung der **interprofessionellen Zusammenarbeit**.⁹⁵ Dies ist sowohl im Hinblick auf die Schnittstellen innerhalb der Sektoren wie auch sektorenübergreifend zentral. In der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit liegen relevante Verbesserungspotenziale im Hinblick auf Qualität und Effizienz der Versorgung. Im Rahmen des Innovationsfonds und anderer Förderinitiativen gibt es bereits zahlreiche Modellprojekte im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, innovative Aufgabenteilung und neue Berufsbilder, z. B. im Kontext der Schaffung von Primärversorgungszentren und intersektoralen Versorgungszentren, die die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung füllen und wohnortnahe Leistungen der Primärversorgung erbringen. Als Kernelement für eine personenzentrierte, gemeindenahere Primärversorgung nannte der *World Health Report* schon im Jahr 2008 die Etablierung von Primärversorgungsteams (*Primary Care Teams*; WHO 2008). Zur Umsetzung solcher interprofessionellen Primärversorgungsteams ist die Weiterentwicklung der institutionellen Rahmenbedingungen im Hinblick auf rechtliche Rahmenbedingungen und Vergütung erforderlich (siehe auch Kapitel 6).

3.4.3 Patientenwege

336. In Deutschland erfolgt eine **unzureichende Steuerung von Patientenwegen** durch das Gesundheitssystem. Durch die freie Arztwahl in Bezug auf Hausarzt*innen und Fachspezialist*innen

⁹⁴ Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, ab dem 1. Januar 2023 in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Erprobung der Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen durchzuführen (Artikel 1 Nummer 18a GVWG).

⁹⁵ Dabei ist zu beachten, dass die Begrifflichkeiten zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe uneinheitlich verwendet werden (Mahler et al. 2014), was eine Auswertung der Forschungslage erschwert.

besteht in Deutschland ein unzureichend koordiniertes Durcheinander von Patientenströmen. Patient*innen können sowohl bezüglich einer hausärztlichen als auch einer fachspezialistischen Behandlung frei entscheiden, wo bzw. durch wen diese erfolgen soll. Dabei ist mit wenigen Ausnahmen keine Überweisung für eine fachspezialistische Behandlung notwendig. In anderen Staaten, z. B. in Dänemark, sind hingegen primärärztliche Systeme etabliert. Die Rahmenbedingungen und die Ausgestaltung von primärärztlichen Strukturen variieren dabei zwischen den Staaten (Kringos et al. 2013).⁹⁶ In der Regel sind sie dadurch gekennzeichnet, dass Hausarzt*innen die erste Anlaufstelle für Patient*innen sind. Für eine fachspezialistische Behandlung ist bei entsprechender Indikationsstellung eine Überweisung notwendig. Die Vorteile resultieren u. a. daraus, dass alle Informationen zu einer Person an einer Stelle zusammenlaufen und dass nach medizinischer Notwendigkeit weitere Versorgungsebenen in Anspruch genommen werden. Die Vorteile sind in der internationalen Literatur vielfach dokumentiert; sie umfassen u. a. die Vermeidung von überflüssigen bzw. nicht indizierten fachspezialistischen Untersuchungen (siehe z. B. Starfield et al. 2005), die fachspezialistische Ressourcen binden, ohne dass dadurch eine bedarfsgerechte Versorgung erreicht wird.

337. In Deutschland existiert bisher in der Regelversorgung kein Primärarztssystem, sondern es bestehen nur selektivvertragliche Modelle zur **Hausarztzentrierten Versorgung**. Versicherte können sich bei diesen Modellen freiwillig für entsprechende Hausarzttarife ihrer Krankenkassen entscheiden, womit sie sich (mit Ausnahmen) verpflichten, zunächst den von ihnen gewählten hausärztlichen Leistungserbringer aufzusuchen, bevor sie ggf. auf gezielte Überweisung eine fachspezialistische Behandlung in Anspruch nehmen. In Baden-Württemberg wird das Modell seit dem Jahr 2008 erprobt – mit überwiegend positiven Evaluationsergebnissen (siehe dazu Kapitel 6).⁹⁷

338. Eine Fehlsteuerung der Patientenwege besteht auch im Bereich der **Notfallversorgung**. Die Notfallversorgung ist insofern nicht bedarfsgerecht, als zu viele unnötige Rettungsdienst-Einsätze erfolgen, ein zu großer Anteil der Rettungsdienst-Einsätze zu einer Notfallversorgung führt, zu viele Selbsteinweiser*innen notfallmedizinisch behandelt werden und zu viele stationäre Aufnahmen erfolgen (für einen Überblick über die Evidenzlage siehe Kapitel 6). Diese Einflussfaktoren verschärfen die Fachkräftesituation im stationären Sektor.

339. Der Verlauf von Patientenwegen im Gesundheitssystem hängt auch von den **finanziellen Anreizen** ab, die das System auf der Nachfrageseite setzt. Soweit Leistungen von den Krankenversicherungen übernommen werden, spielt der Preis einer Leistung für die Inanspruchnahme keine Rolle: Möglicherweise werden dadurch mehr Leistungen nachgefragt, als benötigt werden, was wiederum Fachkräftressourcen bindet. In der Literatur finden sich verschiedene empirische Belege für die Existenz dieses sogenannten *Moral-Hazard*-Phänomens (siehe insbesondere Newhouse (1996) und für eine aktuellere Literaturübersicht z. B. Einav/Finkelstein 2018). Wahltarife, Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen o. Ä. stellen somit wichtige Stellschrauben für die Fachkräftesituation dar. Zu beachten ist dabei, dass durch Selbstbeteiligungen soziale Ungleichheiten verstärkt werden können.

340. Patientenwege können zudem von **Wartezeiten** beeinflusst werden. Wartezeiten werden in Deutschland nicht administrativ registriert (Bahnsen 2022), sondern können nur durch

⁹⁶ Am umfassendsten sind populationsbasierte Einschreibesysteme, bei denen alle in einer Region wohnhaften Personen bei einem bestimmten Leistungserbringer eingeschrieben sind.

⁹⁷ Eine Übersicht ist unter <https://neueversorgung.de/index.php/evaluation-der-hzv-2> abrufbar (zuletzt abgerufen am 08. August 2023).

Befragungen ermittelt werden. Eine im Jahr 2021 durchgeführte repräsentative Bevölkerungsumfrage der KBV unter n = 6 193 Versicherten ergab, dass rund 46 % aller Befragten bei ihrem letzten Arztbesuch maximal 3 Tage auf einen Termin warten mussten; rund 18 % erhielten den Termin noch am Tag der Anfrage (KBV/FGW 2021). Eine Differenzierung zwischen Hausärzt*innen und Fachspezialist*innen in Bezug auf die Wartezeiten wurde in dieser Befragung allerdings nicht vorgenommen. Kurze Wartezeiten sind insbesondere bei Hausärzt*innen zu verzeichnen (siehe Kapitel 6). So zeigt eine ländervergleichende Umfrage des *Commonwealth Fund* aus dem Jahr 2020, dass in Deutschland 74 % aller Befragten einen Termin beim Hausarzt am selben oder darauffolgenden Tag erhielten. Im Ländervergleich war das der höchste Anteil unter den elf teilnehmenden *high income countries* (Doty et al. 2021).

3.4.4 Digitale Transformation

341. Digitale Technologien sind aus unserem täglichen Leben nicht mehr wegzudenken. Viele Prozesse wurden in verschiedenen Geschäftsfeldern und Wirtschaftszweigen bereits erfolgreich digital transformiert. Die Digitalisierung ist auch für den Gesundheitssektor und die Fachkräftesituation ein wesentlicher Einflussfaktor, der aktiv gesteuert werden muss. Im internationalen Vergleich weist die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems bislang große Defizite auf: In einer vergleichenden Analyse der Bertelsmann Stiftung von 17 europäischen und anderen westlichen Gesundheitssystemen belegt Deutschland den vorletzten Platz (Thiel et al. 2018).

342. Mit seinem im Jahr 2021 veröffentlichten Gutachten hat der Rat weitgehende Empfehlungen für die **Nutzung des Potenzials der digitalen Transformation** im deutschen Gesundheitssystem vorgelegt (SVR 2021). In Bezug auf die Situation der Fachkräfte sind insbesondere Technologien zu berücksichtigen, die die Aufgabenerfüllung erleichtern oder sogar substituieren (siehe dazu Abschnitt 3.2.3.2), Präventionsmaßnahmen oder unterstützende Therapiemaßnahmen ermöglichen, den Bedarf an persönlich durch Fachkräfte erbrachten Gesundheitsleistungen reduzieren oder es erlauben, eine regional ungleich verteilte Expertise ortsunabhängig einzusetzen (siehe dazu Abschnitt 3.2.3.1). Darüber hinaus kann die digitale Transformation die Fachkräftesituation auf Systemebene entlasten. Dabei ist zu beachten, dass die Implementierung digitaler Technologien häufig nicht nur eine entsprechende Schulung des medizinischen und pflegerischen Personals voraussetzt, sondern auch IT-Spezialist*innen bedarf, für die ebenfalls Engpässe festgestellt werden bzw. eine Mangelsituation prognostiziert wird.

343. Digitale Technologien werden in vielen Staaten schon lange für eine effiziente **Informationsübermittlung unter Fachkräften** eingesetzt. Insbesondere das Führen einer elektronischen Patientenakte (ePA) mit Zugriffsrechten der an der Versorgung des jeweiligen Patienten beteiligten Fachkräfte ist hier zu nennen. Ziel der deutschen Regierung ist es, dass bis zum Ende des Jahres 2025 80 % der gesetzlich Versicherten über eine ePA verfügen (BMG 2023). Bis Ende Juni 2023 waren es lediglich etwas mehr als 700 000 Versicherte (Deutscher Bundestag 2023), was – bei ca. 73 Millionen gesetzlich Versicherten (GKV-Spitzenverband 2024) – weniger als einem Prozent entspricht. Mit dem Digital-Gesetz, das Ende 2023 vom Bundestag beschlossen wurde, wurde festgelegt, dass die ePA Anfang des Jahres 2025 für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet wird, die dem nicht widersprechen (Opt-out-Regelung). Mit der Ausweitung der ePA-Nutzung ist sowohl großes Potenzial für eine qualitativ bessere Versorgung von Patient*innen verbunden als auch für eine Entlastung der Fachkräftesituation. Dazu können z. B. die Vermeidung von

Doppeluntersuchungen, die Kenntnis therapierelevanter Vorerkrankungen ohne weiteren Aufwand und die schnelle Identifikation von Ansprechpartner*innen beitragen (SVR 2021). Auch die Realisierung von Telekonsilen, interprofessionellen Fallkonferenzen und (interprofessionellen) Hausbesuchen bergen Potenzial im Hinblick auf einen effizienten Einsatz von Fachkräften (siehe dazu Kapitel 4). Voraussetzung ist eine Behebung der Defizite im Bereich der Telematikinfrastruktur und der Praxissoftwaresysteme. Hier bestehen große Defizite, was die Arbeitsabläufe in den Praxen erheblich beeinträchtigt. Alleine durch Optimierung der Praxissoftwaresysteme könnten je nach System und Patientenaufkommen bis zu 50 Minuten Arbeitszeit täglich in einer hausärztlichen Praxis eingespart werden (Balaz/Balaz 2023).

344. Darüber hinaus könnten digitale Technologien, die **Triage bzw. Selbsttriage** erleichtern, den Zugang zum Gesundheitssystem bzw. zu einzelnen Gesundheitseinrichtungen und die Patientenwege steuern. Wenn z. B. Symptom-Checker-Apps es Patient*innen ermöglichen, die eigenen Symptome besser einzuschätzen, könnte dies direkt die Inanspruchnahme reduzieren sowie in anderen Fällen die Wahl der passenden Versorgungsebene erleichtern. Allerdings ist die Evidenz hierfür noch nicht überzeugend sowohl im Hinblick auf das Risiko der Über- als auch der Unterversorgung (Schmieding et al. 2022).

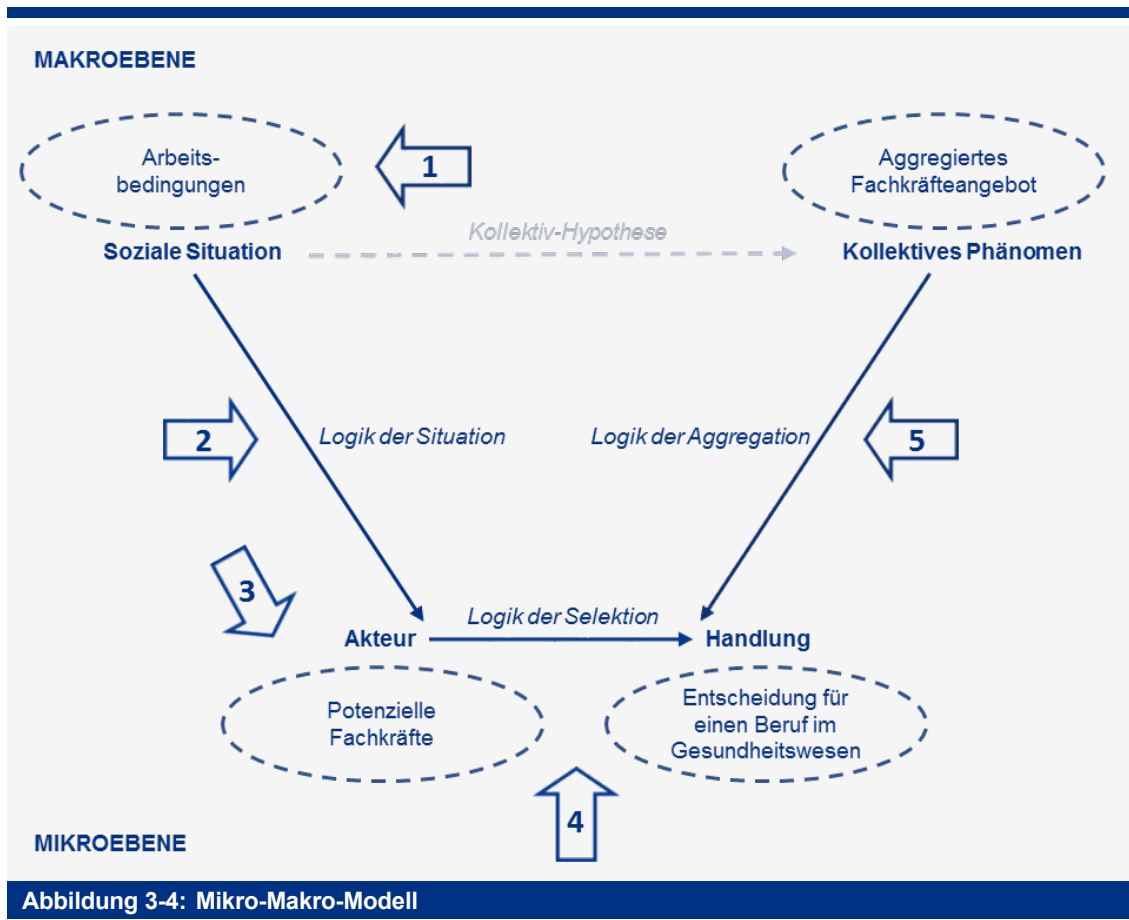
345. Nicht zuletzt spielt die Digitalisierung eine wichtige Rolle bei der Verbesserung von **Monitoring und Prognosen** der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen. Digitale Technologien erlauben es, das Vorhandensein und den Einsatz von materiellen und vor allem personellen Ressourcen, die Inanspruchnahme von Leistungen, die Qualität der Leistungserbringung und die Effektivität von Interventionen besser und zeitnaher zu dokumentieren und zu evaluieren (siehe dazu Kapitel 4).

3.5 Anhang

3.5.1 Mikro-Makro-Modell

346. Das in Abbildung 3-4 dargestellte Mikro-Makro-Modell basiert auf der sogenannten Colemanschen Badewanne und ist an Pfaff/Zeike (2019) angelehnt. Es stellt die Zusammenhänge zwischen Makro- und Mikro-Ebene in Bezug auf das Fachkräfteangebot dar: Die Ziffern 1 bis 5 markieren Ansatzpunkte zu dessen Beeinflussung, wobei die erwünschte Handlung z. B. die Bewerbung für einen Ausbildungsplatz in der Pflege sein könnte. Der **erste** Ansatzpunkt besteht darin, die objektive Situation, d. h. die Bedingungen, unter denen eine Entscheidung getroffen wird, zu verändern, also z. B. Berufsbilder so neu zu gestalten, dass sie mit mehr Handlungsspielraum einhergehen und somit attraktiver werden. Der **zweite** Ansatzpunkt zielt darauf, die individuelle Wahrnehmung und Bewertung der Situation dahingehend zu beeinflussen, dass sie die Entscheidung für einen Beruf im Gesundheitswesen begünstigt, z. B. indem die attraktiven Aspekte eines Berufes stärker hervorgehoben werden. Den **dritten** Ansatzpunkt bieten die handelnden Akteure selbst. Dabei ist zu beachten, dass bereits junge Menschen umfassend durch ihre Konstitution, ihre eigenen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und anderweitige Sozialisation geprägt sind. Ansätze könnten darauf abzielen, die Motivation potenzieller Bewerber zu erhöhen. Der **vierte** Ansatzpunkt beruht auf der Beeinflussung des Entscheidungsprozesses selbst, z. B. indem gesellschaftliche Normen beeinflusst oder Anreize verändert werden. Die Aggregation der aus den individuellen Entscheidungen resultierenden Handlungen ergibt das kollektive Phänomen, hier das

Fachkräfteangebot. Der **fünfte** Ansatzpunkt adressiert diesen Aggregationsprozess; z. B. könnte die „soziale Ansteckung“ gefördert werden. Es ist zu vermuten, dass die Stärkung des Fachkräfteangebots am besten dann gelingt, wenn möglichst viele der genannten Ansatzpunkte gleichzeitig genutzt werden.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pfaff/Zeike (2019) bzw. Coleman (1990).

3.5.2 Entwicklung der Bruttomonatsverdienste im Gesundheitswesen

347. Abbildung 3-5 stellt die Entwicklung der Bruttomonatsverdienste einzelner Berufsgruppen im Gesundheitswesen dar. Die Beschreibung der Einkommensentwicklung in Abschnitt 3.2.4.1 basiert z. T. auf den dargestellten Informationen. Tabelle 3-1 führt die zugrundeliegenden Datenquellen auf, die sich in ihrer Art deutlich unterscheiden. Die Verdienste der verschiedenen Berufsgruppen werden darum nicht zum Vergleich, sondern zur besseren Übersicht in einer Abbildung dargestellt.

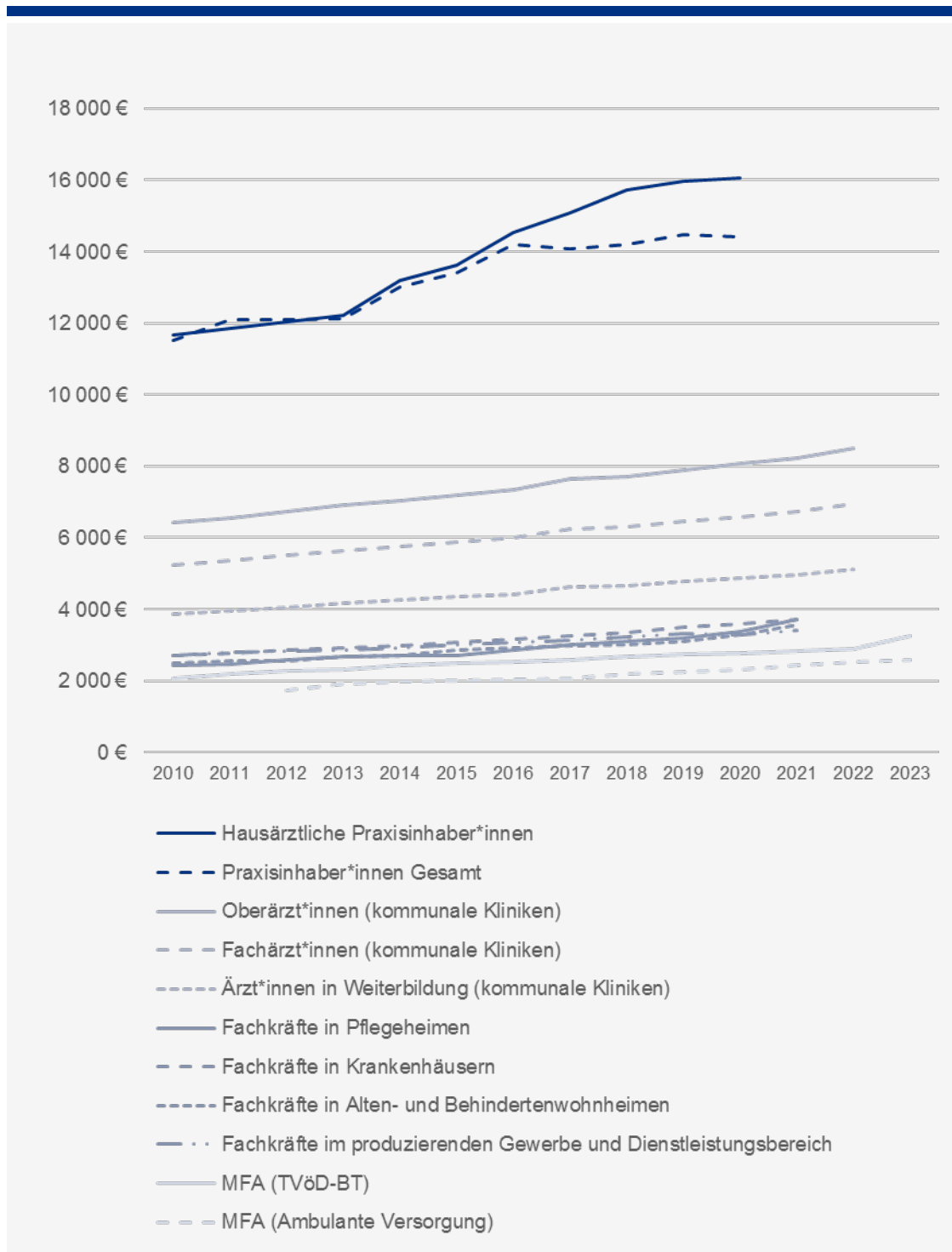


Abbildung 3-5: Bruttomonatsverdienste vollzeitbeschäftigter Fachkräfte (ohne Sonderzahlungen)

Werte wurden interpoliert für MFA (ambulante Versorgung) in den Jahren 2015 und 2016 sowie für Praxisinhaber*innen im Jahr 2012.

MFA = Medizinische Fachangestellte; TVöD-BT = Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst Besonderer Teil Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der in Tabelle 3-1 aufgeführten Datenquellen.

Bereich	Erläuterung	Quelle
MFA (TVöD-BT)	TVöD-BT, Entgeltgruppe 5, Stufe 3	TVöD-BT Entgelttabellen
MFA (Ambulante Versorgung)	Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Tätigkeitsgruppe 2, Stufe 2	Gehaltstarifvertrag Entgelttabellen
Ärzt*innen in Weiterbildung (kommunale Kliniken)	TV-Ärzte, Entgeltgruppe 1, Stufe 2	TV-Ärzte Entgelttabellen
Fachärzt*innen (kommunale Kliniken)	TV-Ärzte, Entgeltgruppe 2, Stufe 2	TV-Ärzte Entgelttabellen
Oberärzt*innen (kommunale Kliniken)	TV-Ärzte, Entgeltgruppe 3, Stufe 2	TV-Ärzte Entgelttabellen
Fachkräfte im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich	Bruttomonatsverdienste vollzeitbeschäftigter Fachkräfte (Leistungsgruppe 3) ohne Sonderzahlungen	Destatis (2023): Bruttoverdienste, Wochenarbeitszeit: Deutschland, Quartale (bis 2021), Wirtschaftszweige, Leistungsgruppen, Geschlecht
Fachkräfte in Krankenhäusern	Bruttomonatsverdienste vollzeitbeschäftigter Fachkräfte (Leistungsgruppe 3) ohne Sonderzahlungen	Destatis (2023): Bruttoverdienste, Wochenarbeitszeit: Deutschland, Quartale (bis 2021), Wirtschaftszweige, Leistungsgruppen, Geschlecht
Fachkräfte in Pflegeheimen	Bruttomonatsverdienste vollzeitbeschäftigter Fachkräfte (Leistungsgruppe 3) ohne Sonderzahlungen	Destatis (2023): Bruttoverdienste, Wochenarbeitszeit: Deutschland, Quartale (bis 2021), Wirtschaftszweige, Leistungsgruppen, Geschlecht
Fachkräfte in Alten- und Behindertenwohnheimen	Bruttomonatsverdienste vollzeitbeschäftigter Fachkräfte (Leistungsgruppe 3) ohne Sonderzahlungen (Altenheime, Alten- und Behindertenwohnheime)	Destatis (2023): Bruttoverdienste, Wochenarbeitszeit: Deutschland, Quartale (bis 2021), Wirtschaftszweige, Leistungsgruppen, Geschlecht
Hausärztliche Praxisinhaber*innen	Jahresüberschuss je Praxisinhaber*in	Zi-Praxis-Panel 2012-2021: Jahresüberschuss in Tausend Euro je Inhaber*in – Mittelwert und Quartile nach Fachgebiet; eigene Berechnung pro Monat
Praxisinhaber*innen Gesamt	Jahresüberschuss je Praxisinhaber*in	Zi-Praxis-Panel 2012-2021: Jahresüberschuss in Tausend Euro je Inhaber*in – Mittelwert und Quartile; eigene Berechnung pro Monat

Tabelle 3-1: Datenquellen der Verdienste von Fachkräften

MFA = Medizinische Fachangestellte; TV = Tarifvertrag; TVöD-BT = Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst Besonderer Teil Pflege- und Betreuungseinrichtungen; Zi = Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

3.6 Literatur

- acatech (Deutsche Akademie der Technikwissenschaften), Körber-Stiftung und Universität Stuttgart (2022): TechnikRadar 2022. Was die Deutschen über Technik denken. Hamburg.
- Alzheimer Europe (2019): Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxemburg.
- Auffenberg, J. und Heß, M. (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Bremen.
- Austin, J. A., Smith, I. R. und Tariq, A. (2018): The impact of closed-loop electronic medication management on time to first dose: a comparative study between paper and digital hospital environments. *Int J Pharm Pract* 26(6): 526–533.
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023a): Entgeltatlas. URL: web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/tabelle?dkz=33213&geschlecht=1&alter=1&branche=1 (abgerufen am 13.09.2023).
- BA (Bundesagentur für Arbeit) (2023b): Median von sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten der Kerngruppe mit Angaben zum Bruttomonatsentgelt nach ausgewählten Wirtschaftszweigen WZ 2008, ausgeübten Tätigkeiten und Anforderungsniveau KldB 2010 sowie nach Geschlecht. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Bahnsen, L. (2022): Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang. Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2021): Gewalt gegen Ärzte gefährdet vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung. URL: www.bundesaerztekammer.de/presse/informationsdienste/informationsdienst-baekground/detail/gewalt-gegen-aerzte-gefaehrdet-vertrauensvolle-arzt-patient-beziehung, zuletzt aktualisiert am 20.12.2021 (abgerufen am 16.09.2023).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023): Ärztestatistik zum 31.12.2022.
- Balaz, P. und Balaz, V. (2023): Vergleich der Schnelligkeit und Effizienz der Praxisverwaltungssysteme. Eine neue Testmethode. *Z Allg Med* 99: 415–421.
- Bantel, S., Buitkamp, M. und Wunsch, A. (2021): Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsbl* 64(12): 1541–1550.
- Bartig, S., Bug, M., Koschollek, C., Kajikhina, K., Blume, M., Siegert, M. et al. (2023): Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. *Bundesgesundheitsbl* 66(10): 1071–1082.

- Berry, J. D., Dyer, A., Cai, X., Garside, D. B., Ning, H., Thomas, A. et al. (2012): Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 366(4): 321–329.
- Blotenberg, I., Hoffmann, W. und Thyrian, J. R. (2023): Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential. *Dtsch Arztebl Int* 120(27-28): 470–476.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2022): Fachkräftemonitoring für das BMAS. Mittelfristprognose bis 2026.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2023): Langfristprojektion des Fachkräftebedarfs in Deutschland, 2021-2040. Szenario "Fortschrittliche Arbeitswelt" (Annahmesetzung nach dem Koalitionsvertrag von 2021).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2021): Dritter Gleichstellungsbericht. Digitalisierung geschlechtergerecht gestalten.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege.
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2017): Jedes Alter zählt. „Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“. Eine demografiepolitische Bilanz der Bundesregierung.
- BMW (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2015): Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland. Zusammenfassung des Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie.
- Bonin, H., Gregory, T. und Zierahn, U. (2015): Übertragung der Studie von Frey/Osborne (2013) auf Deutschland. Endbericht. Kurzexpertise für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), 57. Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung.
- Braun, B., Reiners, H., Rosenwirth, M. und Schlette, S. (2006): Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook. 1. Aufl. Bertelsmann Stiftung und Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Brenner, H. und Mons, U. (2019): Krebs: Große Potenziale der Prävention. *Dtsch Arztebl* 116(4): A-132 / B-114 / C-114.
- Brücker, H., Fendel, T., Guichard, L., Gundacker, L., Jaschke, P., Keita, S. et al. (2020): Fünf Jahre „Wir schaffen das“. Eine Bilanz aus der Perspektive des Arbeitsmarktes. IAB-Forschungsbericht, 11/2020. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2018): Pendelmobilität in Deutschland. Potenziale nutzen — Belastungen reduzieren. Policy Brief. Wiesbaden.
- Bunn, F., Goodman, C., Russell, B., Wilson, P., Manthorpe, J., Rait, G. et al. (2018): Supporting shared decision-making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. *BMC Geriatrics* 18(1): 165.

- Cacioppo, J. T. und Cacioppo, S. (2014): Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass* 8(2): 58–72.
- Caruso, C. C. (2014): Negative impacts of shift work and long work hours. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 39(1): 16–25.
- Coleman, J. S. (1990): *Foundations of Social Theory*. Belknap Press of Harvard University Press. Cambridge, Mass.
- Culyer, A. J. (1995): Need: the idea won't do—but we still need it. *Soc Sci Med* 40(6): 727–730.
- DAK (2023): Psychreport. Erneuter Höchststand bei psychisch bedingten Fehltagen im Job. Entwicklung 2012–2022.
- DEGAM (Leitliniengruppe Hessen, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2021): S3-Leitlinie Multimedikation. Langfassung. AWMF-Registernummer: 053 – 043. 2. Aufl.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2015): Mehr Zeit für Behandlung. Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen. Abschlussbericht August 2015. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2020a): 2040 wird voraussichtlich jeder vierte Mensch in Deutschland alleine wohnen. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2020b): Ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte arbeitete 2018 mehr als 48 Stunden pro Woche. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2021): Fast 6 Millionen ältere Menschen leben allein. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022a): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Wiesbaden. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html, zuletzt aktualisiert am 21.12.2022 (abgerufen am 13.09.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022b): Psychische Erkrankungen wurden 2020 bei 18 % der Krankenhausbehandlungen von 15- bis 24-Jährigen diagnostiziert. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023a): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html (abgerufen am 08.05.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023b): Demografischer Wandel. Wiesbaden. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html#120356 (abgerufen am 08.05.2023).

- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023c): Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland seit 1871/1881. Wiesbaden. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html?nn=208696 (abgerufen am 08.05.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023d): Erwerbstätige in ausgewählten Berufen bzw. in Krankenhäusern mit befristetem Arbeitsvertrag. Erstergebnis des Mikrozensus 2022. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023e): Erwerbstätige in ausgewählten Wirtschaftsgruppen in Gesundheits- und Pflegesettings mit unüblichen Arbeitszeiten in den letzten 4 Wochen. Erstergebnis des Mikrozensus (LFS-Unterstichprobe) 2022. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023f): Geburtenziffer 2022 auf 1,46 Kinder je Frau gesunken. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023g): Gehaltsvergleich 2022: Neben dem Beruf ist der Bildungsabschluss entscheidend. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023h): Nettozuwanderung von knapp 1,5 Millionen Personen im Jahr 2022. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023i): Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten. Wiesbaden.
- Deutscher Bundestag (2023): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Anke Domscheit-Berg, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Datenschutz und IT-Sicherheit bei der elektronischen Patientenakte. Drucksache 20/7896.
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. Berlin.
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2018): DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit.
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2023): DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsbedingungen in der Pflege revisited. Was hat sich in den vergangenen Jahren getan? DGB-Index Gute Arbeit Kompakt 02/2023. Berlin.
- DGI (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie) (2022): Migrationsmedizin & Reisemedizin. URL: www.dgi-net.de/event/migrationsmedizin-reisemedizin/ (abgerufen am 08.08.2023).
- Döpfmer, S., Kuschick, D., Toutaoui, K., Riens, B., Dierks, M., Wolf, F. et al. (2023): Die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter

- Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 178: 64–74.
- Doty, M. M., Tikkanen, R. S., FitzGerald, M., Fields, K. und Williams, R. D. (2021): Income-Related Inequality In Affordability And Access To Primary Care In Eleven High-Income Countries. *Health Aff (Millwood)* 40(1): 113–120.
- Dratva, J., Schaeffer, D. und Zeeb, H. (2024): Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Aktueller Stand, Konzepte und Herausforderungen. *Bundesgesundheitsbl.*
- Drews, M. und Reiners, N. (2023): IGeL-Report 2023. Ergebnisse der Versichertenbefragung. aserto. Hannover.
- Ebbinghaus, M. (2022): Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen ... Zum Image von Pflegeberufen und seiner Bedeutung für die Berufswahl Jugendlicher. *BIBB Report* 16(1).
- Einav, L. und Finkelstein, A. (2018): Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It. *J Eur Econ Assoc* 16(4): 957–982.
- Entringer, T. (2022): Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland. *KNE Expertise*, 4/2022. Kompetenznetz Einsamkeit. Frankfurt am Main, Berlin.
- Eurostat (2023): Population structure and ageing. URL: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Past_and_future_population_ageing_trends_in_the_EU (abgerufen am 01.08.2023).
- Fang, H. und Rizzo, J. A. (2014): Physician Labor Supply. In: Culyer, A. J. (Hrsg.): *Encyclopedia of Health Economics*. Elsevier, Amsterdam: 56–60.
- Finkenstädt, V. (2015): Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. *WIP-Diskussionspapier*, 11/2015. Wissenschaftliches Institut der PKV.
- Frey, C. B. und Osborne, M. A. (2017): The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation? *Technological Forecasting and Social Change* 114: 254–280.
- Fries, J. F. (1980): Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 303(3): 130–135.
- Fuchs, M. und Weyh, A. (2023): Die Arbeitsmarktsituation in Krankenhäusern. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal*. Springer, Berlin, Heidelberg: 33–47.
- Fuchs, V. R. (1978): The Supply of Surgeons and the Demand for Operations. *The Journal of Human Resources* 13: Suppl:35–56.
- Geyer, S. und Eberhard, S. (2022): Compression and Expansion of Morbidity—Secular Trends Among Cohorts of the Same Age. *Dtsch Arztebl Int* 119(47): 810–815.

- GKV-Spitzenverband (2024): Die gesetzlichen Krankenkassen. URL: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp (abgerufen am 31.01.2024).
- Gneezy, U., Meier, S. und Rey-Biel, P. (2011): When and Why Incentives (Don't) Work to Modify Behavior. *J Econ Perspect* 25(4): 191–210.
- Gruenberg, E. M. (1977): The Failures of Success. *Milbank Mem Fund Q Health* 55(1): 3–24.
- Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S. G. und König, H.-H. (2010): The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 45(1): 212–229.
- Hahnel, E., Braeseke, G., Rieckhoff, S., Pörschmann-Schreiber, U., Engelmann, F., Kulas, H. und Musfeldt, M. (2020): Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES Institut.
- Hammermann, A. (2022): Sinnstiftende Tätigkeiten binden Mitarbeiter. *IW-Kurzbericht*, 42/2022. Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- Haupt, C. M. (2010): Der Zusammenhang von Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitsverhalten in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J. und Macco, K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche. Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Springer, Berlin, Heidelberg: 101–107.
- Heeser, A. (2021): Organisationsgrad in der Pflege: Ganz schön ernüchternd. *Klinik Management aktuell* 26(5): 30–34.
- Hermes, C., Blanck-Köster, K., Gaidys, U., Rost, E. und Petersen-Ewert, C. (2023): Einfluss der Arbeitsbedingungen und des Gehalts auf die Leiharbeit für Intermediate-Care- und Intensivstationen : Teilergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 118(3): 202–213.
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K. und Nolting, H.-D. (2023): DAK-Gesundheitsreport. Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. *Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*, 44. DAK-Gesundheit. Hamburg.
- Hochgürtel, T. (2021): Haushalte mit drei Generationen. *Statistisches Bundesamt WISTA* (5).
- Höhl, R. (2021): Fachkräftemangel macht Arztpraxen zu schaffen. *ästhet dermatol kosmetol* 13(5): 42–43.
- Institut für internationale Gesundheit (2023): Institut jetzt mit DTG-Zertifikat "Flüchtlingsmedizin". Charité. URL: internationale-gesundheit.charite.de/ (abgerufen am 08.08.2023).
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2023): Global Burden of Disease (GBD). URL: www.healthdata.org/research-analysis/gbd (abgerufen am 05.09.2023).

- Jordan, S. (2023): Gesundheitskompetenz / Health Literacy. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.
- Karasek, R. A. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24(2): 285–308.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2023): Arztlagebericht 2022: Frauenanteil erstmals über 50 Prozent – Arztzeit weiter knappe Ressource. Berlin.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und FGW (Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld) (2021): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage.
- Kelly, J. T., Su, G., La Zhang, Qin, X., Marshall, S., González-Ortiz, A. et al. (2021): Modifiable Lifestyle Factors for Primary Prevention of CKD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Society of Nephrology* 32(1): 239–253.
- KGW (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen) (2019): Fortbildung Migration und Medizin vom 05.05. bis 09.05.2019 auf Borkum. Curriculäre Fortbildung: Migration und Medizin. URL: www.kgnw.de/ueber-kgnw/veranstaltungen/2019-fortbildung-migration-medizin (abgerufen am 08.08.2023).
- Knaute, K. und Deindl, C. (2019): Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten im Auftrag des Sozialverband Deutschland e. V. Berlin.
- Knipper, M. und Ahmet, A. (2005): Wahlfach "Migrantenmedizin". Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema "Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt" in Deutschland. *GMS Z Med Ausbild* 22(4): Doc:215.
- Kochskämper, S. (2017): Alternde Bevölkerung. Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung. IW-Report, 8/2017. Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- Kopetsch, T. (2007): Arztdichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland: Eine empirische Untersuchung der These von der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen. *Journal of Contextual Economics – Schmollers Jahrbuch* 127(3): 373–405.
- Köppen, J. und Busse, R. (2023): Die Personalsituation im Krankenhaus im internationalen Vergleich. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2023*. Schwerpunkt: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg: 19–32.
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T. et al. (2013): The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 63(616): e742–e750.
- Kurz, C., Lau, T. und Martin, M. (2023): ChatGPT: Noch kein Allheilmittel. *Dtsch Arztebl* 120(6): A230–235 / B 202–B207.

- Lampert, T., Hoebel, J. und Kroll, L. E. (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring* 4(1): 4: 3–15.
- Lång, K., Josefsson, V., Larsson, A.-M., Larsson, S., Högberg, C., Sartor, H. et al. (2023): Artificial intelligence-supported screen reading versus standard double reading in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a clinical safety analysis of a randomised, controlled, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study. *Lancet Oncol* 24(8): 936–944.
- Laschet, H.: Die Ärztegewerkschaft hat sich etabliert. *Ärztezeitung*, 07.12.2006. URL: www.aerztezeitung.de/Politik/Die-Aerztegewerkschaft-hat-sich-etabliert-389825.html (abgerufen am 12.05.2023).
- Lehnert, T. und König, H.-H. (2012): Auswirkungen von Multimorbidität auf die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen und die Versorgungskosten. *Bundesgesundheitsbl* 55(5): 685–692.
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S. et al. (2020): Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 396(10248): 413–446.
- Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E. et al. (2018): Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 138(2): e48–e74.
- Magnussen, C., Ojeda, F. M., Leong, D. P., Alegre-Diaz, J., Amouyel, P., Aviles-Santa, L. et al. (2023): Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med* 389(14): 1273–1285.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. und Joos, S. (2014): Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. *GMS Z Med Ausbild* 31(4): Doc40.
- Manton, K. G. (1982): Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 60(2): 183–244.
- Marburger Bund (2022): MB-Monitor 2022. Zusammenfassung der Ergebnisse.
- Mauz, E., Walther, L., Junker, S., Kersjes, C., Damerow, S., Eicher, S. et al. (2023): Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Front Public Health* 11: 1065938.
- Mcguire, T. G. (2000): Physician Agency. In: Pauly, M. V., Mcguire, T. G. und Pita Barros, P. (Hrsg.): *Handbook of Health Economics*, Bd. 1. Elsevier, Amsterdam: 461–536.
- Meid, A. D., Wirbka, L., Moecker, R., Ruff, C., Weissenborn, M., Haefeli, W. E. und Seidling, H. M. (2023): Mortality and Hospitalizations Among Patients Enrolled in an Interprofessional

- Medication Management Program-Results of the Medicines Initiative Saxony- Thuringia (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen, ARMIN). *Dtsch Arztebl Int* 120(15): 253–260.
- Mergenthal, K. und Güthlin, C. (2021): Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 167: 78–85.
- Minz, R., Grüttner, D. und Heusinger-Lender, M. von (2023): Krankenhaus 2030 – Was sich ändern muss. *Gefäßchirurgie* 28(2): 98–107.
- Mousavi, S. S., Namayandeh, S. M., Fallahzadeh, H., Rahmanian, M. und Mollahosseini, M. (2023): Comparing the effectiveness of metformin with lifestyle modification for the primary prevention of type II diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Endocr Disord* 23(1): 198.
- Newhouse, J. P. (1996): *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. 2. printing. Harvard University Press. Cambridge, Mass.
- Ochmann, R. und Albrecht, M. (2019): *Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung*. IGES Institut. Bertelsmann Stiftung.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017): *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing. Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2021): *Empowering the health workforce. Strategies to make the most of the digital revolution*. Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2023): *Collective bargaining*. URL: www.oecd.org/employment/collective-bargaining.htm (abgerufen am 31.08.2023).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2024): *OECD.Stat. Health Care Resources: Remuneration of health professionals*. URL: stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9 (abgerufen am 31.01.2024).
- Osterloh, F. (2018): Opt-out-Erklärung: Was Ärzte beachten sollten. *Dtsch Arztebl* 115(46): A-2138 / B-1768 / C-1746.
- Pant, A., Gribbin, S., McIntyre, D., Trivedi, R., Marschner, S., Laranjo, L. et al. (2023): Primary prevention of cardiovascular disease in women with a Mediterranean diet: systematic review and meta-analysis. *Heart* 109(16): 1208–1215.
- Pfaff, H. und Zeike, S. (2019): Betriebliches Gesundheitsmanagement: Definition, Ziele, Maßnahmen. In: Pfaff, H. und Zeike, S. (Hrsg.): *Controlling im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das 7-Schritte-Modell*. Springer Fachmedien, Wiesbaden: 3–39.
- Pflege-Netzwerk Deutschland (2021): *Was tun gegen Gewalt in der Pflege?* URL: pflegenetzwerk-deutschland.de/schwerpunkte/arbeitsbedingungen/was-tun-gegen-gewalt-in-der-pflege, zuletzt aktualisiert am 16.04.2021 (abgerufen am 16.09.2023).

- Pilny, A. und Rösel, F. (2021): Personalfuktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Springer, Berlin, Heidelberg: 267–275.
- Polanc, A., Koch, R., Bertram, O., Thies, C., Gaa, C., Geiger, I. et al. (2022): Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit quantitativ-qualitativer Prozessevaluation. Ergebnisbericht.
- PwC Deutschland (2022): Fachkräftemangel im Gesundheitswesen: Wenn die Pflege selbst zum Pflegefall wird. Auswege aus der drohenden Versorgungskrise.
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K. und Warady, B. (2015): Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Int J Health Policy Manag* 4(11): 747–755.
- Rau, R. und Buyken, D. (2015): Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 59(3): 113–129.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.
- Rice, T. H. (1983): The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand. *Med Care* 21(8): 803–815.
- Richter-Kuhlmann, E. (2023): Selbstoptimierung: Problematischer Trend. *Dtsch Arztebl* 120(10): A-426 / B-366.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2023): Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen. Grundlagen einer umfassenden Planung im Gesundheitswesen. BURDEN 2020. Unter Mitarbeit von Annelene Wengler, Michael Porst, Aline Anton, Janko Leddin, Elena von der Lippe, Thomas Ziese, Alexander Rommel, Dietrich Plaß, Heike Gruhl, Katrin Schlüssel, Jan Breitzkreuz, Gabriela Brückner und Helmut Schröder.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2024): Prävention. URL: www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Praevention/Praevention_node.html (abgerufen am 31.01.2024).
- Rodriguez Santana, I., Mason, A., Gutacker, N., Kasteridis, P., Santos, R. und Rice, N. (2023): Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. *Health Econ Policy Law* 18(1): 1–13.

- Schaeffer, D., Berens, E.-M. und Hurrelmann, K. (2023): Gesundheitskompetenz in Deutschland. Wiederholungsbefragung des HLS-GER (HLS-GER 2). Sachbericht. Universität Bielefeld.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J. und Hurrelmann, K. (2021): Health Literacy in Germany - Findings of a Representative Follow-up Survey. *Dtsch Arztebl Int* 118(43): 723–728.
- Schmieding, M. L., Kopka, M., Schmidt, K., Schulz-Niethammer, S., Balzer, F. und Feufel, M. A. (2022): Triage Accuracy of Symptom Checker Apps: 5-Year Follow-up Evaluation. *J Med Internet Res* 24(5): e31810.
- Schmitz, M.-T., Just, J. M., Weckbecker, K., Schmid, M. und Münster, E. (2023): Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten. *Gesundheitswesen* 85(10): 871–877.
- Schmucker, R. (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, Heidelberg: 49–60.
- Schöley, J., Aburto, J. M., Kashnitsky, I., Kniffka, M. S., Zhang, L., Jaadla, H. et al. (2022): Life expectancy changes since COVID-19. *Nat Hum Behav* 6(12): 1649–1659.
- Schroeder, W. (2017): Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Study der Hans-Böckler-Stiftung, 373. Unter Mitarbeit von Christine Ludwig, Benedikt Schreiter, Florian Steinmüller, Oliver D'Antonio, Sascha Kristin Futh und Katharina Pollner.
- Schuler, M., Bölükbas, S., Darwiche, K., Theegarten, D., Herrmann, K. und Stuschke, M. (2023): Personalized Treatment for Patients With Lung Cancer. *Dtsch Arztebl Int* (Forthcoming).
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1(1): 27–41.
- Skora, T. (2018): Pendelmobilität und Familiengründung. Zum Zusammenhang von berufsbedingtem Pendeln und dem Übergang zum ersten Kind. Dissertation. Johannes Gutenberg-Universität Mainz und Verlag Barbara Budrich.
- Sonnenmoser, M. (2017): Der schwierige Patient: Aggressivität und Gewalt – Der Respekt nimmt ab. *Dtsch Arztebl* 114(10): A-482 / B-418 / C-408.
- Sonnenmoser, M. (2021): Social Prescribing: Soziales Miteinander auf Rezept. *Dtsch Arztebl (PP 21)*: 306–308.
- Spitzer, M. (2022): Digitalisierung in Kindergarten und Grundschule schadet der Entwicklung, Gesundheit und Bildung von Kindern. *Nervenheilkunde* 41(11): 797–812.
- Starfield, B., Shi, L. und Macinko, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83(3): 457–502.

- Steinhäuser, J., Annan, N., Roos, M., Szecsenyi, J. und Joos, S. (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land. Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. *Dtsch Med Wochenschr* 136(34-35): 1715–1719.
- Steinlein, O. (2008): Autosomal-rezessive Erkrankungen in Migrantenfamilien. *Monatsschr Kinderheilkd* 156: 330–336.
- Sturm, D., Capper, D., Andreiuolo, F., Gessi, M., Kölsche, C., Reinhardt, A. et al. (2023): Multiomic neuropathology improves diagnostic accuracy in pediatric neuro-oncology. *Nat Med* 29(4): 917–926.
- Sundmacher, L., Flemming, R., Franke, S., Höser, C., van den Berg, N., Becker, U. et al. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. Version 2.0. Gemeinsamer Bundesausschuss. Berlin.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. MWV Verlag. Berlin.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Hogrefe. Göttingen.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. MWV Verlag. Berlin.
- SVR Integration und Migration (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2022): Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. Berlin. URL: www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf (abgerufen am 31.01.2024).
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2022): Energiekrise solidarisch bewältigen, neue Realität gestalten. Jahresgutachten 2022/2023. Wiesbaden. URL: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg202223/JG202223_Gesamtausgabe.pdf (abgerufen am 31.01.2024).
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J. et al. (2018): #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Tillmann, J., Münster, E. und Schmidt, A. (2022): Ukraine-Geflüchtete in der Arztpraxis: Was ist zu beachten? *MMW Fortschr Med* 164(9): 12–16.
- Uusitupa, M., Khan, T. A., Vigiouliouk, E., Kahleova, H., Rivellesse, A. A., Hermansen, K. et al. (2019): Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* 11(11): 2611.

- Verband medizinischer Fachberufe (2024): Tarifiergebnis für MFA: Ab 1. März 7,4 Prozent plus. Gemeinsame Pressemitteilung von AAA und Verband medizinischer Fachberufe e.V.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf in Bayern 2020.
- Wehler, M., Kalch, A., Bilandzic, H. und Händl, T. (2022): Gesundheitskompetenz und Notfallverhalten. *Notf Rett Med (Notfall- & Rettungsmedizin)* 25(6): 427–433.
- Weiss, A., Donnachie, E., Beyerlein, A., Ziegler, A.-G. und Bonifacio, E. (2023): Type 1 Diabetes Incidence and Risk in Children With a Diagnosis of COVID-19. *JAMA* 329(23): 2089–2091.
- WHO (World Health Organization) (2008): *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*. Genf.
- WHO (World Health Organization) (2020): *State of the world's nursing 2020. Investing in education, jobs and leadership*. Genf.
- WHO (World Health Organization) (2022): *Human resources for health. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Report by the Director-General. Seventy-fifth World Health Assembly provisional agenda item 15, A75/15*. Genf.
- WHO/Europa (World Health Organization, Regional Office for Europe) (2022): *Health and care workforce in Europe: time to act*. Kopenhagen.
- Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt (2018): *Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*. Bonn.
- Zi (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2022): *Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2021 – Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2017 bis 2020. 12. Jahrgang*. Berlin.

Teil II: Empfehlungen zur Verbesserung der Fachkräftesituation

4 Maßnahmen zur Erhöhung des Fachkräfteangebots

4.1 Einleitung

349. Aufgrund des **demografischen Wandels** wird das Erwerbspersonenpotenzial in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten sinken (Destatis 2024), während die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und -personal kontinuierlich ansteigt. Ähnliche demografische Veränderungen sind auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten, die ebenfalls zunehmend Fachkräfteengpässe in ihren Gesundheitssystemen verzeichnen (WHO/Europa 2022). In dieser Gemengelage ist von einer deutlichen **Intensivierung des Wettbewerbs** um Arbeitskräfte auszugehen, der sich über Wirtschaftszweige und Landesgrenzen hinweg erstreckt. Das macht es zunehmend schwieriger, ausscheidende Fachkräfte im Gesundheitswesen zu ersetzen (Ersatzbedarf) oder das Fachkräftevolumen in Relation zu der zukünftig steigenden Morbiditätslast zu erhöhen (Erweiterungsbedarf).^{98,99}

350. Eine Vielzahl an Beschäftigten im Gesundheitswesen beklagt eine steigende Arbeitslast und droht mit verfrühtem Ausscheiden aus dem Beruf.¹⁰⁰ Hier entwickelt sich oft ein **Teufelskreis**, in welchem Berufsaustritte eine erhöhte Arbeitslast erzeugen, was wiederum zu weiteren Austritten führt (siehe dazu Kapitel 2). Gleichzeitig erzeugen gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, wie eine Tendenz zu flexibleren Arbeitsweisen (z. B. Homeoffice) in anderen Wirtschaftssektoren, eine Sogwirkung, welche die Attraktivität der Gesundheitsberufe besonders für Berufseinsteiger*innen zu reduzieren droht. Die Akteure der Selbstverwaltung und der Politik sind aufgefordert, entschlossen zu reagieren, um tiefgreifende Verbesserungen des Arbeitsumfeldes zu erzielen und so einen

⁹⁸ Zu den Begriffen „Ersatz- und Erweiterungsbedarf“ siehe van den Bussche (2019).

⁹⁹ Die Entwicklung der Wettbewerbsintensität ist wiederum von Faktoren abhängig, die mit weiteren Unsicherheiten behaftet sind. So sind andere Industriezweige deutlich stärker als der Gesundheitssektor von der konjunkturellen Entwicklung abhängig. Gleichzeitig wird in der Literatur u. a. diskutiert, ob Frauen, die überproportional in Gesundheitsberufen ausgebildet sind, in Rezessionen möglicherweise eher bzw. mehr arbeiten, um Einkommensverluste anderer Haushaltsmitglieder auszugleichen (zum sogenannten „*Added Worker Effect*“ siehe für Deutschland z. B. Ehlert 2015). Es ist daher nicht abschätzbar, inwiefern die vergleichsweise schwache konjunkturelle Entwicklung zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung noch verdeckt, wie schnell sich die Fachkräftesituation im Gesundheitswesen verschärfen könnte.

¹⁰⁰ Wie im ersten Teil des Gutachtens dargelegt wurde, gibt es zwar keine verlässlichen Erkenntnisse zur potenziellen Wechselbereitschaft, aber einige Anhaltspunkte: So gibt z. B. nur eine Minderheit der Beschäftigten in der Pflege an, davon auszugehen, den derzeitigen Beruf bis zum Rentenalter auszuüben (DGB 2023, Seite 10).

nachhaltigen Einsatz des Personals zu ermöglichen. Hierbei gilt es sowohl den Berufsausstieg des vorhandenen Personals zu verringern als auch weitere Menschen für eine Arbeit im Gesundheitswesen zu gewinnen.

351. Vor diesem Hintergrund adressiert das vorliegende Kapitel **folgende Fragen**: Wie kann es gelingen, neue Fachkräfte für das Gesundheitswesen zu gewinnen und vorhandene Fachkräfte möglichst langfristig an das Gesundheitswesen zu binden? Wie kann die Arbeitsproduktivität der vorhandenen Fachkräfte, insbesondere durch den Einsatz digitaler Technologien, erhöht werden? Wie können die vorhandenen Fachkräfte besser eingesetzt und geografisch, sektoren- und fachgruppenspezifisch verteilt werden?

4.2 Gesundheitspersonalplanung

352. Angesichts der sich verschärfenden Fachkräftesituation setzen viele Gesundheitssysteme (für Beispiele siehe Textziffer 354) zunehmend auf eine nationale, strategische Planung von Personalressourcen (Gesundheitspersonalplanung (GPP); engl.: *Health Workforce Planning*).¹⁰¹ GPP soll sicherstellen, dass die richtige Anzahl von Personen mit den richtigen Fähigkeiten zur richtigen Zeit am richtigen Ort ist, um die richtigen Versorgungsleistungen für diejenigen zu erbringen, die sie brauchen (Kroezen et al. 2018, Seite 87).¹⁰² Dazu bedarf es eines engen nationalen **Monitorings der Personalressourcen und -bedarfe und darauf aufbauender Prognosen der zukünftigen Fachkräftesituation**. Auf dieser Informationsgrundlage sollen Engpässe künftig früher identifiziert und mit geeigneten Maßnahmen adressiert werden, z. B. durch verstärkte Anreize zur entsprechenden Aus-, Fort- und Weiterbildung (siehe Abschnitt 4.3.3) oder gezielte Investitionen in Technologien, die von besonderer Knappheit bedrohte Versorgungsleistungen substituieren können (siehe Abschnitt 4.6). Das leistet einen wichtigen Beitrag zu einem resilienteren Gesundheitssystem (siehe dazu SVR 2023). Im Gegensatz dazu können eine ungesteuerte Qualifizierung von Fachkräften oder eine Steuerung ohne ausreichende Planungsgrundlage eine Über- oder Unterversorgung induzieren. Neben der direkten Planungs- und Steuerungsfunktion hätte eine kontinuierliche Modellierung der Ressource Personal noch andere Vorteile. So könnten gesundheitspolitische Maßnahmen noch vor ihrer Einführung abschätzend evaluiert werden (Ex-ante-Evaluation, siehe dazu z. B. Todd/Wolpin 2008).

353. Deutschland führt bislang **keine umfassende GPP** durch. Anders als in anderen europäischen Staaten beschränken sich die bestehenden Ansätze in Deutschland auf den ambulanten ärztlichen Bereich (für einen Überblick siehe z. B. European Commission 2021). So werden im Rahmen der Bedarfsplanung lediglich die Niederlassungen von Arztgruppen geplant und andere Berufsgruppen nicht miteinbezogen.¹⁰³ Spezifische Vorhersagen, z. B. zum Bedarf an zusätzlichen Medizinstudienplätzen, stammen oft von Berufs- und Interessenverbänden. Im Bereich der Pflege gibt es ebenfalls große Informations- und Planungsdefizite; so gibt es keine umfassende

¹⁰¹ Die meisten der zu diesem Thema publizierten Artikel finden sich in der internationalen Literatur der letzten 15 Jahre, zuvor erhielt GPP weniger Aufmerksamkeit (für eine Literaturübersicht siehe z. B. Sutton et al. 2023). Neben Fortschritten in der für GPP erforderlichen Methodik und Datenverfügbarkeit dürfte die angespannte Fachkräftesituation eine wesentliche Ursache für das gestiegene Interesse an GPP darstellen.

¹⁰² Im englischen Original: „*the right number of people, with the right skills, are at the right place, at the right time to deliver the right services to those in need of them*“.

¹⁰³ Zudem wird nicht berücksichtigt, welche Versorgungsleistungen die einzelnen Gruppen vor Ort anbieten.

bundesweite Bedarfserfassung im Bereich der Langzeitpflege (siehe dazu Kapitel 6). Insgesamt fehlt eine unabhängige, multi- und interprofessionelle Planung, die alle relevanten Berufsgruppen und deren Interaktion und Substitutionspotenziale einbezieht.

354. Planung setzt ein zuverlässiges Monitoring und darauf aufbauende Prognosen von Angebot und Nachfrage nach Fachkräften voraus. Bei der Konzeption und Umsetzung eines Prognosemodells in Deutschland sollten **internationale Vorbilder** herangezogen werden. So ist GPP z. B. in den Niederlanden ein weitgehend akzeptiertes Instrument (siehe den untenstehenden Exkurs). Andere relevante Vorbilder sind z. B. Österreich (siehe dazu z. B. Fülöp 2017), die Schweiz (siehe dazu Publikationen des Gesundheitsobservatoriums, z. B. Merçay et al. 2021) und England, wo der National Health Service (NHS) im Jahr 2023 erstmals eine umfassende GPP aufgesetzt hat (NHS England 2023).

Exkurs: GPP in den Niederlanden

355. In den Niederlanden wurde im Jahr 2000 das erste **GPP-Modell** implementiert. Seither wird dort laufend die Zahl der auszubildenden Fachkräfte im Gesundheitswesen geschätzt, die erforderlich ist, um den künftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen zu decken. Entwickelt wurde das Modell vom niederländischen Institut für Gesundheitsforschung (Nivel, Nederlands instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg).

In die Modellierung fließen **Daten aus mehreren Informationsquellen** ein. Dazu zählen Informationen über die Angehörigen der Gesundheitsberufe (z. B. aus Umfragen und aus Registrierungsdatenbanken), über die Ausbildung für die Gesundheitsberufe (z. B. die Anzahl der Studierenden und die Abbrecherquoten) und über die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (z. B. Bevölkerungsprognosen und Expertenschätzungen).

Gerade weil es auch in den Niederlanden Diskussionen über Komponenten der Modellierung gab, die z. B. die Substitutionsmöglichkeiten zwischen den Professionen betreffen, sollten die **Erfahrungen aus den Niederlanden** bei der Implementierung einer GPP in Deutschland nicht außer Acht gelassen werden. Insgesamt gilt die niederländische GPP als akzeptiertes und relevantes Instrument zur Stabilisierung des Arbeitsmarktes im Gesundheitswesen. Zum Beispiel werden Entscheidungen in Bezug auf den Numerus clausus im Medizinstudiengang auf dieser Grundlage getroffen (so exemplarisch dargestellt für Hausärzt*innen von van Greuningen et al. 2012, die auch eine nähere Beschreibung der Modellierung und der Datengrundlage bieten).

356. Voraussetzung für eine treffsichere GPP ist eine **hochqualitative, belastbare Datengrundlage**. Die Daten über den Personalbestand im deutschen Gesundheitssystem liegen derzeit nur unvollständig, unpräzise und fragmentiert vor; in einigen Bereichen sind sie gar nicht existent (siehe Kapitel 1). Um die Datengrundlage zu verbessern, müssen die Akteure im Gesundheitswesen zur **regelmäßigen und einheitlichen Meldung relevanter Daten verpflichtet** werden.¹⁰⁴ Für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen gibt es bereits Registrierungspflichten: Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt eine Eintragung im Bundesarztregister voraus. Die Daten werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder erhoben, die sie an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) übermitteln. Daneben gibt es die Ärztestatistik der

¹⁰⁴ Eine freiwillige Datenerhebung riskiert systematische Verzerrungen (Bias) aufgrund von Selektionseffekten, d. h., dass sich bestimmte Gruppen von Akteuren aktiv der Erhebung entziehen bzw. überproportional vertreten sind. Eine Übersicht über mögliche Verzerrungen in Beobachtungsstudien bietet z. B. Hammer et al. (2009).

Bundesärztekammer (BÄK), die die Gesamtheit der berufstätigen Ärzt*innen (sowie nicht aktive Mitglieder) umfasst (siehe dazu Kapitel 1); auch diese Daten werden auf Landesebene erhoben. Die dabei bestehenden länderspezifischen Unterschiede sollten abgebaut werden. Der Rat empfiehlt zudem die Implementierung einer **Registrierungspflicht für Pflegefachpersonen**, bei der möglichst nach Fachrichtungen, Qualifizierung, Beschäftigungsort und -umfang, Tätigkeitsbereich und weiteren Merkmalen zu differenzieren ist. Der Rat hat dies bereits in seinem letzten Gutachten zur Erhöhung der Planungssicherheit angesichts von Fachpersonalengpässen empfohlen (SVR 2023, Seite 279). Die Registrierung sollte **digital sowie länder- und sektorenübergreifend einheitlich** erfolgen. Im Sinne der Datensparsamkeit, Datennutzbarkeit und Begrenzung des bürokratischen Aufwands sollte die Datenerfassung in unterschiedlichen Bereichen aufeinander abgestimmt sein. Hierzu gehört die Nutzung einer berufsgruppenübergreifenden Basisdatenstruktur, um z. B. berufsgruppenübergreifende Szenarien simulieren zu können. Dort, wo es möglich ist, sollten Synergien in der Datenerhebung geschaffen werden (z. B. mit Datenerfassungen im Bereich der Qualitätssicherung oder der Berufserstzulassung). Die Durchführung der Registrierung von Pflegefachpersonen sollte – unter Gewährleistung der zentralen Auswertbarkeit – langfristig den flächendeckend zu schaffenden Landespflegekammern übertragen werden. Bis zu deren Etablierung wären vorübergehend andere Lösungen zu finden (siehe dazu Abschnitt 4.3.2.1). Perspektivisch sollte eine Registrierungspflicht auch für andere Heilberufe sowie die einheitliche Erfassung und Meldung relevanter Daten für eine strategische GPP von Gesundheitsberufen nach Berufsbildungsgesetz, z. B. MFA, in Betracht gezogen werden.

357. Die Aussagekraft der langfristigen Modellierungen, auf denen GPP basiert, hängt zudem von **Annahmen über die relevanten Einflussfaktoren und ihre Interaktionen** (z. B. demografische Entwicklung, Migrationsbewegungen, Arbeitsproduktivität und Verbreitung und Einsatz von technologischen Innovationen) ab. Modellierungen sollten so weit wie möglich auf kausalen Verhaltensmodellen basieren, nicht nur auf Fortschreibungen von existierenden Trends oder datenbasierten Korrelationen. Hierbei gilt es insbesondere komplexe Interaktionen und Restriktionen hinreichend abzubilden. Unter anderem gilt dies für die Arbeitsangebotsentscheidungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die nicht beliebig skalierbar sind, sondern ihrerseits z. B. stark von Aufgabenverteilungen in Haushalten bedingt werden. Die existierende Evidenz stammt oftmals aus internationalen Studien, die nicht zwingend auf die deutsche Situation übertragbar sind. Bestehende Erkenntnisdefizite sollten durch gezielte Forschungsförderung adressiert werden (z. B. durch die Bundesministerien für Bildung und Forschung oder Gesundheit).

358. Der Rat empfiehlt, das Robert Koch-Institut (RKI) – unter Einbeziehung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM), das zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung aufgebaut wird und bei dem das Forschungsdatenzentrum Gesundheit angesiedelt sein soll – federführend damit zu beauftragen, **eine regelmäßige und berufsgruppenübergreifende Gesundheitspersonalplanung für Deutschland** unter Berücksichtigung der oben formulierten Anforderungen und mit internationalem Input vorzunehmen und deren Aussagekraft laufend zu evaluieren.¹⁰⁵ Die Thematik erfordert eine ressortübergreifende Bündelung der vorhandenen Expertise. Insbesondere gilt es, die Akteure aus dem Bereich der Arbeitsmarkt- und Bildungsforschung einzubeziehen, vor allem das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

¹⁰⁵ Das RKI ist bereits heute für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zuständig, d. h. für Berichte über die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland (siehe dazu RKI 2024).

und das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB). Es sollte Transparenz gewährleistet werden, damit die Methodik von weiteren Akteuren im Gesundheitswesen laufend hinterfragt werden kann.¹⁰⁶ Es bietet sich an, auf der besten bisher verfügbaren gesamtwirtschaftlichen Modellierung aufzubauen. Basis einer Prognose der Fachkräftesituation könnte demnach das QuBe-Projekt sein (siehe dazu Kapitel 1). Der Rat begrüßt, dass das BMG zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung die **Einführung eines Fachkräfteprognosemodells für das Gesundheitswesen auf Basis des QuBe-Projekts** im Rahmen einer Machbarkeitsstudie prüfen lässt (siehe dazu z. B. Deutscher Bundestag 2022). Dabei ist die Anpassung des gesamtwirtschaftlichen QuBe-Modells an die spezifischen Gegebenheiten im Gesundheitswesen erforderlich; insbesondere fehlt bisher eine differenzierte Prognose bedarfsseitiger Faktoren.

4.3 Steigerung der Attraktivität der Berufsbilder im Gesundheitswesen

4.3.1 Verbesserung der Arbeitsbedingungen

359. Die Attraktivität eines Berufes hängt stark von den Arbeitsbedingungen ab, die ein **Bündel von Arbeitsplatzmerkmalen** umfassen. Dazu zählen das Gehalt, aber auch Komponenten wie Umfang und Planbarkeit von Arbeitszeiten, Arbeitsbelastung, Entscheidungsfreiheit, gesellschaftliche und interprofessionelle Anerkennung sowie Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 3). Verbesserte Arbeitsbedingungen sollen dazu führen, Beschäftigte im Beruf zu halten, Stille Reserven (d. h. Menschen mit relevanten Qualifikationen, die momentan nicht oder nur im begrenzten Umfang in Gesundheitsberufen tätig sind) zu aktivieren¹⁰⁷ sowie neue Potenzialgruppen für die Arbeit im Gesundheitswesen zu gewinnen.

360. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist die primäre Aufgabe der Arbeitgeber, die bereits heute im intensiven Wettbewerb um Arbeitskräfte stehen. Aus arbeitsmarkt- und ordnungspolitischer Perspektive stellt sich die Frage, wie stark die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen ebenfalls durch den Gesetzgeber reguliert werden sollte. Grundsätzlich spricht gegen eine restriktive Regulierung, dass sie die Innovationsfähigkeit der Arbeitgeber einschränken und falsche Investitionsanreize schaffen könnte. Andererseits fällt die Gewährleistung von Mindeststandards bei den Arbeitsbedingungen oftmals mit der Sicherung der Versorgungsqualität zusammen, was Eingriffe in die betriebliche Autonomie unter Berufung auf das Patientenwohl und die Patientensicherheit legitimiert. In diesem Spannungsfeld sollten der Gesetzgeber und die Institutionen der Selbstverwaltung Mindeststandards konsequent sicherstellen und darüber hinaus Freiräume zur Innovation schaffen und schützen.

¹⁰⁶ Transparenz kann z. B. im Rahmen von *Open-Data-* bzw. *Open-Code-*Initiativen gewährleistet werden, wie es sie für die öffentliche Verwaltung bereits gibt, z. B. das Projekt Open CoDE (<https://opencode.de>, zuletzt abgerufen am 13.12.2023), das durch das Bundesinnenministerium und Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen initiiert wurde.

¹⁰⁷ In einer Analyse der Hans Böckler Stiftung wird das Fachkräftepotenzial durch Rückkehr in den Beruf oder durch die Aufstockung von Arbeitszeit auf mindestens 300 000 Pflegefachpersonen (VZÄ) geschätzt (Becka et al. 2023).

4.3.1.1 Strukturelle Ansätze

Organisationsstrukturen

361. Die ambulante medizinische und pflegerische Versorgung in Deutschland ist durch eine hohe Anzahl an **relativ kleinen Betrieben** mit wenigen Beschäftigten gekennzeichnet. So handelt es sich – trotz fallender Tendenz (siehe Abbildung 4-1) – noch bei mehr als der Hälfte der Praxen (ca. 58 %) um Einzelpraxen (KBV 2024b).¹⁰⁸ Ambulante Pflegedienste beschäftigen durchschnittlich weniger als 30 Mitarbeiter*innen, die aufgrund der hohen Teilzeitquote weniger als 20 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) entsprechen (Rothgang/Müller 2023, eigene Kalkulation auf Grundlage des Barmer Pflegereports 2023¹⁰⁹; zur Problematik der Kleinststrukturen in der ambulanten Pflege siehe auch Kapitel 6).

362. Ein Ansatzpunkt zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist die Förderung von **größeren organisatorischen Einheiten in der ambulanten Versorgung**, um so von Skaleneffekten profitieren zu können. Neben möglichen Kostenvorteilen (siehe dazu z. B. Heimeshoff et al. 2014; Kwietniewski et al. 2017; Kwietniewski/Schreyögg 2018) bieten größere organisatorische Einheiten im Hinblick auf die Fachkräftegewinnung und -haltung bessere Möglichkeiten zur Aufgabenverteilung und fachlichen Spezialisierung des Personals (z. B. von MFA, die sich auf die Durchführung bestimmter medizinischer Prozeduren oder das Praxismanagement konzentrieren). Sie ermöglichen auch flexiblere Anstellungs- und Arbeitszeitmodelle (z. B. mehr angestellte Beschäftigungsverhältnisse für Ärzt*innen, die sich zunehmend nicht mehr selbstständig niederlassen wollen; Erweiterung der Möglichkeiten im Ausfallmanagement z. B. über Flexpools, um Ausfälle in Pflegepersonalteams besser zu kompensieren) und eine Professionalisierung des Managements, was zur Anwerbung und zum Verbleib gut qualifizierter Mitarbeiter*innen beitragen kann (Bender et al. 2018; Scharf et al. 2019).

363. Dabei sind einige Skaleneffekte nicht nur durch formelle Zusammenschlüsse erreichbar: eine **freiwillige Schaffung übergeordneter Organisationsstrukturen**, z. B. in der Form überregionaler Ausbildungsstrukturen, könnte die Ausbildungsqualität bei MFA verbessern und die Attraktivität der Ausbildung erhöhen (siehe dazu Abschnitt 4.3.3.2). Vorhandene Ansätze, wie Praxisnetze, die bereits von den KVen gefördert werden, sollten dahingehend ausgebaut werden (KBV 2024c). Im Bereich der Langzeitpflege sollte die Etablierung regionaler Pflegekompetenzzentren die Schaffung übergeordneter Organisationsstrukturen gewährleisten (siehe Kapitel 6).

¹⁰⁸ In einem Vergleich von zwölf einkommensstarken Ländern in der OECD wurde Deutschland als einziges Land mit einem primär durch Einzelpraxen geprägten ambulanten Versorgungssystem identifiziert (Marchildon et al. 2021).

¹⁰⁹ Nach Daten des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2021 442 860 Beschäftigte (306 380 VZÄ) in 15 376 ambulanten Pflegediensten tätig (Rothgang/Müller 2023).

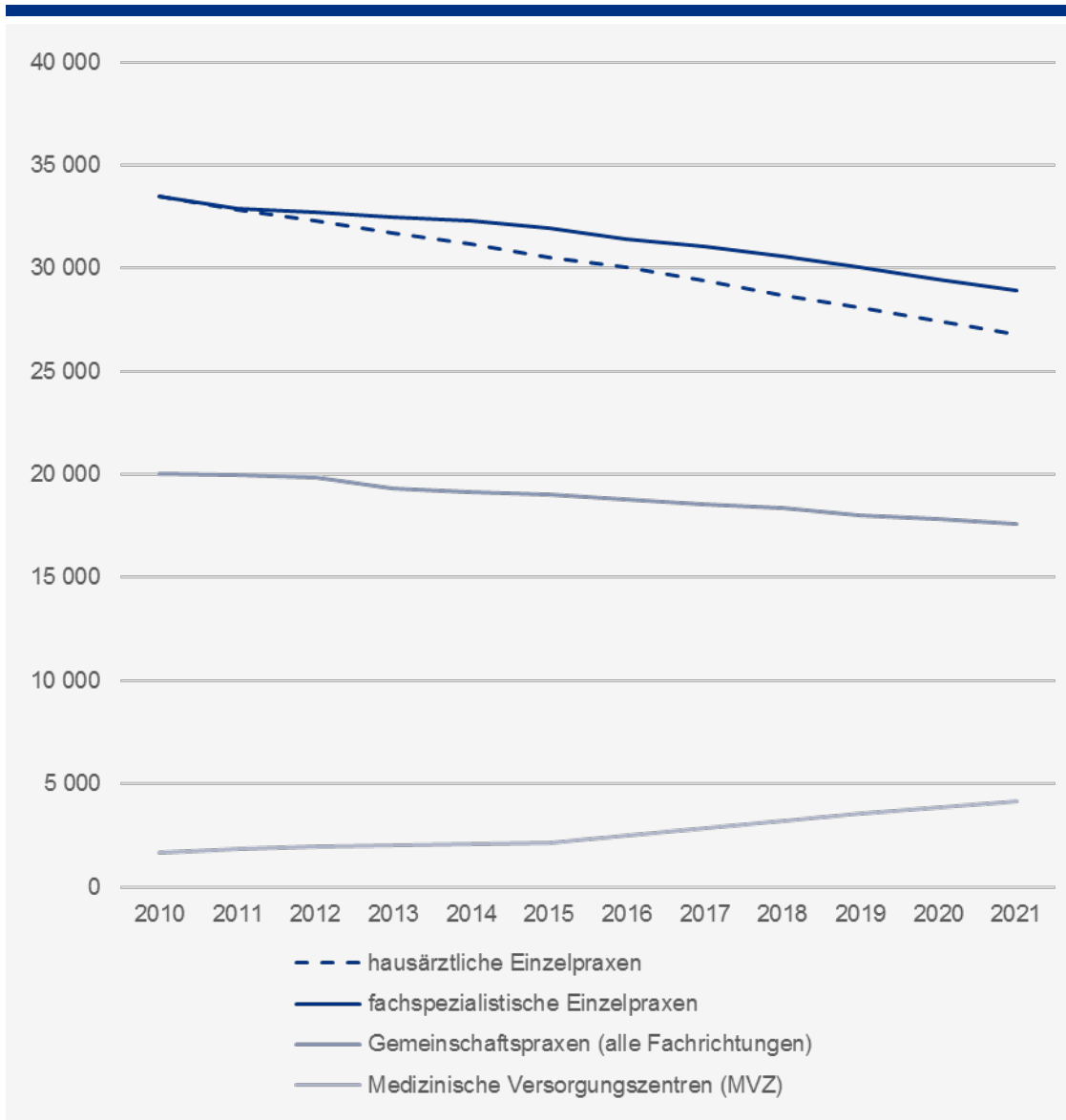


Abbildung 4-1: Verbreitung verschiedener Praxisformen in den Jahren 2010 bis 2021

Der hausärztliche Versorgungsbereich umfasst hier auch Kinderärzt*innen.
 Psychologische psychotherapeutische Praxen sind hier nicht berücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2024a).

Arbeitszeitmodelle

364. Der Anteil von Teilzeitbeschäftigung ist im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen besonders hoch und nimmt zu (siehe Kapitel 1). Auch gesamtwirtschaftlich ist eine steigende Teilzeitquote zu verzeichnen, zuletzt insbesondere bei männlichen Beschäftigten (Wanger 2023). Teilzeitbeschäftigte stehen dem Gesundheitswesen in reduziertem Umfang zur Verfügung, was in der öffentlichen Diskussion oft als eine Ursache des wachsenden Fachkräfteengpasses beklagt wird. Jedoch bedeutet Teilzeitarbeit nicht zwingend, dass die Arbeitsleistung (im Sinne der erzeugten Gesundheits- und Pflegedienstleistungen) proportional mit

der Arbeitszeit fällt (Golden 2012). So kann Teilzeitbeschäftigung positive Effekte auf die individuelle Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten haben, was wiederum Ausfallzeiten reduziert.

365. Für manche Menschen ist eine Teilnahme am Arbeitsmarkt nur im Umfang einer Teilzeitbeschäftigung möglich oder gewünscht. Die Alternative wäre der komplette Ausstieg aus dem Beruf. **Attraktive Teilzeitmodelle** können in diesem Sinne sogar zur Entschärfung der Fachkräftesituation beitragen bzw. eine weitere Intensivierung zumindest abmildern. Leider ist Teilzeitarbeit oft mit Karrierenachteilen assoziiert (Russo/Hassink 2008). Um Personal zu attrahieren und zu binden, sollten Arbeitgeber auch für Teilzeitbeschäftigte attraktive Karrieremöglichkeiten schaffen. So gibt es z. B. ein steigendes Interesse an Führungsrollen in Teilzeit, bei denen zwei oder mehr Personen eine Führungsrolle gemeinsam ausfüllen (Hammermann 2023; Karlshaus/Kaehler 2017; van Roekel 2023).

366. Zwar ist vor dem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund einer sich schnell verändernden Arbeitswelt eine Rückkehr zu hohen Vollzeitraten im Gesundheitswesen nicht zu erwarten. Jedoch sind Arbeitgeber und die Politik auch dazu angehalten, **Rahmenbedingungen zu schaffen, die es Arbeitnehmer*innen ermöglichen, ihren Stundenumfang zu erhöhen**, wenn sie dies wünschen. Besonders hoch ist die Teilzeitquote bei Frauen mit Kindern, weil Frauen üblicherweise deutlich mehr Zeit für Care-Arbeit aufwenden als Männer (SVR Wirtschaft 2023, Seite 268). Das gilt nicht nur für die Kinderbetreuung, sondern u. a. auch für die Pflege von Angehörigen; nach Angaben aus dem Jahr 2019 sind ungefähr 70 % der pflegenden Angehörigen weiblich (Knauthe/Deindl 2019, siehe dazu auch Kapitel 3). Diese Care-Arbeit kann individuell erfüllend und sinnstiftend sein. Jedoch ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Fachkräfte diese Care-Arbeit aus Ermangelung an Unterstützung und alternativer Versorgung übernimmt. Einige erforderliche Maßnahmen zur Reduktion unerwünschter Teilzeit liegen außerhalb der Gesundheitspolitik. So unterstützt der Rat nachdrücklich die Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft), den quantitativen und qualitativen Ausbau von Kinderbetreuungsplätzen weiter voranzutreiben (SVR Wirtschaft 2023, Seite 270). Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt ist die Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten der Langzeitpflege, auch im Hinblick auf die Bedarfe pflegender Angehöriger (siehe Kapitel 6). Nicht zuletzt sind unzureichende Arbeitsbedingungen bzw. die zu hoch empfundenen Belastungen ein häufiger Grund für Teilzeitbeschäftigung, speziell in den Pflegeberufen (Becka et al. 2023; Becka et al. 2016; BMG 2023d). Lösungsansätze für diese Problematik werden in Abschnitt 4.3.1.3 diskutiert.

367. Gesamtgesellschaftliche Entwicklungen im Hinblick auf **neue, flexiblere Arbeitsweisen** (oftmals unter dem Begriff *New Work* summiert) sollten auch im Gesundheitswesen ermöglicht werden, wenn dies technisch möglich ist, vom Fachpersonal gewünscht wird und dem Patientenwohl nachweislich nicht schadet. So arbeiten z. B. seit der SARS-CoV-2-Pandemie Arbeitnehmer in vielen Wirtschaftssektoren vermehrt mobil bzw. von zuhause („Homeoffice“), was oft mit einer verbesserten Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Zeit- und Geldersparnissen durch verringerten Pendlerverkehr einhergeht (siehe z. B. Barrero et al. 2021; Barrero et al. 2022). Das ist bislang in den patientennahen Berufen des Gesundheitswesens kaum möglich, was die Beschäftigung in diesem Sektor relativ zu anderen Wirtschaftszweigen unattraktiver machen könnte. Diese Unterschiede können z. B. durch den konsequenten Ausbau digitaler Dokumentation oder der Telemedizin und -pflege zumindest verringert werden (siehe Abschnitt 4.6). Ebenso gibt es große, ungenutzte Potenziale in verbesserter Arbeitsorganisation und flexibler Dienstleistungsplanung, z. B. durch digital unterstützte Möglichkeiten, Schichttausch zu organisieren bzw. Wunschkonzepte umzusetzen. Investitionen in digitale Technologien und entsprechende Rahmenbedingungen sollten

daher als Instrumente sowohl zur Effizienzsteigerung als auch zur Personalbindung und -gewinnung betrachtet werden.

Bürokratieabbau

368. Der hohe bürokratische Aufwand gilt als eine Ursache der Unzufriedenheit vieler Fachkräfte im Gesundheitswesen (siehe z. B. Augurzky et al. 2018). In vielen Fällen ist bürokratischer Aufwand, wie z. B. die detaillierte Dokumentation von Behandlungsabläufen, wichtig zur Gewährleistung von Kontinuität und Qualität in der Versorgung sowie für die korrekte Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen. Es gibt jedoch Anzeichen, dass nicht alle bürokratischen Aufgaben einen Nutzen im Sinne des Patientenwohls erzielen.

369. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist daher der **Bürokratieabbau**, der Personalkapazitäten unmittelbar entlastet und es dem Fachpersonal erlaubt, sich wieder verstärkt auf die sinnstiftende Arbeit mit Patient*innen zu konzentrieren. Eine Reduktion des bürokratischen Aufwands der Leistungserbringer könnte zugleich die Verwaltungskosten im Gesundheitssystem senken, deren Anteil an den öffentlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland besonders hoch ist (OECD 2017). Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung erarbeitet das BMG vielfältige Maßnahmen zum Bürokratieabbau, u. a. im ambulanten und stationären Sektor, im Arzneimittel- und Hilfsmittelbereich und in der Langzeitpflege (BMG 2023a). Der Rat empfiehlt, sowohl neue als auch bestehende Dokumentationspflichten und andere bürokratische Vorschriften einer kontinuierlichen Kosten-Nutzen-Rechnung zu unterwerfen, die den Zeitaufwand und die damit verbundene Reduktion von patientennahen Leistungen dem erwarteten Nutzen der bürokratischen Handlung gegenüber stellt. Dabei ist zu beachten, dass die Zeit, die die Beschäftigten zur Erfüllung der Pflichten aufwenden, umso kostbarer ist, je mehr sich die Fachkräftesituation verschärft.

370. Wo bürokratischer Aufwand unverzichtbar ist, sollten neue Technologien genutzt werden, damit möglichst wenig menschliche Arbeitszeit für Dokumentation aufgewendet werden muss. Hierzu fehlt es oftmals noch an alltagstauglichen technischen Lösungen zur digitalen, automatisierten Aufarbeitung der Daten für die geforderte Dokumentation (z. B. aus der Patientenkurve in die Abrechnung, das Register usw.). Wichtig ist zudem, dass die vorhandenen Technologien, z. B. Praxissoftwaresysteme, möglichst reibungslos funktionieren, interoperabel sind und somit nicht zusätzlichen Arbeitsaufwand erzeugen.¹¹⁰

371. Als Ansatzpunkt zur Reduktion personalintensiver Dokumentationsaufwände und Arbeitsprozesse in der Pflege empfiehlt der Rat außerdem, die bundesweite Verwendung einer standardisierten Pflegefachsprache zur Abbildung des Pflegeprozesses zu forcieren.¹¹¹ Dies umfasst die Förderung der Entwicklung, Etablierung und beständigen Weiterentwicklung von einheitlichen Basis-Assessments zur Feststellung des pflegefachlichen Pflegebedarfs einschließlich deutschsprachiger Instrumente der Pflegediagnostik, Pflegeintervention und -evaluation, die in eine einheitliche Pflegeklassifikation eingebunden sind und zur Abbildung des Pflegeprozesses genutzt werden. Hierfür existieren bereits international etablierte Vorbilder wie beispielsweise die NANDA-Pflegediagnosen mit darauf abgestimmter Pflegeinterventions- und Ergebnisklassifikation (NIC,

¹¹⁰ Bisher sind Praxissoftwaresysteme unzureichend auf die Arbeitsabläufe in den Praxen mit immer wiederkehrenden Erfordernissen zur Anpassung eingestellt. Für einen Vergleich der Schnelligkeit und Effizienz von Praxissoftwaresystemen siehe Balaz/Balaz (2023).

¹¹¹ Aktuell gibt es weder in der Akut- noch in der Langzeitpflege in Deutschland einheitliche Basisdokumentationssysteme.

NOC). Die Einführung einer bundeseinheitlichen standardisierten Pflegefachsprache mit entsprechender Diagnostik und Klassifikation ist notwendig, da sie die nötige Standardisierung schafft, um die Digitalisierung der Pflege voranzutreiben und Effizienzpotenziale zu realisieren.

4.3.1.2 Vergütungsanreize

372. Das **Gehalt bzw. Einkommen** ist eine wichtige Determinante der Jobzufriedenheit von Fachkräften und ist auch ein Zeichen der gesellschaftlichen Wertschätzung. Zu einem gewissen Grad können höhere Gehälter negative Aspekte einer Arbeitsstelle (z. B. Schichtdienst) kompensieren. Das gilt allerdings nicht unbegrenzt; der ausgleichende Effekt von Lohnerhöhungen wird mit steigender Lohnhöhe geringer (zur *Theory of Equalizing Differences* siehe Rosen 1986).¹¹²

373. Die Abschätzung der **Effekte von Lohnsteigerungen auf das Arbeitsangebot** ist methodisch herausfordernd und wird durch das Zusammenspiel verschiedener Faktoren, wie z. B. der intrinsischen Motivation oder des familiären Umfelds, sowie vom weiteren Arbeitsmarkt bestimmt (zu den möglichen Effekten siehe Kapitel 3). Viele Schätzungen zum Effekt von Gehaltssteigerungen basieren auf Umfragedaten (d. h. der Erhebung von *stated preferences*). So äußerten viele in Teilzeit tätige Pflegefachpersonen im Rahmen der „Ich pflege wieder, wenn...“ Studie, einer gemeinsamen Befragung der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes, dass eine Lohnerhöhung eine relevante Voraussetzung für eine Stundenerhöhung sei (Auffenberg et al. 2022). Eine als unzureichend empfundene Honorierung wird auch oft als Grund für reduzierte Arbeitszufriedenheit bei MFA angeführt (Gavartina et al. 2013; Goetz et al. 2013; Mergenthal/Güthlin 2021). Die Aussagekraft von Umfragedaten könnte dadurch beeinträchtigt sein, dass die Befragten grundsätzlich geneigt sein dürften, sich für höhere Löhne auszusprechen. Demgegenüber haben Studien, die auf dem beobachtbaren Verhalten (*revealed preferences*) basieren, mehr Aussagekraft. Solche Studien finden sich vor allem in der internationalen Literatur; ihre Ergebnisse können aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen in verschiedenen Staaten nur vorsichtig auf die Fachkräftesituation in Deutschland übertragen werden. Mit Blick auf Pflegefachpersonen deutet die Literatur darauf hin, dass Lohnsteigerungen vor allem Effekte auf die Entscheidung für den Beruf bzw. für einen Wiedereinstieg haben (*extensive margin*), aber keine bis geringe Effekte auf die angebotenen Arbeitsstunden für bereits Berufstätige (*intensive margin*) – bei zugleich hoher Relevanz nicht-monetärer Arbeitsbedingungen (siehe z. B. Askildsen et al. 2003; Crawford et al. 2015; Eberth et al. 2016; Hanel et al. 2014). Ähnliche Effekte werden auch für Ärzt*innen beschrieben (Lee et al. 2019). Studien, die den Effekt von Gehaltssteigerungen auf dem deutschen Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachkräfte auf Grundlage von beobachtetem Verhalten abschätzen, werden dringend benötigt, um eine evidenzbasierte öffentliche Diskussion über Einkommensentwicklungen zu ermöglichen.

374. Angesichts des intensiver werdenden Wettbewerbs um Fachkräfte erwartet der Rat, dass **Reallohnsteigerungen**, insbesondere für Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen und MFA, auch zukünftig unumgänglich sein werden, um den Ersatz- bzw. Erweiterungsbedarf abdecken zu können. Die angespannte Fachkräftesituation macht es erforderlich, auch weniger intrinsisch motivierte

¹¹² Umgekehrt wären viele Arbeitnehmer bereit, Lohneinbußen in Kauf zu nehmen, um ihre Arbeitsbedingungen zu verbessern. So bietet z. B. das Klinikum Westfalen in Dortmund einen Arbeitsvertrag an, der vorsieht, dass Mitarbeiter*innen in allen Ferienzeiten zusätzlich Urlaub nehmen können, wenn sie dafür auf 13 % des Gehalts verzichten (Badenberg 2023).

Menschen für einen medizinischen oder pflegerischen Beruf zu gewinnen, sodass finanzielle Anreize tendenziell eine höhere Bedeutung haben dürften (siehe dazu auch Abschnitt 4.4).¹¹³ Kontinuierliche Lohnsteigerungen, wie sie in den letzten Jahren umgesetzt wurden, sind alleine allerdings kein ausreichendes Instrument, um den Fachkräfteengpass im Gesundheitssystem langfristig zu lösen. Der Rat empfiehlt daher, die knappen finanziellen Ressourcen bevorzugt auf Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsumfeldes sowie auf die Stärkung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu fokussieren.

375. Für MFA wird über Abwerbungen durch Krankenhäuser und zunehmende Schwierigkeiten bei der Rekrutierung und Bindung im ambulanten Sektor berichtet. Dazu dürften verschiedene Faktoren beitragen. Zum einen sind Arbeitgeberwechsel auch bei **MFA** heutzutage üblich (siehe Kapitel 1 bis 3); von einem Verbleib in der ausbildenden Arztpraxis für das ganze Berufsleben ist nicht unbedingt auszugehen. Zum anderen könnten attraktivere Tätigkeitsfelder oder Verdienstmöglichkeiten in Krankenhäusern mitursächlich sein. So liegt das monatliche tarifliche Einstiegsgehalt für MFA in Krankenhäusern um ca. 500 Euro über dem in Arztpraxen (ohne Sonderzahlungen) (Zi 2020). Wenn ein intersektoraler Wettbewerb um Arbeitskräfte zu einer Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen (inklusive der Vergütung) beiträgt, ist dies generell als positiv zu bewerten und stellt eine normale Funktion des Arbeitsmarkts dar. Allerdings muss sichergestellt sein, dass dieser Wettbewerb nicht durch unterschiedliche Vergütungssystematiken zwischen den Sektoren verzerrt wird. So weist das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) auf einen zusehends divergierenden Orientierungspunktwert zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor hin, der es dem letzteren womöglich erleichtert, höhere Gehälter zu bezahlen (Zi 2020). Eine zusätzliche Problematik könnte sich aus einer Besonderheit der Krankenhausvergütung ergeben: Die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem Fallpauschalensystem, d. h. die Einführung der kostendeckenden Pflegebudgets, isoliert die Krankenhäuser von Kostensteigerungen durch zusätzliche Anwerbung von Pflegepersonal (zu den verschiedenen Auslegungsmöglichkeiten der Regelungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten siehe z. B. Slowik/Hentschker 2022). Wenn MFA in Krankenhäusern als qualifizierte Pflegehilfskräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig sind, können sie im Pflegebudget berücksichtigt und somit kostendeckend abgerechnet werden. Eine ebensolche Abrechnungsmöglichkeit ist für den ambulanten, vertragsärztlichen Sektor nicht vorgesehen, sodass höhere Gehälter, die die Abwanderung in den stationären Sektor tendenziell reduzieren könnten, den Überschuss der Arztpraxen reduzieren würden. Es sollte geprüft werden, inwiefern die Einbeziehung der MFA und anderer Gesundheitsberufe in die Pflegebudgets, wenn sie als qualifizierte Pflegehilfskraft arbeiten, eine ungewollte Wettbewerbsverzerrung zwischen den Sektoren darstellt.

376. Für **Pflegefachpersonen** ist insgesamt eine positive Lohnentwicklung zu verzeichnen (siehe Kapitel 3 und den dazugehörigen Anhang), die nicht zuletzt durch die Maßnahmen zur Stärkung der Tarifbindung erreicht wurden. Nun ist eine Weiterentwicklung der Vergütungsmodelle erforderlich, die stärker nach beruflicher Verantwortung differenziert. Dazu gehören die Differenzierung zwischen Pflegefachpersonen, qualifizierten Pflegehilfskräften und Pflegehilfskräften, die strukturierte Aufnahme von akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen in die Tarifsystematik sowie die

¹¹³ Diese Menschen reagieren üblicherweise stärker auf monetäre Anreize. So zeigt eine Studie aus China, dass altruistisch motivierte Medizinstudierende bei der Berufswahl mehr Wert auf nichtfinanzielle Aspekte legen, während weniger altruistisch motivierte Studierende finanzielle Anreize höher bewerten (Zhang et al. 2023).

angemessene Abbildung von Führungsverantwortung. Das ist insbesondere wichtig, um Anreize zur Weiterqualifizierung und zur Übernahme von Verantwortung zu setzen.

4.3.1.3 Weiterentwicklung von Arbeitsmodellen

377. Die Weiterentwicklung von Arbeitsmodellen birgt für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen Potenzial zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Im Folgenden werden entsprechende Möglichkeiten am Beispiel der Pflege dargelegt, in der – aufgrund des besonderen Handlungsdrucks – in den vergangenen Jahren vielfältige Strategien erprobt wurden.

378. Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege wurden umfangreiche Maßnahmenpakete zur Weiterentwicklung von Arbeitsmodellen in der Pflege vorgeschlagen. Ausgangspunkt ist dabei das Zielbild einer professionellen Pflege und das damit verbundene Versorgungsverständnis. Bereits vorhandene Ansätze müssen nun in einer **Gesamtstrategie** gebündelt und in die Personalentwicklung und -sicherung in den Einrichtungen eingegliedert werden. Hierzu bedarf es auch einer Bündelung von Fördermitteln. Einzelförderungen bergen die Gefahr hoher Komplexität und bürokratischer Aufwände, die den Nutzen unter Umständen sogar überschreiten. So können die Beantragung einer Förderung und die Erfüllung der Auflagen, die mit vielen Fördermaßnahmen einhergehen, Zusatzaufwände bedeuten, die gerade kleinere Einrichtungen davon abhalten können, Förderung in Anspruch zu nehmen. Anzustreben ist ein umfassendes Konzept zur finanziellen Förderung inklusive einer dauerhaft zweckgebundenen Grundfinanzierung, die attraktive Arbeitsbedingungen und Spielräume zur Personalentwicklung und eine lebenslange berufliche Entwicklung im Pflegeberuf ermöglicht. Ansatzpunkte bieten die vielfach dokumentierten Aspekte der Arbeitsbelastung (siehe dazu Kapitel 2).

379. Der Rat empfiehlt dauerhaft den Ausbau von einrichtungsinternen und betriebsübergreifenden Modellen, die einen **flexibleren Einsatz von personellen Ressourcen** ermöglichen. Personalpools können sich z. B. aus mehreren Fachkräften zusammensetzen, die bereit sind, zu vereinbarten Dienstzeiten einzuspringen. Die Teilnahme an Personalpools und den damit verbundenen Bereitschaftsdiensten sollte über attraktive Dienstbedingungen (z. B. eine attraktive Vergütung und flexible Dienstzeiten) incentiviert werden. Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege wurde die Finanzierung von Springerpools vorgesehen (BMG 2021, Seite 67) und mit Einführung des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes wurden die Landesrahmenvertragspartner damit beauftragt, die Rahmenbedingungen für die Finanzierung betrieblicher Ausfallkonzepte für Pflegeeinrichtungen zu schaffen (nun entsprechend geregelt in § 75 Abs. 3 SGB XI). Auch die in Kapitel 6 beschriebenen Pflegekompetenzzentren bieten eine Struktur, um Personalpools in der ambulanten Pflege zu etablieren.

380. Auch andere **innovative Personalplanungs- und -einsatzmodelle sowie Arbeitsorganisationsmodelle** sollten erprobt werden. Dazu gehören insbesondere Modelle zur flexiblen Arbeitszeitgestaltung, zur verlässlichen Dienstplangestaltung, zur Vermeidung von Unterbesetzung und zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Alle diese Faktoren können sich positiv auf die Arbeitsangebotsentscheidungen der Fachkräfte auswirken. Es gibt zudem Anhaltspunkte dafür, dass sich Maßnahmen, die den Beschäftigten mehr Kontrolle und Flexibilität bieten, auch positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken können (Joyce et al. 2010). Für Arbeitgeber sollte die Erprobung solcher Modelle erleichtert und finanziell incentiviert werden. Insbesondere sollte geprüft werden, wo durch den Abbau oder die Flexibilisierung bürokratischer

Vorgaben Gestaltungsspielräume geschaffen werden können. Vielversprechende Konzepte sind in anderen Staaten bereits etabliert; die dort generierten Erfahrungswerte sollten in die Weiterentwicklung von Personal- bzw. Arbeitsmodellen in Deutschland einfließen. Exemplarisch können das *Buurtzorg*-Modell, welches auf selbstorganisierten Teams in der ambulanten Pflege beruht und seinen Ursprung in den Niederlanden hat (siehe dazu z. B. Hegedüs et al. 2022; Monsen/deBlok 2013), und das aus Kanada stammende Konzept der *Magnet-Hospitals* (siehe dazu z. B. Kelly et al. 2011; Kramer/Schmalenberg 2005) genannt werden.

381. Eine weitere wichtige Stellschraube für eine nachhaltige Erhöhung des Fachkräfteangebots ist die gezielte **Unterstützung von Berufs(wieder)einsteiger*innen**. In der Berufs(wieder)einstiegsphase besteht z. B. Bedarf an Einarbeitungs- und Mentoringprogrammen, Stufenmodellen zur schrittweisen Steigerung der Arbeitszeit und gezielten Weiterbildungsangeboten zur Erneuerung von Fachkenntnissen. So weisen Studien bei Pflegefachpersonen darauf hin, dass Berufseinsteiger*innen einen höheren Berufsverbleib, eine höhere Berufszufriedenheit und eine niedrigere Abwanderungsabsicht aufweisen, wenn sie an strukturierten Einarbeitungs- und Orientierungsprogrammen teilgenommen haben (siehe z. B. Brook et al. 2019; van Camp/Chappy 2017; Vázquez-Calatayud/Eseverri-Azcoiti 2023). Zum Beispiel legen Vázquez-Calatayud/Eseverri-Azcoiti (2023) in einem Systematic Review dar, dass Fachkräfteprogramme oder individuelle Mentoring-Programme, die aus mehreren unterschiedlichen Komponenten bestehen und sowohl Kern- als auch spezifische Kompetenzen ansprechen, wirksame Programme zur Förderung der Bindung neuer Pflegefachpersonen an Krankenhäuser darstellen.

382. Der Rat empfiehlt die **Weiterentwicklung von Führungsstrukturen und -qualifikationen**, um Führungspositionen attraktiv zu machen und die Teamführung dahingehend zu verbessern, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit erreicht wird. Dazu gehören in der Pflege die schrittweise Erhöhung des Anteils der Führungskräfte mit akademischer Qualifikation, die Einführung einer Fortbildungspflicht für Führungskräfte, die Förderung von Teamwechsellern beim Aufstieg in eine Führungsposition und die Befreiung von Führungskräften von klinischen Tätigkeiten in höherem Umfang, um einen Fokus auf die Führungsaufgaben und die Teamentwicklung zu ermöglichen. Darüber hinaus kann die Ermöglichung von geteilten Führungsrollen eine interessante Option für Arbeitnehmer*innen sein (siehe dazu Abschnitt 4.3.1.1).

383. Ein weiterer Ansatzpunkt ist die **Begrenzung der Arbeitnehmerüberlassung in der Langzeit- und Akutpflege**. Diese wurde im vergangenen Jahrzehnt deutlich ausgeweitet (siehe Kapitel 1). Es gilt, die Ungleichbehandlungen zu reduzieren, die derzeit zuungunsten der festangestellten Beschäftigten bestehen, deren Arbeitszufriedenheit zu erodieren droht. So dokumentierte beispielsweise eine Befragung aus dem Jahr 2020 unter Pflegenden von Intermediate-Care-Stationen, Intensivstationen und Funktionsbereichen im deutschsprachigen Raum, dass das mittlere Einkommen von Pflegenden in Leiharbeit ca. 25 % über dem von festangestellten Pflegenden lag (Hermes et al. 2023). Im Jahr 2020 trat eine Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in Kraft, gemäß der die Kosten für Leiharbeit nur noch bis zum Tariflohn vergütet und Zahlungen von Vermittlungsentgelten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden können (§ 6a Abs. 2 KHEntgG). Gleichwohl wurde seitdem ein weiterer Anstieg des Anteils der Leiharbeiter*innen in der Pflege verzeichnet (BA 2023). Stark unterschiedliche Entlohnung für vergleichbare Arbeit kann die Arbeitszufriedenheit beim Stammpersonal reduzieren und deren Leistungsbereitschaft beeinträchtigen (Clark et al. 2010). Auch aus diesem Grund gilt es, die Attraktivität der festen Beschäftigungsverhältnisse durch adäquate Entlohnung und weitere, hier vorgeschlagene Maßnahmen zu erhöhen und so dem Trend zur Leiharbeit entgegenzuwirken.

384. In der Pflege gibt es vielfältige Bestrebungen, die **Personalbemessung** weiterzuentwickeln. Diese mündeten in der Weiterentwicklung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments in Krankenhäusern (PPR 2.0) und der Einführung eines an *Skill-* und *Grade-Mix* ausgerichteten Personalbedarfsbemessungsverfahrens in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege (PeBeM). Auch im Bereich der ambulanten Langzeitpflege sollten die Entwicklungsbestrebungen intensiviert werden, um Qualifikationen und Kompetenzen bedarfsorientiert einzusetzen und eine hohe Patientensicherheit und Betreuungsqualität zu sichern. Dabei gilt es, die Abgrenzung der „Grundpflege“ von der „Behandlungspflege“ aufzulösen und eine Ausrichtung an einer pflegfachlichen Perspektive zu erreichen, um einen effizienten und kompetenzorientierten Personaleinsatz zu erzielen. Die bereits eingeführten Maßnahmen der Personalbemessung erfordern eine kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung. Sie sollten insbesondere auch hinsichtlich ihrer Konsequenzen für die Versorgungsqualität evaluiert werden. Eine stärkere Forschungsförderung zur Evaluation der Wirksamkeit und Sicherheit von Maßnahmen hat der Rat bereits im Jahr 2023 empfohlen (SVR 2023, Seite 365).

4.3.2 Stärkung der Rolle von Pflegefachpersonen

4.3.2.1 Stärkung professioneller Autonomie und Selbstorganisation in der Pflege

385. Bereits in vergangenen Gutachten hat der Rat auf die Bedeutung der Einrichtung einer **berufständischen Selbstverwaltung für den Pflegeberuf** hingewiesen (SVR 2023, Seite 368), wie es sie in vielen anderen Staaten bereits gibt (für einen Überblick siehe z. B. Schwinger 2016). Eine starke berufständische Selbstverwaltung ist wichtig, um eine Weiterentwicklung und Stärkung der Attraktivität des Berufs zu erreichen, den innerberuflichen Zusammenhalt und Berufsstolz zu stärken, sowie die fachlichen Potenziale für die Versorgungsentwicklung besser einzubinden. Die Aufgaben einer solchen pflegerischen Selbstverwaltung umfassen die eigenverantwortliche Einhaltung und Weiterentwicklung der beruflichen Standards einschließlich der Sicherung der Qualität in Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Berufsaufsicht, die Sanktionierung von Verstößen gegen die Berufsordnung, die Akkreditierung von Organisationen im Bereich der Pflegebildung sowie die Ausgestaltung der Weiterentwicklung der eigenen Arbeitsfelder. Als Interessenvertretung der beruflich Pflegenden sollte sie zu pflegeberuflich relevanten Fragen in zentrale Steuerungs- und Entscheidungsgremien im Gesundheitssystem eingebunden und in alle pflegeberuflich relevanten Gesetzgebungsprozesse (z. B. zur pflegerischen Personalbemessung und Berufsbildung) einbezogen werden.

386. Der Rat empfiehlt den Aufbau einer **Bundespflegerberufekammer** und von Landespflegekammern, die gemeinsam die Bundeskammer bilden. Der Aufbau von Landespflegekammern stockt jedoch seit Jahren und wird in einigen Bundesländern nicht unterstützt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Rat, auch unkonventionelle Lösungen zu prüfen. So könnte bis zur Arbeitsfähigkeit der Pflegekammern der Deutsche Pflegerat über eine Stellvertretungsregelung mit der Wahrnehmung definierter Kernaufgaben der beruflichen Selbstverwaltung beauftragt werden. Vorhandene und ggf. hinzukommende länderspezifische Pflegekammern sollten dabei sukzessive eingebunden werden.

4.3.2.2 Modernisierung pflegerischer Aufgaben- und Verantwortungsprofile und Ermöglichung lebenslanger Karrierewege

387. Pflegefachpersonen weisen eine mit Blick auf die Kompetenzprofile und Qualifikationsniveaus **unzureichend kompetenzorientierte Aufgabenverteilung** auf; ihnen fehlen entsprechende Entscheidungsbefugnisse und somit die Möglichkeiten, die eigenen Fähigkeiten anzuwenden. In Kombination mit dem komplexen und nicht ausreichend durchlässigen Qualifikationssystem der Pflegeberufe (siehe dazu Abschnitt 4.3.3.1) führt dies zu einer unzureichenden Differenzierung von Karrierewegen und Beschäftigungsmöglichkeiten. Angesichts des Mangels an bedarfsorientierten Versorgungsangeboten, der durch den prognostizierten steigenden Bedarf in der Langzeitpflege und die (wünschenswerte) Ambulantisierung von Aufgaben der Akutversorgung noch verstärkt werden dürfte, gilt es, diese Defizite zu beheben.

388. Die notwendigen großen und teilweise langwierigen Umbauprozesse im Pflegeberuf und in der pflegerischen Versorgung sollten an einer Zielvision für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ausgerichtet werden. Dafür bedarf es **eines berufsgruppenübergreifenden Versorgungsverständnisses**, das Medizin und Pflege in kooperativer Zusammenarbeit betrachtet. Auf dieser Grundlage sollte ein stimmiges Gesamtkonzept der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung sowie der Kooperationsformen zwischen den Professionen implementiert werden. Zum Beispiel sind in der Primärversorgung multiprofessionelle Versorgungsteams erforderlich, die aus Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsprofessionen wie Physiotherapeut*innen bestehen (SVR 2014, siehe auch Vorschlag zu Primärversorgungszentren in Kapitel 6). Mit Blick auf die bereits in vollem Gange befindlichen Erosionen in Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege müssen hier große Reformschritte gewagt werden. Die Zeit für Modellprojekte (wie sie in § 64d SGB V vorgesehen sind) ohne rechtlich und finanziell gesicherten Handlungsrahmen und befristete Sonderlösungen muss vorbei sein; sie verschleppen die notwendigen Anpassungen in der Regelversorgung und verhindern notwendige Anpassungen am Arbeitsmarkt.

389. Die angestrebte Flexibilisierung und Neuordnung der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung kann neben dem primären Ziel, Versorgungsbedarfe mit knappen Personalressourcen zu decken, zur Qualitätsverbesserung, zur **Etablierung attraktiver lebenslanger Karrieremöglichkeiten**, zur Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen und zur Nutzung der Potenziale eines geeigneten *Skill-Mixes* innerhalb der Berufsgruppen beitragen. Das steigert die Attraktivität des Berufsbildes und trägt somit zur verstärkten Anwerbung von Potenzialgruppen sowie zur Aktivierung von Stillen Reserven bei. Dabei gilt es auch, Aufgabenzuschnitte in der patientennahen Versorgung zu entwickeln, die speziell den Verbleib von Pflegefachpersonen mit sich verändernden Lebenssituationen (z. B. alters-, gesundheits- oder familienbedingt) mit hohen Stundenanteilen ermöglichen. Bei diesen Pflegefachpersonen handelt es sich in der Regel um sehr berufserfahrene Fachkräfte, deren Berufsverbleib zur Entlastung der Personalsituation wichtig wäre. Bislang fehlt es an lebensphasengerechten Aufgabenprofilen, die von körperlich und psychisch anstrengenden Tätigkeiten und Arbeitsmodellen (z. B. Schichtdiensten) entlasten. Alternative Aufgabenfelder könnten z. B. in der Patienten- und Angehörigenbildung, in Pflegesprechstunden oder der Prozesssteuerung liegen.

390. Die Aufnahme der Qualifikation zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten in Pflegeausbildung und -studium ist als Schritt in die richtige Richtung zu begrüßen (siehe dazu Abschnitt 4.3.3.1). Um die erworbenen Kompetenzen

zeitnah tatsächlich zum Einsatz bringen zu können, ist die **Möglichkeit zur eigenständigen Ausübung von Heilkunde** in beschriebenen Bereichen erforderlich, wie sie mit dem angekündigten Pflegekompetenzgesetz geschaffen werden soll (BMG 2023c). Der Rat empfiehlt zudem, die Verordnung von allen Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Bereich des SGB XI und eines festgelegten Katalogs an Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln im Bereich des SGB V durch Pflegefachpersonen zu ermöglichen. Dies wäre der derzeitigen Regelung vorzuziehen, nach der Pflegefachpersonen lediglich die Möglichkeit haben, Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben (§ 40 Abs. 6 SGB XI).

391. Der Rat empfiehlt eine Substitution von Leistungen zwischen Ärzt*innen und qualifizierten Pflegefachpersonen durch die klar definierte **Verantwortungsübertragung ganzer Aufgabenkomplexe**. Es gilt, klare Zuschreibungen von Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus sowie Qualifikationsmindeststandards zu formulieren und einen gesetzlichen Schutz von Titeln, auch solcher oberhalb des Bachelorniveaus, einzuführen (siehe dazu auch Abschnitt 4.3.3.1). Ein gesetzlich festgeschriebener, verbindlicher *Scope of Practice* (Handlungs- und Entscheidungsrahmen) dient auch dazu, haftungs- und berufsrechtliche Sicherheit für die Berufsgruppen zu schaffen.

392. Seit dem Jahr 2020 kommen Pflegefachpersonen gemäß Pflegeberufegesetz (PflBG) die Vorbehaltsaufgaben zu, Pflegebedarf festzustellen, den Pflegeprozess zu organisieren, zu gestalten und zu steuern sowie die Pflegequalität zu sichern, zu entwickeln und zu evaluieren (§ 4 PflBG). Der Rat empfiehlt, auch **die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI durch qualifizierte Pflegefachpersonen** in der Langzeitpflege und im Rahmen des Entlassmanagements in Krankenhäusern als Vorbehaltsaufgabe festzulegen. Dies würde den Medizinischen Dienst entlasten, welcher sich dann vermehrt auf die stichprobenartige Prüfung der Pflegebedürftigkeit vor Ort konzentrieren könnte, ggf. auch unter Nutzung von KI-gestützten Plausibilitätskontrollen. Stattdessen könnte der Schwerpunkt des Medizinischen Dienstes auf ausgewählten Fallgruppen liegen, wie z. B. leistungsintensiven Fällen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit. Derzeit arbeiten allein im Bereich der pflegefachlichen Begutachtung ca. 4 500 Pflegefachpersonen beim Medizinischen Dienst, was etwa 40 % des dortigen Personals entspricht (Medizinischer Dienst Bund 2023). Bei einem prognostizierten Anstieg der Pflegebedürftigen wird auch hier ein weiterer Personalaufbau nötig werden. Durch eine Weiterentwicklung der Rolle des Medizinischen Dienstes in der Pflegebegutachtung könnten der patientenferne Pflegepersonalaufbau eingedämmt und eine Vereinfachung von Arbeitsprozessen in der Pflegepraxis erreicht werden. So würden Personalkapazitäten freigesetzt. Zusätzlich würden Wartezeiten auf eine Pflegebegutachtung für antragstellende Patient*innen verkürzt.

393. Der Rat empfiehlt, den **Einsatz von hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen auf Bachelor- und Masterniveau** in der ambulanten und stationären Langzeitpflege und in der Primärversorgung gezielt auszubauen. Vor allem in der Langzeitpflege nehmen komplexe Versorgungsanforderungen zu, die mit hohen Risiken für Qualität und Patientensicherheit behaftet sind. Mit der Ambulantisierung von Leistungen, die bislang im stationären Sektor erbracht werden, ist eine weitere Veränderung des Aufgabenspektrums zu erwarten (Ewers/Lehmann 2020). Dementsprechend sollten in *Skill-Grade-Mix*-Modellen und Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Bachelor- und Masterniveau Berücksichtigung finden, deren Mindestanteil schrittweise erhöht werden sollte (siehe dazu z. B. International Council of Nurses 2020; Weidner/Schubert 2022). Derzeit berücksichtigt das Personalbemessungsinstrument der vollstationären Langzeitpflege ausschließlich Hilfspersonal ohne

Ausbildung, Assistenz- und Hilfskräfte mit mindestens einem Jahr Ausbildungsdauer und Pflegefachpersonen. Hier wird in der Begleitstudie ein Mehrbedarf an Personal prognostiziert, vor allem im Bereich der niedrigqualifizierten Hilfskraftstellen (Rothgang et al. 2020). Hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen sind in diesem Instrument aktuell nicht regulär vorgesehen (§ 113c SGB XI). Dies impliziert, dass Einrichtungen das Personal nicht entsprechend seiner höheren Qualifikation entlohnen können bzw. die Personalkosten nicht ohne Weiteres refinanzierbar sind.

394. Zum Ausbau der Rollenprofile und Verantwortungsbereiche im Pflegeberuf gehört auch die **Implementierung von Rollen für Advanced Practice Nurses (APN) im Rahmen der Regelversorgung**. Diese spezialisieren sich z. B. als *Nurse Practitioner* oder *Clinical Nurse Specialists* auf bestimmte Zielgruppen oder Gesundheitsprobleme (siehe dazu auch SVR 2014, 2023). Pflegefachpersonen mit APN-Masterabschluss sollten die Möglichkeit zur eigenverantwortlichen und eigenständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen ihrer Expertise in allen Sektoren erhalten. In vielen anderen Staaten wurde dieser Weg bereits erfolgreich beschritten (z. B. in den USA, in Kanada, in Großbritannien, in den Niederlanden und in Finnland). APN leiten andernorts auf Expertenniveau eine selbstständige Pflege und sind in ihrem Kompetenzbereich – je nach fachlicher Richtung – z. B. berechtigt, Untersuchungen durchzuführen, Heil- und Hilfsmittel zu verschreiben, Überweisungen zu tätigen und präventive Maßnahmen umzusetzen. In der Primärversorgung bieten sie z. T. eigene Pflegesprechstunden an, sind für die Gemeindepflege verantwortlich oder für die Patienten-Triage zuständig. Die Erfahrung zeigt, dass dadurch in bestimmten Bereichen eine gleichwertige Versorgungsqualität im Vergleich zur Leistungserbringung durch Ärzt*innen erreicht werden kann (Htay/Whitehead 2021; Laurant et al. 2018; Woo et al. 2017). Zu betonen ist, dass mit der Umgestaltung der Rolle von APN keine Beschneidung anderer Gesundheitsprofessionen erfolgt. Sie ermöglicht vielmehr eine funktionale Gestaltung der Aufgaben- und Verantwortungsteilung, situative Flexibilität in der Übernahme von Verantwortung und die Reduktion ineffizienter Arbeitsprozesse, die derzeit unnötig Personalressourcen binden. Eine entsprechende Weiterentwicklung der Versorgung wird in Deutschland derzeit durch restriktive gesetzliche Vorschriften sowie berufsständische Blockaden behindert. Obwohl es bereits vielversprechende Ansätze gibt, bleiben die Potenziale der erweiterten Kompetenzprofile von APN und der damit einhergehenden interprofessionellen und teamorientierten Aufgabenverteilung in Deutschland somit bislang ungenutzt. Auch in anderen Ländern, die entsprechende Rollen eingeführt haben, waren die Implementierungsherausforderungen vielfältig. Diese reichen von zu restriktiven Einschränkungen der Autonomie und des Handlungsspielraums der APN bis zu Schwierigkeiten in der Akzeptanz innerhalb multidisziplinärer Teams. Umgekehrt liegen in der Etablierung einer kooperativen Arbeitsbeziehung und einem klaren Rollenprofil sowie klaren Aufgaben und Verantwortungsrahmen (*Scope of Practice*) wesentliche Ansatzpunkte für die erfolgreiche Implementierung (Karimi-Shahanjarini et al. 2019; Lehmann et al. 2019; Torrens et al. 2020).

395. Der Rat empfiehlt eine berufs- und leistungsrechtliche Neuregelung – insbesondere zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt*innen –, um die Handlungsmöglichkeiten für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen nach internationalen Vorbildern deutlich zu erweitern. Dazu gehört es, die Möglichkeit der **Finanzierung und Kostenerstattung** der von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen und von APN erbrachten Leistungen zu erweitern. Der Rat empfiehlt auch, gezielt Anreize für die Etablierung multiprofessioneller Versorgung zu schaffen (siehe Kapitel 6). Vielversprechend sind z. B. Modelle, die Zuzahlungen für Hausarztpraxen vorsehen, die APN beschäftigen und qualifikationsgerecht einsetzen (siehe dazu z. B. Maier et al. 2017).

396. Der Rat empfiehlt, eine umfassende, systematische **Kommunikationsstrategie** zu implementieren, um die Bevölkerung und die Berufsgruppen über Veränderungen in der Pflegeversorgung und im Pflegeberuf zu informieren. Für im Beruf befindliche Pflegefachpersonen, insbesondere mit langjähriger Berufserfahrung, müssen Übergangsregelungen geschaffen werden, um sie mit ihren vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen in angemessener Weise in das angestrebte Zielsystem einzubinden.

4.3.3 Qualifizierung

397. Qualifizierung ist in mehrfacher Hinsicht ein Ansatzpunkt zur Verbesserung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen. Personalentwicklung trägt dazu bei, das vorhandene Personal möglichst produktiv einsetzen zu können. Zudem erhöhen individuelle Weiterentwicklungsmöglichkeiten die Attraktivität der Berufe im Gesundheitswesen. Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften und der damit zusammenhängenden Weiterentwicklung von Berufsprofilen gilt es sicherzustellen, dass diese aufeinander abgestimmt sind. Zentrales Motiv sollte stets eine am Patientenwohl ausgerichtete interprofessionelle Kooperation und Zusammenarbeit sein, die die jeweiligen Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen optimal einsetzt und verbindet. Interprofessionelle Kooperation ist im Zuge der empfohlenen Weiterentwicklung der Primärversorgung ein Kernbaustein (siehe dazu Kapitel 6).

398. Zur Erreichung des angestrebten Ziels eines interprofessionellen Versorgungsverständnisses sind weitere Maßnahmen empfehlenswert: Dazu zählt die **Stärkung berufsgruppenübergreifender Lerneinheiten** in der Ausbildung und im Studium der Gesundheitsberufe. Sie können dazu beitragen, Kooperation frühzeitig zu erlernen und anzubahnen. Außerdem sollten internationale Kooperationen in klinischen Bachelor- und Master- sowie Medizinstudiengängen gefördert werden, damit aus internationalen Arbeitserfahrungen neue Perspektiven für die Versorgungsgestaltung und die kooperative Zusammenarbeit gewonnen werden können.

4.3.3.1 Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege

399. Die Pflegeausbildung und das -studium in Deutschland haben in den letzten Jahren **diverse Reformen** erfahren, wie die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung (siehe Kapitel 1) und das Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG). Mit diesem Gesetz wurde u. a. eine Ausbildungsvergütung für Pflegestudierende eingeführt (Artikel 1 PflStudStG). Ab dem 01. Januar 2025 soll zudem die Vermittlung von Kompetenzen zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung von erweiterten heilkundlichen Tätigkeiten im Pflegestudium erfolgen (Artikel 2a PflStudStG). Vorgesehen sind hier zunächst die Themenbereiche Demenz, diabetische Stoffwechsellage und chronische Wunden. Mit dem angekündigten Pflegekompetenzgesetz soll, je nach pflegerischem Qualifikationsniveau, auch die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Aufgaben durch qualifizierte Pflegefachpersonen ermöglicht werden (BMG 2023c; siehe dazu Abschnitt 4.3.2.2). Der Rat begrüßt diese Entwicklung, welche die Attraktivität des Pflegeberufs stärkt.

400. Um die notwendige Modernisierung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche der Pflegeberufe zu unterstützen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und die internationale

Anschlussfähigkeit zu verbessern, ist eine Weiterentwicklung der pflegerischen Qualifikationssysteme nötig, die eine **Professionalisierung und Akademisierung der Pflege** befördert. Sie ist zugleich Voraussetzung, um die ansteigenden und komplexer werdenden Versorgungsbedarfe mit knappen Personalressourcen besser zu bewältigen. Die Pflege ist in Deutschland bislang durch eine geringe Akademisierung gekennzeichnet. Der Anteil an Pflegefachpersonen mit akademischer Qualifikation lag im Jahr 2021 bei ca. 1 % (siehe Kapitel 1). Die **Akademisierungsquote** liegt damit weit unter der Quote in anderen Staaten.¹¹⁴ Der Wissenschaftsrat gibt – unter Verweis auf die dadurch erreichbare Verbesserung der Patientenversorgung – als Zielwert eine Akademisierungsquote von 20 % an (Wissenschaftsrat 2023, Seite 10). Im internationalen wissenschaftlichen Diskurs reichen die Zielwerte bis zu einer Akademisierungsquote von 80 % (siehe dazu z. B. National Academy of Medicine et al. 2021).

401. Von den Entwicklungen der auf Bundesebene geregelten Pflegeausbildung und des Pflegestudiums weitestgehend abgekoppelt sind die **Pflegehilfsberufe**. So wurde die vormals bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung der Pflegehilfen im Jahr 2003 aus der Bundesgesetzgebung herausgenommen und in Landesgesetze überführt. Daraus resultierte die Entstehung von mehr als 20 verschiedenen länderspezifisch geregelten Pflegehelfer- und Pflegeassistentenausbildungen. Die Folge sind große Unterschiede im Qualifikationsniveau, die erschwerte Festlegung einheitlicher Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen und die reduzierte Durchlässigkeit zur Weiterqualifizierung zur dreijährig qualifizierten Pflegefachperson.

402. In Anlehnung an den Wissenschaftsrat (2012, 2023) und früherer Ausführungen des Rates (SVR 2014, 2023) empfiehlt der Rat die Weiterentwicklung der Qualifikationswege im Pflegeberuf mit einem starken Fokus auf einer wissenschaftlichen Disziplinbildung und Professionalisierung. Empfohlen wird ein **durchlässiges, konsistentes und kohärentes Qualifikationsstufenmodell** für den Pflegeberuf, das von der zweijährigen Pflegeassistentenausbildung über die dreijährige Berufsausbildung, das Bachelorstudium, das Masterstudium und die Promotion bis zur Habilitation reicht. Vorbilder liefern international bewährte Modelle, die sich an die Empfehlungen des *International Council of Nurses* anlehnen, die Kompatibilität zum Europäischen Qualifikationsrahmen sichern und auch für Deutschland bereits als Konzept vorgelegt wurden (siehe z. B. Daxberger et al. 2020). Über alle Qualifikationsstufen hinweg sollte der Einsatz mit entsprechendem Kompetenz- und Aufgabenprofil in der klinischen Versorgung erfolgen. So sollten Pflegefachpersonen mit dreijähriger Ausbildung und Bachelorstudium gemäß ihres Kompetenzlevels verstärkt hochkomplexe klinische und edukative Aufgaben, die Versorgungssteuerung und die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflegepraxis übernehmen. Dabei sollten sie stärker delegierend und supervidierend innerhalb von Pflegeteams verantwortlich sein. Erste Spezialisierungen sollten ab dem Bachelorniveau ansetzen, z. B. in den Bereichen der klinischen Pflege, des Pflegemanagements, der Pflegepädagogik und der Pflegewissenschaft. Weitere fachliche Vertiefungen sollten ab dem Masterniveau vorgesehen werden, z. B. in Bereichen der klinischen Pflegeexpertise wie *Community Health Nursing*, onkologische Pflege, geriatrische Pflege oder pädiatrische Pflege, aber auch in anderen Bereichen, z. B. in angewandter Pflegeinformatik oder *Public Health Nursing*. Zentrale Elemente dieser Qualifikationsstufen sind im Pflegebildungssystem bereits angelegt, es bedarf jedoch weiterer Anstrengungen in der Weiterentwicklung, Systematisierung und Verstetigung. Dabei ist eine hohe

¹¹⁴ So liegt der Anteil der Pflegeabsolvent*innen, die ein Studium der Pflege abgeschlossen haben, beispielsweise in den Niederlanden bei ca. 45 % und in Schweden und Großbritannien bei 100 % (Lehmann et al. 2019).

Durchlässigkeit notwendig, um zusätzliche Fachkräftepotenziale durch berufliche Bildungskarrieren innerhalb der Pflege zu erschließen.

403. Der Rat empfiehlt den systematischen Ausbau und die Etablierung von **Masterstudiengängen mit klinischen, pädagogischen und pflegewissenschaftlichen Schwerpunkten**. Dabei sollte der Ausbau insbesondere auch an universitären Standorten erfolgen. Für Pflegefachpersonen mit einem klinischem Masterabschluss in *Advanced Practice Nursing*, die ihrem Kompetenzniveau entsprechende erweiterte Befugnisse zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung von Heilkunde erwerben (siehe Abschnitt 4.3.2.2), sollten entsprechende rechtliche Voraussetzungen für die Berufszulassung geschaffen werden.

404. Im Zuge der Weiterentwicklung der Pflegeberufeausbildung empfiehlt der Rat eine **Integration der äußerst heterogenen Fortbildungs- und Weiterbildungsstrukturen** einschließlich der Fachweiterbildungen in das bundeseinheitliche Qualifikationsstufenmodell. Ziel ist eine aufeinander abgestimmte Aus-, Fort- und Weiterbildungsstruktur. Die Zuständigkeit der Entwicklung der dafür nötigen fachlichen Standards sollte in pflegefachliche Trägerschaft übertragen werden, z. B. an eine Bundespflegekammer (siehe dazu Abschnitt 4.3.2.1).

405. Darüber hinaus bedarf es der Einführung eines **bundeseinheitlichen Qualifikationsniveaus für Pflegeassistenzberufe**. Die Überführung der Qualifikation in ein einheitliches – optimalerweise bundesrechtlich gestaltetes – System sollte mit dem Ziel verbesserter Durchlässigkeit und Qualitätssicherung angegangen werden. Zudem sollte eine stärkere Förderung von Maßnahmen der Ausbildungsvorbereitung und -unterstützung erfolgen. Dazu zählen z. B. Berufsvorbereitung, Schulsozialarbeit, Ausbildungscoaching und ausbildungsspezifische Sprachkurse.

406. Der Rat empfiehlt die Einführung einer **Fortbildungspflicht für Pflegeberufe**. Eine solche Pflicht ist empfehlenswert zur Qualitätssicherung in der Versorgungspraxis und zur Attraktivitätssteigerung des Berufs. Anerkannte Fortbildungsmodule müssen (zertifizierten) Mindeststandards entsprechen. Die Anerkennung kann z. B. von Pflegekammern übernommen werden (siehe dazu Abschnitt 4.3.2.1). Die Kosten der verpflichtenden Fortbildung müssen vom Arbeitgeber getragen und ggf. durch die Kostenträger refinanziert werden.

407. Nicht nur die direkte Patientenversorgung in der Pflege, sondern auch die Praxisanleitung in den Einrichtungen und der Lehrbereich ist von Personalengpässen betroffen (siehe dazu auch Kapitel 2). Bereits heute werden bestimmte verpflichtende Praxiseinsätze durch die **Knappheit von Praxisplätzen** erschwert, die sich im Zuge von Reformen der Gesundheitsversorgung verstärken könnten (z. B. in der Pädiatrie). Zugleich gehen die hohen Praxisanteile und die Abnahme der staatlichen Prüfungen, insbesondere der praktischen Prüfungen, mit erheblichen Personalaufwänden und auch Belastungen von Patient*innen einher. Um Entwicklungen und Belastungen im Bereich der Pflegequalifikation bei (Hoch)Schulen, Einrichtungen, Schüler*innen, Studierenden und Lehrenden frühzeitig zu erkennen und aktiv gegensteuern zu können, bestärkt der Rat die Einführung eines bundeseinheitlichen Monitorings. Darüber hinaus können Entlastungen der Personalkapazitäten auch dadurch geschaffen werden, dass die **Aufwände, Zuständigkeiten und Prozesse innerhalb von Pflegeausbildung und -studium** optimiert werden. So müssen bei der Weiterentwicklung der Lehr- und Prüfungsmodelle sowie bei den bürokratischen Anforderungen in der Ausbildungsdurchführung, neben der Sicherung der Qualität der Ausbildung, auch personelle Ressourcenaufwände und Ausbildungskapazitäten der Lehr- und Praxiseinrichtungen stärker in den Blick genommen werden. Beispielsweise sollte in der Lehre die Möglichkeit gestärkt werden, das Simulationslernen in *Skills Labs* anteilig zu erhöhen. In diesen können komplexe

Versorgungssituationen in realistischen, risikofreien Lernumgebungen trainiert werden. Alternativen zu mehrstündigen praktischen staatlichen Einzelprüfungen am Patientenbett bieten z. B. anwendungsorientierte Simulationsprüfungen, wie sie im Medizinstudium bereits üblich sind. Zudem sollten Aufwände in Pflegeausbildung und -studium für Lehre, Prüfungen, Praxisanleitung und -begleitung vollständig refinanziert werden. Beispielsweise sollten für die hochschulische Qualifikation entstehende Lehr- und Prüfungsaufwände in die Kapazitätsverordnung aufgenommen werden. Zugleich sollte eine bedarfsangepasste aktive Nachwuchsförderung der Pflegepädagog*innen und Praxisanleitungen betrieben werden, um Engpässe beim auszubildenden Personal zu lindern bzw. perspektivisch zu vermeiden.

408. Auch aus Ressourcengründen empfiehlt der Rat, bei der Weiterentwicklung der Pflegestudiengänge gänzlich die **Logiken und Rahmenbedingungen von Hochschulstudiengängen zugrunde zu legen**, ohne neue Sonderwege zu schaffen oder in berufsschulischen Anforderungen verhaftet zu bleiben (z. B. bei Anforderungen an Prüfungsausschüsse, Prüfungsformate, Notensysteme und Prüfer*innen). Einen Ansatzpunkt dafür bietet z. B. die Eingliederung der klinischen Pflegestudiengänge in die Strukturen der akademischen Heilberufe (z. B. bei der Berufszulassung der Absolvent*innen). Auch sollten inhaltliche Weiterentwicklungen der Studiengänge integrativ mit bestehenden Qualifikationsanforderungen verknüpft werden und die Grundqualifikationszeiten nicht wesentlich verlängern.

409. Der Rat empfiehlt, die Etablierung der **Pflegewissenschaft als akademisches Fach** stärker aktiv voranzutreiben (siehe dazu auch SVR 2014, 2023; Wissenschaftsrat 2023). Dafür sind der Auf- und Ausbau von pflegewissenschaftlichen Studiengängen und Lehrstühlen erforderlich. Derzeit gibt es diese vor allem an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften, perspektivisch sollte die Pflegewissenschaft stärker auch an Universitätsstandorten etabliert und an Universitätskliniken angebunden werden. Ein weiteres Instrument zur Stärkung der Pflegewissenschaft ist die systematische Förderung über Forschungsprogramme auf der Grundlage einer systematischen Forschungsagenda. Die Förderung der pflegewissenschaftlichen Forschung birgt das Potenzial, die Attraktivität des Fachs zu stärken und ist Innovationstreiber für die Weiterentwicklung der Pflegeversorgung.

4.3.3.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung von MFA

410. Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von MFA stellt in mehrfacher Hinsicht eine wichtige **Stellschraube zur Verbesserung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen** dar. Zum einen tragen gut qualifizierte MFA entscheidend zu einem reibungslosen Ablauf in Praxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bei und können damit die Effizienz der ärztlichen Leistungserbringung verbessern. Zum anderen hängt auch die Arbeitszufriedenheit vieler MFA von ihren Qualifikationsmöglichkeiten ab (Mergenthal/Güthlin 2021), die somit auch Einfluss auf die Arbeitsangebotsentscheidungen haben können. Zugleich weisen MFA im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen eine überdurchschnittlich hohe Vertragslösungsquote während der Ausbildung auf (BIBB 2023; siehe dazu auch Kapitel 1).

411. Vor diesem Hintergrund ist der **Qualität der MFA-Ausbildung** ein hoher Stellenwert beizumessen.¹¹⁵ Eine Befragung des Zi von Praxisinhaber*innen und MVZ-Leiter*innen weist darauf hin, dass ein hoher Bedarf zur inhaltlichen Überarbeitung der Ausbildungsordnung für MFA besteht. Dieser wird primär im Bereich der Praxisorganisation und darüber hinaus in den Bereichen der Digitalisierung, des (fachgruppen-)spezifischen Wissens, der schulischen Grundkenntnisse und der *Soft Skills* gesehen (Oettel et al.). Um den bestehenden Defiziten zu begegnen und um einen niedrigschwelligen Zugang zur MFA-Ausbildung zu gewährleisten, empfiehlt der Rat, Ansätze zu stärken, die auf die ausbildungsvorbereitende Vermittlung von sprachlichen Fähigkeiten und weiteren Grundkompetenzen setzen. Angesichts der sich verschärfenden Fachkräftesituation gewinnt zudem der Umgang mit emotional herausfordernden Situationen im Gesundheitswesen an Bedeutung, die einen besonderen Belastungsfaktor für MFA darstellen (Vu-Eickmann/Loerbroks 2017). Deshalb gilt es auch, die Vermittlung spezifischer sozialer und emotionaler Kompetenzen in Berufsschulen und Ausbildungsbetrieben zu stärken. Entsprechende Konzepte existieren bereits und sollten in Abhängigkeit von zukünftigen Evaluationsergebnissen bei der Weiterentwicklung der MFA-Ausbildung Berücksichtigung finden (Peters et al. 2023).

412. Das **Fortbildungsspektrum der MFA ist breit** und umfasst Spezialisierungsmöglichkeiten in verschiedenen Bereichen. Hierzu entwickelt die BÄK seit vielen Jahren Musterfortbildungscurricula für MFA für verschiedene Themenbereiche wie z. B. ambulantes Operieren oder elektronische Patientenkommunikation (BÄK 2023a). Eine Spezialisierungsfortbildung für den Bereich der Primärversorgung, die besonders MFA adressiert,¹¹⁶ ist die zu **Nicht-ärztlichen Praxisassistent*innen (NäPA)**. Diese Fortbildung setzt – ähnlich wie verwandte Konzepte, z. B. das der **Versorgungsassistent*innen in der Hausarztpraxis (VERAH)** – auf eine Weiterqualifizierung von MFA, mit dem Ziel, „den Hausarzt bzw. die Hausärztin weitgreifender, als in der Ausbildungsverordnung beschrieben, zu entlasten“ (z. B. durch Patientenbetreuung in Hausbesuchen, oder unter Delegation durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen).¹¹⁷ Die Anzahl an Praxen, in denen mindestens eine NäPA beschäftigt ist, ist in den Jahren 2016 bis 2021 von 6 704 auf 9 623 angestiegen. Bei mehr als 90 % dieser Praxen handelt es sich um hausärztliche Praxen. Je nach KV-Region beschäftigen bis zu 50 % der Hausarztpraxen mindestens eine NäPA (Mangiapane et al. 2022). Insgesamt gab es im Jahr 2021 rund 12 000 NäPA und 15 000 Praxismitarbeiterinnen mit der Zusatzbezeichnung VERAH (Beerheide/Haserück 2022; siehe auch Kapitel 1). Diese Entwicklung kann mit wünschenswerten Entlastungseffekten für die Praxen einhergehen (Gisbert Miralles et al. 2020; Mergenthal et al. 2016). Der Rat begrüßt die Entwicklung eines breit angelegten Fortbildungsportfolios für MFA.

413. Bei einer Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen hin zu größeren organisatorischen Einheiten, wie sie der Rat in Abschnitt 4.3.1.1 empfiehlt, ist zu erwarten, dass sich für MFA neue Möglichkeiten ergeben werden, sich auch stärker auf betriebswirtschaftliche Aspekte zu fokussieren und Führungsrollen im Praxismanagement zu übernehmen. Entsprechende Fortbildungskonzepte existieren bereits. Beispielsweise sind Fachwirte für ambulante medizinische

¹¹⁵ Allgemeine Informationen und Hinweise zur Qualitätssicherung in der Berufsausbildung bietet insbesondere das BIBB (siehe z. B. Schreiber et al. 2023).

¹¹⁶ Die Weiterbildung zur NäPA und verwandten Berufsbildern ist auch für die Gesundheits- und Krankenpflege möglich.

¹¹⁷ Die Ziele sind in § 2 der Fortbildungsordnung zur Versorgungsassistentin/zum Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) näher beschrieben.

Versorgung¹¹⁸ besonders qualifiziert, Teams aus MFA und Auszubildenden anzuleiten, Hard- und Softwaremanagement in Praxen zu übernehmen sowie die betriebswirtschaftliche Praxisführung und das Qualitätsmanagement zu unterstützen. Ihr Einsatz erfolgt bisher noch zurückhaltend, obgleich ihre Management-Kompetenzen mit zunehmender Betriebsgröße an Bedeutung gewinnen dürften.

414. Die Arbeitszufriedenheit von MFA hängt davon ab, ob die Verantwortlichkeiten in ihren Teams klar geregelt sind (Goetz et al. 2013). In größeren Versorgungseinrichtungen empfiehlt sich vor diesem Hintergrund z. B. die gezielte Qualifizierung und Benennung von MFA-Teamleitungen. Außerdem sollte die Möglichkeit geschaffen werden, berufserfahrenen MFA die Ausbilderbefähigung zu übertragen, um Ärzt*innen zu entlasten und die inhaltliche Kongruenz der Ausbildung zu erhöhen. Beides erfordert die gezielte Förderung spezifischer Fortbildungsangebote, die auf solche Rollen vorbereiten und dabei die Wandlungsprozesse in der Gesundheitsversorgung berücksichtigen.

4.3.3.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzt*innen

415. Die Anzahl der ärztlich tätigen Mediziner*innen in Deutschland wird durch vermehrten Renteneintritt der Babyboomer-Generation in den nächsten Jahren sinken. Gleichzeitig steigt die Anzahl der Ärzt*innen, die in Teilzeit arbeiten und somit dem Gesundheitswesen nur im eingeschränkten Umfang zur Verfügung stehen (Kroll et al. 2019). Auch wird die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund von steigender Morbidität in der Bevölkerung in der Zukunft zunehmen. Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken und die Anzahl der Mediziner*innen in Deutschland langfristig zu erhöhen, fordern einige politische Akteure wie die BÄK und der Marburger Bund eine Ausweitung der staatlich geförderten humanmedizinischen Studienkapazitäten um 5 000 zusätzliche Studienplätze. Der Rat unterstützt die Forderung nach weiteren Ausbildungskapazitäten, kann aber aufgrund einer fehlenden Gesundheitspersonalplanung (GPP) die erforderliche Zahl an zusätzlich benötigten Studienplätzen nur eingeschränkt bewerten.¹¹⁹ Einige Bundesländer wie z. B. Bayern und Nordrhein-Westfalen haben bereits zusätzliche Kapazitäten aufgebaut bzw. angekündigt (siehe Kapitel 1), sodass zusammen mit existierenden privat-universitären Kapazitäten im In- und Ausland ein Großteil der geforderten 5 000 zusätzlichen Studienplätze bereits (oder sehr zeitnah) zur Verfügung stehen. Zudem wird bereits ohne diese zusätzlichen Plätze die Zahl der Absolvent*innen im Studiengang Medizin in den nächsten Jahren deutlich ansteigen (siehe Kapitel 1). Sinnvolle Strukturreformen, wie z. B. die Krankenhausreform, die Notfallreform oder die Befähigung zur pflegefachlichen Heilkundeausübung, haben das Potenzial, dem möglicherweise steigenden Bedarf an Ärzt*innen langfristig entgegenzuwirken. Auch sind die Ausbildungskosten signifikant: Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages schätzt die laufenden Ausgaben im Jahr 2020 auf 170 500 Euro pro Studienplatz (WD 2020). Es gilt daher, den zukünftigen Bedarf an Studienplätzen anhand einer GPP (siehe Abschnitt 4.2) regelmäßig zu überprüfen und das Angebot ggf. anzupassen, um so spätere Überkapazitäten und damit verbundene Ausbildungskosten zu vermeiden.

416. Im Rahmen ihrer fachärztlichen Weiterbildung werden spezielle ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernt, die für die Berufsausübung als Fachärzt*innen qualifizieren. Die Entscheidung für einen Fachbereich treffen Ärzt*innen in Deutschland in der Regel nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin. Sie können dabei frei über die Wahl der Fachspezialisierung entscheiden; es

¹¹⁸ Bei diesem Fachwirt handelt es sich um eine Aufstiegsfortbildung für MFA nach § 54 BBiG (BÄK 2023b).

¹¹⁹ Der Rat hat in seinem Gutachten des Jahres 2018 mögliche Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel systematisiert und beschrieben (SVR 2018, Seite 90). Siehe ebenfalls Kapitel 3.

erfolgt, anders als in vielen anderen Ländern, keine Steuerung durch den Staat oder die Organe der Selbstverwaltung (Zich et al. 2023). Dies führt zu einem Ungleichgewicht in der Verteilung relativ zum Bedarf nach fachspezialistischen Leistungen in der Bevölkerung (siehe Kapitel 1). In einem funktionierenden Markt würden Ungleichverteilungen im Angebot relativ zur Nachfrage durch den Preismechanismus korrigiert: Knappe Ressourcen (hier: Arbeitszeit einer relativ knappen Fachgruppe) würden zusehends teurer, sodass das Einkommen dieser Fachgruppe steigt, was wiederum die Attraktivität dieser Fachweiterbildung erhöht. Aufgrund der starken Regulierung der Vergütungssysteme im deutschen Gesundheitswesen findet eine solche Preisadjustierung kaum und wenn nur zeitlich verzögert statt. Um dies auszugleichen, kann auf unterschiedliche Weise regulierend eingegriffen werden:

- a. Die Vergütungsmodalitäten in der ambulanten und stationären Versorgung könnten so gestaltet werden, dass **explizite und regelmäßig angepasste Zu- und Abschläge** auf Leistungen in relativ unter- bzw. überversorgten Fachrichtungen gewährt bzw. Budgetallokationen entsprechend angepasst werden. Das Ziel solcher strategischen Eingriffe ist es, die korrigierende Funktion des oben beschriebenen Marktmechanismus zu approximieren. Da die Folgen von Preis- und Budgetanpassungen aber nur schwer vorherzusagen sind, ist es möglich, dass durch solche Eingriffe weitere Fehlverteilungen induziert werden. Des Weiteren würden Anpassungen der Vergütungsmodalitäten nicht nur Ärzt*innen in der Weiterbildung betreffen, sondern auch das Einkommen und Verhalten von bestehenden Fachärzt*innen beeinflussen. Aufgrund von fehlender Zielsicherheit und dem Risiko von Fehlsteuerungen hält der Rat korrigierende Eingriffe in die Vergütungssystematik mit dem Ziel der Steuerung der Fachspezialisierung für weitgehend ungeeignet.
- b. Eine weitere Möglichkeit besteht in einer stärkeren Kopplung des Zugangs zum zulassungsbeschränkten Studium der Humanmedizin mit einer **vertraglich abgesicherten Zusage einer zukünftigen Weiterbildungsentscheidung**. Zum Wintersemester des Jahres 2023/24 wurde in zehn Bundesländern ein Teil der Humanmedizin-Studienplätze über eine sogenannte „Landarztquote“ sowie in vier Bundesländern über eine Quote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) vergeben (siehe Kapitel 1). Interessierte Bewerber für ein Medizinstudium binden sich vertraglich daran, eine bestimmte fachärztliche Weiterbildung zu durchlaufen und danach für eine bestimmte Zeit in einem geografisch eingegrenzten Raum tätig zu sein. Im Gegenzug erhalten sie privilegierten Zugang zu einem Studienplatz der Humanmedizin.¹²⁰ Die Landarztquote ist bisher gut angenommen worden, was sich an den hohen Zahlen von Studienbewerbern relativ zu den angebotenen Plätzen ablesen lässt (siehe Tabelle 4-1). Es fehlt allerdings noch an langfristigen Evaluationen des Erfolgs dieses Steuerungsinstrumentes, da die ersten Studierenden ihr Studium erst im Wintersemester des Jahres 2019/20 begonnen haben. Das Instrument der Zulassungs-Quotierung könnte erweitert werden, sodass sowohl ein größerer Anteil der Studienplätze als auch ein breiteres Feld von Fachbereichen abgedeckt wird. Hierzu bedarf es einer systematischen und prospektiven Schätzung zukünftiger Bedarfe im Rahmen einer GPP (siehe Abschnitt 4.2). Allerdings wirft solch eine Quotierung

¹²⁰ Die Option des Medizinstudiums über die Bundeswehr beinhaltet ebenfalls ein zeitlich begrenztes Dienstversprechen im Gegenzug für einen bevorzugten Zugang zu einem Studienplatz.

rechtliche Fragen auf, die noch nicht abschließend geklärt sind (Bidmon et al.). Des Weiteren ist davon auszugehen, dass der Anteil der jungen Menschen, die bereits zum Studienbeginn eine klare Entscheidung für eine bestimmte Fachweiterbildung fällen können, wegen unzureichendem Wissen und noch nicht abschließend entwickelten Präferenzen begrenzt ist. Es besteht daher die Gefahr eines *Mismatches*, der zum Studienabbruch bzw. zur Aufgabe der Weiterbildung führen oder mit langfristigen Produktivitätsverlusten einhergehen könnte.

- c. In einigen europäischen Ländern wird die **Anzahl der Weiterbildungsplätze quotiert**, sodass eine freie Wahl der Facharztweiterbildung nicht ohne weiteres möglich ist. So wird etwa in Belgien, den Niederlanden und Frankreich jährlich die Anzahl der Weiterbildungsplätze neu festgelegt, um so möglichst engmaschig die Entwicklung zukünftiger Bedarfe abdecken zu können (Zich et al. 2023). Die Quotierung der Weiterbildungsplätze unterscheidet sich von der Landarzt- bzw. ÖGD-Quotierung insofern, als dass sie zu einem späteren Zeitpunkt greift, wenn davon auszugehen ist, dass Kandidaten klare Präferenzen entwickelt haben. Wartezeiten könnten – wie auch heute bereits bei der Vergabe von Studienplätzen in der Humanmedizin genutzt – einen fairen Zugang zu Weiterbildungsplätzen sicherstellen. Gleichzeitig könnte eine Quotierung, die von den zuständigen Ärztekammern unter Einbindung von KVen und Krankenhausgesellschaften durchgeführt wird, eine regionale Steuerung vereinfachen und die spezifischen lokalen Engpässe besser adressieren. Eine Quotierung aller Weiterbildungsplätze ist dabei nicht zwingend notwendig; eine steuernde Funktion könnte bereits mit einer Deckelung von populären Fachrichtungen, bei denen eine relative Überversorgung angenommen werden kann, erreicht werden. Ebenso könnten Quotierungen an andere Bedingungen gekoppelt werden, z. B. könnte ein bevorzugter Zugang zu den quotierten Weiterbildungsplätzen an die Art und Lokalität der Weiterbildungsstelle gekoppelt werden (z. B. im ambulanten Sektor, in unterversorgten Gebieten).

Der Rat unterstützt die stärkere Steuerung der Facharztweiterbildung. Vertragliche Instrumente, die den Zugang zu Humanmedizinstudienplätzen erleichtern, sind nur in Facharzttrichtungen wie der Allgemeinmedizin, bei denen sich eine längerfristige und signifikante Unterversorgung zeigt, wünschenswert. Ansonsten spricht sich der Rat für eine regional differenzierte Quotierung der Facharztweiterbildungsplätze aus. Die Regeln, nach denen die quotierten Weiterbildungsplätze vergeben werden, sind von den Ärztekammern zu erarbeiten.

Bundesland	Start	Anzahl Studienplätze [*]	Anzahl Bewerbungen
Landarztquote in:			
Baden-Württemberg	2021	75	423
Bayern	2020	118	475
Hessen	2022	75	266
Mecklenburg-Vorpommern	2021	32	161
Niedersachsen	2023	60	299
Nordrhein-Westfalen	2019	181	601
Rheinland-Pfalz	2020	28	258
Saarland	2020	23	116
Sachsen	2022	40	119
Sachsen-Anhalt	2020	25	91
ÖGD-Quote in:			
Bayern	2021	20	39
Hessen	2022	2	110
Rheinland-Pfalz	2020	6	32
Sachsen-Anhalt	2021	5	5

Tabelle 4-1: Landarztquoten und ÖGD-Quoten in den einzelnen Bundesländern im Studienjahr 2023/24

* Die Anzahl der im Rahmen der Landarzt- und ÖGD-Quoten vergebenen Studienplätze wird von den einzelnen Bundesländern festgelegt. Zusammen betragen die so vergebenen Studienplätze ca. 5,8 % bis 7,8 % aller Studienplätze der Humanmedizin in dem jeweiligen Bundesland. Die Anzahl der in diesem Rahmen vergebenen Studienplätze entspricht nicht zwingend der Anzahl der realisierten Studienplätze, da ein verbogener Studienplatz nicht zwangsläufig angenommen werden muss.

Quelle: persönliche Auskunft aus dem jeweils zuständigen Landesministerium bzw. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2023).

417. Die fachärztliche Weiterbildung findet üblicherweise im Rahmen einer Anstellung bei einem Krankenhaus statt, kann aber fakultativ auch teilweise in einer Praxis oder einer anderen Versorgungseinrichtung erfolgen. Die im Jahr 2018 novellierte Muster-Weiterbildungsordnung ermöglicht bei allen 52 Facharztweiterbildungen einen Anteil ambulanter Weiterbildungsabschnitte; darüber hinaus wurde in 35 Facharztweiterbildungen der mögliche Anteil der ambulanten Weiterbildungsabschnitte flexibilisiert. In einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes aus dem Jahr 2021 gaben jedoch lediglich 5,4 % der Befragten an, ihre fachärztliche Weiterbildung im Rahmen einer ambulanten Beschäftigung zu absolvieren (Marburger Bund 2021). Insgesamt sind allerdings 39,3 % der Ärzt*innen im ambulanten Sektor tätig (siehe Kapitel 1). Hier besteht das Risiko eines **Skill-Mismatches**, da Krankheitsbilder, die in der ambulanten Versorgung im Fokus stehen, während

der stationären Ausbildung nicht oder zu selten vorkommen. Auch nichtmedizinische Aufgaben, wie z. B. das Praxismanagement, unterscheiden sich zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor. Ein solcher *Skill-Mismatch* kann zu einem Verlust an Produktivität führen, da Fähigkeiten und Fachwissen nicht effizient eingesetzt werden können, oder interessierte Ärzt*innen davon abhalten, nach ihrer Weiterbildung ambulant tätig zu werden. Um dies zu vermeiden, empfiehlt der Rat, dass in Facharztgruppen, in denen ambulante Versorgung gängig ist, ein Teil der fachärztlichen Weiterbildung im ambulanten Sektor absolviert werden muss, wie es bereits heute in der Allgemeinmedizin der Fall ist.

418. Zukünftig wird der Bedarf an medizinischer Versorgung für ältere, oftmals multimorbide und gebrechliche Menschen zunehmen. Um diese medizinisch anspruchsvollen, hochkomplexen Patient*innen adäquat versorgen zu können, sollte ein verstärkter Fokus auf die Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Geriatrie und Gerontopsychiatrie gelegt werden. Die Geriatrie ist in Deutschland in der Ausbildung der Ärzt*innen weniger gut verankert als in anderen Ländern wie den Niederlanden, in denen an jeder medizinischen Fakultät ein Lehrstuhl für Geriatrie etabliert ist. In Deutschland gibt es derzeit nur 17 Lehrstühle und Geriatrie-Professuren (DGG 2024). Die Geriatrie ist als Querschnittsfach „Medizin des Alters“ seit der Approbationsordnung im Jahr 2002 im Medizinstudium verankert. Seit dem Jahr 1992 gibt es eine fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“. Auch die ärztliche Weiterbildung ist stark fragmentiert.¹²¹ Der Rat empfiehlt die Förderung der (Zusatz-)Weiterbildung Geriatrie insbesondere für alle Haus- und Fachärzt*innen, die in hohem Umfang ältere Patient*innen in Pflegeeinrichtungen/Langzeitpflege behandeln.

4.4 Anwerbung von Potenzialgruppen

419. Um einen ausreichenden Fachkräftenachwuchs zu gewährleisten, ist es erforderlich, verstärkt junge Menschen für eine medizinische oder pflegerische Ausbildung oder ein entsprechendes Studium zu gewinnen. Dies gestaltet sich zunehmend schwierig: Abbildung 4-2 stellt dar, wie sich die **Anzahl der Schulabsolvent*innen** seit dem Jahr 1999 entwickelt hat. In den letzten Jahren sind die Absolventenzahlen für alle Abschlüsse rückläufig, d. h., dieser Pool potenzieller Bewerber*innen wurde zusehends kleiner.¹²² Der Anteil der Jugendlichen, die ihre Schulzeit ohne den Erwerb eines Schulabschlusses beenden, stagniert seit Jahren auf einem hohen Niveau (ca. 6 % aller Jugendlichen; siehe dazu auch Bertelsmann Stiftung 2023). Diese Jugendlichen stehen dem Gesundheitssystem aufgrund von schulischen Mindestanforderungen für die Aufnahme einer Ausbildung in den Gesundheitsberufen nur sehr eingeschränkt zur Verfügung.

420. Neben Schulabsolvent*innen gibt es **weitere Potenzialgruppen**, die für eine Beschäftigung im Gesundheitswesen gewonnen werden könnten. So stehen insbesondere viele Menschen, die nach Deutschland zuwandern, vor der Herausforderung einer beruflichen Neuorientierung. Im Jahr 2022 wurde eine besonders hohe Nettozuwanderung (Zuzüge abzüglich Fortzüge) von knapp 1,5 Millionen

¹²¹ So gibt es beispielsweise den Facharzt Innere Medizin und Geriatrie als Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin, die Zusatzweiterbildung Geriatrie und die Zusatzqualifikation Geriatriische Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) als freiwillige Fortbildung für niedergelassene Ärzte.

¹²² Zuvor war insbesondere die Zahl der Absolvent*innen mit Hochschulreife angestiegen. Die Zahl der Absolvent*innen mit mittlerer Reife war ebenfalls vorübergehend angestiegen, wobei nicht auszuschließen ist, dass dafür auch Änderungen in der Methodik der Messung ausschlaggebend waren (siehe Anmerkung zur Abbildung 4-2).

Menschen erfasst, von der sich ein Großteil der Fluchtmigration zurechnen lässt (Destatis 2023c).¹²³ Die Bemühungen, diese Potenzialgruppe für eine Beschäftigung im Gesundheitswesen zu gewinnen, sollten stärker intensiviert und in regelhafte systematische Strukturen überführt werden (zur gezielten Anwerbung von Fachkräften im Ausland siehe Abschnitt 4.5). Die arbeitsmarktökonomische Literatur bietet vielfältige Ansatzpunkte, wie eine bessere Integration von Geflüchteten in den Arbeitsmarkt gelingen kann. Sie weist u. a. darauf hin, dass Arbeitsmarktfriktionen ein großes Hindernis für viele arbeitssuchende Flüchtlinge darstellen und eine Unterstützung bei der Arbeitssuche die Arbeitsmarktintegration erleichtern kann (Battisti et al. 2019). Es gilt, die Wirksamkeit solcher und anderer Maßnahmen speziell für die Gesundheitsberufe besser zu untersuchen. Die Forschungslage ist dahingehend lückenhaft. In einem Systematischen Review fanden Khan-Gökkaya et al. (2019), dass es an systematisch evaluierten Qualifizierungsprogrammen für zugewanderte Menschen in Gesundheitsberufen mangelt.¹²⁴

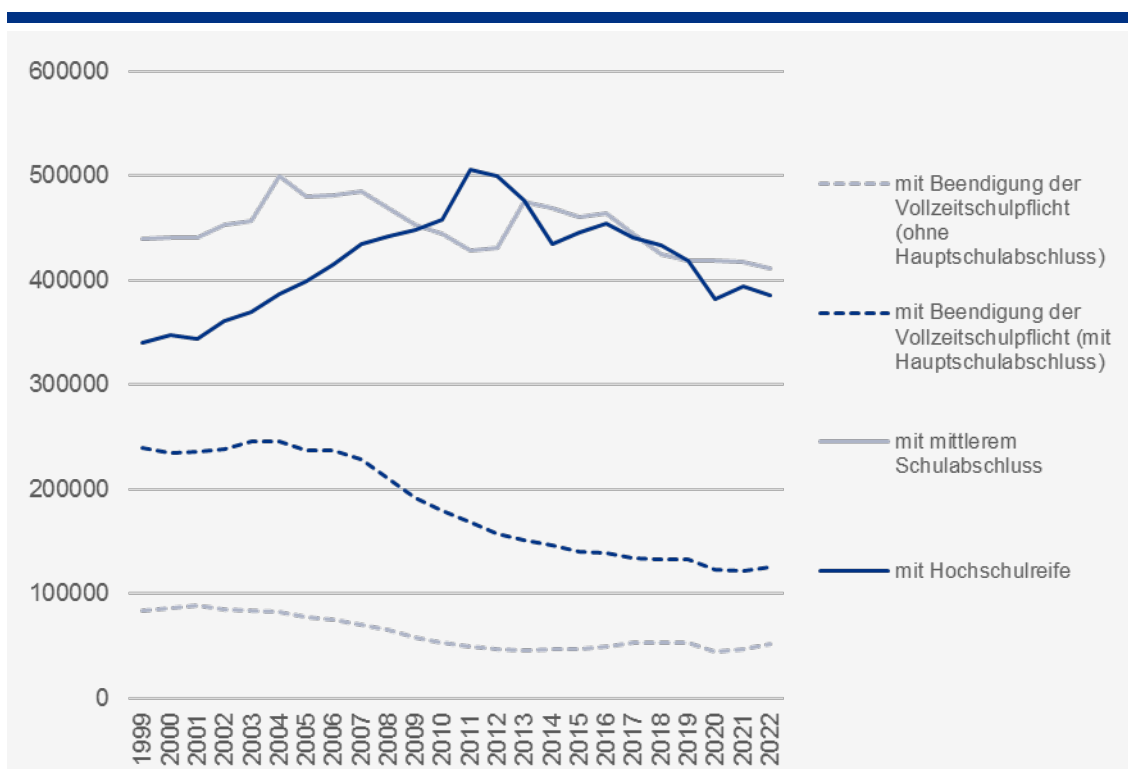


Abbildung 4-2: Zahl der Schulabsolvent*innen und Schulabgänger*innen der Abgangsjahre 1999 bis 2022 nach Art des Abschlusses

Über die dargestellten Daten hinaus weist das Statistische Bundesamt die Anzahl der Absolvent*innen aus Teilzeit-Berufsschulen aus.

Ab dem Jahr 2013 wird der schulische Teil der Fachhochschulreife unter dem mittleren Schulabschluss nachgewiesen. Seit 2018 gilt ein geändertes Rundungsverfahren (siehe Quelle).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2023d).

¹²³ In den Vorjahren lag die Nettozuwanderung deutlich darunter; seit dem Jahr 2010 lag sie zwischen jährlich 0,1 und 1,1 Millionen Menschen.

¹²⁴ Die Analyse von Khan-Gökkaya et al. (2019) bezieht sich auch, aber nicht nur auf geflüchtete Menschen.

421. Ebenso könnten Arbeitnehmer in anderen Wirtschaftszweigen, in denen die Nachfrage nach Arbeitsleistung rückläufig ist, gezielt angesprochen und durch Re- und Weiterqualifizierungsmaßnahmen für den Gesundheitssektor gewonnen werden.

422. Eine zentrale Herausforderung für das Gesundheitswesen ist, neue Bewerbergruppen zu erreichen, die sich traditionell nicht für diesen Berufsweg entschieden haben. Dabei stellt sich die Frage, wie groß das Potenzial möglicher Bewerber*innen ist. Im Jahr 2020 wurde im Rahmen der Sinus-Studie das Interesse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen an den Berufen der Pflege und der Kindertagesbetreuung untersucht; dabei wurden verschiedene Gruppen identifiziert: Demnach gehörten 4 % der 14- bis 20-Jährigen zur „Kernzielgruppe“ der Pflege, da sie sehr an einer Tätigkeit in der Pflege interessiert waren. 17 % zählten zur Gruppe derer, die zwar grundsätzlich Interesse hatten, aber noch stärker aktiviert werden müssten, um einen Pflegeberuf anzustreben („Potenzialzielgruppe“). Der Anteil derjenigen, die zurzeit nicht an einer Tätigkeit in der Pflege interessiert waren, aber Interesse am Berufsfeld Gesundheit/Pflege insgesamt zeigten („Zielgruppe der Zukunft“), lag bei 20 % (Sinus 2020, Seite 15). Würde sich von den jährlich ca. 800 000 Schulabsolvent*innen mit mindestens mittlerem Abschluss (siehe Abbildung 4-2) tatsächlich der Anteil bewerben, den die Kern- und die Potenzialzielgruppe nach der Sinus-Studie ausmachen, läge die Zahl der Bewerber*innen bei ca. dem Dreifachen der derzeitigen Neuverträge für Ausbildungen zur Pflegefachperson (im Jahr 2022: 52 100 Abschlüsse, Destatis 2023a). Eine solche grobe Rechnung lässt viele Aspekte außer Acht, so die unterschiedliche Attraktivität einer Ausbildung in der Pflege je nach Art des Schulabschlusses oder die Möglichkeit, ein Pflegestudium aufzunehmen. Dennoch verdeutlicht sie, dass es ein großes Potenzial an Bewerber*innen gibt, das derzeit nicht erreicht wird.

423. Im Rahmen der Sinus-Studie wurden auch die **ausschlaggebenden Faktoren für die Berufswahl** erhoben: Jugendliche, die sich für soziale Berufe interessieren, verbinden mit ihrer Berufswahl primär das Ziel, *„etwas Gutes tun zu können und etwas zu bewirken“*, d. h., sie sind stark intrinsisch motiviert (Sinus 2020, Seite 9). Für die Gesamtheit der Jugendlichen sind hingegen Weiterentwicklungs- und Karrierechancen sowie das Gehalt (extrinsische Motivation) bei ihrer Berufswahl besonders wichtig; diese Aspekte wurden von den befragten Jugendlichen für die Pflegeberufe kritisch beurteilt (Sinus 2020, Seite 8 f.). Vor diesem Hintergrund ist der Befund bemerkenswert, dass insbesondere junge Menschen, die sich gegen einen Beruf in der Pflege entscheiden, den dort gezahlten Lohn häufig unterschätzen (Kugler 2022). Das nahe Umfeld spielt eine wichtige Rolle bei der Berufswahl;¹²⁵ persönliche Kontakte stellen gemäß den Ergebnissen der Sinus-Studie die wichtigste Informationsquelle bei der beruflichen Orientierung dar. 45 % der Befragten kennen sich sehr gut oder eher gut mit dem Berufsfeld der Pflege aus. Dieser Wert ist im Vergleich zu anderen Berufen relativ hoch, was in der vergleichsweise ausgeprägten Alltagsnähe der Berufe begründet liegen könnte (Sinus 2020, Seite 43 ff.).

424. Eine Strategie zur Verbesserung der Informationslage, zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für das Berufsfeld und zum Abbau von Missverständnissen ist die Durchführung von **Informationskampagnen**. So hat das Bundesfamilienministerium die bundesweite Informations- und Öffentlichkeitskampagne „Pflege kann was“ initiiert. Da es bislang keine ausreichende Evidenz zur Wirksamkeit solcher Kampagnen gibt, sollten sie konsequent begleitend evaluiert werden. Es ist

¹²⁵ Einem Teil der Jugendlichen ist auch wichtig, dass das nahe Umfeld die Berufswahl befürwortet. In einer Befragung des BIBB unter Schüler*innen gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, dass ihre Berufswahl ihren Eltern gefallen solle; ein gutes Drittel legte Wert auf die Zustimmung der *Peergroup*. Bei Entscheidung für einen Pflegeberuf erwarten die potenziellen Berufsanfänger*innen mehr Anerkennung von ihren Eltern als von ihrer *Peergroup* (Ebbinghaus 2022, Seite 6).

jedoch zu erwarten, dass sich die Zahl der Bewerbungen durch Informationskampagnen alleine nicht spürbar erhöhen lassen wird, wenn sich Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie Berufsperspektiven nicht sichtbar verbessern. Dennoch gilt es, die vom Rat empfohlenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflege- und MFA-Berufe nach ihrer Umsetzung konsequent und transparent zu kommunizieren, um die erhöhte Attraktivität dieser Berufsbilder auch bei den Potenzialgruppen zu etablieren.

425. Ein **Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ)** stellt eine weitere Möglichkeit dar, um mehr junge Menschen an soziale Berufsbilder heranzuführen. Im Jahr 2022 absolvierten ungefähr 45 000 Menschen in Deutschland ein FSJ; zählt man das Freiwillige Ökologische Jahr als weitere Form des Jugendfreiwilligendienstes hinzu, sind es jährlich etwa 60 000 Menschen (BMFSFJ 2023a, 2023b). Gemessen an der in Abbildung 4-2 dargestellten Anzahl der jährlichen Schulabsolvent*innen ergibt sich ein FSJ-Anteil von ca. 5 %, der auf die geringe Annahme des FSJ in der Zielpopulation hinweist. Der Rat empfiehlt Maßnahmen zur **Steigerung der Attraktivität des FSJ**. Das Ziel dieser Bemühungen ist es nicht, Fachkräftengpässe durch den Einsatz von „billigen“ Arbeitskräften ohne ausreichende Qualifikation auszugleichen. Vielmehr sollen mehr Menschen an medizinische und pflegerische Tätigkeiten herangeführt und so die Nachwuchsgewinnung erleichtert werden. In einer Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Evaluation der Jugendfreiwilligendienste gaben mehr als 90 % der befragten Träger an, dass der Nutzen des FSJ zur beruflichen Nachwuchsförderung sehr groß oder eher groß sei (BMFSFJ 2006). Dies ist besonders für männliche Jugendliche und junge Erwachsene relevant, die in der Potenzialzielgruppe der Sinus-Studie einen Anteil von 43 % ausmachen (Sinus 2020, Seite 16), seit der Aussetzung des Zivildienstes im Jahr 2011 aber weniger Kontaktpunkte mit Pflegeberufen haben, was wiederum mit einer geringeren Wahl von Berufen assoziiert ist, die als „weiblich“ gelten (Hamjediers 2023). Die Attraktivität des freiwilligen Dienstes könnte durch eine höhere finanzielle Kompensation gesteigert werden. Formal wird der freiwillige Dienst unentgeltlich geleistet; derzeit wird ein Taschengeld von monatlich maximal 453 Euro gezahlt (Der Bundesfreiwilligendienst 2024). Die monatliche Bruttovergütung von Auszubildenden in Deutschland lag im Jahr 2022 durchschnittlich bei 1 057 Euro brutto (Destatis 2023b), sodass ein schneller Ausbildungsstart – oftmals in einem Beruf außerhalb des Gesundheitswesens – womöglich lukrativer erscheint. Die zum Zeitpunkt der Gutachtererstellung geplanten Kürzungen der Haushaltsmittel für den Freiwilligendienst (Deutscher Bundestag 2023b) sind vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten.

426. Der Rat empfiehlt, die Bemühungen zu intensivieren, um auch **weitere Altersgruppen für einen freiwilligen Dienst** zu interessieren. So kann ein Freiwilligendienst in höheren Altersgruppen ein Einstieg in ein Ehrenamt sein, das neben der Bereicherung für die Gesellschaft auch soziale Teilhabe und Netzwerke stärkt und einen Beitrag zu einem gesunden und aktiven Älterwerden leistet (Keefer et al. 2023).

4.5 Anwerbung und Integration ausländischer Fachkräfte

427. Die Migration ausländischer Fachkräfte ist für das deutsche Gesundheitswesen von großer Bedeutung (siehe auch Kapitel 1 und 3) und leistet einen wichtigen Beitrag, dem entstehenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Sie ist aber keine alleinige Lösung und sollte daher als flankierende Maßnahme neben wichtigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der konsequenten Nutzung digitaler Technologien verstanden werden. Der SVR für Integration und

Migration hat sich in seinem Jahresgutachten des Jahres 2022 intensiv mit der Rolle von eingewanderten Fachkräften für das deutsche Gesundheitssystem beschäftigt und eine Reihe von Empfehlungen erarbeitet, denen der Rat sich uneingeschränkt anschließt. Im Folgenden soll hier auf einige dieser Empfehlungen näher eingegangen werden.

428. Die Anerkennung von beruflichen Qualifikationen, die zur Ausübung reglementierter Heilberufe notwendig sind, ist oft langwierig und intransparent für die ausländischen Antragsteller*innen. Während eine einmal erteilte Anerkennung der Qualifikation bundesweit gültig ist, werden die Anerkennungsverfahren von den einzelnen Bundesländern durchgeführt. Dabei unterscheiden sich die ohnehin schon komplexen Verfahren in den einzelnen Bundesländern deutlich. Während in einigen Bundesländern Kompetenzen in einzelnen Stellen gebündelt werden, gibt es in anderen Bundesländern oftmals mehrere zuständige Stellen, die untereinander kommunizieren müssen, was zusätzlichen bürokratischen Aufwand erzeugt und zu Verzögerungen führen kann. Auch die anfallenden Kosten und die Ergebnisse des Anerkennungsverfahrens unterscheiden sich häufig (SVR Integration und Migration 2022, Seite 31 und 33). Um diese Verfahren transparenter und effizienter zu gestalten, hält der SVR für Integration und Migration deshalb z. B. eine Spezialisierung der Bundesländer auf einzelne Herkunftsländer für denkbar (SVR Integration und Migration 2022, Seite 35). So könnten bestimmte Bundesländer als spezialisierte Kontaktpunkte einzelnen Herkunftsländern zugeordnet werden, sodass länderspezifische Kompetenzen aufgebaut und eine schnellere und effizientere Bearbeitung erreicht werden können. Hierzu bedarf es einer freiwilligen Koordination und einer vertrauensvollen Übertragung von Entscheidungskompetenzen zwischen den Bundesländern, die die alleinige Hoheit über die Anerkennung von Berufsqualifikationen innehaben. Die rechtliche Grundlage dafür besteht bereits (§ 40 Abs. 5 PfIBG).

429. Ein Großteil der aktiven Rekrutierung von Fachkräften aus dem nicht europäischen Ausland findet durch Unternehmen oder private Vermittlungsagenturen statt (SVR Integration und Migration 2022, Seite 13). Hier werden immer wieder Missstände und unseriöse Praktiken beklagt, die von ungenügender Kommunikation, versteckten Kosten und nicht transparent ausgewiesenen Bindungsfristen bis hin zu Diebstahl von Vorauszahlungen reichen. Um eine solche Anwerbung sowohl für die migrierende Person als auch das anwerbende Unternehmen fair und nachhaltig zu gestalten, ist es wichtig, dass ethische und legale Standards eingehalten werden. Zu diesem Zweck hat das Deutsche Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen das staatliche Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ entwickelt. Dieses Siegel verpflichtet seine Träger zu diversen Vorgaben, wie z. B. die Kostenfreiheit der Anwerbung für die Pflegekräfte, die Gleichstellung mit inländischen Arbeitnehmenden sowie individuelle Unterstützung bei der Integration, der Sprachförderung und der Berufsankennung in Deutschland (BMG 2023b). Dieses Siegel soll sowohl Fachkräften als auch anwerbenden Unternehmen dabei helfen, die Seriosität der jeweiligen Vermittlungsagenturen besser einschätzen zu können. Das Führen des Siegels ist für Agenturen nicht verpflichtend. Eine Einschätzung, inwiefern das staatliche Gütesiegel tatsächlich genutzt und von anwerbenden Unternehmen eingefordert wird, ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich. Jedoch hat der SVR Gesundheit & Pflege Sorge, dass die freiwillige Natur des Gütesiegels unzureichenden Einfluss auf das Verhalten von Agenturen haben könnte. Der Rat regt daher eine Weiterentwicklung zu einer verpflichtenden oder de facto verpflichtenden Nutzung des Gütesiegels an. Um dies zu erreichen, kann auf verschiedene Art in die aktuellen Rahmenbedingungen eingegriffen werden:

- a. Aktuell gibt es keine staatliche Regulierung im Sinne einer Lizenzierung oder Zulassung einer Vermittlungsagentur. Aus diesem Grund ist wenig über ihre Anzahl oder ihr

Handeln bekannt. Eine Möglichkeit wäre, eine verpflichtende Lizenzierung der Agenturen einzuführen. Diese Lizenz könnte dann an die Einhaltung des Gütesiegels gebunden werden.

- b. Anwerbende Unternehmen könnten zur Nutzung einer Vermittlungsagentur mit Gütesiegel angehalten werden, indem eine (Teil-)Refinanzierung der Vermittlungskosten an das Vorliegen des Gütesiegels gekoppelt wird. Ein solcher Ansatz wurde bereits im Jahr 2021 im Rahmen eines Förderprogramms des BMG geprüft.¹²⁶ Zertifizierte Einrichtungen konnten eine finanzielle Förderung in Höhe von bis zu 6 000 Euro pro Pflegefachperson beantragen, was ca. 30 % der in den Medien diskutierten Anwerbungskosten von bis zu 21 000 Euro pro Pflegefachperson (Deutsche Welle 2021) entspricht. Bedingung für eine Förderung war neben dem Gütesiegel, dass das Herkunftsland der Pflegefachpersonen mindestens 3 500 km von Deutschland entfernt sein muss. Im Rahmen dieses Förderprogramms konnten 115 Einrichtungen bei der Anwerbung von mehr als 1 500 Pflegefachpersonen unterstützt werden (ptj 2021).

430. Um in Deutschland in einem Gesundheits- oder Pflegeberuf zu arbeiten, werden mindestens allgemeine Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2 sowie häufig Fachsprachkenntnisse auf dem Niveau B2 (z. B. für Pflegefachpersonen oder MFA) bzw. C1 (für Ärzt*innen) benötigt. Diese Sprachanforderungen sind notwendig, um eine klare und reibungslose Kommunikation mit Patient*innen sowie anderen Fachkräften auch in hektischen oder emotional fordernden Situationen sicherzustellen. Die Forderung deutscher Sprachkenntnisse ist aber auch ein Nachteil im internationalen Wettbewerb um ausländische Fachkräfte: Zahlen vom Auswärtigen Amt zeigen, dass im Jahr 2020 ca. 15,3 Millionen Menschen im Ausland Deutsch als Fremdsprache erlernten. Dies stellt einen geringfügigen Anstieg im Vergleich zum Jahr 2010 dar (14,9 Millionen Menschen) (Auswärtiges Amt 2020) – jedoch liegen diese Zahlen weit unter denen für konkurrierende Einwanderungsländer mit ebenfalls substanziellen Fachkräfteengpässen wie USA, Großbritannien und Kanada. Um den Zugang zu einer Ausbildung in Deutschland für zugewanderte Personen sowie für bereits im Ausland qualifizierte Fachkräfte in Deutschland zu erleichtern, sollen deshalb die Möglichkeiten zum Spracherwerb stärker gefördert werden. Dies kann z. B. durch eine verbesserte Finanzierung von zertifizierten Lehrangeboten (z. B. der Goethe-Institute) oder durch niedrigschwelligen Zugang zu digitalen Sprachlernertools erreicht werden. Für das Gesundheitswesen ist es dabei besonders wichtig, dass neben allgemeinen Sprachkenntnissen auch fachspezifisches Vokabular gelehrt wird, das an die unterschiedlichen angestrebten Settings (z. B. stationäre Langzeitpflege oder Akutversorgung) angepasst ist.

431. Neben dem Spracherwerb sind professionelle Einarbeitungs- und Integrationskonzepte von Migrant*innen in den spezifischen Berufsalltag von großer Bedeutung, um Fachkräfte in den Beruf zu integrieren und langfristig in Deutschland halten zu können. Dabei ist es wichtig, dass sich die Einarbeitung bedarfsgerecht an der individuellen Situation der migrierten Person orientiert und dass die Integration langfristig unterstützt wird. Diese Einarbeitung kann zunächst weitere (Personal-)Ressourcen binden, was in der Planung berücksichtigt werden muss. Der Rat fordert anwerbende Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen dazu auf, Integrationskonzepte und -beauftragte zu implementieren.

¹²⁶ Eingeführt durch die Richtlinie zur Förderung von Vorhaben zur ethisch hochwertigen Gewinnung von Pflegekräften in weit entfernten Drittstaaten im Rahmen des Programms „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ vom 21. Juni 2021.

432. Unterschiede im beruflichen Rollenverständnis stellen häufig eine Herausforderung für die eingewanderte Fachkraft dar. Im internationalen Vergleich haben Pflegefachpersonen in Deutschland aktuell eine oft **deutlich eingeschränkte Handlungsautonomie**. Sie werden im Ausland häufig für selbstständige Aufgaben mit größerer Verantwortung als in Deutschland ausgebildet. Dies kann zu Rollenkonflikten und Unzufriedenheit führen und erhöht das Risiko der erneuten Abwanderung (Ismail 2022; Kovacheva/Grewe 2015; Roser et al. 2021). Die in Abschnitt 4.3.3.1 geforderte Einführung eines kohärenten Qualifikationsstufenmodells für Pflegekräfte mit entsprechender Möglichkeit zur eigenständigen Heilkundeausübung würde Deutschland näher an die internationale Praxis heranführen und somit die Attraktivität für Zuwanderer erhöhen.

433. Es bedarf einer zwischen den Ministerien abgestimmten Migrationsstrategie mit einer nach außen abgestimmten Präsenz mit zielgruppenadäquaten Informationen. Auch wenn das seit dem Jahr 2012 bestehende Portal www.erkennung-in-deutschland.de Antragstellenden bereits hilft, die jeweils zuständige Behörde ausfindig zu machen, sind hier die Informationen oftmals nicht in allen relevanten Sprachen zu finden und so für viele Antragsteller*innen nicht einfach zu verstehen.

4.6 Nutzung neuer Technologien

434. Ein Ansatzpunkt zur Entlastung der Fachkräftesituation ist die Steigerung der **Produktivität und Effizienz der Leistungserbringung**¹²⁷, sodass mit den vorhandenen Personalressourcen eine größere Anzahl medizinisch notwendiger Leistungen erbracht werden kann. Empfehlungen zur Effizienz- oder Produktivitätssteigerung im Gesundheitswesen werden häufig als Bestrebungen missverstanden, die Gewinne von Unternehmen zu erhöhen oder anderweitig monetäre Interessen zu bedienen. Angesichts der sich verschärfenden Fachkräftesituation sind Verbesserungen der Produktionsprozesse jedoch zwingend erforderlich, um das verfügbare Personal besser einzusetzen und eine bedarfsgerechte Versorgung aufrechtzuerhalten. In diesem Abschnitt liegt der Fokus auf der **Nutzung digitaler Technologien zur Unterstützung und Stärkung menschlicher Arbeit** im Gesundheitswesen, wie z. B. der elektronischen Patientenakte (ePA), Telemedizin oder künstlicher Intelligenz (KI).

435. Das deutsche Gesundheitswesen ist hinsichtlich der Nutzung digitaler Technologien in den letzten Jahrzehnten im internationalen Vergleich stark zurückgefallen. Im Digital-Health-Index der Bertelsmann Stiftung, der 17 Gesundheitssysteme im Hinblick auf technologische Bereitschaft, tatsächliche Datennutzung und Politik-Aktivität bewertet, nahm Deutschland im Jahr 2019 den zweitletzten Platz ein (Thiel et al. 2018b). Auch im Hinblick auf die Krankenhaus-IT gilt Deutschland schon länger als rückständig (Stephani et al. 2019). Der Rat drängt daher bereits seit längerem auf

¹²⁷ Die Begriffe Produktivität und Effizienz werden oft synonym verwendet, obwohl sie in der Ökonomie unterschiedlich definiert sind (siehe z. B. Varian 2016). Die *Produktivität* eines Leistungserbringers ist umso größer, je höher das Verhältnis von den erbrachten Leistungen in bestimmter Qualität zu dem dafür benötigten Ressourceneinsatz ausfällt. Produktivität ist daher als Relation zu verstehen und nicht mit dem Volumen der eingesetzten Ressourcen zu verwechseln. So ist es möglich, dass eine Teilzeitkraft produktiver als eine Vollzeitkraft arbeitet, auch wenn insgesamt weniger Stunden Arbeit geleistet wurden. Ein Produktionsprozess ist *technisch effizient*, wenn bei gegebenem Ressourceneinsatz die Produktionsmenge maximiert wird, bzw. bei gegebener Produktionsmenge der Ressourceneinsatz minimiert wird. In der Praxis sind die maximal mögliche Produktionsmenge bzw. der minimale nötige Ressourceneinsatz schwierig zu bestimmen; eine Approximation des Effizienzbegriffs erfolgt daher oftmals im Vergleich verschiedener Input-Output-Kombinationen.

konsequente **Investitionen in digitale Technologien und den Ausbau der digitalen Infrastruktur** im Gesundheitswesen (SVR 2021, 2023). Vor allem in seinem Gutachten aus dem Jahr 2021 formulierte der Rat vielfältige Empfehlungen zur Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens. Ausgangspunkt der Ratsempfehlungen war damals wie heute das Patientenwohl. Vor dem Hintergrund der sich verschärfenden Fachkräftesituation erneuert der Rat seine Empfehlung, **Datenschutz** mit dem Schutz von Leben und Gesundheit wo nötig abzuwägen und wo möglich in Einklang zu bringen (SVR 2021, Seite 24). Dass es gelingen kann, konsequenten Datenschutz zu implementieren und zugleich umfassende Digitalisierung zu ermöglichen, zeigen andere Staaten, wie z. B. Dänemark.¹²⁸

Digitale Infrastrukturen und telemedizinische Anwendungen

436. Digitale Infrastrukturen in der Form von **Informations-, Dokumentations-, Management- und Telematiksystemen** bilden die Basis für digitale Technologien. Sie müssen so gestaltet werden, dass sie das Gesundheitspersonal von administrativen Tätigkeiten entlasten, den Informationsaustausch verbessern und dazu beitragen, nicht notwendige Behandlungen und Untersuchungen zu vermeiden. So können digitale Monitoringsysteme zur Überwachung von Vitalparametern Dokumentationsprozesse vereinfachen und Personalkapazitäten freisetzen, indem sie Daten automatisch erfassen und in digitale Dokumentationssysteme übertragen (siehe hierzu auch SVR 2023). Andere relevante Beispiele sind digitale Terminvereinbarungen und Anamnesebögen in Praxen sowie die ePA als wichtiges Instrument zur Informationsübermittlung.

437. Datensichere und niedrigschwellige Technologien, die den digitalen Austausch und die **digitale Kommunikation zwischen Leistungserbringern** fördern, sollten ausgebaut und flächendeckend implementiert werden, da sie doppelte Untersuchungen durch mehrere Leistungserbringer vermeiden helfen. Voraussetzung ist die im Digital-Gesetz festgeschriebene und für Januar 2025 geplante bevölkerungsweite Implementierung der ePA per Opt-out-Verfahren (siehe dazu SVR 2021).

438. Der Rat sieht ebenfalls Potenzial in einer verbesserten **digitalen Kommunikation zwischen Leistungserbringern und ihren Patient*innen**. Eine digitale Arzt-Patienten-Kommunikation mindert zwar nicht zwingend die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sondern verschiebt sie lediglich in den digitalen Raum (Salisbury et al. 2020). Allerdings hat die Pandemie gezeigt, dass digitale Konsultationen helfen können, Infektionen durch den Aufenthalt in Arztpraxen zu vermeiden (Peek et al. 2020). Die Gesundheit des medizinischen Personals konnte dadurch geschützt und personelle Ressourcen geschont werden. Eine Erkenntnis, die etwa auf die Grippe-Saison oder weitere Corona-Wellen übertragen werden könnte (siehe hierzu SVR 2023).

439. Telemedizin, -pflege und -monitoring können räumliche Distanzen überwinden und auf diese Weise ärztliche und pflegerische Engpässe, z. B. in strukturschwachen Regionen oder in der Notfallversorgung (siehe Kapitel 6), kompensieren. Es gibt Hinweise, dass der Einsatz von Telemedizin Behandlungsprozesse effizienter gestalten und dadurch zu verringertem Ressourceneinsatz führen kann (Eze et al. 2020; Peeters et al. 2024). Derzeit werden in Großbritannien sogenannte *Virtual Wards* erprobt, d. h. eine Krankenhaus-ähnliche Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, wodurch das Personal entlastet und stationäre Einweisungen vermieden werden sollen (Shepperd et al. 2022;

¹²⁸ Für eine nähere Beschreibung der Digitalisierung des dänischen Gesundheitssystems siehe z. B. Thiel et al. (2018a).

Singh et al. 2022). *Virtual Wards* könnten in Deutschland im Zuge der angestrebten Reform der Krankenhausstrukturen attraktiv werden. In allen Fällen sollte darauf geachtet werden, dass sich telemedizinische Angebote nicht unabhängig von den angestrebten neuen Organisationsstrukturen der Primärversorgung und der stationären Versorgung entwickeln, sondern dort als konzeptioneller Bestandteil eingebunden werden (siehe dazu Kapitel 6 und dort speziell Abbildung 6-2).

440. Telekonsile ermöglichen den Austausch zwischen verschiedenen ärztlichen Fachdisziplinen, Professionen und Sektoren. Es gibt Bereiche, in denen sich Telekonsile international bereits sehr gut etabliert haben. Ein Beispiel ist die digitale Zusammenarbeit von Hausärzt*innen und Dermatolog*innen (van der Heijden et al. 2011). Durch die Vorstellung der Patient*innen beim Hausarzt im ersten Schritt können einerseits nicht notwendige fachspezialistische Konsultationen vermieden werden, da viele Fälle vollumfänglich in der Hausarztpraxis gemanagt werden können. Bei komplexeren Fällen kann der Dermatologe über ein asynchrones Konsil mit Bildbefundung (*Store and Forward*) hinzugezogen werden, ohne dass die diagnostische Qualität eingeschränkt wird (Bourkas et al. 2023). Eine randomisierte Studie zeigt, dass solche den Zugang verbessernde Strukturen die Zeit bis zur Einleitung einer Therapie deutlich verkürzen (im Median um 40 Tage) und damit die Prognose verbessern können (Piette et al. 2017). In einer vom Innovationsfonds geförderten Studie konnten teledermatologische Konsile zwischen Hausärzt*innen und Dermatolog*innen auch in Deutschland erfolgreich implementiert werden und stießen sowohl bei den beteiligten Ärzt*innen als auch bei den Patient*innen auf hohe Akzeptanz. Allerdings wurden auch Probleme hinsichtlich der Interoperabilität bereits verwendeter technischer Systeme offenbar, die die Skalierbarkeit erschwerten (Koch et al. 2022).

441. Digitale Konsile sind auch für ein **gestuftes Krankenhaussystem** wichtig. So sollten entsprechend der Empfehlung der Regierungskommission Universitätskliniken und andere hochspezialisierte Krankenhäuser mit regionalen Basisversorgern telemedizinisch verknüpft und entsprechende Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren implementiert werden (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022).

442. In anderen Staaten sind die telemedizinischen Strukturen deutlich weiter entwickelt als in Deutschland (siehe dazu z. B. Thiel et al. 2018b). Auch auf europäischer Ebene gibt es seit längerem Bestrebungen, die Weiterentwicklung von Telemedizin in den Mitgliedstaaten zu unterstützen, u. a. in Form von Forschungsförderung (European Commission 2018). Mit dem Digital-Gesetz, das Ende des Jahres 2023 vom Bundestag beschlossen wurde, hat der Gesetzgeber nun **neue Impulse zum Ausbau der Telemedizin** in Deutschland gesetzt. So entfällt z. B. die bisher geltende Restriktion, dass lediglich bis zu 30 % der abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen als Videosprechstunden erbracht werden können (Deutscher Bundestag 2023a). Inwiefern diese gesetzlichen Änderungen tatsächlich zu der Entwicklung neuer Versorgungsansätze führen werden, kann zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung noch nicht bewertet werden.

Künstliche Intelligenz

443. Fachkräfte können zunehmend von **KI** bei Routinetätigkeiten unterstützt und entlastet werden. Potenzial besteht vor allem bei Tätigkeiten, die regelmäßig und in ähnlichen, strukturierten Abfolgen sowie datenbasiert ausgeführt werden, sodass die Arbeitsschritte von intelligenten Systemen analysiert und gelernt werden können (Budde et al. 2023, Seite 5). Da in der Gesundheitsversorgung täglich viele Informationen in unstrukturierter Textform erstellt, ausgewertet und ausgetauscht werden müssen, besteht hier großes Potenzial, diese Prozesse durch KI-

Anwendungen basierend auf *Large-Language-Modellen* und *Natural Language Processing*¹²⁹ zu automatisieren und Personal ohne Verlust an Versorgungsqualität zu entlasten. Beispielsweise werden KI-Anwendungen bereits genutzt, um Sprachdiktate zu Dokumentationszwecken zu transkribieren, Arztbriefe und pathologische Befunde zu generieren oder Diagnosen und Therapieentscheidungen zu unterstützen (siehe z. B. Antweiler et al. 2023, Seite 4 ff.; Habicht et al. 2024).

444. Die **Produktivitätseffekte von KI-Anwendungen** im Gesundheitswesen lassen sich aufgrund des noch recht jungen Entwicklungsstadiums sowie des rapiden technischen Fortschrittes nur unzureichend quantifizieren. Sie können aber signifikant sein: Basierend auf vorhandenen Technologien schätzen Sahni et al. (2023), dass ca. 5–10 % der Kosten des US-Gesundheitssystems durch den konsequenten Einsatz von KI ohne Verluste an Qualität eingespart werden könnten. Da ein Großteil der Kosten im Gesundheitswesen auf Personal entfällt, deutet dies auf erhebliche Entlastungspotenziale hin. Ebenso zeigt die randomisierte B-PRODUCTIVE-Studie, dass durch den Einsatz von KI bei Augenuntersuchungen von Diabetiker*innen ein Anstieg der Patientenkontakte pro Stunde um 40 % erreicht werden kann (Abramoff et al. 2023). Inwiefern sich diese Effekte auf Deutschland übertragen oder in anderen Anwendungsbereichen replizieren lassen, kann der Rat noch nicht abschätzen.

445. **KI-Technologien** haben auch das **Potenzial zur Verbesserung der Pflegepraxis** (Buchanan et al. 2020). Das BMG fördert derzeit z. B. ein wissenschaftlich begleitetes Projekt, bei dem ein KI-basiertes System zum Bewegungsmonitoring für ältere und pflegebedürftige Menschen erprobt wird, das Sturzereignisse erfassen und Pflegenden zeitnah alarmieren soll. Die Pflegenden erhalten Informationen, die sie dabei unterstützen, schneller und gezielter zu handeln. Zudem werden die korrespondierenden Dokumentationsaufgaben teilautomatisiert, indem die bereitgestellten Informationen in die Pflegedokumentation übernommen werden (Kemper/Evans, Seite 3). Vielfach diskutiert wird auch der Nutzen von KI-Anwendungen für die Unterstützung von Pflegefachpersonen bei der Analyse und Dokumentation von Patientendaten, der Terminplanung von Pflgetouren oder beim Monitoring von Patient*innen. So könnten Arbeitsabläufe optimiert und die Effizienz und Genauigkeit der Patientenversorgung verbessert werden (Buchanan et al. 2020). Es fehlt jedoch an Erkenntnissen zu den Auswirkungen von KI-Anwendungen auf klinische oder organisatorische Ergebnisse im realen Kontext, insbesondere in der Langzeitpflege (Seibert et al. 2021). Pflegefachpersonen waren bisher zu wenig an der Entwicklung, Umsetzung, Nutzung oder Bewertung von KI-Technologien beteiligt (O'Connor et al. 2023).

Entwicklung und Implementierung digitaler Technologien

446. Zur wirksamen Integration digitaler Anwendungen müssen zunächst die notwendige digitale Infrastruktur, die Schnittstellen sowie die Interoperabilität der Systeme geschaffen, ein zuverlässiger Zugang ermöglicht, die Datenqualität sichergestellt, die bestehenden Strukturen und Arbeitsabläufe angepasst und das Personal in der Anwendung und dem Einsatz der Technologien trainiert werden (Budde et al. 2023, Seite 16 ff.; SVR 2023). Die Einführung von digitalen Technologien ist dabei so zu gestalten, dass dadurch der **Arbeits- und Zeitdruck** des Gesundheitspersonals während der Anpassungsprozesse möglichst wenig erhöht wird. Derzeit besteht die Gefahr, dass

¹²⁹ Ein Überblick über die verschiedenen Bereiche von KI – die mitunter in einzelnen KI-Anwendungen kombiniert werden – und komplementäre digitale Gesundheitstechnologien sowie über die Einsatzmöglichkeiten in der Gesundheitsversorgung, insbesondere in ressourcenarmen Settings, findet sich bei Wahl et al. (2018).

aufgrund von inkonsequenter Umsetzung, fehlenden oder inkompatiblen Schnittstellen und gesetzlichen Vorgaben der Umfang der zu dokumentierenden Informationen ausgeweitet wird, Parallelstrukturen beibehalten werden oder den Beschäftigten zusätzliche Tätigkeiten übertragen werden. Obliegt z. B. die Aufgabe der Datenpflege und -validierung – welche für den effektiven Einsatz von KI und anderen digitalen Systemen zwingend notwendig ist – den Gesundheitsfachkräften, kann dies zu einer erheblichen Mehrbelastung führen, die Zeit für Patientenversorgung reduzieren und die Attraktivität der Berufsbilder im Gesundheitswesen weiter reduzieren.

447. Bereits in der Konzeption und Entwicklung von digitalen und KI-Anwendungen sowie weiteren neuen Technologien sollten die **zukünftigen Nutzergruppen strukturiert einbezogen werden**, um neue Entwicklungen zielgerichteter an ihre Bedarfe und Arbeitsabläufe anzupassen und eine hohe Gebrauchstauglichkeit (*Usability*) zu erreichen. Die Nutzergruppen können Gesundheitsfachkräfte, aber je nach Anwendungsfall auch z. B. Bürger*innen, Patient*innen und Angehörige sein. Dabei ist **begleitende Forschung** wichtig, die vorhandene Bedarfe untersucht, digitale und technische sowie KI-Anwendungen in realen Szenarien erforscht und dabei auch Nutzen und Risiken für klinische und organisationale Ergebnisse in den Blick nimmt. Hierzu sollte die Versorgungsforschung, insbesondere die Implementierungsforschung, intensiviert werden. Dabei sollte auch explizit pflegewissenschaftliche Forschung gefördert werden, was bisher zu selten geschieht.

448. Es ist notwendig, angehenden Gesundheitsfachkräften berufsspezifische digitale und technische Kompetenzen in Ausbildung, Studium und Beruf zu vermitteln. Im Medizinstudium ist das bislang zu selten vorgesehen; in einer Erhebung aus den Jahren 2019/2020 konnten nur 16 Hochschulen in Deutschland identifiziert werden, die im Rahmen des Medizinstudiums Lehrveranstaltungen zur Vermittlung digitaler Kompetenzen anboten (Aulenkamp et al. 2021). Die Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) sieht vor, dass Pflegefachpersonen über digitale Kompetenzen verfügen; so sollen sie u. a. ein grundlegendes Verständnis im Umgang mit digitalen Technologien und Softwareanwendungen besitzen (so geregelt in den abschlusspezifischen Anlagen der Verordnung). Der Rat fordert, dass die Vermittlung berufsspezifischer digitaler und technischer Kompetenzen in der Aus- und Weiterbildung schnellstmöglich umgesetzt wird. Dazu sind Ausbildungsstätten und Hochschulen beim Aufbau entsprechender Infrastruktur und Personalkapazitäten gezielt zu fördern, z. B. durch den weiteren Ausbau von medizin- bzw. pflegeinformatischen Lehrstühlen. Auch für das bestehende Personal müssen entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten geschaffen und gefördert werden, damit die digitalen Technologien von einem möglichst hohen Anteil an Fachkräften effektiv eingesetzt werden können und die Akzeptanz neuer Arbeitsweisen, die auf den digitalen Technologien fußen, gegeben ist.

449. Digitale Technologien können dazu beitragen, die **Attraktivität von Gesundheitsfachberufen** und somit das Arbeitsangebot zu erhöhen. So kann insbesondere die Entlastung von regelmäßigen monotonen, vor allem bürokratischen Tätigkeiten durch KI-Systeme oder von körperlichen Tätigkeiten durch Assistenzroboter die Arbeitszufriedenheit von Fachkräften erhöhen und Gesundheitsfachberufe für Auszubildende, Studierende und Arbeitssuchende attraktiver machen. Soweit es gelingt, Fachkräften im Gesundheitswesen durch den Einsatz digitaler Technologien mehr Möglichkeiten zur Arbeit im Homeoffice zu geben, könnte auch dadurch eine Attraktivitätssteigerung erreicht werden (siehe Abschnitt 4.3.1.1).

450. Die Nutzung von digitalen Technologien einschließlich KI-Anwendungen und Robotik zur Unterstützung und Ergänzung der durch Menschen erbrachten Gesundheitsversorgung und Pflege sollte am Leitmaßstab des Patientenwohls vorangetrieben werden. Zu den **ethischen und rechtlichen Aspekten** dieser Nutzung kann auf bestehende wissenschaftliche Expertise zurückgegriffen werden (siehe z. B. die einschlägige Stellungnahme des Deutschen Ethikrats (Deutscher Ethikrat 2023), zu haftungsrechtlichen Fragen z. B. Zech/Hünefeld 2023).

4.7 Geografische Verteilung von vertragsärztlichen Kapazitäten

451. Die Attraktivität einer vertragsärztlichen Tätigkeit im niedergelassenen Bereich unterscheidet sich regional und ist abhängig von beruflichen und privaten Standortfaktoren (Küpper/Mettenberger 2018; Sundmacher/Ozegowski 2016). In der Bedarfsplanung quantifizieren Verhältniszahlen den Bedarf an Ärzt*innen der jeweiligen Arztgruppen, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie entsprechend ihrem Spezialisierungsgrad vier Versorgungsebenen (hausärztliche Versorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung, spezialisierte fachärztliche Versorgung und gesonderte fachärztliche Versorgung) mit unterschiedlich strukturierten Planungsräumen zugeordnet werden. Die Ausdehnung der Planungsräume entspricht der Spezialisierungstiefe der Arztgruppe. Für jeden Planungsbereich wird durch den Vergleich der Soll-Verhältniszahlen und der Ist-Anzahl der Ärzt*innen ein arztgruppenspezifischer Versorgungsgrad ermittelt. Als Grundlage für die Feststellung einer Unter- oder Überversorgung und darauf basierender Steuerungsinstrumente dient der vertragsärztliche Versorgungsgrad (Sundmacher et al. 2018). Jedoch existieren trotz dieser Steuerungsversuche gut dokumentierte und oftmals historisch bedingte **Über- und Unterversorgung in Bezug auf niedergelassene ärztliche Kapazitäten** in vielen geografischen Planungsbereichen (siehe SVR 2018 und Kapitel 1). Eine Unterversorgung bei gleichzeitiger Regel- oder Überversorgung in anderen Planungsbereichen wird von der lokalen Bevölkerung als Engpass wahrgenommen, auch wenn dies aus den geografisch aggregierten Statistiken der Bundesagentur für Arbeit (BA) (siehe Kapitel 1) womöglich nicht hervorgeht.

452. Der Begriff der Überversorgung impliziert einen geringen Grenznutzen von ärztlichen Kapazitäten, sodass eine geografische Umverteilung von Kapazitäten eine Verbesserung der Gesamtversorgung im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit bewirken könnte („allokative Effizienz“). Dem Ziel der allokativen Effizienz folgend empfiehlt der Rat, die **existierenden Instrumente der Bedarfsplanung konsequent zu nutzen** und bei einer von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen festgestellten Überversorgung (Versorgungsgrad von $\geq 140\%$, § 103 SGB V) möglichst keine weiteren Kassensitze zu vergeben (für eine rechtliche Einschätzung dieses Vorschlags siehe Sundmacher et al. 2018, Teil F). Ebenso gilt es, flankierende Maßnahmen einzuführen, wie die bundesweit einheitliche Definition von legitimen Versorgungsgründen, die eine Überschreitung der Grenzwerte erforderlich machen.

453. Auch innerhalb eines Planungsbereichs können **geografisch konzentrierte Kapazitäten** einen erschwerten Zugang erzeugen. Hier gilt es, haus- und fachspezialistische Kapazitäten innerhalb der betroffenen Planungsbereiche feiner zu steuern, um eine gleichmäßigere, wohnortnahe Versorgung zu erreichen. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Anpassung, da Planung innerhalb eines Bereichs bisher nicht vorgesehen ist.

454. Damit die Möglichkeiten der Telemedizin effizienter zur Überbrückung von Fachkräfteengpässen genutzt werden können, bedarf es Anpassungen in der Bedarfsplanung. Ein in

einem Telekonsil tätiger Dermatologe würde in der Bedarfsplanung beispielsweise der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene zugerechnet, obwohl kein direkter Arzt-Patienten-Kontakt in dem Planungsbereich des Kassensitzes stattfindet. Der Rat empfiehlt daher, für ärztliche Tätigkeit ohne Patientenkontakt in Telekonsilen eine separate fünfte Versorgungsebene auf Bundesebene einzuziehen oder Ärzt*innen in Telekonsilen der gesonderten fachärztlichen Versorgung zuzuordnen. Die Frage nach der Anrechnung der fachärztlichen Leistungen auf die der Arztgruppe zugeordneten Arztsitze sollte nach einer zweijährigen Erprobungsphase mit begrenzten Zulassungen evaluiert werden. Bei der Erbringung von ärztlichen Leistungen in Telekonsilen ist die Definition von Kernleistungen sinnvoll (siehe Kapitel 6), damit die zusätzlich erbrachte Leistung bedarfsgerecht ist.

455. Eine stärkere Nutzung der Telemedizin eröffnet die Möglichkeit, bestehende Regelungen zur **Präsenzpflicht in der vertragsärztlichen Versorgung** zu überdenken. Bereits im Jahr 2012 wurde die bis dato bestehende Pflicht von Vertragsärzt*innen zur Wahl eines praxisnahen Wohnsitzes aufgehoben („Residenzpflicht“, siehe z. B. BMG 2024). Allerdings sind Vertragsärzt*innen – sofern sie einen ganzen Kassensitz innehaben – mit wenigen Ausnahmen zum Angebot von mindestens 25 Sprechstunden pro Woche für GKV-Patienten verpflichtet, bei denen sie an ihrem zugelassenen Tätigkeitsort unmittelbar zur Verfügung stehen müssen (§ 17 Abs. 1 und 1a Bundesmantelvertrag – Ärzte). Der Rat empfiehlt zu prüfen, inwieweit diese Präsenzpflicht angesichts der zunehmenden Möglichkeiten, Patient*innen telemedizinisch und ohne persönliche Anwesenheit zu versorgen, flexibilisiert werden kann. So könnte die Annahme eines Kassensitzes in bislang unterversorgten Planungsbereichen mit der Erlaubnis verbunden werden, die Präsenz für eine bestimmte Anzahl an Wochentagen auszusetzen und daher Patient*innen auch nicht unmittelbar zur Verfügung stehen zu müssen. Um die Kontinuität der Versorgung der Einwohner des Planungsbereichs sicherzustellen, sollte zu Beginn einer telemedizinischen Behandlung immer ein persönlicher Kontakt (Erstkontakt) stehen, der regelmäßig und angemessen wiederholt wird.

4.8 Zusammenfassung der Empfehlungen

456. Der Rat empfiehlt die **Einführung einer berufsgruppenübergreifenden Gesundheitspersonalplanung** in Deutschland. Die zugrunde liegende Modellierung soll die angebots- und bedarfs- bzw. nachfrageseitigen Einflussfaktoren möglichst umfassend abbilden und die Aussagekraft der Modellierung sollte laufend evaluiert werden. Eine entsprechende Weiterentwicklung des QuBe-Modells ist empfehlenswert.

457. Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen empfiehlt der Rat, die Etablierung **ausreichend großer organisatorischer Einheiten** in der ambulanten Versorgung bzw. die Schaffung übergeordneter Organisationsstrukturen zu fördern, um so Skaleneffekte zu realisieren und attraktive Anstellungsformen (z. B. für Ärzt*innen) zu erleichtern.

458. Vor dem Hintergrund des steigenden Wettbewerbsdrucks auf dem Arbeitsmarkt erwartet der Rat, dass **Lohnsteigerungen** unumgänglich sein werden, um den Ersatz- und Erweiterungsbedarf im Gesundheitssystem auch zukünftig abdecken zu können. Kontinuierliche Lohnsteigerungen sind alleine allerdings kein ausreichendes Instrument, um das Problem des Fachkräftenganges langfristig zu lösen.

459. Zur Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe sollte auf die **Weiterentwicklung von Arbeitsmodellen** gesetzt werden. So können z. B. in den Pflegeberufen innovative Personalplanungs- und -einsatzmodelle die Flexibilität für die Beschäftigten und die Arbeitgeber erhöhen.

460. Der Rat empfiehlt die **Stärkung professioneller Autonomie und Selbstorganisation in der Pflege**, wozu die Etablierung von Pflegekammern und die Einführung einer beruflichen Registrierungspflicht zählen.

461. Der Rat empfiehlt die **Modernisierung von pflegerischen Aufgaben- und Verantwortungsprofilen und die Ermöglichung lebenslanger Karrierewege**. Auch empfiehlt der Rat, Befugnisse zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung von Heilkunde für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen auf der Grundlage eines allgemeinen Heilberufegesetzes zu schaffen.

462. Der Rat empfiehlt zudem, gezielt Maßnahmen zur **Professionalisierung und Akademisierung der Pflege** zu ergreifen. Dazu zählen u. a. die Einführung eines durchlässigen, konsistenten und kohärenten Qualifikationsstufenmodells, die Einführung einer Fortbildungspflicht für Pflegeberufe und die Stärkung der Pflegewissenschaft als akademische Disziplin.

463. Auch die **Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von MFA** ist ein wichtiger Baustein zur Gewinnung und langfristigen Bindung von Fachpersonal. Der Rat empfiehlt, die Qualität der MFA-Ausbildung zu stärken und dabei auch auf die ausbildungsvorbereitende Vermittlung von erforderlichen Grundkompetenzen zu setzen.

464. Der Rat empfiehlt, die **Weiterbildung von Ärzt*innen** stärker zu steuern. Dabei sollte das Instrument der Landarztquotierung nur begrenzt eingesetzt werden. Stattdessen spricht sich der Rat für Quotierungen bei der Wahl der Facharztweiterbildung aus. Um die erfolgreiche Ambulantisierung der medizinischen Versorgung voranzutreiben, empfiehlt der Rat, Weiterbildungsabschnitte für bestimmte Arztgruppen verpflichtend im ambulanten Sektor durchzuführen.

465. Um verstärkt Schulabsolvent*innen für eine medizinische oder pflegerische Ausbildung oder ein Studium zu gewinnen, empfiehlt der Rat, die **Attraktivität des freiwilligen sozialen Jahres** zu stärken und so Kontaktpunkte zu den jeweiligen Berufsbildern zu erzeugen. Es gilt vor allem, neue Bevölkerungsgruppen zu erreichen, die sich traditionell nicht für diesen Berufsweg entscheiden würden.

466. Der Rat empfiehlt weiter, die effiziente **Integration** ausländischer Fachkräfte im deutschen Gesundheitswesen zu verbessern und zu vereinfachen. Das Gütesiegel „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ für Anwerbungsagenturen sollte ausgebaut und konsequent eingefordert werden. Anerkennungsverfahren sollten effizienter gestaltet werden, z. B. durch die Bündelung von Kompetenzen in Bundesländern.

467. Der Rat sieht großes Potenzial im konsequenten **Einsatz digitaler Technologien** zur Steigerung der Effizienz, Produktivität und Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Bürokratische Belastungen sollten dadurch nicht erhöht, sondern reduziert werden. Voraussetzung dafür ist eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Nutzung digitaler Technologien, inklusive von Investitionen in die digitale Infrastruktur sowie einer stärkeren Verankerung von digitalen Kompetenzen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

468. Zur Stärkung des Versorgungspotenzials in unterversorgten Regionen sollten die **Instrumente der Bedarfsplanung** zur Begrenzung der Überversorgung in anderen Regionen

ausgeschöpft werden. Der Rat empfiehlt, für ärztliche Tätigkeiten ohne Patientenkontakt in Telekonsilen eine separate fünfte Versorgungsebene auf Bundesebene einzuziehen oder Ärzt*innen in Telekonsilen der gesonderten fachärztlichen Versorgung zuzuordnen. Angesichts der sich stetig verbessernden technischen Möglichkeiten im Hinblick auf Telesprechstunden und Telekonsile sollte außerdem die **Präsenzpflicht in der vertragsärztlichen Versorgung** flexibilisiert werden.

4.9 Literatur

- Abramoff, M. D., Whitestone, N., Patnaik, J. L., Rich, E., Ahmed, M., Husain, L. et al. (2023): Autonomous artificial intelligence increases real-world specialist clinic productivity in a cluster-randomized trial. *NPJ Digit Med* 6(1): 184.
- Antweiler, D., Beckh, K., Chakraborty, N., Giesselbach, S., Klug, K. und Rüping, S. (2023): Natural Language Processing in der Medizin. Whitepaper. Von der automatisierten Befundanalyse bis zum Arztbriefgenerator: Künstliche Intelligenz für dokumentenbasierte Prozesse im Krankenhaus. URL: publica.fraunhofer.de/handle/publica/441189 (abgerufen am 31.01.2024).
- Askildsen, J. E., Baltagi, B. H. und Holmås, T. H. (2003): Wage policy in the health care sector: a panel data analysis of nurses' labour supply. *Health Econ* 12(9): 705–719.
- Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S. und Braun, E. (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“. Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften. Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes. Unter Mitarbeit von Moritz Heß und Franziska Heinze.
- Augurzky, B., Binder, C. und Ruhrmann, C. (2018): Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen. Institute for Health Care Business GmbH. Essen. URL: gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/wp-content/uploads/2022/03/web_gwrm-Studie_20180116.pdf (abgerufen am 31.01.2024).
- Aulenkamp, J., Mikuteit, M., Löffler, T. und Schmidt, J. (2021): Overview of digital health teaching courses in medical education in Germany in 2020. *GMS J Med Educ* 38(4): Doc80.
- Auswärtiges Amt (2020): Deutsch als Fremdsprache weltweit. Datenerhebung 2020. Berlin.
- BA (Statistik der Bundesagentur für Arbeit) (2023): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2023. Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg.
- Badenberg, C. (2023): Fachkräftemangel. Not macht erfinderisch. *Ärztezeitung* (49): 5.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023a): Fortbildungsangebote der Ärztekammern für Medizinische Fachangestellte nach den Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer. URL: www.fortbildung-mfa.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/MFA/Fortbildungsangebote_AE

- rztekammern_MFA_2023_Stand_Juni_2023.pdf, zuletzt aktualisiert am 20.06.2023 (abgerufen am 31.01.2024).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023b): Rahmencurriculum und Musterfortbildungsprüfungsordnung. Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung. (Geprüfte/r Berufsspezialist/in für ambulante medizinische Versorgung). 2. Aufl.
- Balaz, P. und Balaz, V. (2023): Vergleich der Schnelligkeit und Effizienz der Praxisverwaltungssysteme. Eine neue Testmethode. *Z Allg Med* 99: 415–421.
- Barrero, J. M., Bloom, N. und Davis, S. (2021): Why Working from Home Will Stick. NBER Working Paper, 28731. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.
- Barrero, J. M., Bloom, N., Davis, S., Meyer, B. und Mihaylov, E. (2022): The Shift to Remote Work Lessens Wage-Growth Pressures. NBER Working Paper, 30197. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.
- Battisti, M., Giesing, Y. und Laurensyeva, N. (2019): Can job search assistance improve the labour market integration of refugees? Evidence from a field experiment. *Labour Economics* 61: 101745.
- Becka, D., Auffenberg, J., Braun, E., Evans, M. und Windscheid, E. (2023): Fachkräftepotenziale für die Pflege. 300.000 Vollzeitkräfte ließen sich aktivieren. Policy Brief, 8. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.
- Becka, D., Evans, M. und Öz, F. (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege: Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. *Forschung Aktuell*, 04/2016. Institut Arbeit und Technik. Gelsenkirchen.
- Berheide, R. und Haserück, A. (2022): Gesundheitsberufe: Kooperation und Delegation soll Versorgung sichern. *Dtsch Arztebl* 119(47): A-2052–2056 / B-1700–1704.
- Bender, S., Bloom, N., Card, D., van Reenen, J. und Wolter, S. (2018): Management Practices, Workforce Selection, and Productivity. *Journal of Labor Economics* 36(S1): S371–S409.
- Bertelsmann Stiftung (2023): Anteil der Jugendlichen ohne Schulabschluss seit zehn Jahren auf hohem Niveau. URL: www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2023/maerz/anteil-der-jugendlichen-ohne-schulabschluss-seit-zehn-jahren-auf-hohem-niveau (abgerufen am 31.01.2024).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung) (2023): DAZUBI Datenblätter. Gliederungsmerkmale: Medizinische/-r Fachangestellte/-r, Deutschland. Bonn.
- Bidmon, P., Büscher, A. und Walther, N.: Die Landarztquotenregelungen der Länder., 17. *Gesundheitsrecht.blog*, 17.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Ergebnisse der Evaluation des FSJ und FÖJ. Abschlussbericht des Instituts für Sozialforschung und

Gesellschaftspolitik e. V. Systematische Evaluation der Erfahrungen mit den neuen Gesetzen zur „Förderung von einem freiwilligen sozialen Jahr bzw. einem freiwilligen ökologischen Jahr“ (FSJ-/FÖJ-Gesetze) im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2023a): Die Jugendfreiwilligendienste. Nach der Schulzeit etwas Neues ausprobieren und gleichzeitig Gutes tun: An die 60.000 Jugendliche und junge Erwachsene verwirklichen diesen Wunsch in gemeinnützigen Einrichtungen, im Natur- und Umweltschutz oder in Hilfsprojekten im Ausland - jedes Jahr. URL: www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/freiwilligendienste/jugendfreiwilligendienste/die-jugendfreiwilligendienste-75896, zuletzt aktualisiert am 19.05.2023 (abgerufen am 31.01.2024).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2023b): Freiwilliges Soziales Jahr. Der Datensatz enthält die Liste der freiwilligen Engagierten im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ). URL: www.daten.bmfsfj.de/daten/daten/freiwilliges-soziales-jahr--137090, zuletzt aktualisiert am 27.04.2023 (abgerufen am 31.01.2024).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021): Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023a): Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen. (Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 SGB V). Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023b): Faire Anwerbung Pflege Deutschland (Gütesiegel). URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/faire-anwerbung-pflege-deutschland-guetesiegel, zuletzt aktualisiert am 27.10.2023 (abgerufen am 31.01.2024).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023c): Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023d): Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024): Residenzpflicht. Glossar. Berlin. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/residenzpflicht#:~:text=Fr%C3%BCher%20waren%20Vertrags%C3%A4rzte%20und%20Vert,ragszahn%C3%A4rzte,Vertrags\(zahn\)%C3%A4rzte%20entfallen](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/residenzpflicht#:~:text=Fr%C3%BCher%20waren%20Vertrags%C3%A4rzte%20und%20Vert,ragszahn%C3%A4rzte,Vertrags(zahn)%C3%A4rzte%20entfallen) (abgerufen am 31.01.2024).
- Bourkas, A. N., Barone, N., Bourkas, M. E.C., Mannarino, M., Fraser, R. D.J., Lorincz, A. et al. (2023): Diagnostic reliability in teledermatology: a systematic review and a meta-analysis. *BMJ Open* 13(8): e068207.
- Brook, J., Aitken, L., Webb, R., MacLaren, J. und Salmon, D. (2019): Characteristics of successful interventions to reduce turnover and increase retention of early career nurses: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 91: 47–59.

- Buchanan, C., Howitt, M. L., Wilson, R., Booth, R. G., Risling, T. und Bamford, M. (2020): Predicted Influences of Artificial Intelligence on the Domains of Nursing: Scoping Review. *JMIR Nurs* 3(1): e23939.
- Budde, K., Hiltwasky, K., Eskofier, B., Heismann, B., Kirchner, E., Klevesath, M. et al. (2023): KI für Gesundheitsfachkräfte - Chancen und Herausforderungen von medizinischen und pflegerischen KI-Anwendungen. Whitepaper aus der Plattform Lernende Systeme. *Lernende Systeme – Die Plattform für Künstliche Intelligenz*. München.
- Clark, A. E., Masclet, D. und Villeval, M. C. (2010): Effort and Comparison Income: Experimental and Survey Evidence. *ILR Review* 63(3): 407–426.
- Crawford, R., Disney, R. und Emmerson, C. (2015): The short run elasticity of National Health Service nurses' labour supply in Great Britain. IFS Working Paper, W15/04. Institute for Fiscal Studies. London.
- Daxberger, S., Peters, M. und Hauck, C. (2020): Qualifikationsprofile in der beruflichen Pflege – die aktuelle Situation im deutschsprachigen Raum. *BWP* 49(2): 22–25.
- Der Bundesfreiwilligendienst (2024): Fragen & Antworten. Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. URL: www.bundesfreiwilligendienst.de/bundesfreiwilligendienst/fragen-antworten (abgerufen am 31.01.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023a): 7 % weniger neue Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2022. 52 100 Neuverträge im Ausbildungsberuf „Pflegefachfrau/-mann“. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023b): Auszubildende verdienen 2022 im Schnitt 1 057 Euro brutto im Monat. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023c): Nettozuwanderung von knapp 1,5 Millionen Personen im Jahr 2022. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023d): Schulabsolventinnen und Schulabsolventen sowie Schulabgängerinnen und Schulabgänger nach Art des Abschlusses. Statistischer Bericht Allgemeinbildende Schulen, Statistischer Bericht Berufliche Schulen (Fachserie 11).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2024): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleittheft.html (abgerufen am 31.01.2024).
- Deutsche Welle (2021): Das fragwürdige Geschäft privater Vermittlungsagenturen. URL: www.dw.com/de/ware-pflegekraft-das-fragw%C3%BCrdige-gesch%C3%A4ft-privater-vermittlung-agenturen/video-59966269 (abgerufen am 31.01.2024).

- Deutscher Bundestag (2022): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU. Konkrete Ausgestaltung der Reform der Physiotherapieausbildung durch die Bundesregierung. Drucksache 20/5128.
- Deutscher Bundestag (2023a): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). Drucksache 20/9788.
- Deutscher Bundestag (2023b): Kritik an geplanten Kürzungen bei den Freiwilligendiensten. Parlamentsnachrichten. Heute im Bundestag (hib) 652/2023. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (2023): Mensch und Maschine – Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz. Stellungnahme. Berlin.
- DGB (Deutscher Gewerkschaftsbund) (2023): DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsbedingungen in der Pflege revisited. Was hat sich in den vergangenen Jahren getan? DGB-Index Gute Arbeit Kompakt 02/2023. Berlin.
- DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.) (2024): Geriatrie an der Universität. URL: www.dggeriatrie.de/wissenschaft/geriatrie-an-der-universitaet (abgerufen am 31.01.2024).
- Ebbinghaus, M. (2022): Pflege? Damit kann ich mich (nicht) sehen lassen ... Zum Image von Pflegeberufen und seiner Bedeutung für die Berufswahl Jugendlicher. BIBB Report 16(1).
- Eberth, B., Elliott, R. F. und Skåtun, D. (2016): Pay or conditions? The role of workplace characteristics in nurses' labor supply. *Eur J Health Econ* 17(6): 771–785.
- Ehlert, M. (2015): Couples' Strategies after Job Loss in West Germany and the United States – The Added Worker Effect and Linked Life Courses. *Schmollers Jahrbuch* 135(1): 55–65.
- European Commission (2018): Market study on telemedicine. Third EU Health Programme. Brüssel.
- European Commission (2021): Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28. Final study report. Brüssel.
- Ewers, M. und Lehmann, Y. (2020): Hochschulisch qualifizierte Pflegende in der Langzeitversorgung?! In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Springer, Berlin, Heidelberg: 167–177. URL: link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_13#citeas (abgerufen am 31.01.2024).
- Eze, N. D., Mateus, C. und Cravo Oliveira Hashiguchi, T. (2020): Telemedicine in the OECD: An umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *PLoS One* 15(8): e0237585.
- Fülöp, G. (2017): Patientenorientierte Bedarfsplanung in Österreich. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* (125): 60-69.

- Gavartina, A., Zaroti, S., Szecsenyi, J., Miksch, A., Ose, D., Campbell, S. M. und Goetz, K. (2013): Practice assistants in primary care in Germany - associations with organizational attributes on job satisfaction. *BMC Fam Pract* 14: 110.
- Gisbert Miralles, J., Heintze, C. und Dini, L. (2020): Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 156–157: 50–58.
- Goetz, K., Campbell, S., Broge, B., Brodowski, M., Steinhäuser, J., Wensing, M. und Szecsenyi, J. (2013): Job satisfaction of practice assistants in general practice in Germany: an observational study. *Fam Pract* 30(4): 411–417.
- Golden, L. (2012): The Effects of Working Time on Productivity and Firm Performance. Research Synthesis Paper. Conditions of Work and Employment Series, 33. International Labor Organization.
- Habicht, J., Viswanathan, S., Carrington, B., Hauser, T. U., Harper, R. und Rollwage, M. (2024): Closing the accessibility gap to mental health treatment with a personalized self-referral chatbot. *Nat Med* 30(2): 595–602.
- Hamjediers, M. (2023): Gender-Atypical Learning Experiences of Men Reduce Occupational Sex Segregation: Evidence From the Suspension of the Civilian Service in Germany. *Gender & Society* 37(4): 524–552.
- Hammer, G. P., Du Prel, J.-B. und Blettner, M. (2009): Avoiding bias in observational studies: part 8 in a series of articles on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int* 106(41): 664–668.
- Hammermann, A. (2023): Führung in Teilzeit. IW-Kurzbericht, 94/2023. Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- Hanel, B., Kalb, G. und Scott, A. (2014): Nurses' labour supply elasticities: the importance of accounting for extensive margins. *J Health Econ* 33: 94–112.
- Hegedüs, A., Schürch, A. und Bischofberger, I. (2022): Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *Int J Nurs Stud Adv* 4: 100061.
- Heimeshoff, M., Schreyögg, J. und Kwietniewski, L. (2014): Cost and technical efficiency of physician practices: a stochastic frontier approach using panel data. *Health Care Manag Sci* 17(2): 150–161.
- Hermes, C., Blanck-Köster, K., Gaidys, U., Rost, E. und Petersen-Ewert, C. (2023): Einfluss der Arbeitsbedingungen und des Gehalts auf die Leiharbeit für Intermediate-Care- und Intensivstationen : Teilergebnisse einer bundesweiten Umfrage. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 118(3): 202–213.
- Htay, M. und Whitehead, D. (2021): The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *Int J Nurs Stud Adv* 3: 100034.

- International Council of Nurses (2020): Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Genf.
- Ismail, F. (2022): Verantwortung und Verantwortungsverteilung im Kontext der beruflichen Integration migrierter Ärzte in Deutschland. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A. und Bambra, C. (2010): Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(2): CD008009.
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J. et al. (2019): Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 4(4): CD010412.
- Karlshaus, A. und Kaehler, B. (2017): Teilzeitführung – Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten in Organisationen. Springer Gabler. Wiesbaden.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024a): Gesundheitsdaten. Immer weniger Einzelpraxen. URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php (abgerufen am 31.01.2024).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024b): Kooperationen. Einzelpraxis. Kooperationen. URL: www.kbv.de/html/14365.php (abgerufen am 31.01.2024).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024c): Praxisnetze. URL: www.kbv.de/html/praxisnetze.php (abgerufen am 31.01.2024).
- Keefer, A., Steichele, K., Graessel, E., Prokosch, H.-U. und Kolominsky-Rabas, P. L. (2023): Does Voluntary Work Contribute to Cognitive Performance? - An International Systematic Review. *J Multidiscip Healthc* 16: 1097–1109.
- Kelly, L. A., McHugh, M. D. und Aiken, L. H. (2011): Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *J Nurs Adm* 41(10): 428–433.
- Kemper, J. und Evans, M.: Kann Künstliche Intelligenz Pflegende entlasten? Subjektive Erwartungen im Kontext von Sturz und Mobilität in der Pflege. *Forschung Aktuell*, 04/2023. Institut Arbeit und Technik. Gelsenkirchen.
- Khan-Gökkaya, S., Higgen, S. und Mösko, M. (2019): Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. *PLoS One* 14(11): e0224933.
- Knauth, K. und Deindl, C. (2019): Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten im Auftrag des Sozialverband Deutschland e. V. Berlin.
- Koch, R., Rösel, I., Polanc, A., Thies, C., Sundmacher, L., Eigentler, T. et al. (2022): TELEDerm: Implementing store-and-forward teledermatology consultations in general practice: Results of a cluster randomized trial. *J Telemed Telecare*: 1357633X221089133.

- Kovacheva, V. und Grewe, M. (2015): Workplace integration of migrant health workers in Germany. Qualitative findings on experiences in two Hamburg hospitals. Hamburg Institute of International Economics.
- Kramer, M. und Schmalenberg, C. E. (2005): Best Quality Patient Care: A Historical Perspective on Magnet Hospitals. *Nurs Adm Q* 29(3): 275–287.
- Kroezen, M., van Hoegaerden, M. und Batenburg, R. (2018): The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy* 122(2): 87–93.
- Kroll, L. E., Schulz, M., Hering, R., Czihal, T. und Stillfried, D. (2019): Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland. Zi-Paper, 14/2019. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- Kugler, P. (2022): The role of wage beliefs in the decision to become a nurse. *Health Econ* 31(1): 94–111.
- Küpper, P. und Mettenberger, T. (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. *Raumforschung und Raumordnung* 76(3): 229–245.
- Kwietniewski, L. und Schreyögg, J. (2018): Efficiency of physician specialist groups. *Health Care Manag Sci* 21(3): 409–425.
- Kwietniewski, L., Heimeshoff, M. und Schreyögg, J. (2017): Estimation of a physician practice cost function. *Eur J Health Econ* 18(4): 481–494.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. und van Vught, A. J. (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 7(7): CD001271.
- Lee, T., Propper, C. und Stoye, G. (2019): Medical Labour Supply and the Production of Healthcare. *Fiscal Studies* 40(4): 621–661.
- Lehmann, Y., Schaepe, C., Wulff, I. und Ewers, M. (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? medhochzwei. Heidelberg.
- Maier, C. B., Aiken, L. H. und Busse, R. (2017): Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, 98. Paris.
- Mangiapane, S., Czihal, T. und Stillfried, D. (2022): Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA). Zi-Paper, 25/2022. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- Marburger Bund (2021): MB-Barometer Ärztliche Weiterbildung 2021. Zusammenfassung Ergebnisse der Mitgliederbefragung „MB-Barometer Ärztliche Weiterbildung 2021“. Berlin.

- Marchildon, G. P., Brammli-Greenberg, S., Dayan, M., Belvis, A. G. de, Gandré, C., Isaksson, D. et al. (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. *Health Policy* 125(12): 1507–1516.
- Medizinischer Dienst Bund (2023): Die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Zahlen, Daten, Fakten 2022. Essen.
- Merçay, C., Grünig, A. und Dolder, P. (2021): Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung. Obsan Bericht, 03/2021. Neuchâtel.
- Mergenthal, K. und Güthlin, C. (2021): Einflussgrößen auf die Arbeitszufriedenheit von Medizinischen Fachangestellten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 167: 78–85.
- Mergenthal, K., Beyer, M., Gerlach, F. M. und Guethlin, C. (2016): Sharing Responsibilities within the General Practice Team - A Cross-Sectional Study of Task Delegation in Germany. *PloS One* 11(6): e0157248.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2023): Landarztquote: Auswahlverfahren 2023 endet mit Rekordergebnis.
- Monsen, K. und deBlok, J. (2013): Buurtzorg Nederland. *Am J Nurs* 113(8): 55–59.
- National Academy of Medicine, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine und Committee on the Future of Nursing 2020–2030 (2021): The Future of Nursing 2020-2030. Charting a Path to Achieve Health Equity. National Academies Press. Washington (DC).
- NHS England (2023): NHS Long Term Workforce Plan.
- O'Connor, S., Yan, Y., Thilo, F. J.S., Felzmann, H., Dowding, D. und Lee, J. J. (2023): Artificial intelligence in nursing and midwifery: A systematic review. *J Clin Nurs* 32(13-14): 2951–2968.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017): Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing. Paris.
- Oettel, J., Zschille, M. und Leibner, M.: Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. Zi-Paper, 23/2022. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin.
- Peek, N., Sujan, M. und Scott, P. (2020): Digital health and care in pandemic times: impact of COVID-19. *BMJ Health Care Inform* 27(1): e100166.
- Peeters, K. M.M., Reichel, L. A.M., Muris, D. M.J. und Cals, J. W.L. (2024): Family Physician-to-Hospital Specialist Electronic Consultation and Access to Hospital Care: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* 7(1): e2351623.

- Peters, M., Tschöpe, T., Konheiser, S., Raecke, J. und Schnitzler, A. (2023): Development of a digital training for social and emotional competences for medical assistants in vocational education and training in Germany. *Empirical Res Voc Ed Train* 15(1): 4.
- Piette, E., Nougairède, M., Vuong, V., Crickx, B. und Tran, V.-T. (2017): Impact of a store-and-forward teledermatology intervention versus usual care on delay before beginning treatment: A pragmatic cluster-randomized trial in ambulatory care. *J Telemed Telecare* 23(8): 725–732.
- ptj (Projekträger Jülich / Forschungszentrum Jülich GmbH) (2021): Das Förderprogramm. Faire Anwerbung Pflege Deutschland. URL: www.faire-pflege-deutschland.de/foerderprogramm (abgerufen am 15.02.2024).
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2024): Allgemeines zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. URL: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/gbe_node.html (abgerufen am 31.01.2024).
- Rosen, S. (1986): The theory of equalizing differences. Chapter 12. In: Ashenfelter, O. C. und Layard, R. (Hrsg.): *Handbook of Labor Economics* 1. Elsevier, Amsterdam: 641–692.
- Roser, L., Kehl, L., Dietrich, A., Willems, E. und Reyels, W. (2021): Berufliche Anerkennung von Pflegefachkräften mit einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation. Situationsanalyse aus Sicht des Förderprogramms IQ. IQ Fachstelle Beratung und Qualifizierung. Nürnberg.
- Rothgang, H. und Müller, R. (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 44. BARMER. Berlin.
- Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C. et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM). SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik; Institut für Public Health und Pflegeforschung; Institut für Arbeit und Wirtschaft und Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen.
- Russo, G. und Hassink, W. (2008): The Part-Time Wage Gap: a Career Perspective. *De Economist* 156(2): 145–174.
- Sahni, N., Stein, G., Zimmel, R. und Cutler, D. (2023): The Potential Impact of Artificial Intelligence on Healthcare Spending. NBER Working Paper, 30857. National Bureau of Economic Research. Cambridge, MA.
- Salisbury, C., Murphy, M. und Duncan, P. (2020): The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. *J Med Internet Res* 22(6): e18203.

- Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P. und Loerbroks, A. (2019): Desired improvements of working conditions among medical assistants in Germany: a cross-sectional study. *J Occup Med Toxicol* 14: 18.
- Schreiber, D., Biebeler, H., Milolaza, A., Nies, N., Sabbagh, H. und Weigel, T. (2023): Planung und Gestaltung von Ausbildung im Kontext des Lernens im Prozess der Arbeit. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.
- Schwinger, A. (2016): Zum Wohle der Gesellschaft? Ein internationaler Vergleich von Ausgestaltung und Wirkung der berufsständischen Selbstverwaltung von Pflegekräften. Dissertation. Universität Bremen. URL: media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/1177/1/00105715-1.pdf (abgerufen am 31.01.2024).
- Seibert, K., Domhoff, D., Bruch, D., Schulte-Althoff, M., Fürstenau, D., Biessmann, F. und Wolf-Ostermann, K. (2021): Application Scenarios for Artificial Intelligence in Nursing Care: Rapid Review. *J Med Internet Res* 23(11): e26522.
- Shepperd, S., Craddock-Bamford, A., Butler, C., Ellis, G., Godfrey, M. und Gray, A. et al. (2022): Hospital at Home admission avoidance with comprehensive geriatric assessment to maintain living at home for people aged 65 years and over: a RCT. NIHR Journals Library. Southampton (UK).
- Singh, S., Gray, A., Shepperd, S., Stott, D. J., Ellis, G., Hemsley, A. et al. (2022): Is comprehensive geriatric assessment hospital at home a cost-effective alternative to hospital admission for older people? *Age Ageing* 51(1).
- Sinus (2020): Kindertagesbetreuung & Pflege – attraktive Berufe? Forschungsbericht zu quantitativer und qualitativer Forschung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 20 Jahren. Heidelberg, Berlin.
- Slowik, M. und Hentschker, C. (2022): Pflegeausgliederung – Herausforderungen und erste Analysen der Pflegebudgets. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2022. Patientenversorgung während der Pandemie. Springer, Berlin, Heidelberg: 291–317.
- Stephani, V., Busse, R. und Geissler, A. (2019): Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus. Springer, Berlin, Heidelberg: 17–32.
- Sundmacher, L. und Ozegowski, S. (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany. *Eur J Health Econ* 17(4): 443–451.
- Sundmacher, L., Flemming, R., Franke, S., Höser, C., van den Berg, N., Becker, U. et al. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. Version 2.0. Gemeinsamer Bundesausschuss. Berlin.

- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. MWV Verlag. Berlin.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Hogrefe. Göttingen.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. MWV Verlag. Berlin.
- SVR Integration und Migration (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2022): Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Jahresgutachten 2022. Berlin. URL: www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf (abgerufen am 07.02.2024).
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2023): Wachstumsschwäche überwinden – In die Zukunft investieren. Jahresgutachten 2023/24. Wiesbaden. URL: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg202324/JG202324_Gesamtausgabe.pdf (abgerufen am 31.01.2024).
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J. et al. (2018a): #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Auszug Dänemark. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J. et al. (2018b): #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Todd, P. E. und Wolpin, K. I. (2008): Ex Ante Evaluation of Social Programs. *Annales d'Économie et de Statistique* (91–92): 263–291.
- Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M. et al. (2020): Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *Int J Nurs Stud* 104: 103443.
- van Camp, J. und Chappy, S. (2017): The Effectiveness of Nurse Residency Programs on Retention: A Systematic Review. *AORN Journal* 106(2): 128–144.
- van den Bussche, H. (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 62(9): 1129–1137.

- van der Heijden, J. P., Keizer, N. F. de, Bos, J. D., Spuls, P. I. und Witkamp, L. (2011): Teledermatology applied following patient selection by general practitioners in daily practice improves efficiency and quality of care at lower cost. *Br J Dermatol* 165(5): 1058–1065.
- van Greuningen, M., Batenburg, R. S. und van der Velden, L. F. (2012): Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Hum Resour Health* 10: 21.
- van Roekel, H. (2023): Examining employee willingness to execute shared leadership: The role of leadership behaviour, gender, age, and context. *Leadership* 19(6): 508–529.
- Varian, H. R. (2016): *Grundzüge der Mikroökonomik*. 9., aktualisierte und erweiterte Auflage. De Gruyter Oldenbourg. Berlin, Boston, MA.
- Vázquez-Calatayud, M. und Eseverri-Azcoiti, M. C. (2023): Retention of newly graduated registered nurses in the hospital setting: A systematic review. *J Clin Nurs* 32(19-20): 6849–6862.
- Vu-Eickmann, P. und Loerbroks, A. (2017): Psychosoziale Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter: Ergebnisse einer qualitativen Studie zu den berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 126: 43–51.
- Wahl, B., Cossy-Gantner, A., Germann, S. und Schwalbe, N. R. (2018): Artificial intelligence (AI) and global health: how can AI contribute to health in resource-poor settings? *BMJ Glob Health* 3(4): e000798.
- Wanger, S. (2023): *Erwerbstätigkeit, Arbeitszeit und Arbeitsvolumen von Frauen und Männern - Entwicklungen seit der Covid-19- Pandemie*. IAB-Forschungsbericht, 18/2023. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg.
- WD (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags) (2020): *Einzelfragen zu den Kosten eines Medizinstudiums*. WD 8 - 3000 - 020/20.
- Weidner, F. und Schubert, C. (2022): *Die erweiterte pflegerische Versorgungspraxis. Abschlussbericht der begleitenden Reflexion zum Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für Patient:innen – in der Praxis“*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Robert Bosch Stiftung. Köln.
- WHO/Europa (World Health Organization, Regional Office for Europe) (2022): *Health and care workforce in Europe: time to act*. Kopenhagen.
- Wissenschaftsrat (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Köln.
- Wissenschaftsrat (2023): *Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen*. Köln.

- Woo, B. F.Y., Lee, J. X.Y. und Tam, W. W.S. (2017): The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 15(1): 63.
- Zech, H. und Hünefeld, I. C. (2023): Einsatz von KI in der Medizin: Haftung und Versicherung. *MedR* 41(1): 1–8.
- Zhang, Y., Lin, X., Li, X. und Han, Y. (2023): The impacts of altruism levels on the job preferences of medical students: a cross-sectional study in China. *BMC Med Educ* 23(1): 538.
- Zi (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2020): Preisentwicklung Treiber für Gehaltsunterschiede zwischen Klinik und Arztpraxis. Niveau im Vergleich zum Ausgangsjahr (2015) in %. URL: www.zi.de/das-zi/medien/grafik-des-monats/detailansicht/november-2020, zuletzt aktualisiert am 30.11.2020 (abgerufen am 31.01.2024).
- Zich, K., van den Bussche, H. und Nolting, H.-D. (2023): Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich. IGES Institut. Berlin.

5 Maßnahmen zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften

5.1 Einleitung

469. Die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitssystem resultiert aus der **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen**, die durch die im System arbeitenden Fachkräfte realisiert werden (siehe Abbildung 5-1 und Abbildung 3-1). Im folgenden Kapitel werden Möglichkeiten zur Beeinflussung des Bedarfs an Fachkräften erörtert.

470. Die beschriebenen Maßnahmen setzen an der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie an den diese Inanspruchnahme bewirkenden Determinanten an. Die Inanspruchnahme resultiert aus der **Nachfrage nach und dem Zugang der Versicherten zu Gesundheitsleistungen**. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entsteht wiederum aufgrund der **Morbidität und des subjektiven Bedarfs** an Versorgungsleistungen.

471. Der Bedarf an Fachkräften wird jedoch u. a. auch durch den medizinischen **Fortschritt** und technologische Weiterentwicklungen – wie etwa von Künstlicher Intelligenz (KI) – beeinflusst, die dazu führen können, dass Erkrankungen früher entdeckt und dadurch behandelbar werden. Des Weiteren sind auch **Folgen**, die aus der initialen Inanspruchnahme der Leistungen resultieren können – wie Zusatzuntersuchungen bei klinisch nicht relevanten Zufallsbefunden – zu berücksichtigen (siehe Abbildung 5-1). Die Nachfrage nach Fachkräften ist somit keine statische Größe, sondern muss vielmehr immer im Kontext vielfältiger Einflussfaktoren betrachtet werden.

472. Das deutsche Gesundheitssystem weist im internationalen Vergleich hohe Behandlungskapazitäten auf, sodass Patient*innen an kurze Wartezeiten und hohe Leistungsumfänge gewohnt sind. Bei zunehmendem Fachkräfteengpass besteht allerdings auch hier die Gefahr, dass nicht mehr alle medizinisch oder pflegerisch notwendigen Leistungen auch tatsächlich zeitnah mit dem vorhandenen Personal erbracht werden können. Die Entscheidung, der Nachfrage nach einer Leistung nachzukommen, verschiebt oder verhindert somit die Leistungserbringung für andere Patient*innen mit negativen Konsequenzen für deren Gesundheit (**Opportunitätskosten**). Bei steigendem Fachkräfteengpass besteht die Gefahr, dass zunehmend medizinisch und pflegerisch wichtigere Leistungen verdrängt werden, was die Opportunitätskosten der erbrachten Leistungen weiter erhöht.

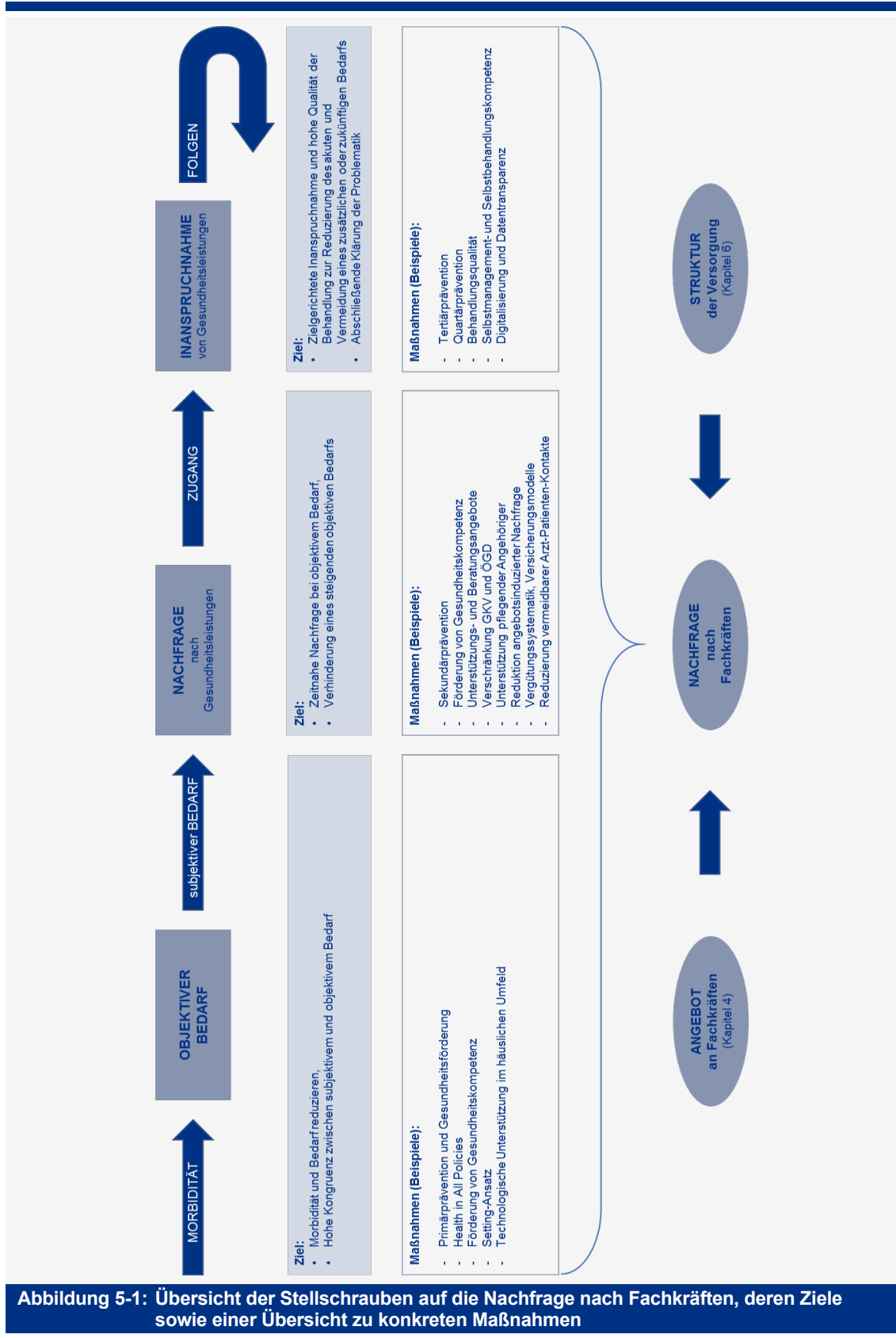


Abbildung 5-1: Übersicht der Stellschrauben auf die Nachfrage nach Fachkräften, deren Ziele sowie einer Übersicht zu konkreten Maßnahmen

Quelle: Eigene Darstellung.

5.2 Bedarf an Gesundheitsversorgung

5.2.1 Primärprävention und Gesundheitsförderung

473. Der Bedarf an Gesundheitsversorgungsleistungen und damit der Bedarf an und die Nachfrage nach Fachkräften im Gesundheitssystem verringern sich, wenn die Erkrankungslast (Morbidität) in der Bevölkerung sinkt. Daher sind Maßnahmen der Primärprävention, im Sinne der **Verhaltens- und Verhältnisprävention** (siehe Kapitel 3) und der Gesundheitsförderung zu ergreifen, um das Entstehen von Erkrankungen zu verhindern bzw. zu verzögern (siehe Abbildung 5-2).

Exkurs: Verhaltens- und Verhältnisprävention

474. Lebensstilfaktoren wie körperliche Aktivität und Ernährung haben einen sehr starken Einfluss auf die Entwicklung chronischer Erkrankungen wie Demenz, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs (Blotenberg et al. 2023; Brenner/Mons 2019; Magnussen et al. 2023; siehe Kapitel 3). Sie hängen stark vom individuellen Verhalten ab, das wiederum durch die Lebensverhältnisse beeinflusst wird. Maßnahmen der **Verhaltensprävention** fokussieren auf das individuelle Verhalten des Menschen, wohingegen bei Maßnahmen der **Verhältnisprävention** die den Menschen umgebenden Bedingungen im Mittelpunkt stehen. Während Maßnahmen der Verhältnisprävention unabhängig vom Individuum initiiert und durchgeführt werden können, besteht bei der Verhaltensprävention die Herausforderung, individuelle Verhaltensweisen zu verändern. Maßnahmen der Verhaltensprävention umfassen z. B. die Förderung der Gesundheitskompetenz durch Schulungen oder Informationskampagnen, mit dem Ziel eines gesundheitsförderlichen individuellen Verhaltens. Maßnahmen der Verhältnisprävention setzen an den Lebens- und Arbeitsbedingungen an, wie z. B. einem Rauchverbot in geschlossenen Räumen oder der Preisgestaltung für gesunde und weniger gesunde Lebensmittel.

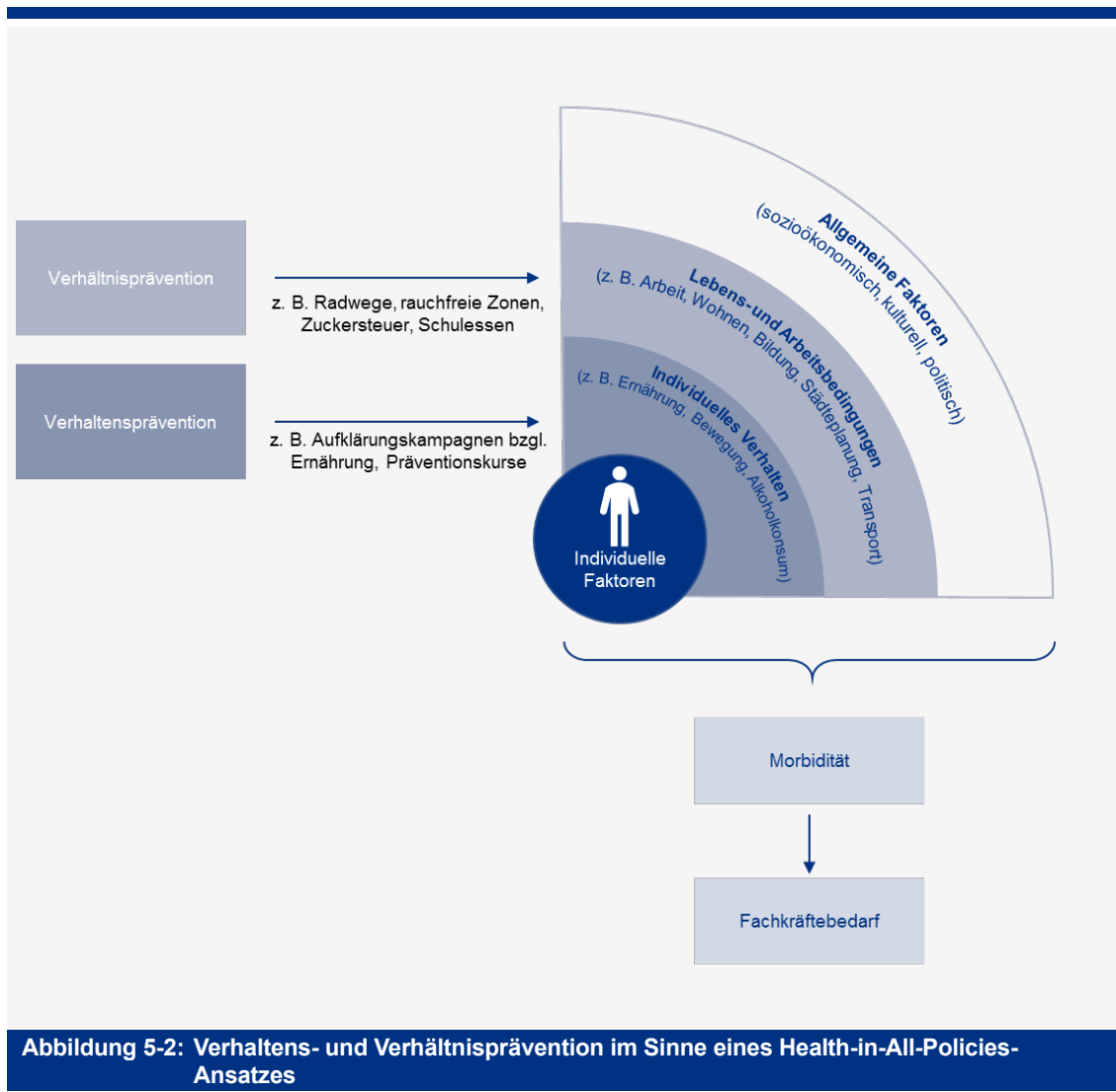


Abbildung 5-2: Verhaltens- und Verhältnisprävention im Sinne eines Health-in-All-Policies-Ansatzes

Anmerkung: Die Abbildung ist als schematische Darstellung ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu verstehen.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Dahlgren/Whitehead (2007).

475. Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie der Gesundheitsförderung¹³⁰ haben ein hohes Potenzial, den morbiditätsbedingten Bedarf an Gesundheitsversorgung und damit die Nachfrage nach bzw. den Bedarf an Fachkräften zu reduzieren (siehe Abbildung 5-2). Sie adressieren die Reduktion **verhaltens- und verhältnisbedingter Risiken** für Morbidität und Mortalität. Zudem haben sie Einfluss auf lebensstilbedingte Faktoren (siehe Exkurs in Textziffer 474), die mit der Wahrscheinlichkeit des Auftretens häufiger Erkrankungen korrelieren, deren Behandlung und Management ressourcenintensiv sein kann (siehe Kapitel 3). Daher sollte von allen Gesundheitsberufen und in allen gesellschaftlichen Teilbereichen – unter Abwägung der

¹³⁰ Die GKV gab im Jahr 2022 rund 584 Millionen Euro im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltensbezogene Prävention aus. Dies entspricht 7,93 Euro pro Versichertem (GKV-Spitzenverband/MD 2023). Gemessen an den Gesamtausgaben der GKV (rund 274 Milliarden Euro im Jahr 2022; GKV-Spitzenverband 2024), lag der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2022 bei 0,21 %.

Verhältnismäßigkeit zwischen Kosten und Nutzen, auch im Hinblick auf die benötigten Fachkräfte zur Bereitstellung der Präventionsmaßnahmen – ein **stärkerer Fokus auf eine effektive Primärprävention und Gesundheitsförderung** gelegt werden. Das bedeutet, Fachpersonal ist gezielt dort einzusetzen, wo der Nutzen des Einsatzes evidenzbasiert ist und die Opportunitätskosten übersteigt.

476. Für zahlreiche primärpräventive Maßnahmen belegen **wissenschaftliche Erkenntnisse** nicht nur eine Senkung der Morbidität, sondern auch eine Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und damit des Fachkräftebedarfs. Randomisiert-kontrollierte Studien und Übersichtsarbeiten geben entsprechende Hinweise z. B. für psychosoziale Unterstützung zur Prävention psychischer Erkrankungen (HaGani et al. 2023), Maßnahmen zur Steigerung körperlicher Aktivität bei älteren Menschen (Sari 2011; Steinbeisser et al. 2022) und für Arbeitsplatzinterventionen inklusive Ernährungsumstellungen zur Senkung des kardiovaskulären Risikos (Groeneveld et al. 2011; Klatt et al. 2016).

Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen stehen mit sozioökonomischen Lebensverhältnissen im Zusammenhang (Kelly et al. 2016; Petrovic et al. 2018; siehe Kapitel 3). Dies ist bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zu berücksichtigen, um vulnerable Personengruppen zielgerichtet zu unterstützen.

477. Der Rat empfiehlt, international bewährte Instrumente der Besteuerung wie spezifische Verbrauchssteuern und Steuervergünstigungen oder -befreiungen zu nutzen, um gesundheitsschädliches Verhalten zu verhindern bzw. gesundheitsförderliches Verhalten zu incentivieren. Ein Beispiel einer wirkungsvollen **steuerlichen Maßnahme der Primärprävention** ist die von der WHO empfohlene **spezifische Verbrauchssteuer in Höhe von 20 % auf zuckerhaltige Getränke** (WHO 2022; WHO/Europa 2022; siehe Exkurs in Textziffer 478). Diese soll sowohl durch erhöhte Produktpreise für die Konsumenten als auch durch die Incentivierung der Produzenten, den Zuckergehalt der Produkte zu verringern, zu einem verringerten Zuckerkonsum der Bevölkerung beitragen. Wie in der Literatur beschrieben, kann letzteres die frühzeitige Entstehung kardiometabolischer Erkrankungen verhindern. Modellierungen zeigen, dass hierdurch innerhalb von 20 Jahren mindestens 9,6 Milliarden Euro an volkswirtschaftlichen Kosten vermieden werden könnten (Emmert-Fees et al. 2023; siehe Exkurs in Textziffer 478). Die positiven Auswirkungen auf die Morbidität der Bevölkerung würden zu einer Entlastung der Fachkräftesituation im Gesundheitswesen beitragen. Der Rat empfiehlt daher die **Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke in Verbindung mit einer Absenkung der Mehrwertsteuer auf Obst und Gemüse**.

Exkurs: Health-in-All-Policies-Beispiel „Zuckersteuer“

478. Der durchschnittliche Konsum von zuckergesüßten Getränken in Deutschland liegt bei ca. 60–80 Liter pro Jahr und ist im internationalen Vergleich hoch. Der regelmäßige Konsum zuckergesüßter Getränke erhöht nachweislich das Risiko einer Gewichtszunahme und führt zu einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Demenz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche wiederum hohe Versorgungsaufwände und Kosten in den Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen, einhergehend mit einem erhöhten Personalbedarf, verursachen (siehe Abschnitt 5.2.1 und Kapitel 3).

Die WHO empfiehlt die Besteuerung von zuckergesüßten Getränken als evidenzbasiertes Instrument zur Reduktion von deren Konsum. Weltweit werden in mehr als 60 Ländern – u. a.

auch in zehn europäischen Ländern – bereits Steuern oder Abgaben auf zuckergesüßte Getränke erhoben (Laxy 2023; WHO/Europa 2022; World Bank Group 2023). Es hat sich gezeigt, dass zur Reduktion des Zuckerkonsums eine nach dem Zuckergehalt des Produkts gestaffelte Verbrauchssteuer oder Herstellerabgabe einen positiven Effekt hat. Neben der WHO wird dies auch vom Wissenschaftlichen Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz empfohlen, da es Anreize für Unternehmen setzt, den Zuckergehalt in den betroffenen Getränken zu senken (WBAE 2020; WHO 2022). Insbesondere die Höhe der Steuer beeinflusst die Anreize sowohl für Verbraucher*innen als auch für Unternehmen und sollte nach Empfehlung der WHO mindestens 20 % betragen (Laxy 2023).

Empirische Studien weisen darauf hin, dass je nach Ausgestaltung der Besteuerung die Hersteller die Steuer in Form von Preisauflagen an Verbraucher*innen weitergeben oder den Zuckergehalt in den Produkten senken. Bei einer Erhöhung der Preise zeigt sich außerdem, dass die Nachfrage nach zuckergesüßten Getränken zurückgeht (Andreyeva et al. 2022; Laxy 2023; Teng et al. 2019). Einzelne Studien zeigen zum Teil leichte Substitutionseffekte zu anderen ungesunden Lebensmitteln, deuten aber gleichzeitig darauf hin, dass die netto konsumierte Zuckermenge insgesamt sinkt (Leider et al. 2021).

Die Evidenz für die zeitliche Stabilität der Effekte und die Auswirkungen auf die gesamte Kalorienzufuhr ist weniger eindeutig. Gemäß der Studienlage geht die Besteuerung in einigen Ländern mit einer Verringerung des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen einher (Flynn 2023; Gracner et al. 2022; Laxy 2023; Rogers et al. 2023b). Eine Studie aus Großbritannien zeigte zudem, dass die Häufigkeit von schweren Karieserkrankungen (siehe Textziffer 479) mit Einführung einer gestaffelten Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke um 12 % zurückging (Rogers et al. 2023a).

Modellierungsstudien deuten darauf hin, dass die langfristig zu erwartenden gesundheitlichen und ökonomischen Effekten einer Steuer auf zuckergesüßte Getränke auf Bevölkerungsebene beachtlich wären. Eine aktuelle Modellierungsstudie für die deutsche Erwachsenenbevölkerung schätzte, dass durch die Einführung einer gestaffelten Herstellerabgabe nach britischem Vorbild über die kommenden 20 Jahre rund 250 000 Diabeteserkrankungen und 70 000 koronare Herzerkrankungen potenziell verzögert oder verhindert werden könnten (Emmert-Fees et al. 2023).

479. Ein Erfolgsmodell für die **effektive Implementierung präventiver Maßnahmen**, das als Vorbild fungieren kann, manifestiert sich eindrücklich in der Entwicklung der **Mundgesundheit**. Ein markanter Indikator hierfür ist der Rückgang von Karies bei Kindern und Jugendlichen: Im Jahr 2014 waren 81 % der 12-Jährigen vollständig kariesfrei, verglichen mit nur 13 % im Jahr 1989 (KBV/BZÄK 2016). Diese signifikante Verbesserung innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums von 25 Jahren basiert auf einer effektiven Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen, die auf unterschiedliche Zielgruppen abzielen.

Wesentliche Elemente dieser Verbesserung sind die mit der Änderung der Sozialgesetzgebung im Jahr 1989 eingeführten Fluoridierungsmaßnahmen und Aufklärungskampagnen im Rahmen der Gruppenprophylaxe. Kernpunkte der Gruppenprophylaxe umfassen die aktive Vermittlung kindgerechter Mundhygiene und Ernährungsaufklärung. Dabei werden Kinder durch speziell geschultes Personal, wie Dentalhygienikerinnen, auf spielerische Weise an die Themen Mundgesundheit und Prävention herangeführt. Diese Maßnahmen werden durch

verhältnispräventive Fluoridierungsmaßnahmen zur Zahnschmelzhärtung ergänzt. In Deutschland wurde dies insbesondere durch die Empfehlung zur Nutzung fluoridhaltiger Zahnpasta ab dem Durchbruch der ersten Milchzähne sowie durch die Verwendung fluoridhaltigen Speisesalzes realisiert. Letzteres ist in Deutschland seit den 1980er Jahren verfügbar und wurde als Teil der Anstrengungen zur verbesserten Kariesprävention eingeführt. Zudem wurden zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, einschließlich der präventiven Fissurenversiegelung für Kinder, im Jahr 1989 in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen. Für die Durchführung der Maßnahmen hat sich eine erfolgreiche Kooperation zwischen den Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, den niedergelassenen Zahn- und Kinderärzten und den Gesetzlichen Krankenkassen als wesentlichen Akteuren vor Ort etabliert.

5.2.2 Health in All Policies

480. „Health in All Policies“ (HiAP) beschreibt das Berücksichtigen von Gesundheit und Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen. Zugrunde liegt die Annahme, dass es nicht ausreichend ist, wenn allein der Gesundheitssektor auf Gesundheit fokussiert, sondern die **Gesundheitsförderung als eine gesamtpolitische Aufgabe** zu verstehen ist. Dies leitet sich u. a. aus den grundlegenden Einflussfaktoren auf Gesundheit – definiert durch die WHO – ab. Demnach sind Gesundheit und gesundheitsförderliches Verhalten z. B. mit einer hohen Bildung, hohem Einkommen oder einem stabilen Ökosystem assoziiert. Daher wirken sich verschiedene Politikbereiche – wie die Bildungspolitik, Umwelt- oder Wirtschaftspolitik – auf die Gesundheit aus (intersektorale Perspektive; siehe Abbildung 5-2). Wichtige Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssektors sind häufig verhältnispräventive Maßnahmen mit hohem Wirkungspotenzial, wie z. B. reduzierte Höchstgeschwindigkeiten im Straßenverkehr oder ein konsequentes Rauchverbot. Verhältnispräventive Maßnahmen binden zudem in der Regel kein oder wenig Personal und sind daher vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels besonders attraktiv.

Exkurs: Health in All Policies-Beispiel „Healthy Cities“

481. Gesunde Städte (*Healthy Cities*) sind solche, bei denen die Gesundheit der Bevölkerung bereits in der Planung mitgedacht wird. Dies umfasst unterschiedliche verhältnispräventive Maßnahmen.

Aufgrund des demografischen Wandels müssen sich Städte zukünftig immer stärker an die **Bedürfnisse älterer Menschen** anpassen. Weltweit sind bereits entsprechende Maßnahmen ergriffen worden, die im Verlauf evaluiert werden müssen. Dazu gehören etwa barrierefreie Straßen, Fußwege und öffentliche Einrichtungen, ausreichende Außenbeleuchtungen, die Bereitstellung von öffentlichen Verkehrsmitteln und Sitzgelegenheiten und barrierefreier Wohnraum (Grant 2019; Rémillard-Boilard et al. 2020).

Diese Maßnahmen sollen dazu beitragen, dass ältere Menschen sich länger selbstständig durch ihr Wohnquartier bewegen können, ohne auf Betreuungspersonen angewiesen zu sein und zudem weiterhin gesundheitsförderlicher, niedrigschwelliger körperlicher Aktivität nachgehen können. Immobilität als Risikofaktor für viele chronische Erkrankungen kann somit zwar nicht gänzlich vermieden, aber ggf. hinausgezögert werden. Damit könnte der Bedarf an Betreuungspersonen im Alltag ebenso geringer ausfallen wie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungserbringung aufgrund von Folgeerkrankungen der Immobilität. Zudem können kulturelle Projekte in einer Stadt

dazu beitragen, die soziale Teilhabe zu steigern und Vereinsamung vorzubeugen, die z. B. jeweils in Zusammenhang mit dem Auftreten von Demenzerkrankungen stehen (Rémillard-Boilard et al. 2020; siehe auch Kapitel 3).

Eine gute **Infrastruktur** wirkt sich in vielfältiger Weise positiv auf die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung aus. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass in Städten mit einer funktionierenden, vom Straßenverkehr losgelösten Fahrradinfrastruktur deutlich mehr Rad gefahren wird und so wirksam Bewegungsmangel reduziert wird, weniger vermeidbare Todesfälle auftreten und zudem gesundheitsökonomische Vorteile resultieren (Mueller et al. 2018). Generell tragen die Verfügbarkeit von öffentlichen Flächen für körperliche Aktivität und aktive Freizeitgestaltung wie auch fußläufig zu erreichende Geschäfte des täglichen Bedarfs (z. B. Supermärkte) zu einer Steigerung der Bewegung der Bürger*innen ebenso bei wie zu einem reduzierten Body-Mass-Index und einem verminderten Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten (Malambo et al. 2016). Umgekehrt tragen das Fehlen von Grünflächen und die daher fehlenden Areale für körperliche Aktivität zu einem Anstieg der Morbidität und der *Disability-adjusted life years* (DALYs) bei (Mueller et al. 2017). Des Weiteren wird in der Literatur der Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von begrüneten Arealen in Städten und Lebensqualität beschrieben (Reyes-Riveros et al. 2021).

Der Klimawandel macht es notwendig, **Hitzepreventionsmaßnahmen** voranzutreiben (siehe hierzu auch SVR 2023). Internationale Studien zeigen, dass insbesondere ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status weder ausreichend über Hitzeschutzmaßnahmen informiert sind, noch über Möglichkeiten verfügen, sich im Alltag gegen extreme Hitze zu schützen, etwa durch Klimaanlage oder entsprechend isolierte Wohnbereiche (Khare et al. 2015; Madrigano et al. 2018). Zusätzlich zu Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz in Bezug auf den Umgang mit Hitze sollten Kommunen daher Schutzräume für diese besonders vulnerablen Gruppen schaffen, etwa schattige Parks und klimatisierte Räume. Auch könnten Wohnhäuser mit begrüneten Dächern versehen werden, um die Hitze zu reduzieren.

Insbesondere aufgrund des dargestellten Potenzials, das Auftreten chronischer Krankheiten und die damit einhergehende vermehrte Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Leistungen zu vermeiden oder zumindest zu vermindern, können *Healthy Cities* somit dazu beitragen, den Bedarf an Fachkräften zu senken.

482. Zu beobachten ist, dass gesundheitsförderliche Aspekte vor allem dann umgesetzt werden, wenn diese in die politische Agenda des jeweiligen Sektors passen. Das tatsächliche Priorisieren von Gesundheit im Sinne von HiAP steckt in Deutschland „noch in den Kinderschuhen“ (Köckler/Geene 2022). Der Grundsatz „**Health in All Policies**“ im Sinne einer ressortübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit darf zukünftig nicht nur definiert, sondern muss auch tatsächlich gelebt werden. Dies ist gerade für die Primärprävention und Gesundheitsförderung wichtig, weil verhältnispräventive Maßnahmen in allen Lebensbereichen relevant und häufig nicht dem Gesundheitsressort unterstellt sind. Dies ist einerseits aus der Perspektive der Reduzierung des Fachkräftebedarfs unabdingbar. Es ist aber auch in Bezug auf das Angebot an Fachkräften zu beachten, da auch die Arbeitskräfte des Gesundheitswesens selbst davon profitieren, indem ihre Gesundheit und somit ihre Arbeitskraft gestärkt bzw. erhalten werden (siehe auch Kapitel 4).

483. Die Voraussetzung zur Förderung von HiAP-Maßnahmen, die sowohl auf Verhaltens- als auch Verhältnisprävention abzielen, ist die nachhaltige Schaffung institutioneller Strukturen, die

geeignet sind, entsprechende weitsichtige und effektive Maßnahmen in Eigenverantwortung zu konzeptionieren, ressortübergreifend zu koordinieren und umzusetzen. Das neu gegründete **Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM)** sollte hier künftig die Schlüsselrolle einnehmen. Der damit einhergehenden intersektoralen, -professionellen, -disziplinären sowie -ministeriellen Koordinierungs- und Steuerungsfunktion in Bezug auf Public-Health- und HiAP-Maßnahmen kann das Institut nur gerecht werden, wenn es interdisziplinär und -professionell aufgebaut und mit eigenen Kompetenzen ausgestattet ist (siehe auch SVR 2023, Seite 194). Der Rat empfiehlt daher nicht nur eine entsprechende Organisationsstruktur des BIPAM, sondern auch dessen berufsgruppen-, sektoren- und ressortübergreifende Anbindung und Vernetzung.

484. Der Rat empfiehlt des Weiteren die Entwicklung einer nationalen **Präventions-Roadmap**, die berufsgruppenübergreifende und föderal koordinierte Präventionsmaßnahmen vorsieht. Diese sollte – im Sinne von Health in All Policies – ressortübergreifend etabliert werden und alle beteiligten Berufsgruppen sowie eine Bürgerpartizipation miteinschließen. Die Aufgabe der zentralen Koordination könnte beim BIPAM angelegt sein.

5.2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsmedizin

485. Beschäftigte in Deutschland haben Anspruch auf eine **arbeitsmedizinische Betreuung**, die je nach Belastung am Arbeitsplatz unterschiedlich ausgestaltet ist. Damit erreichen die rund 8 000 berufstätigen Arbeitsmediziner*innen und Betriebsärzt*innen (BÄK 2023) in Deutschland gut 43 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter. Im Fokus der Arbeitsmedizin stehen „der Erhalt und die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen“ (DGAUM 2024) durch Unterstützung des Arbeitgebers bei Maßnahmen des Arbeitsschutzes (§ 2 ArbSchG) einschließlich der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsbedingungen, beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 167 SGB XI) erkrankter Beschäftigter und bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hierbei stehen physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz im Vordergrund, aber die Arbeits- und Betriebsmedizin bietet auch einen Rahmen für darüberhinausgehende Präventionsmaßnahmen und Untersuchungen. So ist es mittlerweile möglich, im Rahmen arbeitsmedizinischer Angebote allgemein empfohlene Impfungen auf Kosten der Krankenkassen durchzuführen.

486. Im Präventionsgesetz wird die Bedeutung der Betriebsärzt*innen für die Gesundheit der Beschäftigten gestärkt. Die Betriebsärzt*innen werden als wichtige Akteure der **betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben**. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) ist es möglich, Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention einzuleiten, die sich weit über das betriebliche Setting hinaus auswirken können (z. B. Umgang mit Stress, Ernährung oder Sport). Es ist zu beachten, dass hierbei die Umsetzung und Ausgestaltung betrieblicher Präventionsmaßnahmen von verschiedenen Faktoren abhängt, darunter die Größe des Unternehmens, die Branche und die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten. Bei allen Beschäftigten sollte die arbeitsmedizinische Vorsorge ganzheitlich ausgelegt sein, d. h., die mögliche Interaktion von Gesundheit mit den vielfältigen Arbeitsbedingungen sollte, auch mit dem Ziel des Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit, berücksichtigt werden (BAuA 2022); in diesem Rahmen kann auch zur Teilnahme an Gesundheitsprogrammen motiviert werden.

487. Der Rat spricht sich dafür aus, das große präventivmedizinische Potenzial der arbeitsmedizinischen Betreuung in Deutschland stärker zu nutzen. Dies gilt sowohl im Hinblick auf Public-Health-Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zur Reduktion von Morbidität auf Bevölkerungsebene (siehe Abschnitt 5.2.1) als auch zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten im Gesundheitssystem. Der Rat empfiehlt daher, Maßnahmen zur **Gesundheitsförderung und Primärprävention im betrieblichen Kontext** stärker zu fördern und zu erweitern und hierbei sowohl bei der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention anzusetzen. In Bezug auf individualmedizinische Angebote sollten von den beteiligten Fachgesellschaften evidenzbasierte Empfehlungen ausgearbeitet werden. Des Weiteren sollten die Möglichkeiten für Arbeitgeber*innen verbessert werden, sich über konkrete Unterstützung z. B. durch Angebote der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung und Fördermittel zur Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu informieren und diese bürokratiearm in Anspruch nehmen zu können.

488. Um die Möglichkeiten der Präventionsmaßnahmen durch die Arbeits- und Betriebsmedizin zu stärken, bedarf es einer **besseren Vernetzung mit anderen Bereichen des Gesundheitssystems**, also dem Bereich der Kuration und der Rehabilitation. Der Rat spricht sich daher dafür aus, in der elektronischen Patientenakte (ePA) eine Opt-out-Regelung im Bereich der Arbeits- und Betriebsmedizin umzusetzen.

5.2.4 Förderung von Gesundheitskompetenz

489. Wie in Kapitel 3 beschrieben, weist die **Förderung der Gesundheitskompetenz** Potenzial zur Reduzierung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen auf und ist damit eine relevante Stellschraube für die Verbesserung der Fachkräftesituation.¹³¹ Im Jahr 2017 wurde durch den damaligen Bundesgesundheitsminister die Allianz Gesundheitskompetenz initiiert, mit dem Ziel, die allgemeine Gesundheitsbildung zu fördern, adäquate Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen und die Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Gesundheitsberufen und Patient*innen zu verbessern (Haserück et al. 2024).

490. Sowohl Primärstudien als auch systematische Übersichtsarbeiten zeigen den **Zusammenhang zwischen niedriger Gesundheitskompetenz und höheren Versorgungskosten** (DeWalt/Hink 2009; Rasu et al. 2015; Sanders et al. 2009). Der Zusammenhang ist im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit besonders relevant, da sich negative Auswirkungen niedriger Gesundheitskompetenz nicht nur der Kinder bzw. Jugendlichen selbst, sondern auch ihrer Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und das Gesundheitsverhalten zeigen (Sanders et al. 2009).

491. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 beschriebenen Defizite der Gesundheitskompetenz in Deutschland und der damit einhergehenden Auswirkungen auf die Fachkräftesituation sind Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz dringend geboten. Es gibt zunehmend Evidenz, die auf eine Wirksamkeit von **Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz** hindeuten. Für ältere Erwachsene wurde in einer Metaanalyse randomisierter und quasi-experimenteller Studien signifikante Verbesserungen der Selbstwirksamkeitswahrnehmung und des Wissens um Gesundheit und Krankheit durch den Einsatz digitaler Interventionen zur Steigerung der

¹³¹ Zum Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen siehe Abschnitt 5.3.1.

Gesundheitskompetenz berichtet (Dong et al. 2023). In einem weiteren systematischen Review zeigten sich bei Kindern und Jugendlichen positive Effekte von Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz bezogen auf psychische Erkrankungen (Fretjān et al. 2021). Die Studienlage bestätigt somit den 2017 vom BMG gesetzten Fokus auf die Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Diese Bemühungen sollten fortgesetzt und intensiviert werden. Auf diese Weise können nicht nur soziale Unterschiede reduziert, sondern es kann auch der Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen gesenkt werden. Allerdings weisen aktuelle Übersichtsarbeiten auch auf Limitationen im Design der vorliegenden Interventionsstudien zur Gesundheitskompetenz hin (Dong et al. 2023; Fretjān et al. 2021; Ribeiro et al. 2023; Visscher et al. 2018). Daher empfiehlt der Rat, die **Interventionsforschung** im Bereich der Gesundheitskompetenz zu stärken.

Gesundheitsinformation und -kommunikation

492. Wie vom Rat bereits im Jahr 2023 gefordert, ist zur Förderung der Gesundheitskompetenz auch der **Verbreitung von Fehl- und Desinformationen entgegenzuwirken**, u. a. durch evidenzbasierte niedrigschwellige, mehrsprachige Informations- und Unterstützungsangebote (SVR 2023, Seite 140). Zu diesem Zweck sollte das **BIPAM** transparente und zielgruppenorientierte Kommunikationsstrategien implementieren und Informationskampagnen einrichtungsübergreifend koordinieren, um redundante oder widersprüchliche Kommunikation zu vermeiden (siehe auch Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Darüber hinaus sollte das BIPAM die Kommunen bei aufsuchenden Ansätzen zur Aufklärung und Information, z. B. durch die Bereitstellung von Kommunikationsmaterial, unterstützen (SVR 2023, Seite 196). Dabei ist sicherzustellen, dass trotz Abtrennung in der Organisation vom Robert Koch-Institut eine gemeinsame Grundausrichtung und Zusammenarbeit in der Kommunikationsstrategie in Bezug auf übertragbare und nicht übertragbare Krankheiten und deren Umsetzung geschaffen wird. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheitskompetenz in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedlich gut ausgeprägt ist und Maßnahmen dementsprechend auch **zielgruppenspezifisch** eingesetzt werden müssen.

Setting Kita und Schule

493. Bereits in der Vergangenheit empfahl der Rat, die Gesundheitskompetenz in Kitas und Schulen zu fördern (SVR 2023, Seite 568). Da – wie in Kapitel 3 beschrieben – die Hauptrisikofaktoren für praktisch alle „Volkskrankheiten“ aus erlerntem Verhalten resultieren und gefestigte Verhaltensmuster nur schwer modifizierbar sind, ist die Förderung von Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter besonders vielversprechend und relevant. Im Hinblick auf die Fachkräftesituation des Gesundheitswesens bekräftigt der Rat diese Empfehlung einer deutlichen Ausweitung der Förderung der Gesundheitskompetenzentwicklung in Kitas und Schulen nun erneut. Der Rat empfiehlt nachdrücklich, das Thema Gesundheit im Sinne eines Setting-Ansatzes¹³² als Querschnittsthema in allen Klassenstufen sowohl curricular (d. h. im Lehrplan enthalten) als auch „außercurricular“ (z. B. in der Nachmittagsbetreuung von offenen Ganztagschulen oder Projektgruppen) zu berücksichtigen. Neben Wissensvermittlung zur Physiologie des Menschen und

¹³² Der Setting-Ansatz, oder auch Lebensweltansatz, ist eine Kernstrategie zur Gesundheitsförderung, die sich auf die Settings, in denen sich Menschen aufhalten, und damit auf die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, bezieht. Dabei berücksichtigt der Setting-Ansatz die Wechselseitigkeit von gesundheitsförderlichen und gesundheitsbelastenden individuellen, sozialen sowie ökologischen Einflussfaktoren (Hartung/Rosenbrock 2022).

zur Entstehung von Krankheiten, Prävention oder Suchtverhalten sollten hier auch Grundlagen geschaffen werden, um sich im Gesundheitssystem besser orientieren zu können. Diesbezüglich sollten Institutionen des Gesundheitssystems und deren Aufgabenverteilung ebenso thematisiert werden wie z. B. digitale Angebote und die Verlässlichkeit verschiedener Informationsquellen.

494. Neben der Wissensvermittlung müssen Kitas und Schulen zudem gesundheitsförderliche Orte sein. So ist z. B. sicherzustellen, dass das in Kitas und Schulen angebotene Essen evidenzbasierten Ernährungsempfehlungen für Kinder entspricht. Es ist zu berücksichtigen, dass Snack-Automaten und Fast-Food-Restaurants nicht die einzige Option zur Nahrungsbeschaffung für Schüler*innen in unmittelbarer Umgebung der Schule darstellen dürfen. Des Weiteren ist in diesem Setting auch einem riskanten Medienkonsum vorzubeugen und die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen zu fördern (siehe Kapitel 3).

495. Eine Möglichkeit der Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung im Schulsetting bietet die **Schulgesundheitspflege** (*School Nurses*). Empfohlen wird die Einführung in Stadtteilen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfslagen, z. B. aufgrund der durchschnittlich niedrigen sozioökonomischen Position der Schüler*innen. Dabei sollte die Berufsgruppe der Schulgesundheitspflegenden als integraler Bestandteil interprofessioneller Teams an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) angebunden sein. In diesem Zusammenhang ist die Empfehlung aus dem Gutachten des Jahres 2023 zu bekräftigen, dass eine föderale Angleichung der Gesundheitsdienstgesetze der Länder anzustreben ist.

5.2.5 Prävention von Pflegebedürftigkeit

496. Durch die Verminderung an Lebensqualität und Einschränkungen der Selbstständigkeit stellt Pflegebedürftigkeit häufig eine große Belastung für den Betroffenen und die (pflegenden) Angehörigen dar. Darüber hinaus geht Pflegebedürftigkeit mit einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen und Kontakten zu Angehörigen der Heilberufe einher. Somit sind **Maßnahmen zur Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit** und somit zum Erhalt der Selbstständigkeit und damit die soziale Teilhabe der Betroffenen sowohl aus ethischer Perspektive als auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel geboten.

497. Im Nationalen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ (BMG 2012) wird die Bedeutung verhaltens- und verhältnisbezogener Ansätze hervorgehoben, um gesundheitliche Ressourcen zu stärken, funktionale Fähigkeiten und Selbstständigkeit zu erhalten und wiederherzustellen sowie die Teilhabe zu ermöglichen. Seit dem Jahr 2016 sollen Pflegekassen laut Präventionsgesetz **Präventionsleistungen in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen** erbringen. Bei Begutachtungen zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit ist zu prüfen, inwiefern präventive und rehabilitative Maßnahmen geeignet sind, die Pflegebedürftigkeit zu mildern oder abzuwenden. Die Entwicklungen weisen in die richtige Richtung, jedoch ist zu beobachten, dass Angebote in der Praxis nicht flächendeckend verfügbar sind, Maßnahmen unzureichend umgesetzt werden und die Erkenntnislage zu Effekten von Maßnahmen und komplexen sowie optimalen Versorgungskonzepten noch vergleichsweise schlecht ist.

498. Maßnahmen der Rehabilitation werden in Deutschland überwiegend ereignisbezogen (z. B. nach einem Schlaganfall) verordnet. Situationen mit schleichender Verschlechterung des Funktionsverlusts werden bislang kaum adressiert. So zeigen Analysen, dass durch Begutachtungen des Medizinischen Dienstes (MD) und niedergelassene Ärzt*innen kaum Leistungsanträge auf

Rehabilitation gestellt werden. Auch bei Entlassungen aus dem Krankenhaus ist der Anteil der älteren Personen mit dauerhafter Pflegebedürftigkeit hoch. Bei geriatrischen Patient*innen geht ein beachtlicher Anteil von mehr als 30 % im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in Kurzzeitpflege, die dann sehr häufig in eine dauerhafte stationäre Langzeitpflege übergeht (Janßen 2018).

499. Mit dem Ziel der primären, sekundären und tertiären Prävention der Pflegebedürftigkeit, der Reduktion der Nachfrage nach Pflegeleistungen und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung wird eine **konsequente Umsetzung präventiver, gesundheitsfördernder und rehabilitativer Leistungen** in allen Sektoren pflegerischer Versorgung empfohlen. Ein besonderer Fokus sollte auf der ambulanten Pflege und pflegerischen Primärversorgung (z. B. durch *Community Health Nurses*) liegen. Um die Umsetzung zu sichern, müssen den Erbringenden die Leistungen vergütet werden. Dazu gehören z. B. Beratung, Anleitung, Schulung sowie die Durchführung von wirksamen Interventionen. Erwartbar ist ein hohes Verbesserungspotenzial, da hier Personen in frühen Phasen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit oder noch vor dem Eintritt adressiert werden.

500. Empfohlen wird die Entwicklung einer kohärenten nationalen **Strategie zur flächendeckenden wirksamen rehabilitativen Versorgung von geriatrischen Patient*innen**. Dabei sollten rehabilitative Versorgungsstrukturen auch hinsichtlich ihrer Passung zu Nutzerbedarfen geprüft und weiterentwickelt werden. So werden z. B. hinsichtlich der Rehabilitationsmotivation und -erfolge besondere Potenziale für mobile Rehabilitationsangebote beschrieben. Ein hohes Rehabilitationspotenzial liegt auch in der Kurzzeitpflege, die zumeist in Pflegeheimstrukturen eingebunden ist. Zu empfehlen ist hier die stärkere Fokussierung geriatrischer rehabilitativer Fachpflege in interprofessioneller Zusammenarbeit z. B. mit Physio- und Sprachtherapie, im Sinne von *Skilled Nursing Facilities*.

501. Darüber hinaus sind die **wissenschaftlichen Bemühungen** zur Identifikation von präventiven, gesundheitsförderlichen und rehabilitativen Potenzialen zur Minderung von Pflegebedarf unter verschiedenen Ressourcen- und Risikokonstellationen, sowie von wirksamen Interventionen, insbesondere auch bei Multimorbidität, zu intensivieren.

5.3 Nachfrage und Zugang

502. Die Inanspruchnahme und damit die **Nachfrage nach Fachkräften** wird, wie eingangs beschrieben, durch die Nachfrage nach und den Zugang zu Gesundheitsleistungen determiniert. Die **Nachfrage nach Gesundheitsleistungen** resultiert nicht nur aus der Morbidität der Patient*innen, sondern auch aus deren subjektivem Bedarf – mitunter auch durch Akteure des Gesundheitswesens induziert, im Sinne einer angebotsinduzierten Nachfrage (siehe Abschnitt 5.3.6).

503. Der **Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung** ist wiederum für manche Bevölkerungsgruppen teilweise erschwert, beispielsweise aufgrund einer niedrigen Gesundheitskompetenz (siehe Abschnitt 5.2.4 und 5.3.1) oder aufgrund einer regionalen Ungleichverteilung von Leistungserbringern bzw. Versorgungsstrukturen (siehe Kapitel 4). Zudem gilt es, einen steigenden Bedarf durch das **Fortschreiten von unbehandelten Erkrankungen zu verhindern**. Es sollte das Ziel sein, eine zeitnahe, bedarfsgerechte und zielgenaue Nachfrage bei objektivem Bedarf zu realisieren (siehe Abbildung 5-1).

5.3.1 Förderung von Gesundheitskompetenz

504. Die Gesundheitskompetenz steht nicht nur – wie oben beschrieben (siehe Abschnitt 5.2.4) – in Verbindung mit einer Reduktion von Morbidität und damit dem Bedarf an Gesundheitsleistungen, sondern wirkt sich auch auf die Nachfrage, das Selbstmanagement und den Zugang zu Gesundheitsleistungen aus. Gesundheitskompetenz kann hierbei verschiedene Bereiche und Fertigkeiten des Einzelnen betreffen. Im Folgenden werden die personale, navigationale, organisationale und digitale Gesundheitskompetenz im Kontext von Nachfrage nach und Zugang zu Gesundheitsleistungen erläutert.

Personale Gesundheitskompetenz

505. Eine geringe personale Gesundheitskompetenz kann bei der **Bewältigung von Erkrankungen** zu einer vergleichsweise häufigen Nutzung des Gesundheitssystems führen (Schaeffer et al. 2021; siehe dazu auch Kapitel 3) und mit einem verstärkten subjektiven Bedarf nach Gesundheitsleistungen einhergehen. Da die **Kongruenz zwischen objektivem und subjektivem Bedarf** eine wichtige Stellschraube zur Verminderung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitssystem ist (siehe Abbildung 3-2), sollte die Gesundheitskompetenz, wie oben beschrieben, etwa im Setting Schule, aber auch in anderen Lebensbereichen mit geeigneten Maßnahmen gefördert werden.

Navigationale und organisationale Gesundheitskompetenz

506. In Bezug auf die **Navigation und Orientierung** im Gesundheitssystem (navigationale Gesundheitskompetenz) beschreiben fast vier Fünftel der Bevölkerung in Deutschland Schwierigkeiten, sich durch das Gesundheitssystem zu manövrieren und mit den dazu erforderlichen Informationen umzugehen (Schaeffer et al. 2021; Schaeffer et al. 2024). Eine Verbesserung der Koordination mit unmittelbarer Ansteuerung der geeigneten Ansprechperson ohne Umwege und Doppeluntersuchungen, Fehlversorgung und Krankheitsverschlechterung hätte einen deutlich entlastenden Effekt auf die Personalressourcen im Gesundheitswesen (siehe auch Kapitel 3).

507. Das deutsche Gesundheitssystem ist komplex, sehr stark fragmentiert, differenziert und uneinheitlich reguliert. Die Tatsache, dass vier von fünf Menschen in Deutschland Schwierigkeiten haben, durch das Gesundheitssystem zu manövrieren (Schaeffer et al. 2024), legt nahe, dass das deutsche Gesundheitssystem „überkomplex“ ist und nicht den Bedürfnissen der Menschen entspricht. Ein besonderes Hindernis stellt **die bestehende Segmentierung der Leistungssektoren, verbunden mit fehlender Steuerung** dar. Neben strukturellen Maßnahmen zur sektorenübergreifenden Versorgung und Steuerung und damit der Steigerung der organisationalen Gesundheitskompetenz (Fähigkeit der Einrichtungen des Gesundheitssystems, auf die Gesundheitskompetenz der Patient*innen angemessen zu reagieren; siehe Kapitel 6), müssen daher auch **zielgruppengerechte Interventionen zur Steigerung der navigationalen Gesundheitskompetenz der Bürger*innen und der Leistungserbringer** (siehe hierzu auch Abschnitt 5.2.4) gefördert und wissenschaftlich evaluiert werden. Ein Beispiel für solche zielgruppengerechten Interventionen sind die ambulanten Krebsberatungsstellen, die an Krebs erkrankten Menschen und ihren Angehörigen psychosoziale Beratung und Unterstützung im Umgang mit der Krankheit sowie u. a. bei sozialrechtlichen Fragen anbieten und die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und vom Verband der Privaten Krankenversicherung gefördert werden (§ 65e SGB V).

Digitale Gesundheitskompetenz

508. Die **digitale Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung in Deutschland ist verbesserungswürdig. Zwar existieren sowohl für Informationen zu Erkrankungen als auch zu deren Prävention verschiedene evidenzbasierte digitale Informationsangebote,¹³³ diesen mangelt es jedoch bisher an Bekanntheit sowohl bei Fachkräften als auch in der Bevölkerung. Ihnen gegenüber steht eine Vielzahl qualitativ fragwürdiger Informationsquellen, wodurch das Auffinden und die Auswahl geeigneter Quellen erschwert wird. Die existierenden evidenzbasierten Angebote sollten daher präsenter gemacht werden, um Patient*innen zum Treffen informierter Entscheidungen auf Basis belastbarer Informationen zu befähigen. In diesem Kontext muss auch die **professionelle Gesundheitskompetenz** aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen gestärkt werden, damit Leistungserbringer ihrer Verantwortung gerecht werden können, ihre Patient*innen über geeignete digitale Angebote zu informieren.

509. Der Rat empfiehlt den Aufbau **eines zentralen, durch eine Bundesinstitution betriebenen Internetportals**, in welches vertrauenswürdige evidenzbasierte Informationsportale in Bezug auf Gesundheits- und Pflgethemen strukturiert integriert werden (siehe auch SVR 2023, Seite 513 ff.). Voraussetzung für die Verlinkung einer Internetseite auf einem solchen Portal soll mindestens deren Zertifizierung mit einem Gütesiegel sein, welches die Qualität und Vertrauenswürdigkeit von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet aufzeigt. Als Vorbild taugt die Zertifizierung von Webseiten und Ratgebern durch die Stiftung Gesundheit, die auf dem von Wissenschaftlern an der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelten und evaluierten DISCERN-Instrument¹³⁴ beruht (Stiftung Gesundheit 2024). Zudem sollten einschlägige medizinische und pflegerische Leitlinien, idealerweise ihre laiengerecht aufbereiteten Versionen, ebenso wie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) u. ä. verlinkt werden, um präzise auf individuelle Informationsbedarfe eingehen zu können. Das so entstehende Portal sollte flächendeckend und multimedial – insbesondere auch bei potenziellen Multiplikatoren wie Angehörigen von Heilberufen – bekannt gemacht werden. Angesichts der aktuell ungeklärten juristischen Fragen bezüglich des Betriebs des Nationalen Gesundheitsportals durch das Bundesministerium für Gesundheit, gilt es, eine rechtssichere Lösung für ein zentrales Informationsportal zu schaffen.¹³⁵

510. Eine **funktionierende, vollständige ePA** sollte zukünftig auch dazu genutzt werden, zielgruppenorientiert Gesundheitsinformationen zu verlinken und Betroffenen näherzubringen. Des Weiteren stellen die sozialen Netzwerke eine beachtenswerte Chance dar, um insbesondere junge Menschen zu erreichen, für die zuletzt (in der Altersgruppe von 18–29 Jahren) vermehrt Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen beobachtet wurden (Schaeffer et al. 2021).

¹³³ Zum Beispiel das Nationale Gesundheitsportal (gesund.bund.de) sowie die Gesundheitsinformationen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (gesundheitsinformation.de) oder des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (patienten-information.de).

¹³⁴ Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover (2005).

¹³⁵ Gegen das Bundesministerium für Gesundheit wurde von einem anderen Betreiber mehrerer Gesundheitsportale Klage wegen unlauteren Wettbewerbs aufgrund des Gebotes der Staatsferne der Presse eingereicht (aerzteblatt.de 2023). Das Urteil des Landgerichts Bonn, welches dem BMG im Juni 2023 untersagt hatte, das Gesundheitsportal zu betreiben, wurde im Februar 2024 aufgrund eines Verfahrensfehlers vom OLG Köln wieder aufgehoben (aerzteblatt.de 2024).

5.3.2 Niedrigschwellige Unterstützungs- und Beratungsangebote

511. Insbesondere chronisch- und schwerkranke Patient*innen sind auf eine kontinuierliche und sektorenübergreifende Behandlung angewiesen, die nur durch die enge, abgestimmte Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer erreicht werden kann. Der inter- und intrasektorale Koordinationsbedarf stellt angesichts der Segmentierung sowohl für Ärzt*innen als auch für Patient*innen eine Herausforderung dar und kann zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen, wenn Patient*innen nicht oder nicht unmittelbar die ihrem Bedarf entsprechenden Versorgungsstrukturen aufsuchen bzw. dorthin gesteuert werden. Unterstützungsangebote erhöhen die Chance, dass die Nachfrage zeitnah erfolgt und dem Bedarf entspricht, wodurch insbesondere eine Unterversorgung und eine daraus resultierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermieden werden sollen. Als mögliche Ergänzung der vorhandenen Strukturen wird daher in zahlreichen Projekten der Einsatz von **Patientenlots*innen** (auch Gesundheitslots*innen) erprobt, mit dem die navigationale Gesundheitskompetenz unterstützt werden soll. Obgleich bisher keine Definition verbindlicher Aufgaben oder der Rolle der Lots*innen vorliegt, übernehmen diese in unterschiedlichen Modellvorhaben organisatorische, koordinierende und betreuende Aufgaben, ergänzend und unterstützend zu den medizinischen Leistungen der Ärzt*innen.

512. In der Literatur gibt es Hinweise, dass der Einsatz von Patientenlots*innen für ausgewählte Patientenpopulationen u. a. durch eine Verkürzung von Krankenhausverweildauern und eine Verringerung von Rehospitalisierungsraten zu einer Entlastung der Personalressourcen und Behandlungskosten beitragen kann. Der Einsatz von *Social Care Nurses* bei onkologischen Patient*innen zeigte innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung der Lebensqualität und Reduzierung der Gesamtkosten (Fleckenstein/Frick 2020). Ähnliche Effekte zeigten sich auch bei kardiologischen Patient*innen und dem Einsatz von Kardio-Lots*innen. In einem systematischen Review zeigen Braeseke et al. (2018), dass international vergleichbare Interventionen (u. a. *case, care oder disease manager, health coaches*) insbesondere für chronisch Kranke und multimorbide Patient*innen einen positiven Effekt auf verschiedene Endpunkte, z. B. die Hospitalisierungsrate, haben. Die Metaanalyse von Bamforth et al. (2021) nennt Patient*innen mit chronischer Herzinsuffizienz und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) als besondere Profiteure von Lotsenprogrammen.

513. Um humane Ressourcen effizient einzusetzen, empfiehlt der Rat, dass Patientenlots*innen gezielt insbesondere **für vulnerable Patient*innen mit komplexen Krankheitsverläufen** eingesetzt werden. Der Rat gibt zu bedenken, dass die Gruppe der Patientenlots*innen das Problem des hochkomplexen, für Patient*innen oft nur schwer zu durchschauenden Gesundheitssystems alleine nicht lösen kann. Vielmehr ist zu vermeiden, dass die Einführung eines neuen Berufsbildes zur Komplexität und Fragmentierung des Systems beiträgt. Die Lotsenfunktion sollte in der Regelversorgung daher möglichst von Bestandpersonal eingenommen werden, ohne hier eine neue Berufsgruppe zu schaffen. Auch **Doppelstrukturen sind zu vermeiden**, sodass zunächst ein regionaler Abgleich mit bestehenden Beratungsstrukturen, z. B. Krebsberatungsstellen (siehe Textziffer 507), stattfinden sollte, bevor Lotsenrollen verteilt werden. Ziel der Einführung von Patientenlots*innen für Patient*innen mit komplexen Krankheitsverläufen ist es, dass das wenig organisierte und nicht ausreichend gesteuerte Unterstützungssystem an Effizienz gewinnt. So könnten der Fachkräftebedarfe direkt reduziert und Versorgungsbedarfe mit konsekutivem Fachkräftebedarf positiv beeinflusst werden.

5.3.3 Kommunikation zwischen verschiedenen Akteuren

514. Eine zeitnahe und umfassende **Kommunikation** zwischen medizinischen Fachdisziplinen und den verschiedenen Sektoren sowie zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und Akteuren des Gesundheitssystems ist für eine effiziente, bedarfsgerechte Versorgung essenziell. Hierfür ist die flächendeckende und einrichtungsübergreifende Vernetzung aller Leistungserbringer durch die ePA unabdingbar und im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung angesichts der angespannten Fachkräftesituation besonders zeitkritisch.

515. Momentan existieren in Deutschland mit dem **Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und dem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem** zwei unverbundene Systeme, die jeweils Fachpersonal binden und nebeneinander existieren.¹³⁶ Dies führt zwangsläufig zu Ineffizienz, sodass die Verbindung beider Systeme ein hohes Potenzial zur Begegnung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen birgt. Die Verbindung präventivmedizinischer, sozialkompensatorischer und gesundheitsfördernder Angebote des ÖGD mit den primär kurativen, rehabilitativen und palliativen Angeboten des Gesundheitssystems kann zu einer Verbesserung des bedarfsgerechten Zugangs zu und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen und dadurch die Versorgungsqualität und auch den längerfristigen Versorgungsbedarf günstig beeinflussen.

516. Beispielhaft zeigt sich dies an den gesetzlich festgeschriebenen **Schuleingangs- bzw. Schulaufnahmeuntersuchungen** für alle im Folgejahr schulpflichtigen Kinder in Deutschland. Da die frühkindliche Phase für die Initiierung von Präventionsmaßnahmen besonders wichtig ist (Marmot et al. 2010) und nicht oder zu spät behandelte Auffälligkeiten mit Entwicklungsstörungen oder schwerwiegenden gesundheitlichen und für das Sozialsystem kostspieligen Problemen einhergehen können, ist diese verpflichtende Reihenuntersuchung durch den ÖGD ausgesprochen relevant. Diese Untersuchungen haben zum einen das Ziel, einen Überblick über den Gesundheitsstatus aller Kinder in Deutschland zu gewinnen, zum anderen werden aber auch individuell relevante Befunde erhoben und Empfehlungen für Folgeuntersuchungen oder Therapien ausgesprochen. So zeigte eine Querschnittstudie zu Schuleingangsuntersuchungen in Dresden auffällige Befunde im Bereich der Sprachentwicklung bei rund einem Drittel aller untersuchten Kinder, im Bereich des Sehvermögens und der Visuomotorik bei knapp einem Viertel der Kinder und bei der Körperkoordination bei knapp einem Fünftel der untersuchten Kinder (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2024).

517. Derzeit fehlt jedoch die Möglichkeit, Kinder mit ärztlich festgestellten behandlungsbedürftigen Befunden an die jeweiligen Kolleg*innen im beitragsfinanzierten System zu überweisen oder auch selbst Verordnungen, etwa von Heilmitteln, vorzunehmen. Damit hängt es momentan vom Engagement der Erziehungsberechtigten ab, ob einem Kind mit im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung diagnostizierten Gesundheitsproblem eine angemessene medizinische Behandlung zukommt oder nicht. Die Umsetzung der in den Schuleingangsuntersuchungen ausgesprochenen ärztlichen Empfehlungen kann durch die Ärzt*innen des ÖGD weder begleitet noch – z. B. durch eine Überweisung zu Fachspezialist*innen – gezielt initiiert werden. Da behandlungsbedürftige Befunde häufiger bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien

¹³⁶ Es sind gut 3 500 Ärzt*innen in Gesundheitsämtern tätig. Nach Daten aus dem Jahr 2016 machen Ärzt*innen ca. ein Viertel des Fachpersonals im ÖGD aus. Ein weiteres knappes Viertel sind Sozialpädagog*innen. Weitere größere Gruppen sind Hygienekontrolleur*innen, MFA und ZFA sowie sozialmedizinische Assistent*innen. Dazu kommt Verwaltungspersonal (ca. ein Fünftel des Gesamtpersonals) (Poppe et al. 2016). Nach ersten Ergebnissen einer Datenerhebung des Statistischen Bundesamtes waren zum Jahresende 2021 ca. 17 700 Vollzeitäquivalente im ÖGD beschäftigt (Destatis 2022; siehe auch SVR 2023, Seite 169 ff.).

diagnostiziert werden, die häufiger eine niedrige Gesundheitskompetenz aufweisen, mit sprachlichen Barrieren konfrontiert sind und auch häufiger Schwierigkeiten im Zugang zum Gesundheitssystem haben, besteht die Gefahr, dass indizierte Behandlungen unterbleiben und sich Gesundheitsprobleme betroffener Kinder chronifizieren und so im Zeitverlauf auch vermeidbar viele Fachkräfteresourcen im Gesundheitswesen erfordern.

518. Wie bereits im Gutachten des Jahres 2023 empfiehlt der Rat erneut eine stärkere, möglichst **konsequente sektoren- bzw. systemübergreifende Vernetzung des steuerfinanzierten ÖGD mit dem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem**. Dies würde die Inanspruchnahme der empfohlenen Leistungen klar verbessern. Die Möglichkeit einer bedarfsgerechten Zuweisung von Patient*innen aus dem ÖGD in die beitragsfinanzierte Gesundheitsversorgung würde eine frühere und zielgerichtete Behandlung in einem prognostisch günstigeren Erkrankungsstadium durch niedergelassene Ärzt*innen ermöglichen und hierdurch den Bedarf an Fachkräften sowohl kurzfristig, bei Prävention von Folgeerkrankungen, ggf. aber auch langfristig reduzieren. Die Verknüpfung von ÖGD und beitragsfinanziertem Gesundheitssystem soll jedoch nicht nur einseitig erfolgen, da eine **bidirektionale Verbindung** durchaus beide Systeme entlasten kann. So kann z. B. eine beidseitige (digitale) Einsicht in Unterlagen zu bereits durchgeführten Untersuchungen und Therapien bzw. Therapieempfehlungen die Ressourcen im gesamten Gesundheitssystem schonen. Auch eine Überweisung von Patient*innen durch Vertragsärzt*innen zum ÖGD (z. B. zur Impfsprechstunde bei Auslandsaufenthalten oder zur Beratung in Bezug auf die Umsetzung von Hitzeschutzplänen) wäre sinnvoll. Durch die vielfältigen Aufgabenbereiche des ÖGD könnte die Kooperation weit über die skizzierten Schulaufnahmeuntersuchungen hinausgehen und der ÖGD die Leistungen der GKV und PKV gezielt ergänzen. So sind Kooperationen z. B. im Bereich der Infektionskrankheiten, der psychischen Erkrankungen oder der Mundgesundheit denkbar (siehe Textziffer 479). Ein Beispiel für eine Verbindung ist die mögliche Verortung der oben genannten psychosozialen Tumorberatung nach § 65e SGB V im ÖGD, wie es beispielsweise in Sachsen bereits möglich ist.

519. Notwendig ist daher ein strukturierter, in beide Richtungen verlaufender Informationsaustausch zwischen den beiden Systemen über einen dafür eingerichteten und **grundsätzlich genutzten Kommunikationskanal**. Bestenfalls sollte die ePA als Kommunikationskanal dienen, in der die Zugriffsberechtigung für die Leistungserbringer beider Systeme im Rahmen eines Opt-out-Verfahren standardmäßig gegeben ist. Die Digitalisierung bietet auch Chancen einer zielgruppengerechten Förderung des Zugangs von Versicherten zu präventiven oder gesundheitsfördernden Angeboten des ÖGD.

5.3.4 Sekundärprävention

520. Die sekundäre Prävention, also die **Früherkennung von Erkrankungen** in einem Stadium mit besserer Prognose, kann sich positiv auf den Bedarf an Gesundheitsleistungen und Gesundheitspersonal auswirken. Werden Erkrankungen in einem frühen Stadium detektiert und behandelt, können oftmals zeit-, kosten- und personalintensive Maßnahmen zur Therapie fortgeschrittener Erkrankungen oder Erkrankungsfolgen verhindert werden. So kann bereits eingetretenen Beeinträchtigungen, wie leichten Rückenschmerzen oder psychischen Belastungen, durch frühzeitige sekundäre Präventionsmaßnahmen – wie Stärkung der Rückenmuskulatur oder Erlernen von Entspannungsverfahren – entgegengewirkt werden (Angele/Calero 2019).

Entsprechende Interventionen können auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, die ebenfalls Personalressourcen bindet, beeinflussen.

521. Neben der **Kosten-Nutzen-Relation** spezifischer Maßnahmen ist zu bedenken, dass **sozioökonomische Unterschiede** in der Teilhabe an sekundärpräventiven Maßnahmen bestehen. Dies ist u. a. bei einer zielgruppenspezifischen Kommunikationsstrategie und bei risikoadaptierten Screening-Untersuchungen zu berücksichtigen (Hoebel et al. 2013).

522. Im Hinblick auf eine sinnvolle Verteilung von Ressourcen ist Fachpersonal dort einzusetzen, wo der Nutzen ihres Einsatzes evidenzbasiert ist und die Opportunitätskosten übersteigt. Um einer Verschwendung von Ressourcen entgegenzuwirken, sind entsprechende Früherkennungsmaßnahmen **stets zu evaluieren und nur bei ausreichender Evidenz für deren Nutzen fortzuführen**. So wird z. B. der positive Effekt der Krebsfrüherkennung durch die Darmspiegelung im Hinblick auf das Entstehen und die Mortalität von Darmkrebs in vielen Studien belegt (Brenner et al. 2014; Elmunzer et al. 2015; Pan et al. 2016). Aber auch für nicht onkologische Erkrankungen existieren anerkannte Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (G-BA 2024).

5.3.5 Ausbau und Verzahnung von Pflegeberatungsangeboten

523. Pflegende Angehörige spielen eine tragende Rolle in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen (siehe Kapitel 2). Ein Wegfall oder eine Reduktion der Pflegebereitschaft der Angehörigen hätte gravierende Auswirkungen auf einen weiteren Mehrbedarf an Fachkräften in der Langzeitpflege. Zugleich sind pflegende Angehörige oftmals durch die häusliche Pflegesituation in ihrer physischen und psychischen Gesundheit stark belastet und selbst dem Risiko ausgesetzt, hochfrequente Nutzer*innen der Gesundheitsversorgung zu werden (siehe Kapitel 2). Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die **Pflegebereitschaft der Angehörigen zu unterstützen und zu erhalten**, sie in ihrer gesundheitlichen Situation zu stabilisieren und zugleich die Patientensicherheit zu fördern. Zentrale Säulen in der Stärkung pflegender Angehöriger sind finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten und eine Verbesserung der Vereinbarkeit von informeller Pflege und Erwerbstätigkeit, ein Ausbau der Angebote haushaltsnaher Dienstleistungen und Alltagsunterstützung sowie Unterstützung in Phasen pflegerischer und gesundheitlicher Krisensituationen (siehe hierzu auch SVR 2014, 2023).

524. Beratungsangebote von Pflegestützpunkten und Pflegeberater*innen (§ 7a–7c SGB XI) sind dabei ein wichtiges Angebot zur psychosozialen Unterstützung sowie zur Information über bedarfsangemessene Versorgung unter Einbindung pflegeergänzender Dienste und die wohnortnahe Unterstützung und Stabilisierung von Pflegearrangements (Angele/Calero 2019). Laut dem IGES-Institut (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung) wurden diese Beratungsangebote im Jahr 2018 nur von knapp 5 % der pflegenden Personen genutzt, mit erheblichen Unterschieden zwischen den Pflegekassen. Dies wird auf eine mangelnde Bekanntheit der Angebote und eine sehr heterogene, kaum zu durchschauende Angebotslandschaft zurückgeführt (Wolff et al. 2020).

525. Basierend auf den bisherigen Erfahrungen und Evaluationen empfiehlt der Rat den **Ausbau der Beratungsinfrastruktur** für pflegende Angehörige. Hierbei sollte eine **Vereinheitlichung des Beratungsangebots** – im Sinne eines Basisangebots mit ggf. regionalen Ergänzungen – angestrebt werden. So sollte, ausgehend von den Nutzerbedürfnissen und unabhängig vom Träger der Beratung, ein inhaltlich einheitliches Beratungsangebot verfügbar sein. Dies bedarf auch einer (trägerübergreifenden) Stärkung der Wahrnehmung des Auftrags zur Fallbegleitung,

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, welcher zwar in § 7a SGB XI vorgesehen, jedoch nicht ausreichend umgesetzt wird (Wolff et al. 2020). Auch sollte die strukturelle Anbindung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie zum Erhalt der Selbstständigkeit im Vorfeld der Entstehung von Pflegebedürftigkeit geprüft werden; Beispiele sind in Rheinland-Pfalz die „Gemeindegewestler plus“ oder in Hamburg der „Hamburger Hausbesuch“.

526. Der **Zeitaufwand für die Dokumentation** der Pflegeberatung ist trotz knapper Personalressourcen hoch (rund ein Drittel der Arbeitszeit; Wolff et al. 2020). Zudem werden Grundstrukturen der Beratung in den einzelnen Pflegeberatungsstellen immer wieder mit hohem Aufwand neu konzipiert. Daher sind die erhobenen Daten oftmals heterogen und trägerübergreifend kaum vergleichbar. Um Personal effizient einzusetzen, empfiehlt der Rat die Etablierung einer einheitlichen Basisdokumentation, eines evaluierten Erhebungsinstruments sowie einheitlicher Beratungsstandards mit zielgerichtetem Einsatz in der Versorgungsplanung. Dies soll dazu beitragen, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren, Synergien bei der Entwicklung zu nutzen und Qualitätssicherung und Bedarfsmonitoring zu vereinfachen.

527. Die **Bündelung von verschiedenen Beratungsstrukturen und -angeboten** in einer gemeinsamen regionalen Anlaufstelle, ggf. mit lokalen Zweigstellen, sollte gefördert werden. Hier liegen Potenziale vor allem im Zusammenfassen von Personal- und Materialeinsatz (z. B. bei Technologieintegration), der Schulung und Fortbildung des Personals und der effizienten Netzwerkarbeit. Zur Bündelung der Netzwerkarbeit und um speziellen Bedarfen (z. B. pflegebedürftige Kinder) zukünftig besser gerecht zu werden, sollten die Einbindung von Pflegeberater*innen, die außerhalb von Pflegestützpunkten tätig sind, gestärkt und die kommunale Einbindung in regionale Pflegekompetenzzentren ermöglicht werden, z. B. bei der Zusammenarbeit zu Pflegeberatungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI und Pflegeschulungen nach § 45 SGB XI (siehe Kapitel 6).

528. Ein weiterer zentraler Schritt in Richtung eines einheitlichen Beratungsangebots ist die Entwicklung von **landesweiten Orientierungswerten zur Personalausstattung** mit ggf. regionaler Adjustierung der Personalausstattung, um dem gesetzlichen Auftrag (einschließlich lokaler Netzwerkarbeit) und Nutzeranfragen nachkommen zu können. Dabei ist die gesetzliche Beauftragung der Pflegestützpunkte zur Initiierung und Aufrechterhaltung von lokalen Netzwerken auch bei der Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen zu berücksichtigen.

529. Darüber hinaus empfiehlt der Rat, das **Beratungsangebot** – mit konkreten Kontaktmöglichkeiten – stärker in der Bevölkerung und bei Multiplikatoren wie Ärzt*innen, Pflegediensten und Krankenhäusern **bekannt zu machen**. Auch sollte die Kundenorientierung der Pflegestützpunkte und -beratungsstellen perspektivisch weiter ausgebaut werden. Hierzu gehören die Websites der Pflegestützpunkte, kundenorientierte Öffnungszeiten sowie multimediale Angebote wie digitale Beratungsmöglichkeiten und Angebote aufsuchender Beratung.

5.3.6 Vermeidung von Überversorgung und angebotsinduzierter Nachfrage (Quartärprävention)

530. Im Hinblick auf einen angemessenen Einsatz von Fachkräften im Gesundheitswesen ist die Reduktion von angebots- bzw. anbieterinduzierter Nachfrage zu berücksichtigen. Damit ist die Inanspruchnahme medizinisch nicht indizierter Leistungen gemeint, die nur nachgefragt werden, weil – auf einem von Informationsasymmetrie geprägten Gesundheitsmarkt – ein entsprechendes

Angebot besteht bzw. aktiv offeriert wird (siehe auch Abschnitt 5.2.4). Die **Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen**, wie z. B. nicht indizierte Herzkatheter-Untersuchungen (Nef et al. 2021) oder nicht indizierte Wirbelsäuleneingriffe (Tesch et al. 2022), dient der quartären Prävention (Martins et al. 2018), d. h. der Vermeidung einer Überdiagnostik und -therapie.

531. Medizinisch nicht notwendig im Sinne des § 12 SGB V sind häufig auch **Individuelle Gesundheitsleistungen** (IGeL). Diese Privat- oder auch Selbstzahlerleistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen, entweder weil sie nicht zu den gesetzlichen Aufgaben der GKV gehören (z. B. Atteste und Reiseimpfungen) oder (noch) nicht evidenzbasiert bzw. nicht angemessen (gemäß § 12 Abs. 1 SGB V) sind. Es handelt sich um einen – bis auf wenige verbindliche Regeln – weitgehend unregulierten Gesundheitsmarkt, der nicht systematisch erfasst wird (Drews/Reiners 2023). Der vom Medizinischen Dienst Bund betriebene IGeL-Monitor unterscheidet fünf Bewertungskategorien von IGeL-Leistungen, wobei zwei dieser Kategorien Leistungen beschreiben, bei denen der Schaden den Nutzen überwiegt. Die Bewertung erfolgt nach einer systematischen Auswertung der wissenschaftlichen Literatur (IGeL Monitor 2024). Es besteht Regulierungsbedarf hinsichtlich jener IGeL, die medizinisch nicht evidenzbasiert sind und bei denen es Hinweise auf ein Schadenspotenzial gibt, das den Nutzen übersteigt, wie Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung (IGeL Monitor 2020) und Durchblutungsfördernde Infusionstherapie bei Hörsturz (IGeL Monitor 2017). IGeL-Leistungen sind insbesondere dann problematisch, wenn durch sie Fachkräfte gebunden werden, die für die Erbringung medizinisch notwendiger Leistungen benötigt werden. Darüber hinaus bergen sie mitunter sogar das Risiko, gesundheitsschädigend zu sein, woraus auch ein Folgebedarf an Versorgungsleistungen entstehen kann.

532. Verschiedene Umfragen zeigen, dass die meisten IGeL in den Fachbereichen der Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Augenheilkunde und Orthopädie erbracht werden (Drews/Reiners 2023). Der Umfang erbrachter IGeL in der Augenheilkunde wurden auf Basis einer Umfrage von niedergelassenen Augenärzt*innen für das Jahr 2020 auf 23 % des Regelleistungsvolumens geschätzt (Liang et al. 2023).

533. In den im Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) unter § 17 Abs. 1a festgelegten, für gesetzlich Versicherte anzubietenden Sprechstunden in Höhe von mindestens 25 Stunden pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag sollten nur GKV-Leistungen erbracht werden, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sowie medizinisch notwendig sind (§ 12 SGB V). Die Anrechnung der (über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechneten) IGeL für diese Zeiten ist mit dieser Verpflichtung aus Sicht des Rates nicht vereinbar, da gesetzlich Versicherte im Falle einer Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen als Privatpatient*innen gelten.¹³⁷ Die **Einhaltung der im BMV-Ä festgehaltenen Sprechstundenzeiten**, die Vertragsärzt*innen mindestens für die Versorgung von Versicherten gemäß ihrer Zulassung zur Verfügung stehen müssen, prüfen die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Der Rat empfiehlt, dass die Prüfungen unter Einbindung der Kassen nach bundesweit geltenden Vorgaben durchgeführt werden. Dies fördert

¹³⁷ Laut § 19a Abs. 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sind Vertragsärzt*innen „verpflichtet, im Rahmen einer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen“. Eine Behandlung von privat Versicherten ist in dieser Zeit zwar auch im Wortlaut des TSVG nicht explizit ausgeschlossen. Da die Mindestsprechstunden aber für gesetzlich Versicherte „zur Verfügung stehen“ müssen, können Termine in dieser Zeit nur an Privatpatient*innen vergeben werden, wenn die Terminnachfrage durch gesetzlich Versicherte die Mindestsprechstundenzeit nicht erschöpft wurde (Wrase 2020).

Transparenz und somit die Umsetzung der geltenden Vorgaben mit dem Ziel eines effizienten Einsatzes von Personalressourcen im vertragsärztlichen System.

534. Um den Anspruch gesetzlich Krankenversicherter auf eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen des GKV-Leistungskatalogs sicherzustellen, plädiert der Rat dafür, die vorhandenen personellen Kapazitäten auf dieses Ziel zu konzentrieren. Daher sind Patient*innen stärker über IGeL zu informieren, insbesondere dahingehend, dass diese aufgrund fehlender medizinischer Indikation oder nicht vorhandener Evidenz nicht von den GKV übernommen werden, mit Risiken einhergehen können und Personalressourcen binden. Eine entsprechende **Transparenzkampagne** (unterstützt u. a. durch die KVen oder medizinische Fachgesellschaften) könnte Ärzt*innen und Patient*innen dafür sensibilisieren, dass die damit einhergehende Überversorgung das Gesundheitssystem belastet und jeder Einzelne dazu beitragen kann, verfügbare Personalressourcen für evidenzbasierte, qualitätsgesicherte, medizinisch notwendige Behandlungen freizumachen.

535. Angebotsinduzierte Nachfrage, die zu einer nicht bedarfsgerechten, ineffizienten Inanspruchnahme führt, beschränkt sich aber nicht nur auf den IGeL-Markt, sondern findet auch bei **Regelleistungen** statt. So thematisieren z. B. die AWMF und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in ihren Transparenzkampagnen zum Thema „Klug entscheiden“ das Problem der Überversorgung trotz vorhandener, gegenteiliger Evidenz. Die Kampagne soll dazu beitragen, dass unnötige Eingriffe oder Therapien in der Medizin durch eine Verbesserung der Indikationsqualität unterlassen werden (Gamstätter et al. 2024). Darüber hinaus ergeben sich, u. a. abgeleitet aus einer großen regionalen Heterogenität, Hinweise auf Präferenzen der Ärzt*innen im Sinne einer angebotsinduzierten Indikationsstellung, z. B. bei Wirbelsäulenoperationen (Tesch et al. 2022). Von vielen Fachgesellschaften gibt es ausgearbeitete Empfehlungen, welche Leistungen nicht durchgeführt werden sollen, beispielsweise auch vonseiten der AWMF (AWMF 2020). Von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) gibt es sogar eine eigene Leitlinie zu „Schutz vor Über- und Unterversorgung“ (DEGAM 2023).

Im ambulanten Bereich sind relevante Beispiele für angebotsinduzierte Leistungen u. a. das unsystematische Bestimmen von Laborparametern bei symptomlosen Patient*innen, aber auch die primäre Inanspruchnahme von Fachspezialist*innen, z. B. von Orthopäd*innen bei unkomplizierten Rückenschmerzen oder von Neurolog*innen bei einfachen Kopfschmerzen.

5.3.7 Reduzierung medizinisch nicht notwendiger Arzt-Patienten-Kontakte

536. Eine Belastung von Arztpraxen ohne medizinischen Mehrwert für die Patient*innen besteht in Arztkontakten ausschließlich zur Ausstellung einer **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** bei Bagatellerkrankungen. Im Hinblick auf eine Entlastung der personellen Ressourcen befürwortet der Rat daher die im Dezember 2023 eingeführte Möglichkeit einer Krankschreibung nach telefonischem Patientenkontakt und empfiehlt eine begleitende Evaluation dieser Maßnahme (Die Bundesregierung 2023).

537. Gemäß **Entgeltfortzahlungsgesetz** (EntgFG) muss in Deutschland eine AU nach drei Krankheitstagen vorgelegt, kann jedoch vom Arbeitgeber ohne Begründung auch bereits ab dem ersten Krankheitstag verlangt werden. Dieses Recht auf eine vorzeitige Vorlage der AU führt zu einer Belastung von Arztpraxen bei Bagatellerkrankungen, die keiner ärztlichen Behandlung bedürfen. Der

Rat befürwortet daher das Einführen „echter Karenztage“, d. h. eine Änderung des EntgFG, welches kein Recht der Arbeitgeber*innen zur vorzeitigen Vorlage einer AU mehr vorsieht.

538. Für den Anspruch auf **Kinderkrankengeld** ist zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung ein ärztliches Attest bereits ab dem ersten Krankheitstag vorzulegen, was gerade im Hinblick auf die vielen grippalen Infekte im Kleinkindalter die kinderärztlichen Praxen vor allem im Winter massiv belastet. Daher unterstützt der Rat Ideen, wonach auch für Kinder erst nach dem dritten Krankheitstag ein ärztliches Attest vorzulegen ist.

5.4 Inanspruchnahme und Indikationsqualität

539. Der Bedarf an Fachkräften richtet sich nach der tatsächlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diese sollte zielgerichtet und qualitätsgesichert erfolgen, damit der akute Bedarf möglichst effizient adressiert und ein zusätzlicher oder zukünftiger Bedarf vermieden werden kann. Optimalerweise stellt eine Inanspruchnahme gleichsam die abschließende Klärung des Anlasses der Konsultation dar. Um eine zielgerichtete und qualitativ hochwertige Inanspruchnahme zu erzielen und damit den Bedarf an Fachkräften zu reduzieren, sind verschiedene Maßnahmen empfehlenswert, die im Folgenden sowie darüber hinausgehend in Kapitel 6 dargestellt werden.

5.4.1 Selbstmanagementkompetenz

540. Eine hohe Gesundheitskompetenz steht auch in direktem Zusammenhang mit einem verbesserten **Selbstmanagement** von Erkrankungen. Selbstmanagement steht wiederum in Beziehung zur Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen und somit auch dem Bedarf an Fachkräften. So werden in der Literatur für entsprechende Schulungen zu Krankheitsbildern – wie Herz- und Lungenerkrankungen, Schlaganfälle und Diabetes – positive Effekte auf die Anzahl an Arztbesuchen, Vorstellungen in der Notaufnahme oder die Dauer von Krankenhausaufenthalten beschrieben (Hodkinson et al. 2020; Lederle et al. 2017; Whitehouse et al. 2021). Vor diesem Hintergrund werden z. B. in der nationalen Versorgungsleitlinie für Diabetes mellitus Typ 2 zielgruppen- und themenspezifische Schulungsangebote für alle Patient*innen als unverzichtbarer Therapiestandteil beschrieben (Abholz et al. 2014). Daher sollten Schulungen zur Verbesserung der Selbstmanagementkompetenz bei chronischen Erkrankungen stärker gefördert und nach entsprechender Evaluation in den Regelleistungskatalog aufgenommen werden, um die Inanspruchnahme zu senken und Fachkräfte des Gesundheitssystems zu entlasten.

541. Auch **Digitale Gesundheitsanwendungen** (DiGAs), beispielsweise zur Unterstützung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen, zur Therapieunterstützung u. a. bei psychischen Erkrankungen oder zur Kontrolle von Symptomen, können das Potenzial haben, Arztkontakte zu reduzieren und damit ärztliche Personalressourcen zu sparen. Die Evidenz zur Wirksamkeit entsprechender Anwendungen ist jedoch heterogen (Fleming et al. 2020). Übersichtsarbeiten zeigen – ebenfalls für Diabetes mellitus Typ 2 –, dass Selbstmanagement-Anwendungen relevante Effekte auf klinische Parameter (etwa den Langzeitblutzuckerwert) haben können, wenn sie edukative Komponenten enthalten und eine regelmäßige Interaktion zwischen Patient*innen und Ärzt*innen auf Basis der durch die Patient*innen selbst erhobenen Werten ermöglichen. Im Hinblick

auf die Inanspruchnahme bergen diese und ähnliche Erkenntnisse¹³⁸ zwar die Gefahr einer höheren Arbeitsbelastung für Ärzt*innen. Allerdings zeigen die Ergebnisse der bereits genannten Übersichtsarbeiten eine Wirksamkeit digitaler Anwendungen insbesondere bei Patient*innen mit schlecht eingestelltem Langzeitblutzuckerwert, die ohne engmaschiges, digital unterstütztes Monitoring möglicherweise vermehrt Notfälle generieren und unter Langzeitfolgen einer schlecht eingestellten Medikation leiden würden. Zukünftig könnten auch KI-gestützte Entscheidungsunterstützungssysteme dazu beitragen, dass entsprechende Funktionen innerhalb digitaler Anwendungen schon bald Empfehlungen für das Selbstmanagement geben und so ebenfalls Ärzt*innen entlasten (Shortliffe/Sepúlveda 2018). Studien zeigen die hohe Akzeptanz solcher Systeme, sofern diese einen offensichtlichen Nutzen, etwa in Form einer Zeitersparnis, bringen und als einfach zu bedienen eingeschätzt werden (Harst et al. 2019).

542. Das besondere Potenzial digitaler Anwendungen besteht darin, dass diese Anwendungen aufgrund ihres modularen Aufbaus gezielt auf einzelne Patientengruppen zugeschnitten werden können (Holmen et al. 2017). Damit erfüllen sie zentrale Anforderungen an Schulungsprogramme für chronisch kranke Patient*innen (Haas et al. 2012).

In diesem Kontext kommt der **ePA** eine besondere Rolle zu, da die gebündelten persönlichen Gesundheitsdaten einer Person als ideale Basis für zugeschnittene Schulungsinhalte und regelmäßige Erinnerungen für das Selbstmanagement, etwa hinsichtlich des Messens von Vitalparametern und der Medikamenteneinnahme, dienen könnten (Mitchell/Begoray 2010).

543. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alle DiGAs gleichermaßen nützlich sind. Für zahlreiche der bereits dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis¹³⁹ aufgenommenen Anwendungen besteht laut Kolominsky-Rabas et al. (2022) bisher kein ausreichender Nutznachweis. Der Rat empfiehlt daher, die **Anforderungen an den Nutznachweis von DiGAs niedrigerer Risikoklassen** zur vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis erstattungsfähiger DiGAs im Rahmen des Fast-Track-Verfahrens des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nach § 139e SGB V zu erhöhen. Nur DiGAs mit einem wissenschaftlich nachgewiesenen patientenrelevanten Nutzen für die medizinische Versorgung, der die Opportunitätskosten überwiegt, können auch einen Nutzen für die Fachkräftesituation entfalten (siehe hierzu SVR 2021).

544. Auch die personellen Ressourcen in der **Langzeitpflege** können potenziell durch digitale Pflegeanwendungen (DiPAs), Ambient Assisted Living (AAL) und Künstliche Intelligenz (KI) entlastet werden, u. a. indem diese die häusliche Versorgungssituation von Pflegebedürftigen erleichtern. So können insbesondere **technologische Hilfsmittel** zu einer längeren Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld beitragen oder das Ausmaß der Unterstützung durch Fachkräfte reduzieren. Bisher gibt es wenig Evidenz zur praktischen Relevanz und Anwendbarkeit von KI-Systemen mit Setting-spezifischen Anforderungen in der Pflege (Seibert et al. 2021). Daher ist zunächst entsprechende Forschung zu fördern.

¹³⁸ Beispielsweise zeigen auch Studien zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz, dass dabei – bis zum sicheren Einsatz von KI auf diesem Gebiet – zusätzliches Personal benötigt wird, um die eingehenden Daten zu monitoren (Haserück/Kurz 2023).

¹³⁹ Das DiGA-Verzeichnis listet die verordnungs- und erstattungsfähigen digitalen Gesundheitsanwendungen auf.

5.4.2 Indikationsqualität

545. Qualität und Angemessenheit der Patientenversorgung müssen im Mittelpunkt aller Anstrengungen im Gesundheitssystem stehen (siehe auch Kapitel 1). Der Begriff der Qualität ist dabei auf verschiedenen Ebenen zu betrachten: So impliziert dieser u. a. die Qualität der Indikation (nicht nur bei elektiven Eingriffen, sondern auch bei Laboruntersuchungen, Bildgebung, Überweisung, etc.) (Dörries 2019). Hierbei kann gute Qualität auch darin bestehen, dass Untersuchungen und Therapien bewusst nicht durchgeführt werden (Hasenfuß et al. 2016; Richter-Kuhlmann 2015; zur Kampagne „Klug entscheiden“ siehe Textziffer 535). Die Frage der Indikationsqualität muss daher zukünftig auch in Leitlinien stärker thematisiert werden, so wie bereits jetzt in der S3-Leitlinie „Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (AWMF 2021). Zusätzlich sollten geeignete Instrumente eingeführt werden, um Anreize für eine hohe Indikationsqualität zu setzen.

546. Im Hinblick auf die Nachfrage und den Einsatz von Personal nimmt die Qualität der Versorgung eine zentrale Rolle ein. So kann qualitativ hochwertige Medizin durch ein schnelles Erkennen und eine gezielte Intervention die Effizienz einer Behandlung verbessern und hierdurch personelle Ressourcen schonen. Eine hohe Qualität und Patientensicherheit kann darüber hinaus auch Folgebehandlungen reduzieren, z. B. durch weniger Nebenwirkungen, das Verhindern des Fortschreitens einer Erkrankung oder von Folgeerkrankungen. Des Weiteren soll eine sichere, qualitativ hochwertige Behandlung medizinisch nicht notwendigen oder nicht evidenzbasierten Untersuchungen und Therapien und somit einer Über- und Fehlversorgung vorbeugen (siehe auch Abschnitt 5.3.6). Beispiele einer entsprechenden Überversorgung sind bildgebende Verfahren, z. B. bei unkomplizierten Rückenschmerzen. Zur weiteren Erörterung der Indikationsqualität siehe auch Kapitel 6.

5.5 Zusammenfassung der Empfehlungen

547. Zur Verminderung der Nachfrage nach und des Bedarfs an Gesundheitsleistungen und somit Fachkräften sollen die Primärprävention und Gesundheitsförderung durch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention gefördert werden. Des Weiteren sind sekundäre Präventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Unterschiede der Teilhabe zu fördern.

548. Bei allen Präventionsmaßnahmen ist stets das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Sinne der einzusetzenden Fachkräfte zu beachten und die Evidenz von Maßnahmen zu prüfen.

549. Als Beispiel einer effektiven Maßnahme der Verhältnisprävention empfiehlt der Rat die Einführung einer spezifischen Verbrauchssteuer auf zuckerhaltige Getränke in Verbindung mit einer Absenkung der Mehrwertsteuer auf Obst und Gemüse. Aber auch bestehende Strukturen, wie das Potenzial der Arbeitsmedizin zur Gesundheitsförderung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten, sollten gestärkt und umfassender genutzt werden.

550. Die Förderung von Gesundheit ist als gesamtpolitische Aufgabe zu verstehen und muss in allen Politikbereichen, im Sinne von „Health in All Policies“, berücksichtigt werden. Dieser Ansatz sollte zukünftig stärker umgesetzt werden. Eine Schlüsselrolle sollte das Bundesinstitut für

Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) einnehmen, das hierfür berufsgruppen-, sektoren- und ressortübergreifend angebunden und vernetzt sein sollte.

551. Der Rat empfiehlt Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz über die gesamte Lebensspanne hinweg und in verschiedenen Settings stärker zu fördern und die Interventionsforschung in diesem Bereich zu stärken. Hierfür sollte ein zentrales, durch eine Bundesinstitution betriebenes Informationsportal eingerichtet werden. Gleichzeitig ist neben entsprechenden zielgruppenspezifischen, transparenten Informationskampagnen auch der Verbreitung von Fehl- und Desinformation entschieden entgegenzuwirken; dies sollte eine künftige Aufgabe des BIPAM sein.

552. Die Kommunikation im Gesundheitssystem ist auf verschiedenen Ebenen zu stärken, um (personelle) Ressourcen zu sparen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Insbesondere muss eine strukturierte Kommunikation zwischen dem beitragsfinanzierten und dem ÖGD-System etabliert werden. Dies erfordert die Etablierung einer funktionierenden sektorenübergreifenden IT-Infrastruktur mit einer ePA, auf die Patient*innen und alle an der Patientenversorgung beteiligten Leistungserbringer zugreifen können.

553. Der Rat empfiehlt zudem, das Potenzial der ePA zur Verbreitung zielgruppenspezifischer Gesundheitsinformationen und individueller Schulungsinhalte zum Selbstmanagement zu nutzen.

554. Zur Förderung des Selbstmanagements sind zudem ggf. DiGAs geeignet. Der Rat empfiehlt jedoch, die Anforderungen an den Nutznachweis von DiGAs niedrigerer Risikoklassen zur vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis erstattungsfähiger DiGAs zu erhöhen, sodass diese nur bei wissenschaftlich nachgewiesenem, patientenrelevantem Nutzen eingesetzt werden. Technologische Hilfsmittel und KI können die personelle Nachfrage in der Langzeitpflege reduzieren. Auch hier ist die Evidenz zu prüfen und entsprechende Forschung zu fördern.

555. Der Rat plädiert dafür, die vorhandenen personellen Ressourcen auf medizinisch notwendige Leistungen zu konzentrieren und nicht evidenzbasierte, nicht indizierte und/oder angebotsinduzierte Leistungen (z. B. einige IGeL), deutlich zu reduzieren. So ist konsequent über Risiken von IGeL und nicht indizierten Regelleistungen sowie deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu informieren.

556. Weiterhin ist anzustreben, dass die Prüfungen der Sprechstundenzeit, die ein/eine Vertragsarzt/Vertragsärztin mindestens für die Versorgung von Versicherten gemäß seiner/ihrer Zulassung zur Verfügung stehen muss, zukünftig unter Einbindung der Kassen nach verbindlich bundesweit geltenden Vorgaben durchgeführt werden.

557. Zur Reduktion personalintensiver Phasen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit empfiehlt der Rat die Intensivierung der Bemühungen zur Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie die Entwicklung einer kohärenten Strategie zur flächendeckenden wirksamen rehabilitativen Versorgung von geriatrischen Patient*innen.

558. Pflegende Angehörige sollten bei der Erbringung informeller Pflege stärker unterstützt und Pflegeberatungsangebote sollten ausgebaut, verzahnt und in ihrem Angebot stärker systematisiert und vereinheitlicht werden.

559. Ziel aller Bemühungen muss das Schaffen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung hoher Qualität sein. Dies impliziert auch die Qualität der Indikationsstellung. Eine hohe Qualität der

Versorgung zur Verhinderung einer Über-, Unter- und Fehlversorgung ist daher – sowohl aus ethischer Perspektive als auch im Hinblick auf die Situation der Fachkräfte – notwendig.

5.6 Literatur

- Abholz, H. H., Egidi, E., Gries, F. A., Haller, N., Khan, C., Landgraf, R. et al. (2014): Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes (Teil 2). *Diabetologie und Stoffwechsel* 9(04): 241–299.
- Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover (2005): Das DISCERN-Instrument. Hintergrund. URL: www.discern.de/hintergrund.htm, zuletzt aktualisiert am 08.05.2005 (abgerufen am 07.03.2024).
- Andreyeva, T., Marple, K., Marinello, S., Moore, T. E. und Powell, L. M. (2022): Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 5(6): e2215276.
- Angele, S. und Calero, C. (2019): Stärkung präventiver Potenziale in der Pflegeberatung. *Bundesgesundheitsbl* 62(3): 320–328.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2020): Manual Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden. Version 1.3, 2020. Unter Mitarbeit von Ad hoc Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2021): Evidenz- und konsensbasierte Indikationskriterien zur Hüfttotalendoprothese bei Coxarthrose. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU). Version: 1.0 (24.03.2021).
- BÄK (Bundesärztekammer) (2023): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2022.
- Bamforth, R. J., Chhibba, R., Ferguson, T. W., Sabourin, J., Pieroni, D., Askin, N. et al. (2021): Strategies to prevent hospital readmission and death in patients with chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, and chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 16(4): e0249542.
- BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2022): AMR Nr. 3.3 Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge unter Berücksichtigung aller Arbeitsbedingungen und arbeitsbedingten Gefährdungen. Bekanntmachung von Arbeitsmedizinischen Regeln. *GMBI* 43, 978.
- Blotenberg, I., Hoffmann, W. und Thyrian, J. R. (2023): Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential. *Dtsch Arztebl Int* 120(27-28): 470–476.

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012): Nationales Gesundheitsziel. Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin.
- Braeseke, G., Huster, S., Pflug, C., Rieckhoff, S., Ströttchen, J., Nolting, H.-D. und Meyer-Rötz, S. H. (2018): Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen. Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. IGES Institut. Berlin.
- Brenner, H. und Mons, U. (2019): Krebs: Große Potenziale der Prävention. Dtsch Arztebl 116(4): A-132 / B-114 / C-114.
- Brenner, H., Stock, C. und Hoffmeister, M. (2014): Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. BMJ 348: g2467.
- Dahlgren, G. und Whitehead, M. (2007): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Arbeitsrapport, 14. Institute for Futures Studies. Stockholm.
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) (2023): Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie Living Guideline. AWMF-Register-Nr. 053-045LG. Berlin.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022): Öffentlicher Gesundheitsdienst: Zahl der unbefristet Beschäftigten in der Corona-Pandemie bis Ende 2021 um 14 % gestiegen. Pressemitteilung Nr. 260 vom 22. Juni 2022.
- DeWalt, D. A. und Hink, A. (2009): Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. Pediatrics 124 Suppl 3: 265-74.
- DGAUM (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin) (2024): Was ist Arbeitsmedizin? URL: www.dgaum.de/themen/arbeitsmedizin/ (abgerufen am 31.01.2024).
- Die Bundesregierung (2023): Bei leichten Erkrankungen – Telefonische Krankschreibung wieder möglich. URL: www.bundesregierung.de/breg-de/themen/arbeit-und-soziales/telefonische-krankschreibung-1800026 (abgerufen am 07.03.2024).
- Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H. und Liu, C. (2023): Effectiveness of Digital Health Literacy Interventions in Older Adults: Single-Arm Meta-Analysis. J Med Internet Res 25: e48166.
- Dörries, A. (2019): Indikationsqualität. Konzeption und professionsethische Implikationen. Gesundheitswesen 81(8/9): 584–589.
- Drews, M. und Reiners, N. (2023): IGeL-Report 2023. Ergebnisse der Versichertenbefragung. aserto und Medizinischer Dienst Bund.

- Elmunzer, B. J., Singal, A. G., Sussman, J. B., Deshpande, A. R., Sussman, D. A., Conte, M. L. et al. (2015): Comparing the effectiveness of competing tests for reducing colorectal cancer mortality: a network meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 81(3): 700–709.e3.
- Emmert-Fees, K. M.F., Amies-Cull, B., Wawro, N., Linseisen, J., Staudigel, M., Peters, A. et al. (2023): Projected health and economic impacts of sugar-sweetened beverage taxation in Germany: A cross-validation modelling study. *PLoS Med* 20(11): e1004311.
- Fleckenstein, J. und Frick, J. (2020): OSKAR. Onkologisches Social Care Projekt der BKK. Abschlussbericht. pronova BKK.
- Fleming, G. A., Petrie, J. R., Bergenstal, R. M., Holl, R. W., Peters, A. L. und Heinemann, L. (2020): Diabetes Digital App Technology: Benefits, Challenges, and Recommendations. A Consensus Report by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the American Diabetes Association (ADA) Diabetes Technology Working Group. *Diabetes Care* 43(1): 250–260.
- Flynn, J. (2023): Do sugar-sweetened beverage taxes improve public health for high school aged adolescents? *Health Econ* 32(1): 47–64.
- Freĵian, A. M., Graf, P., Kirchhoff, S., Glinphratum, G., Bollweg, T. M., Sauzet, O. und Bauer, U. (2021): The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Public Health* 66: 1604072.
- Gamstätter, T., Müller, K.-M., Schellong, S. und Hallek, M. (2024): Klug entscheiden – eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. In: *Transparenz im Gesundheitswesen. Vertrauen. Wissen. Partizipation.* MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin: 137–144.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024): Früherkennung von Krankheiten. URL: www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/ (abgerufen am 07.03.2024).
- GKV-Spitzenverband (2024): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung. Leistungsausgaben insgesamt.
- GKV-Spitzenverband und MD (Medizinischer Dienst Bund) (2023): Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. Berlin.
- Gracner, T., Marquez-Padilla, F. und Hernandez-Cortes, D. (2022): Changes in Weight-Related Outcomes Among Adolescents Following Consumer Price Increases of Taxed Sugar-Sweetened Beverages. *JAMA Pediatr* 176(2): 150–158.

- Grant, M. (2019): Planning for Healthy Cities. In: Nieuwenhuijsen, M. und Khreis, H. (Hrsg.): Integrating Human Health into Urban and Transport Planning. A Framework. Springer International Publishing, Cham: 221–250.
- Groeneveld, I. F., van Wier, M. F., Proper, K. I., Bosmans, J. E., van Mechelen, W. und van der Beek, A. J. (2011): Cost-effectiveness and cost-benefit of a lifestyle intervention for workers in the construction industry at risk for cardiovascular disease. *J Occup Environ Med* 53(6): 610–617.
- Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C. E., Duker, P., Edwards, L. et al. (2012): National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Educ* 38(5): 619–629.
- HaGani, N., Surkalim, D. L., Clare, P. J., Merom, D., Smith, B. J. und Ding, D. (2023): Health Care Utilization Following Interventions to Improve Social Well-Being. *JAMA Netw Open* 6(6): e2321019.
- Harst, L., Lantzsch, H. und Scheibe, M. (2019): Theories Predicting End-User Acceptance of Telemedicine Use: Systematic Review. *J Med Internet Res* 21(5): e13117.
- Hartung, S. und Rosenbrock, R. (2022): Settingansatz–Lebensweltansatz. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz/ (abgerufen am 07.03.2024).
- Hasenfuß, G., Märker-Hermann, E., Hallek, M. und Fölsch, U. R. (2016): Klug entscheiden in der Inneren Medizin. *Internist (Berl)* 57(6): 521–526.
- Haserück, A. und Kurz, C. (2023): Telemonitoring: Digitaler Lebensretter. *Dtsch Arztebl* 120(49): A-2073 / B-1761.
- Haserück, A., Kurz, C. und Martin, M. (2024): Gesundheitskompetenz. Potenzial nutzen und Ressourcen sparen. *Dtsch Arztebl* 121(1): A-10 / B-8.
- Hodkinson, A., Bower, P., Grigoroglou, C., Zghebi, S. S., Pinnock, H., Kontopantelis, E. und Panagioti, M. (2020): Self-management interventions to reduce healthcare use and improve quality of life among patients with asthma: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 370: m2521.
- Hoebel, J., Richter, M. und Lampert, T. (2013): Social status and participation in health checks in men and women in Germany: results from the German Health Update (GEDA), 2009 and 2010. *Dtsch Arztebl Int* 110(41): 679–685.
- Holmen, H., Wahl, A. K., Cvancarova Småstuen, M. und Ribu, L. (2017): Tailored Communication Within Mobile Apps for Diabetes Self-Management: A Systematic Review. *J Med Internet Res* 19(6): e227.
- IGeL Monitor (2017): Rheologische Infusionstherapie beim Hörsturz. Evidenz ausführlich. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. Essen.

- IGeL Monitor (2020): Transvaginaler Ultraschall zur Früherkennung eines Ovarialkarzinoms. Evidenz ausführlich. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. Essen.
- IGeL Monitor (2024): Grundsätze unserer Bewertung (Methodik). URL: www.igel-monitor.de/wie-wir-arbeiten/bewertungsgrundsaeetze.html (abgerufen am 07.03.2024).
- Janßen, H. (2018): Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege. Abschlussbericht. Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie. Bremen.
- KBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) und BZÄK (Bundeszahnärztekammer) (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). 1. Aufl. Berlin, Köln.
- Kelly, S., Martin, S., Kuhn, I., Cowan, A., Brayne, C. und Lafortune, L. (2016): Barriers and Facilitators to the Uptake and Maintenance of Healthy Behaviours by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review. *PloS One* 11(1): 1-26.
- Khare, S., Hajat, S., Kovats, S., Lefevre, C. E., Bruin, W. B. de, Dessai, S. und Bone, A. (2015): Heat protection behaviour in the UK: results of an online survey after the 2013 heatwave. *BMC Public Health* 15: 878.
- Klatt, M. D., Sieck, C., Gascon, G., Malarkey, W. und Huerta, T. (2016): A healthcare utilization cost comparison between employees receiving a worksite mindfulness or a diet/exercise lifestyle intervention to matched controls 5 years post intervention. *Complement Ther Med* 27: 139–144.
- Köckler, H. und Geene, R. (2022): Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. URL: leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheits-in-allen-politikfeldern-health-in-all-policies-hiap/#:~:text=Zusammenfassu (abgerufen am 07.03.2024).
- Kolominsky-Rabas, P. L., Tauscher, M., Gerlach, R., Perleth, M. und Dietzel, N. (2022): Wie belastbar sind Studien der aktuell dauerhaft aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)? Methodische Qualität der Studien zum Nachweis positiver Versorgungseffekte von DiGA. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 175: 1–16.
- Laxy, M. (2023): Gesundheitspolitik: Steuer auf zuckergesüßte Getränke. *Wirtschaftsdienst* 103(12): 797.
- Lederle, M., Weltzien, D. und Bitzer, E. M. (2017): Führt die Steigerung von Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement zu einer angemesseneren Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen? *Gesundheitswesen* 79(8/9): 656–804.
- Leider, J., Oddo, V. M. und Powell, L. M. (2021): A Review of the Effects of U.S. Local Sugar-Sweetened Beverage Taxes on Substitution to Untaxed Beverages and Food Items. Policy, Practice and Research Centre, University of Illinois Chicago Research Brief (123): 1–4.

- Liang, P., Wacker, K., Schlunck, G., Agostini, H., Raffelhüschen, B., Reinhard, T. und Bucher, F. (2023): Die wirtschaftliche Bedeutung von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Augenheilkunde über die Zeit: Umfrageergebnisse aus 2010 und 2020. *Ophthalmologie* 120(4): 390–399.
- Madrigano, J., Lane, K., Petrovic, N., Ahmed, M., Blum, M. und Matte, T. (2018): Awareness, Risk Perception, and Protective Behaviors for Extreme Heat and Climate Change in New York City. *Int J Environ Res Public Health* 15(7): 1433.
- Magnussen, C., Ojeda, F. M., Leong, D. P., Alegre-Diaz, J., Amouyel, P., Aviles-Santa, L. et al. (2023): Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med* 389(14): 1273–1285.
- Malambo, P., Kengne, A. P., Villiers, A. de, Lambert, E. V. und Puoane, T. (2016): Built Environment, Selected Risk Factors and Major Cardiovascular Disease Outcomes: A Systematic Review. *PLoS One* 11(11): e0166846.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M. und Geddes, I. (2010): Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England. London.
- Martins, C., Godycki-Cwirko, M., Heleno, B. und Brodersen, J. (2018): Quaternary prevention: reviewing the concept. *Eur J Gen Pract* 24(1): 106–111.
- Mitchell, B. und Begoray, D. (2010): Electronic Personal Health Records That Promote Self-Management in Chronic Illness. *Online J Issues Nurs* 15(3).
- Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Basagaña, X., Cirach, M., Cole-Hunter, T., Dadvand, P. et al. (2017): Health impacts related to urban and transport planning: A burden of disease assessment. *Environ Int* 107: 243–257.
- Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Salmon, M., Martinez, D., Ambros, A., Brand, C. et al. (2018): Health impact assessment of cycling network expansions in European cities. *Prev Med* 109: 62–70.
- Nationales Gesundheitsportal: Ministerium legt Berufung gegen Urteil ein. *aerzteblatt.de*, 09.08.2023. URL: www.aerzteblatt.de/nachrichten/145127/Nationales-Gesundheitsportal-Ministerium-legt-Berufung-gegen-Urteil-ein (abgerufen am 07.03.2024).
- Nef, H. M., Achenbach, S., Birkemeyer, R., Bufe, A., Dörr, O., Elsässer, A. et al. (2021): Manual der Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie (AGIK) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK). *Kardiologie* 15(4): 370–403.
- Pan, J., Xin, L., Ma, Y.-F., Hu, L.-H. und Li, Z.-S. (2016): Colonoscopy Reduces Colorectal Cancer Incidence and Mortality in Patients With Non-Malignant Findings: A Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 111(3): 355–365.

- Petrovic, D., Mestral, C. de, Bochud, M., Bartley, M., Kivimäki, M., Vineis, P. et al. (2018): The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Prev Med* 113: 15–31.
- Poppe, F., Kuhn, J. und Starke, D. (2016): Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland. *Blickpunkt öffentliche Gesundheit* 32(3): 8.
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K. und Warady, B. (2015): Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *Int J Health Policy Manag* 4(11): 747–755.
- Rémillard-Boillard, S., Buffel, T. und Phillipson, C. (2020): Developing Age-Friendly Cities and Communities: Eleven Case Studies from around the World. *Int J Environ Res Public Health* 18(1): 133.
- Reyes-Riveros, R., Altamirano, A., La Barrera, F. de, Rozas-Vásquez, D., Vieli, L. und Meli, P. (2021): Linking public urban green spaces and human well-being: A systematic review. *Urban Forestry & Urban Greening* 61: 127105.
- Ribeiro, S. M., Basso, M. B., Massignan, C. und Leal, S. C. (2023): Playful educational interventions in children and adolescents' health literacy: a systematic review. *Health Promot Int* 38(4): daad089.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015): Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun. *Dtsch Arztebl* 112(44): A-1810 / B-1496 / C-1460.
- Rogers, N. T., Conway, D. I., Mytton, O., Roberts, C. H., Rutter, H., Sherriff, A. et al. (2023a): Estimated impact of the UK soft drinks industry levy on childhood hospital admissions for carious tooth extractions: interrupted time series analysis. *BMJ Nutr Prev Health* 6(2): 243–252.
- Rogers, N. T., Cummins, S., Forde, H., Jones, C. P., Mytton, O., Rutter, H. et al. (2023b): Associations between trajectories of obesity prevalence in English primary school children and the UK soft drinks industry levy: An interrupted time series analysis of surveillance data. *PLoS Med* 20(1): e1004160.
- Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A. und Dreyer, B. (2009): Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 163(2): 131–140.
- Sari, N. (2011): Exercise, physical activity and healthcare utilization: A review of literature for older adults. *Maturitas* 70(3): 285–289.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., Sombre, S. de et al. (2021): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie. Ergebnisse des HLS-GER 2. Universität Bielefeld. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. Bielefeld.
- Schaeffer, D., Griese, L. und Klinger, J. (2024): Navigationale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Gesundheitswesen* 86(1): 59–66.

- Seibert, K., Domhoff, D., Bruch, D., Schulte-Althoff, M., Fürstenau, D., Biessmann, F. und Wolf-Ostermann, K. (2021): Application Scenarios for Artificial Intelligence in Nursing Care: Rapid Review. *J Med Internet Res* 23(11): e26522.
- Shortliffe, E. H. und Sepúlveda, M. J. (2018): Clinical Decision Support in the Era of Artificial Intelligence. *JAMA* 320(21): 2199–2200.
- Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2024): Gesundheitsberichterstattung. 3.57 Befunde bei Schulaufnahmeuntersuchungen in Sachsen im Schuljahr 2022/2023.
- Steinbeisser, K., Schwarzkopf, L., Schwettmann, L., Laxy, M., Grill, E., Rester, C. et al. (2022): Association of physical activity with utilization of long-term care in community-dwelling older adults in Germany: results from the population-based KORA-Age observational study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 19(1): 102.
- Stiftung Gesundheit (2024): Unser Zertifizierungsprogramm. Geprüfte Ratgeber und Websites zu Gesundheitsthemen. URL: www.stiftung-gesundheit.de/zertifizierung/ (abgerufen am 07.03.2024).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Hogrefe. Göttingen.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. MWV Verlag. Berlin.
- Teng, A. M., Jones, A. C., Mizdrak, A., Signal, L., Genç, M. und Wilson, N. (2019): Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 20(9): 1187–1204.
- Tesch, F., Lange, T., Dröge, P., Günster, C., Flechtenmacher, J., Lembeck, B. et al. (2022): Indication for spinal surgery: associated factors and regional differences in Germany. *BMC Health Serv Res* 22(1): 1109.
- Urteil gegen Nationales Gesundheitsportal aufgehoben. aerzteblatt.de, 08.02.2024. URL: www.aerzteblatt.de/nachrichten/149168/Urteil-gegen-Nationales-Gesundheitsportal-aufgehoben (abgerufen am 07.03.2024).
- Visscher, B. B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J. M., Devillé, W., van der Heide, I. und Rademakers, J. (2018): Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health* 18(1): 1414.

- WBAE (Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz beim BMEL) (2020): Politik für eine nachhaltigere Ernährung: Eine integrierte Ernährungspolitik entwickeln und faire Ernährungsumgebungen gestalten. Berlin.
- Whitehouse, C. R., Haydon-Greatting, S., Srivastava, S. B., Brady, V. J., Blanchette, J. E., Smith, T. et al. (2021): Economic Impact and Health Care Utilization Outcomes of Diabetes Self-Management Education and Support Interventions for Persons With Diabetes: A Systematic Review and Recommendations for Future Research. *Sci Diabetes Self Manag Care* 47(6): 457–481.
- WHO (World Health Organization) (2022): WHO manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets. Genf.
- WHO/Europa (World Health Organization, Regional Office for Europe) (2022): Sugar-sweetened beverage taxes in the WHO European Region: success through lessons learned and challenges faced.
- Wolff, J. K., Pflug, C., Rellecke, J., Rieckhoff, S., Dehl, T. und Nolting, H.-D. (2020): Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI. Abschlussbericht für den GKV-Spitzenverband. IGES Institut. Berlin.
- World Bank Group (2023): Global SSB Tax Database. URL: ssbtax.worldbank.org/ (abgerufen am 05.03.2024).
- Wrase, M. (2020): Probleme und Lösungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) aus Patientenperspektive. *GuP - Gesundheit und Pflege* 10(2): 57–63.

6 Strukturelle Maßnahmen

560. Zur Überwindung des Fachkräftemangels wird in Politik und Öffentlichkeit oftmals auf Maßnahmen fokussiert, die von den aktuell verfügbaren Versorgungskapazitäten und dem hierbei zu stillenden Personalbedarf ausgehen, z. B. Erhöhung der Ausbildungskapazitäten für Pflegefachpersonen (Pflegepersonalstärkungsgesetz). Wie der Rat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2023 hervorgehoben hat, sind diese Maßnahmen wichtig, werden jedoch nicht ausreichen, um genügend Personal zur nachhaltigen Deckung dieses Bedarfs zu rekrutieren. Anderen Ländern folgend, sollte die Gesundheitspolitik daher das Ziel der Reallokation der knappen Personalressourcen im Sinne einer bedarfsgerechten und humanressourcenschonenden Versorgung – unter Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (siehe hierzu auch Kapitel 5) – in den Mittelpunkt der Reformbemühungen stellen. In den nächsten Jahren muss und wird der Transformationsprozess in der Gesundheitsversorgung insgesamt vorangetrieben werden, vor allem auch zur Reduktion des Fachkräftebedarfs im stationären Sektor, welche wiederum die Rekrutierung von Personal für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung erleichtern kann. Ein zentraler Hebel ist dabei die Reduktion der stationären Belegungstage durch verbesserte Koordination und Ambulantisierung, u. a. auch im Zuge des Aufbaus regionaler Strukturen. Dabei weisen einige durch den Rat vorgeschlagene und seit vielen Jahren diskutierte Reformvorhaben ein besonders hohes Potenzial auf. Im Folgenden geht es u. a. darum, die grundsätzlichen Mechanismen aufzuzeigen, die von diesen strukturellen Stellschrauben zur Reduktion der Belegungstage ausgehen.

6.1 Strukturreformen in der Akut- und Primärversorgung

6.1.1 Reform der Notfallversorgung

Situation in der Notfallversorgung

561. Um nicht nur die Notaufnahmen, sondern auch die stationären Behandlungskapazitäten zu entlasten und eine bedarfsgerechtere Verteilung und Versorgung von Patient*innen zu erreichen, ist eine Reform der Notfallversorgung essenziell. Die Zahl der Fälle in den **Notaufnahmen** ist in den

Jahren 2009 bis 2019 um rund ein Drittel gestiegen.¹⁴⁰ Allerdings sanken die Zahlen während der Pandemie. Sie steigen nun wieder an, sind aber noch auf dem Niveau vom Jahr 2013 (Stillfried/Mangiapane 2023). Vom **Ärztlichen Bereitschaftsdienst** wurden im Jahr 2022 rund 22 % weniger Notfälle als im Jahr 2013 behandelt. Dies ist dadurch zu erklären, dass in den letzten Jahren ein Teil der Kontakte durch telefonische Beratungen substituiert wurde, die aber nicht als Kontakte in die Statistik einfließen (Mangiapane et al. 2023; Stillfried/Mangiapane 2023).¹⁴¹ Trotz des Rückgangs während der Pandemie wird aus Notaufnahmen von Personalmangel berichtet (Pin et al. 2022). Gleichzeitig zeigen Studien, dass viele Patient*innen in den Notaufnahmen vertragsärztlich behandelbar wären (siehe Textziffer 574).

Reformkonzept

562. Der Rat hat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 ein umfassendes Konzept für eine Reform der Notfallversorgung beschrieben (SVR 2018, siehe Abbildung 6-1), bei der Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Krankenhäuser zusammenarbeiten und sich vernetzen, um die Patient*innen koordiniert zu leiten und die Ressourcen der Notfallversorgung optimal zu nutzen. In ähnlicher Form wurde dieses auch in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung aus dem Jahr 2021 aufgenommen. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat in ihrer vierten Empfehlung konkrete Vorschläge für eine Reform der Notfall- und Akutversorgung gemacht, die sich in ihren zentralen Elementen mit den bisherigen Empfehlungen des Rates decken (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023).

¹⁴⁰ So wuchs die Zahl der ambulant versorgten Notfälle (nur GKV) in diesem Zeitraum von 8,3 Millionen auf 10,3 Millionen und die Zahl der stationär versorgten Notfälle von 6,6 Millionen auf 8,8 Millionen (Stillfried/Mangiapane 2023).

¹⁴¹ Im Jahr 2022 wurden 7,3 Millionen Notfälle vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt (Mangiapane et al. 2023).

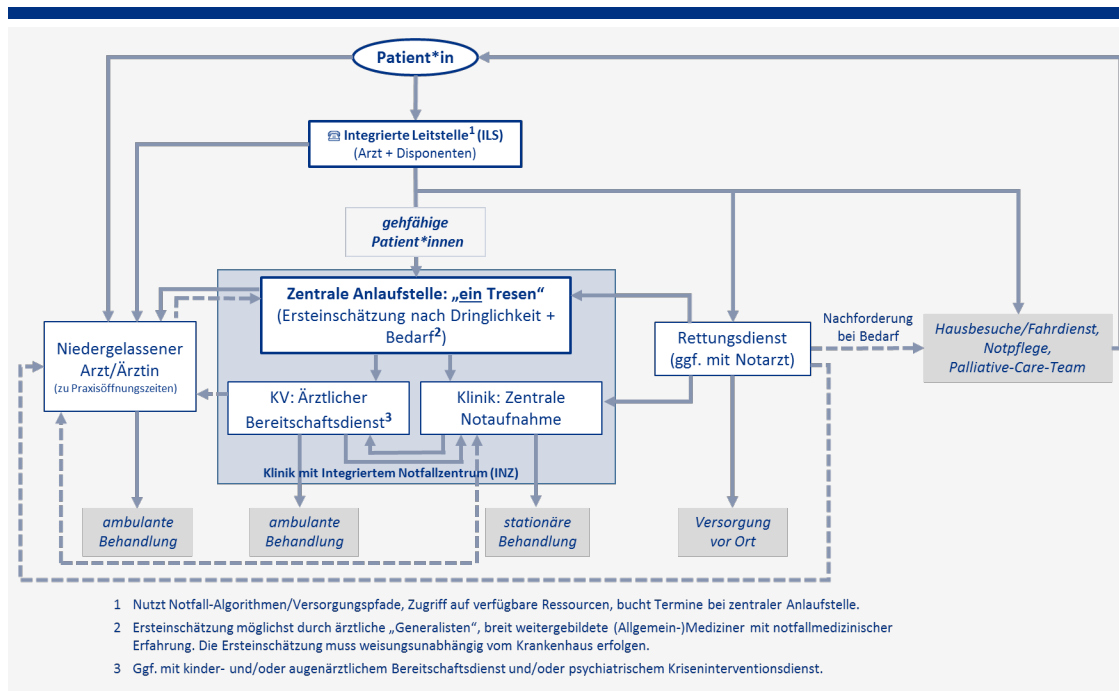


Abbildung 6-1: Ansätze zu einer künftigen vernetzten Notfallversorgung

Quelle: SVR (2018) (mit angepassten Begrifflichkeiten).

563. Ein zentrales Element des Konzeptes ist die Einrichtung **Integrierter Leitstellen (ILS)** und **Integrierter Notfallzentren (INZ)**, um die Notaufnahmen und damit die personellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu entlasten (siehe Abbildung 6-1). In den ILS sollen die Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) miteinander kooperieren, um auf Basis eines standardisierten, wissenschaftlich validierten und qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsverfahrens unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen die Dringlichkeit und den unmittelbaren Handlungsbedarf zu ermitteln und eine **Lotsefunktion in der Notfallversorgung** zu übernehmen. Hierfür sollen die Notfallrufnummer 112 (Rettungsleitstellen) und die Bereitschaftsdienstnummer 116 117 (KVen) in einer gemeinsamen oder verbundenen Leitstelle digital vernetzt und gesteuert werden (siehe hierzu Exkurs in Textziffer 564). Diese Leitstelle soll im bestmöglichen Fall den primären Zugangspunkt zur Notfallversorgung für alle Patient*innen darstellen. Auf diese Weise soll im ersten Schritt eine bedarfsgerechte Zuweisung der Patient*innen an die jeweils am besten geeignete weiterführende Versorgung (Rettungsdienst, Notarzt, Krankentransport, Notaufnahme, telemedizinische Konsultation, kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, KV-Partnerpraxis, Palliativ-Care-Team u. a.) erreicht werden, sofern die Anrufer nicht bereits telefonisch abschließend beraten werden können (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023, Seite 12 ff.; SVR 2018, Seite 582 ff.).

Exkurs: Gemeinsame Notfalleitstelle in Berlin

564. Das Land Berlin und die KV Berlin haben im Jahr 2019 eine Vereinbarung über die gemeinsame Verantwortung für die Notfallnummern 112 (Rettungsdienst) und 116 117 (ärztlicher Bereitschaftsdienst) geschlossen. Zwischen den Telefonanlagen und Einsatzleitsystemen besteht

eine ständige elektronische Schnittstelle. Diese stellt die bilaterale, vollständig automatisierte Weitergabe von Notrufgesprächen einschließlich erhobener Daten und Notrufabfrageergebnisse sicher, ohne dass ein zusätzlicher Gesprächskontakt zwischen den Leitstellen erforderlich ist.

Notrufe, die unter der Nummer 112 eingehen, bei denen sich in der standardisierten Notrufabfrage herausstellt, dass die Patient*innen besser durch die kassenärztlichen Notdienststrukturen als durch den Rettungsdienst versorgt werden können, werden rund um die Uhr elektronisch an die Leitstelle des ärztlichen Bereitschaftsdienstes weitergegeben. Von täglich durchschnittlich ca. 2 300 Hilfeersuchen am Notruf 112 (davon 1 164 Einsätze mit Fokus auf medizinischen Notfällen und 121 Einsätze mit Fokus auf der technischen Hilfeleistung bzw. dem Brandschutz) werden bis zu 160 Hilfeersuche an die Leitstelle des ärztlichen Bereitschaftsdienstes weitergeleitet (Breuer et al. 2022, Seite 3 ff.).

In der Leitstelle des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgt zunächst die softwaregestützte, standardisierte Nachtriage mit der bundeseinheitlichen Software „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“ (SmED). Je nach medizinischem Bedarf werden die Hilfesuchenden von dieser Leitstelle an einen telemedizinischen Beratungsarzt (ca. 25 %), den KV-ärztlichen Hausbesuchsdienst (ca. 25 %), einen privaten Krankentransport (ca. 7 %) oder zur Versorgung in einer vertragsärztlichen Praxis beziehungsweise KV-Notfallpraxis (ca. 40 %) weitergeleitet. Rund 3 % der von der 112 an die 116 117 weitergegebenen Hilfesuche müssen aufgrund einer in der SmED-Nachtriage festgestellten höheren Dringlichkeit oder fehlender anderer Versorgungsmöglichkeiten in den vertragsärztlichen Notfallstrukturen doch mit Einsatzmitteln des Rettungsdienstes versorgt werden.

Von täglich ca. 1 000 Hilfeersuchen, die sich zunächst an die 116 117 wenden, müssen nach SmED-Triage wiederum rund 30 aufgrund ihrer Dringlichkeit zu einem Einsatz des Rettungsdienstes heraufgestuft werden. Hierzu wird der entsprechende Datensatz ebenso automatisch über die Schnittstelle in das Einsatzleitsystem der 112 übermittelt, wo erneut eine systematische Erfassung mittels des standardisierten Notrufabfrageprotokolls erfolgt (Breuer et al. 2022, Seite 7).

565. Als zentrale und jederzeit zugängliche Anlaufstelle in Notfällen sollen zukünftig **INZ an besonders geeigneten Krankenhausstandorten** dienen, die von KVen und Krankenhäusern gemeinsam betrieben werden und aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Anmeldung, einem sogenannten gemeinsamen Tresen, bestehen (siehe Abbildung 6-1). Die Standortwahl ist unter Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung, der Erreichbarkeit sowie der vorhandenen strukturellen und personellen Kapazitäten, z. B. im integrierenden ärztlichen Bereitschaftsdienst, zu treffen. Am gemeinsamen Tresen soll zunächst eine standardisierte, softwaregestützte Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgen und eine Entscheidung über die weitere Versorgung getroffen werden. Im Falle einer vorangegangenen Telefontriage über die ILS findet dieser Schritt im Sinne einer Nachtriagierung statt. Ambulant behandelbare Patient*innen könnten daraufhin in der Notaufnahme oder vom kassenärztlichen Bereitschaftsdienst unmittelbar versorgt oder bereits am Tresen für eine spätere Behandlung an die vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden (siehe hierzu Exkurs in Textziffer 566). Stationär behandlungsbedürftige Personen könnten wiederum stationär aufgenommen werden. In Fällen, die nicht zu zeitkritisch sind, könnten durch die ILS auch Termine in den INZ vermittelt werden (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2023, Seite 16 ff.; SVR 2018, Seite 584 ff.).

Exkurs: Integriertes Notfallzentrum (INZ) am Marienkrankenhaus Hamburg

566. Am Hamburger Marienkrankenhaus gibt es seit Juni 2022 das erste INZ Deutschlands, das gemeinsam vom Zentrum für Notfall- und Akutmedizin am Katholischen Marienkrankenhaus und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg betrieben wird. Dort wird am gemeinsamen Tresen, an dem alle Hilfesuchenden als erstes eintreffen, mithilfe der Software „SmED Kontakt+“ eine medizinische Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs der eintreffenden Patient*innen vorgenommen. Die Software ermittelt standardisiert, ob ein/e Patient*in im Zentrum für Akut- und Notfallmedizin versorgt und ggf. im Krankenhaus aufgenommen werden muss oder ob eine Behandlung ambulant in der KV-Notfallpraxis vor Ort oder in einer Arztpraxis stattfinden kann (Kath. Marienkrankenhaus 2024). Das INZ vermittelt im letzteren Fall für die Patient*innen Termine innerhalb der nächsten 24 Stunden. Wenn kein Termin gefunden werden kann, werden die Patient*innen im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) am Marienkrankenhaus behandelt. Der Tresen ist in der Regel durch MFA der KV besetzt. Wird die Einschätzung der Software in Frage gestellt oder sind die Patient*innen Kinder, werden Notfallmediziner*innen hinzugezogen (Hohnstein 2023).

Von den innerhalb eines Jahres (Juni 2022 bis Juni 2023) im INZ vorstellig gewordenen Patient*innen (42 004) wurden 33 % mit dem Rettungswagen (RTW) direkt in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) transportiert (13 914) und es wurde bei 67 % der Patient*innen die Dringlichkeit am Tresen eingeschätzt (28 090). Von den am Tresen eingeschätzten Patient*innen wurden 38 % nicht bis zum Ende durchtriiert, sondern direkt der ZNA zugewiesen (10 653) und weitere 25 % wurden nach der softwaregestützten Triagierung in die ZNA weitergeleitet (7 173). 37 % der Patient*innen am Tresen (10 263) wurden nach der Triagierung wiederum der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung zugewiesen und dort behandelt (KV-Notfallpraxis, Terminvermittlung oder MVZ). Damit konnten insgesamt 24 % aller INZ-Patient*innen ambulant versorgt werden (Hohnstein 2023; Wüning 2023).

567. In Ergänzung zum erwähnten Vorschlag, ILS und INZ einzurichten, hat der Rat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 empfohlen, die Einsätze des **Rettungsdienstes** zukünftig als eigenständige, präklinische notfallmedizinische Leistung abzurechnen. Bisher wird der Rettungsdienst gemäß § 60 Abs. 1 SGB V als reine Transportleistung vergütet, an deren Kostenübernahme die Abrechnung einer weiteren Leistung geknüpft ist; dies führt Fehlanreizen hinsichtlich der Ansteuerung von Notaufnahmen (SVR 2018, Seite 594). Wenn der Rettungsdienst auch für sogenannte Leerfahrten bzw. die Leistungserbringung vor Ort bezahlt würde, könnte die Zahl der Patient*innen in Notaufnahmen verringert werden (siehe Textziffer 570). Der Leistungsbereich wäre dabei so auszugestalten, dass die Entstehung von Unterversorgung vermieden wird.

568. Durch eine derartige Reform der Notfallversorgung, welche auf die strukturierte Steuerung der Patientenströme durch integrierte Leitstellen und die Verlagerung ambulanter Akutfälle in die vertragsärztliche Versorgung abzielt, kann zum einen die Personalsituation in den Notaufnahmen durch ein insgesamt **reduziertes und insbesondere weniger unkoordiniertes Patientenaufkommen** entlastet werden (siehe Textziffern 570 ff.). Zum anderen führen die Steuerung an einem gemeinsamen Tresen und die verbesserten Möglichkeiten ambulanter Versorgung in integrierten Notfallzentren zu einer **verringerten Zahl stationärer Aufnahmen**, wodurch auch die personellen Ressourcen in Krankenhäusern entlastet werden können (siehe Textziffern 577 ff.). Hinzu kommen

Skaleneffekte durch die Bündelung von Personal aufgrund der Zentralisierung von Notaufnahmen an geeigneten Standorten (Schreyögg 2023).

569. Essenziell für eine wie oben beschriebene Reform der Notfallversorgung, die darauf abzielt, Patient*innen der jeweils am besten geeigneten (weiterführenden) Versorgung zuzuweisen und vermeidbare Krankenhauseinweisungen zu reduzieren, ist die engmaschige und **reibungslose Vernetzung aller Akteure über die gesamte Versorgungskette hinweg**. Angesichts der bestehenden Fachkräfteengpässe bei Pflegefachpersonen, MFA und Ärzt*innen, die sich nicht nur auf die Notaufnahmen auswirken (siehe Kapitel 1), stellt eine solche Steuerung und Koordination der Patientenwege eine besondere und dringend zu adressierende Herausforderung dar, worauf u. a. im Abschnitt 6.1.6 weiter eingegangen wird.

Verringerung von Rettungsdiensteinsätzen und daraus resultierenden INZ-Besuchen

570. Die Zahl der Rettungsdiensteinsätze steigt seit Jahren (BMG 2023b).¹⁴² Gleichzeitig steigt der Anteil an Einsätzen, bei denen keine notärztliche Behandlung notwendig ist: Laut einer retrospektiven Analyse von 26 467 notärztlichen Einsätzen von Notarztzeitsatzfahrzeugen (NEF) in Frankfurt im Zeitraum der Jahre 2014 bis 2019 stieg der Anteil an Einsätzen, bei denen der **Notarzt keine Behandlung vor Ort** vornahm, auf 19 % (Schubert et al. 2022, Seite 4). In einer Befragung von Notärzt*innen im Rettungsdienst der Stadt Aachen unmittelbar nach ihrer Beteiligung an Einsätzen von Rettungswagen (RTW) von Dezember 2017 bis Februar 2018 hielten die Notärzt*innen sogar in 46,7 % der Fälle ihre Anwesenheit retrospektiv für nicht erforderlich. Dies entspricht 9,6 % aller rettungsdienstlichen Einsätze in Aachen im untersuchten Zeitraum (Felzen et al. 2020, Seite 443 ff.).

571. Eine Auswertung des Kölner Rettungsdienstes von insgesamt 106 492 Rettungsdiensteinsätzen zwischen Juli 2018 und Juni 2019, bei denen die Hilfesuchenden am Ende des jeweiligen Einsatzes entsprechend ihrer Erkrankungsschwere klassifiziert wurden, zeigte, dass für rund 15,2 % der Patient*innen aufgrund einer **geringen Behandlungsdringlichkeit** ein terminierbarer Arzt- oder Hausbesuch ausreichend gewesen wäre. Für rund 30 % der Patient*innen wäre wiederum ein Krankentransportwagen (KTW) zu einem Arzt oder in ein Krankenhaus ausreichend gewesen, weil sie außerhalb des häuslichen Umfeldes und hilfebedürftig waren, aber nicht lebensbedrohlich verletzt oder erkrankt (Lechleuthner et al. 2019, Seite 600 ff.).

572. Es ist davon auszugehen, dass in Bundesländern, in denen Leerfahrten des Rettungsdienstes nicht finanziert werden, die Patient*innen überwiegend in die Notaufnahme transportiert werden und ein weitaus geringerer Anteil noch vor Ort behandelt wird. Dort, wo Leerfahrten des Rettungsdienstes hingegen finanziert werden, wird ein steigender Anteil der Patient*innen **ambulant vor Ort versorgt** (Messerle et al. 2021, Seite 48). So wurden in Baden-Württemberg im Jahr 2022 die Patient*innen bei etwas mehr als einem Drittel der Notarztzeitsätze und ca. einem Drittel der RTW-Einsätze ohne Notarztbeteiligung nicht in eine Notaufnahme transportiert; bei 18,9 % bzw. 16,8 % der Einsätze wurde eine ambulante Therapie vor Ort durchgeführt (SQR-BW 2022, Seite 35 ff.). Zahlen aus München zeigen zudem, dass dort etwa ein Drittel der vom Rettungsdienst transportierten Patient*innen in Notaufnahmen ambulant behandelt werden (Trentzsch et al. 2020).

¹⁴² So nahmen die Einsätze von 3 393 565 im Jahr 2010 auf 5 871 738 im Jahr 2022 um 73 % zu. Die Einsätze von Notarztwagen nahm in den Jahren 2010 bis 2022 um 26 % zu (BMG 2023b).

573. Durch eine Aufnahme des Rettungsdienstes in das SGB V als präklinischen Leistungsbereich (siehe Textziffer 567) sowie die vorgelagerte Steuerung durch die ILS ließen sich nach einer konservativen Schätzung des Rates basierend auf der beschriebenen Datenlage (siehe Textziffern 570–572) **mindestens 15 % der Rettungsdienst-Einsatzfahrten vermeiden**. Ausgehend von rund 5 900 000 Rettungsdienst-Einsätzen im Jahr 2022 (BMG 2023b) entspräche dies einer Reduzierung von INZ-Besuchen um rund 880 000 Fälle. Diese Patient*innen könnten von den ILS durch das Ersteinschätzungsverfahren direkt der vertragsärztlichen Versorgungsebene (inklusive telemedizinischer Angebote) zugewiesen werden. Im Falle eines höheren Grades an Hilfebedürftigkeit könnte der fahrende ärztliche Bereitschaftsdienst oder ein Krankentransportwagen entsendet werden. Mindestens aber könnte dieser Anteil an Patient*innen, sollte der Rettungsdienst aufgrund einer Fehleinschätzung entsendet worden sein, abschließend vor Ort behandelt werden. Nochmals schätzungsweise rund 880 000 INZ-Besuche könnten vermieden werden, wenn **weitere 15 % der vom Rettungsdienst transportierten Patient*innen** am gemeinsamen Tresen nachtrigiert und an telemedizinische oder niedergelassene Ärzt*innen weitergeleitet würden (siehe Textziffern 570–572).

Verringerung von Selbstzuweiser*innen mit niedriger Dringlichkeit in INZ

574. In deutschen Notaufnahmen wurden im Jahr 2021 17,5 Millionen Fälle (GKV und PKV) behandelt, davon 9,8 Millionen ambulant (56 %) (Destatis 2022, 2023c). Dabei können über die **Hälfte der Patient*innen in Notaufnahmen als nicht dringlich eingestuft** werden (Reinhold et al. 2021, Seite 513; Scherer et al. 2017, Seite 648; Trentzsch et al. 2020). In einer Befragung in der Notaufnahme des Klinikums Wolfsburg kamen wiederum über zwei Drittel (70,1 %) der befragten Patient*innen mit niedriger Dringlichkeit als Selbstzuweiser*innen („Walk-ins“) in die Notaufnahme. Hier besteht weiteres Potenzial zur Verringerung von INZ-Besuchen. Allerdings schätzten sich zwei Drittel der Patient*innen mit niedriger Dringlichkeit (67,8 %) selbst als einen mittelschweren bis lebensbedrohlichen Notfall ein. Über die Hälfte der als nicht dringlich eingestuften Patient*innen gaben Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung wie die fehlende Verfügbarkeit von Terminen bei Fachspezialisten als Grund für den Besuch der Notaufnahme an und 48,3 % vermuteten eine bessere Versorgung in der Notaufnahme (Reinhold et al. 2021, Seite 513 ff.). Andere Studien, in denen Patient*innen nach ihren Beweggründen für die Inanspruchnahme der Notaufnahme gefragt wurden, ergaben ähnliche Ergebnisse (Schmiedhofer et al. 2017; Somasundaram et al. 2018). Eingeschränkte Gesundheitskompetenz gilt als weiterer Grund für eine erhöhte Inanspruchnahme von Notaufnahmen, wie Balakrishnan et al. (2017) für die USA zeigen konnten.

575. In den ILS als prioritären Erstanlaufstellen ebenso wie am gemeinsamen Tresen in den INZ könnte die subjektiv empfundene Dringlichkeit von Selbstzuweiser*innen durch die standardisierte Ersteinschätzung bzw. Nachtrigierung relativiert werden. Nach einer Auswertung von Haas et al. (2015, Seite 72) wäre ein Drittel der ambulanten Fälle in Notaufnahmen, d. h. 18,5 % aller Patient*innen in den Notaufnahmen, vertragsärztlich behandelbar. Erfahrungen aus Österreich zeigen ebenfalls, dass ca. ein Drittel der in integrierten Leitstellen Anrufenden der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet werden können: Für 5,4 % kann ein Arzttermin für eine Routineuntersuchung vereinbart werden, bei 9,4 % ist ein telefonischer Kontakt mit einem Hausarzt oder Fachspezialisten ausreichend und 14 % der Anrufenden können von der Leitstelle beraten werden, um sich selbst zu versorgen (Marxgut 2020, Seite 526). Durch eine erweiterte Beratung durch die ILS sowie eine stärkere Vernetzung von ILS mit der vertragsärztlichen Versorgung könnten nach Schätzungen des Rates daher **rund 30 % der INZ-Besuche, d. h. ca. 5,25 Millionen Fälle vermieden** werden.

Rettungsdienstfahrten, die dadurch vermieden werden können, dass die Patient*innen von den ILS unmittelbar der vertragsärztlichen Versorgung zugewiesen werden, machen davon allein 880 000 Fälle aus. Hinzu kommen weitere 880 000 vom Rettungsdienst transportierte, aber am gemeinsamen Tresen in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitete Fälle (siehe Textziffer 572). Darüber hinaus kann eine zusätzliche Reduktion realisiert werden, indem weitere 3,5 Millionen Patient*innen, die eigenständig den gemeinsamen Tresen aufsuchen, vertragsärztlich behandelt werden. Insgesamt könnte die Fallzahl in deutschen Notaufnahmen von derzeit 17,5 Millionen auf 12,25 Millionen gesenkt werden.

576. In der **vertragsärztlichen Versorgung** müssten durch diese Triagierung und Patientensteuerung **5,25 Millionen Fälle zusätzlich** behandelt werden. Im Vergleich zum Fallzahlaufkommen im Jahr 2022 würde dort der Behandlungsbedarf entsprechend um weniger als 0,1 % zunehmen.¹⁴³ Angesichts regional knapper werdender hausärztlicher Kapazitäten (siehe Kapitel 4) sind gleichzeitig aber auch Sogeffekte aus der vertragsärztlichen Versorgung – wo rund zehnmal so viele Akutfälle wie in den Notaufnahmen (ca. 200 Millionen) behandelt werden – in INZ denkbar, wenn die Bekanntheit und Erreichbarkeit des ärztlichen Bereitschaftsdienstes unter der Nummer 116 117 erhöht sowie die Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsmöglichkeiten verbessert wird (Stillfried/Mangiapane 2023). Eine Reform der Notfallversorgung sollte daher unbedingt von einer Reform der ambulanten Versorgungsstrukturen, wie weiter unten empfohlen (siehe Abschnitt 6.1.5 und Abschnitt 6.1.6), begleitet werden.

Verringerung der stationären Aufnahmequoten durch die Schaffung von INZ

577. **Fast jeder zweite der 17,5 Millionen Fälle** in den Notaufnahmen (7,7 Millionen; 44 %) **wird stationär aufgenommen** (Destatis 2022, 2023c), nicht zuletzt, weil die ambulante Vergütung für die Krankenhäuser nicht kostendeckend ist (Haas et al. 2015, Seite 5). Dabei zeigen Studien aus Notaufnahmen von Universitätskliniken, dass dort – mutmaßlich aufgrund einer überdurchschnittlichen stationären Auslastung sowie umfassenderer ambulanter Behandlungsmöglichkeiten – in der Regel deutlich geringere Anteile (20 %–35 %) der Patient*innen stationär aufgenommen werden (Michael et al. 2023; Trentzsch et al. 2020). Zudem reagieren Universitätskliniken auf monetäre Anreize in Form von veränderten Gewichten bei den diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG, *Diagnosis Related Groups*) in geringerem Maße mit Fallzahlveränderungen als nicht universitäre Krankenhäuser, da sie als Maximalversorger weniger Einfluss auf ihr Leistungsangebot ausüben können (Schreyögg et al. 2014, Seite 81 ff.). Diese Diskrepanz zwischen den Aufnahmequoten legt nahe, dass nicht universitäre Krankenhäuser ihre Notaufnahmen intensiv zur Belegungssteuerung nutzen und der Anteil der stationären Aufnahmen durch die Verbesserung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und die gezielte Steuerung am „gemeinsamen Tresen“ gesenkt werden könnte. In Frankreich, mit einer grundsätzlich vergleichbaren Organisation und Inanspruchnahme der Notfallversorgung (Baier et al. 2019), werden beispielsweise nur etwa ein Fünftel (22 %) der ambulanten Notfälle in Notaufnahmen stationär aufgenommen (Les Comptes de la Sécurité Sociale 2021). Die unterschiedlich hohen Aufnahmequoten können dabei auch durch die verschiedenen Anreizwirkungen erklärt werden, die in Deutschland bzw. Frankreich zum Tragen kommen. So besteht in Deutschland, u. a. aufgrund eines größeren Unterschieds zwischen den Ambulanz- und den DRG-Pauschalen, ein höherer finanzieller Anreiz zur stationären

¹⁴³ Im Jahr 2022 lag die Gesamtfallzahl in der ambulanten Versorgung bei 578 Millionen Behandlungsfällen (Zi 2023).

Aufnahme. In Frankreich ist zudem die Finanzierung von Rettungsdiensteinsätzen anders geregelt (Augurzky et al. 2018; TRISAN 2018).

578. Nach einer konservativen Schätzung basierend auf der beschriebenen Datenlage sollte durch die Einrichtung von INZ mindestens eine **Senkung der Aufnahmequote auf ca. 30 %** realisiert werden können, wobei am Beispiel Frankreich ersichtlich wird, dass auch eine noch geringere Aufnahmequote nicht unrealistisch ist. **Bei einer durch die Ersteinschätzung und Nachtriage reduzierten Fallzahl in INZ von 12,25 Millionen** (siehe Textziffer 575) entspräche eine Aufnahmequote von 30 % ca. 3,68 Millionen stationären Fällen, die noch über die Notaufnahmen aufgenommen würden. Im Vergleich zu der Zahl stationär aufgenommener Notfälle im Jahr 2021 würden damit insgesamt **4 Millionen stationäre Fälle weniger** anfallen.

Effekte auf die Belegungstage und Personalressource

579. Betrachtet man zunächst nur eine wie unter Textziffer 575 beschriebene Fallzahlreduktion in Notaufnahmen – ohne Senkung der stationären Aufnahmequote – wäre bereits eine Reduktion von Belegungstagen in Krankenhäusern und damit eine Entlastung der Fachkräftesituation realisierbar. Die mittlere Verweildauer (VWD) für aus der Notaufnahme stationär aufgenommene *Walk-ins* – d. h. gehfähige Selbsteinweiser*innen – liegt bei 7,7 Tagen (mit einer hohen Standardabweichung von 10,3) und einem vergleichsweise geringen PCCL (patientenbezogener Gesamtschweregrad)¹⁴⁴ von 1,1 (Gries et al. 2022, Seite 642). Slagman et al. (2019) finden eine mittlere Verweildauer für nicht dringend aufgenommene Notfälle von 6 Tagen. Da viele der medizinisch nicht notwendigen Aufnahmen sehr wahrscheinlich Kurzlieger*innen sind, soll für die hier vorgenommene konservative Schätzung vereinfacht von einer Mindestverweildauer von 3 Tagen ausgegangen und die Verweildauer von 7,7 Tagen nur als Obergrenze betrachtet werden. Diese Obergrenze ist gleichfalls als vorsichtige Schätzung zu betrachten, da Gries et al. (2022) für Gruppen, die anderweitig als *Walk-ins* in die Notaufnahmen gelangen, noch höhere Verweildauern für stationär aufgenommene Notfallpatient*innen finden. So lag die mittlere VWD über alle Einweisearten hinweg bei 9,1 (Gries et al. 2022, Seite 644). Um den grundsätzlichen Mechanismus aufzuzeigen, soll in den nachfolgenden Berechnungen näherungsweise von einer Obergrenze von 8 Tagen ausgegangen werden. Auf dieser Basis könnte sich durch eine **Fallzahlreduktion** in Notaufnahmen von 17,5 auf 12,25 Millionen Fälle – unter der Annahme der derzeitigen Aufnahmequote von 44 % (siehe Textziffer 577) – ein Potenzial von **rund 6,9 bis 18,5 Millionen vermeidbaren Belegungstagen** ergeben.

580. Betrachtet man zusätzlich zur Fallzahlreduktion auch die Wirkung durch eine Senkung der Aufnahmequote von 44 % auf 30 %, ergibt sich eine Spannbreite von **12,1 bis 32,2 Millionen Belegungstagen**, die durch eine Reform der Notfallversorgung **insgesamt** vermieden werden könnten. Ausgehend von zuletzt 17,5 Millionen INZ-Besuchen würden davon rund 7,4 bis 19,6 Millionen Belegungstage (ca. 2,45 Millionen Fälle) allein durch die Reduzierung der Aufnahmequote vermieden und weitere 4,7 bis 12,6 Millionen Belegungstage (ca. 1,58 Millionen Fälle) könnten bei einer verringerten Aufnahmequote durch die Reduzierung von Patiententransporten und Selbstzuweiser*innen zu INZ vermieden werden (siehe Tabelle 6-1).

581. Ausgehend von der Gesamtzahl erbrachter Belegungstage in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2021 von ca. 123 Millionen (OECD 2024c), entspräche dies einer Reduktion um 10 % bis 26 %.

¹⁴⁴ Der PCCL kann Werte von 0–6 annehmen, wobei 6 den höchsten Schweregrad beschreibt.

Damit ginge eine entsprechende relative **Entlastung des Personals in Krankenhäusern** einher. So würden anstatt ca. 685 Belegungstagen je Arzt/Ärztin (Vollzeitäquivalent, VZÄ) und ca. 304 Belegungstagen je Pflegefachperson¹⁴⁵ (VZÄ) nur noch ca. 618 bis 506 Belegungstage auf eine/n Arzt/Ärztin und ca. 275 bis 225 Belegungstage auf eine Pflegefachperson in deutschen Krankenhäusern entfallen (siehe hierzu auch Abschnitt 6.1.7 und Kapitel 1).

6.1.2 Sektorengleiche Vergütung

582. Mit der Einführung eines Vergütungssystems für sektorengleiche Leistungen („Hybrid-DRGs“, § 115f SGB V), wie vom Rat bereits in den Gutachten aus den Jahren 2018 und 2023 beschrieben (SVR 2018, 2023), ließe sich ein hohes Fallvolumen ambulantisieren. Für einen Katalog **ambulanter Prozeduren, die sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden können** – ähnlich des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen (AOP-Katalog) –, erfolgt eine Vergütung in gleicher Höhe, unabhängig davon, wo die Leistungen erbracht werden. Dadurch würde eine Erbringung dieser Leistungen im ambulanten Sektor incentiviert, da dort geringere Kosten entstehen. Anfänglich könnte die Vergütung auf dem bisherigen stationären Vergütungsniveau liegen; die damit erzielte Übervergütung im ambulanten Bereich könnte schrittweise reduziert werden. Zum 1. Januar 2024 ist die Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) auf der Grundlage von § 115f SGB V in Kraft getreten, die einen Startkatalog für die Umsetzung der sektorengleichen Vergütung mit mehr als 200 OPS-Kodes (Kodes für Operationen und Prozedurenschlüssel) für fünf verschiedene Leistungsbereiche (bestimmte Hernieneingriffe, die Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke sowie Behandlungen eines Sinus pilonidalis (Steißbeinfistel)) vorsieht, der regelmäßig überprüft und angepasst werden soll. Bei diesem ersten Schritt zur sektorengleichen Vergütung ist jedoch zu bedenken, dass die Vergütung nur Eintagesfälle aus der stationären Versorgung inkludiert. Derselbe Fall kann bei 2 Tagen Liegedauer mit einer vollen DRG-Fallpauschale stationär abgerechnet werden. Der Ambulantisierungseffekt wird daher relativ begrenzt sein.

583. Die **Ambulantisierung** sektorengleich vergüteter Leistungen hätte einen entlastenden Effekt auf die Personalressourcen. Im ambulanten Bereich könnten die sektorengleich erbringbaren Leistungen mit weniger Personal erbracht werden als im stationären Bereich, da dort u. a. aufgrund der weitestgehend wegfallenden Nachtschichten und durch Prozessoptimierung weniger Personal benötigt wird. Die resultierenden Arbeitsbedingungen in entsprechenden (neu aufzubauenden) Versorgungsstrukturen wie ambulanten OP-Zentren könnten auch die Attraktivität von Gesundheitsfachberufen erhöhen. Freiwerdende Ressourcen in Krankenhäusern könnten schließlich für die Erbringung von komplexeren Leistungen genutzt werden, die im Bereich der stationären Kernkompetenz liegen. Zudem könnten insbesondere internistische Fachabteilungen zusammengelegt, nicht bedarfsnotwendige Krankenhäuser könnten langfristig abgebaut und personelle Ressourcen an geeigneten Standorten für ambulant zu erbringende Leistungen konzentriert werden. Dadurch würde sich die Personal-Patienten-Relation verbessern und das Personal entlastet werden. Die Zentralisierung von Versorgungskapazitäten ermöglicht nicht zuletzt auch die Einsparung von Personal.

¹⁴⁵ Die hier genutzte OECD-Variable (*Professional Nurses and Midwives employed in Hospitals*) umfasst auch Hebammen (OECD 2024a).

584. Es gilt, dem Risiko vorzubeugen, dass die Fallzahl sektorengleich vergüteter Leistungen im vertragsärztlichen Bereich sowie ambulant im Krankenhaus in einigen Leistungsbereichen über den Bedarf hinaus zunimmt und es zu einer Überversorgung kommt. Die anfängliche incentivierende Überversorgung im ambulanten Bereich gilt es daher nur zur Entwicklung neuer Strukturen vorübergehend aufrechtzuerhalten. Diesem Prinzip folgen auch die *Best Practice Tariffs*, mit denen in England u. a. sektorengleich erbringbare Leistungen (*day cases* und *outpatient attendance*) vergütet werden (NHS England 2020). Schließlich sollte ein **eigenständiges Kalkulationssystem** zur sektorengleichen Vergütung eingeführt werden, bei dem zur Vermeidung von möglichen Mengenausweitungen Steuerungsinstrumente wie z. B. der Fixkostendegressionsabschlag für mengenanfällige Leistungen Berücksichtigung finden. Laut § 115f Abs. 1 Satz 6 SGB V sind die seit Januar 2024 abrechenbaren Hybrid-DRGs spätestens ab dem Jahr 2026 „auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen“. Die Versorgungslage mit sektorengleich vergüteten Leistungen sollte zudem kontinuierlich evaluiert und die Ausgestaltung des Finanzierungsinstrumentes sollte justiert werden. Der Rat empfiehlt perspektivisch, Leistungsaufträge für sektorengleich erbringbare Leistungen zu definieren und auszuschreiben, um welche dann stationäre und ambulante Leistungserbringer konkurrieren können und welche z. B. über einen Zeitraum von 3–5 Jahren vereinbart werden (siehe Abschnitt 6.1.4).

585. Ein Konzept zur Gestaltung eines Vergütungssystems für sektorengleich erbringbare Leistungen wird in dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (ESV) vorgestellt. Auf Basis von Daten gemäß § 21 KHEntgG kommen die Autor*innen zu der Einschätzung, dass **mindestens 2,1 Millionen Fälle ambulanter Operationen und Prozeduren (AOP)** mit einem geringen Schweregrad (PCCL 0 und 1) und einer Verweildauer von bis zu 3 Tagen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden könnten. Zunächst wurden nur Kurzliegerfälle betrachtet, da stationäre Fälle mit einer kurzen Verweildauer gemäß Abrechnungsdaten eine ähnliche Morbidität wie ambulant behandelte Patient*innen aufweisen. Um das Ambulantisierungspotenzial nicht zu überschätzen, wurden zudem nur gruppierungsrelevante AOP-Fälle einbezogen, d. h. solche, bei denen die AOP-Leistung die Hauptleistung und damit ausschlaggebend für die Zuordnung eines Falls zu einer DRG war (Schreyögg et al. 2024). Unter der Annahme einer mittleren Verweildauer von 1,5 bis 3 Tagen liegt das Potenzial reduzierbarer Belegungstage in Krankenhäusern durch eine sektorengleiche Vergütung bei **3,2 bis 6,3 Millionen Belegungstagen** (siehe Tabelle 6-1). In einer früheren Expertise für das BMG wird das Ambulantisierungspotenzial sogar auf ein Fallvolumen von rund 2,9 Millionen Fälle mit einem geringen medizinischen Schweregrad und einer Verweildauer von bis zu 3 Tagen geschätzt (Schreyögg/Milstein 2021).

586. Im Januar 2023 wurde der bis dahin 2 879 Leistungen umfassende AOP-Katalog um 208 Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes) erweitert. Vorausgegangen war ein Auftrag des Gesetzgebers an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Jahr 2019, das ambulante Operieren nach § 115b SGB V weiterzuentwickeln und den AOP-Katalog entsprechend zu erweitern. Das in diesem Zusammenhang in Auftrag gegebene Gutachten des Instituts für Gesundheit und Sozialforschung (IGES-Institut) kam zu dem Ergebnis, dass von den rund 35 000 analysierten OPS-Kodes **ca. 2 500 dem AOP-Katalog hinzugefügt werden könnten** (IGES Institut 2022). Die im Jahr 2023 erfolgte Erweiterung blieb also deutlich hinter den Vorschlägen des Gutachtens zurück. Würden alle dafür vorgeschlagenen Leistungen in den AOP-Katalog aufgenommen, würde sich die Anzahl der derzeit möglichen ambulanten Leistungen von Kliniken und

damit das potenziell ambulantisierbare stationäre Fallvolumen annähernd verdoppeln. Entsprechend könnte sogar eine **Reduktion um schätzungsweise rund 6,3 bis 12,6 Millionen Belegungstage** realisiert werden (Schreyögg et al. 2024, Seite 21; siehe Tabelle 6-1).

587. Betrachtet man darüber hinaus auch gruppierungsrelevante AOP-Fälle mit längeren Verweildauern, könnten weitere 1,1 Millionen Fälle bzw. weitere 10 Millionen Belegungstage vermieden werden. Nach einer Erweiterung des AOP-Katalogs ergibt sich hieraus ein weiteres Einsparpotenzial von 20 Millionen Belegungstagen. In Summe könnte somit eine **Senkung von bis zu 27 Millionen Belegungstagen** erreicht werden (Schreyögg et al. 2024, Seite 21). Im Vergleich zu der Gesamtzahl erbrachter Belegungstage in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2021 von ca. 120 Millionen (Destatis 2023b) entspräche dies einer Reduktion um insgesamt 22,5 %. Diese Reduktion wäre allein durch eine Ambulantisierung im operativen Leistungsbereich zu erreichen. Eine Ambulantisierung im konservativen Leistungsbereich hätte ebenso ein hohes Potenzial und käme noch hinzu (IGES Institut 2022).

6.1.3 Reform der Krankenhausvergütung

588. Die derzeitigen Mechanismen zur Krankenhausfinanzierung setzen mit der rein fallorientierten Betriebskostenfinanzierung Fehlanreize zur Fallzahlausweitung, was eine nicht bedarfsgerechte Nutzung personeller Ressourcen zur Folge hat. Eine Reform der Krankenhausvergütung birgt das Potenzial, sich entlastend auf den Fachkräftebedarf auszuwirken. So ist im Rahmen der aktuell geplanten Krankenhausreform angedacht, eine von der Leistungserbringung unabhängige **Vorhaltevergütung** einzuführen (BMG 2023a). Eine Einführung von Vorhaltebudgets, die auf Basis bundeseinheitlicher qualitätsorientierter Strukturvorgaben für Personal und Ausstattung für ausgewählte bedarfsnotwendige Fachabteilungen definiert werden, wurde auch durch den SVR in den Gutachten der Jahre 2018 und 2023 vorgeschlagen und könnte dazu beitragen, die Ausweitung stationärer Fallzahlen einzudämmen, da der wirtschaftliche Druck, vorzuhaltende Betten zu belegen und Leerstand zu verhindern, verringert würde. Eine Studie von Messerle et al. (2021) zeigt, dass die Einführung des DRG-Systems – bei Herausrechnung anderer Faktoren wie der demografischen Entwicklung oder dem medizinisch-technischen Fortschritt – über einen Zeitraum von 10 Jahren zu einer Mengensteigerung von etwa 20 % führte, d. h. einer jährlichen Fallzahlsteigerung um 2 %. Unter der Annahme, dass das während der SARS-CoV-2-Pandemie stagnierte Mengenwachstum wieder einsetzt, könnte das künftige Mengenwachstum – in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung – bei einer Umsetzung der aktuellen Krankenhausreform reduziert werden.

589. Das Potenzial einer Reform der Krankenhausvergütung, die Fachkräftesituation zu entlasten, könnte zudem deutlich verstärkt werden, wenn neben der Einführung von Vorhaltekosten noch **weitere Aspekte der Krankenhausvergütung** reformiert würden. Beispielsweise ist auch eine nach Versorgungsstufen und Regionen differenzierte Betriebskostenfinanzierung anzustreben, welche die unvermeidbaren Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Regionen und Versorgungsstufen in Abhängigkeit von geografischen und strukturellen Merkmalen berücksichtigt. Hierfür hat der Rat bereits in den Gutachten der Jahre 2018 und 2023 empfohlen, die Landesbasisfallwerte durch einen Bundesbasisfallwert zu ersetzen, der durch präziser differenzierte Regionalisierungsfaktoren auf Basis regionaler Preisindizes und eines für Krankenhäuser spezifischen Warenkorbs angepasst werden sollte. Er hat außerdem empfohlen, Multiplikatoren für die

Relativgewichte einzuführen, um diese an verschiedene Versorgungsstufen anpassen zu können. Auch das derzeit stark ausdifferenzierte und an Prozeduren orientierte Fallpauschalensystem incentiviert eine Fallzahlausweitung und Überversorgung mit invasiven Prozeduren (siehe SVR 2023, Seite 234 ff.). Der Rat hat in seinen Gutachten der Jahre 2018 und 2023 weitere umfangreiche Empfehlungen zu einer Reform der Krankenhausvergütung formuliert, die in den nächsten Jahren dringend umgesetzt werden sollten, um Fehlanreize in der Versorgung zu überwinden, nachhaltige Strukturen zu entwickeln und mithin eine erforderliche Reallokation des Krankenhauspersonals in bedarfsnotwendige Krankenhäuser zu befördern.

6.1.4 Sektorenübergreifende Bedarfsplanung ambulanter Leistungen

590. Um eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verhindern und den Bedarf an Fachkräften zu senken, ist eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung ein erster essenzieller Schritt. Aus der Sicht der Patient*innen „entsprechen ambulante Behandlungen denjenigen, die durch die vertragsärztliche Versorgung oder durch Krankenhäuser nichtstationär – also ohne direkt einhergehende Übernachtung im Krankenhaus – erfolgen“ (Sundmacher et al. 2018, Seite 335). Eine sektorenübergreifende Planung der ambulanten Versorgung „entspricht dem Prinzip, dass ein Sektor in der Planung eines anderen Sektors berücksichtigt wird“ (Sundmacher et al. 2018, Seite 203) und hat den Vorzug, dass **potenziell substitutive Leistungen beider Sektoren gemeinsam geplant** werden. Parallel bestehende Kapazitäten in beiden Sektoren werden zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs eingesetzt und existierende Personalkapazitäten werden effizient genutzt (Sundmacher et al. 2018). So wird vermieden, neue Kapazitäten zu planen oder aufzubauen, wenn bereits effektive Strukturen im jeweils anderen Sektor existieren. Zudem wird die Verzahnung der Sektoren unterstützt. Die Planung soll auf Grundlage von alters- und morbiditätsgewichteten Schätzungen und Prognosen des Bedarfs erfolgen.

591. Der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 SGB V den KVen und der KBV. Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, MVZ und Krankenkassen sollen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammenwirken (§ 72 Abs. 2 SGB V). In den §§ 99 ff. SGB V legt der Gesetzgeber die Vorgaben und Ziele der vertragsärztlichen Bedarfsplanung fest. Die Länder sind gemäß § 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wiederum zur Krankenhausplanung (inklusive der Ausweisung von Bettenbedarf und Standorten) verpflichtet. Dem Bund stehen im Bereich der stationären Versorgung hingegen keine Planungsbefugnisse zu (Sundmacher et al. 2018). „Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden **sektorenübergreifende Verantwortlichkeiten im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung** initiiert, indem die Länder ein Mitberatungsrecht bei der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA sowie in den Landesausschüssen und den erweiterten Landesausschüssen erhielten. Zudem wurde die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Gremiums gemäß § 90a Abs. 1 SGB V geschaffen, das aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiterer Beteiligter besteht und Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung abgeben kann“ (Sundmacher et al. 2018, Seite 205 ff.). Bisherige Erfahrungen mit diesem Planungsinstrument wurden anhand einer bundesweiten schriftlichen Befragung der Mitglieder der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V im Rahmen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung aufgearbeitet (Sundmacher et al. 2018).

592. Wird die ambulante Versorgung von Vertragsärzt*innen und Krankenhäusern künftig gemeinsam betrachtet, so gilt es, diejenigen **Versicherten abzugrenzen**, welche aufgrund ihrer Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Erkrankung auf eine Behandlung durch Krankenhäuser angewiesen sind (Sundmacher et al. 2018, Seite 38). Die ambulanten spezialfachärztlichen Behandlungen, welche sowohl von Vertragsärzten als auch Krankenhäusern für die Sicherstellung der bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung erbracht werden, sollten beispielsweise in der sektorenübergreifenden Planung berücksichtigt, aber bezüglich des administrativen Aufwands vereinfacht werden. Auch ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V sowie ambulante Behandlungen durch Krankenhausärzte gemäß § 116 SGB V eignen sich beispielsweise für den Einbezug in die Planung.

593. Das Instrument der **Ermächtigung** ermöglicht bereits heute, dass Kapazitäten aus dem Krankenhaussektor unter bestimmten Bedingungen in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden werden können. So können Krankenhausärzt*innen gemäß § 31 Abs.1 Satz 1 Ärzte-ZV (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) und Krankenhäuser gemäß § 116a SGB V beispielsweise bei Feststellung einer Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach § 100 Abs.3 SGB V durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Die Ermächtigung von Krankenhausärzt*innen nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV darf auch bereits bei einer unmittelbar drohenden Unterversorgung erfolgen (Sundmacher et al. 2018). Ein Nachteil ist, dass derzeit keine sektorenübergreifende Planung des von Vertragsärzt*innen bzw. von Kapazitäten aus dem Krankenhaussektor zu erbringenden Leistungsspektrums erfolgt. Darüber hinaus werden Ermächtigungen bei der Feststellung einer Überversorgung nicht berücksichtigt und so hat die Anrechnung von Ermächtigungen auf den Versorgungsgrad keine Steuerungswirkung in Bezug auf eine effiziente regionale Verteilung der Kapazitäten. Die Anrechnungsfaktoren für Ermächtigungen und auch die Anrechnung von angestellten Vertragsärzt*innen zeigen jedoch generell eine Möglichkeit auf, wie man zu einer Planung der ambulanten Kapazitäten aus den Sektoren kommen könnte (Sundmacher et al. 2018, Seite 182). Eine Voraussetzung ist, dass die von Krankenhäusern ambulant erbrachten Leistungen transparent und nachvollziehbar erfasst werden und die ambulant erbrachten Leistungen beider Sektoren in der Planung angerechnet werden.

594. Wie der Rat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 vorgeschlagen hat, müsste die **Zusammensetzung und Beschlussfassung der §-90a-Gremien** im Rahmen der Übernahme von Planungskompetenzen, die aktuell vornehmlich bei der KV bzw. beim Land liegen, weiterentwickelt werden (SVR 2018). Auf Ebene des Systems ist die **Schaffung einheitlicher Leistungsbedingungen** angezeigt. Dies beinhaltet u. a. eine vergleichbare Qualitätssicherung und vergleichbare Kodierungs- und Vergütungsregelungen für die ambulante Versorgung durch Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser (Sundmacher et al. 2018, Seite 206).

595. Für eine effiziente Planung sollte zudem deutlicher als bisher definiert werden, welche Kernleistungen ein Facharzt einer Facharztgruppe in der ambulanten Versorgung erbringen sollte. Hierzu gehört die **Definition eines Katalogs der Kernleistungen eines Fachs**, die von jedem/jeder Arzt/Ärztin angeboten werden sollten und deren Erbringung über die Abrechnung bestimmter Gebührenordnungspositionen kontrolliert werden kann. Diese Kataloge sollten von den jeweiligen Fachgesellschaften auf Grundlage der verfügbaren Evidenz und Leitlinien vorgeschlagen und im Austausch mit der Selbstverwaltung operationalisiert werden. Den KVen sollte im Sinne ihres Sicherstellungsauftrages wiederum die Prüfpflicht auferlegt werden. Vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung und Spezialisierung kann für einzelne Arztgruppen (z. B.

Augenärzt*innen) auch die **getrennte Planung von konservativ und nicht konservativ tätigen Ärzt*innen** sinnvoll sein. Eine solche Maßnahme kann aber nur im Zusammenspiel mit einer Weiterentwicklung und Planung der ärztlichen Weiterbildung erfolgen (siehe hierzu Kapitel 4).

596. Durch eine derart gestaltete Bedarfsplanung würden redundante Versorgungsstrukturen abgebaut, sodass Personalkapazitäten im vertragsärztlichen und stationären Bereich geschont werden könnten. Eine Betrachtung des gesamten ambulanten Versorgungsgeschehens, die Definition der Kernleistungen von Arztgruppen und eine getrennte Planung konservativ und nicht konservativ tätiger Arztgruppen schaffen Transparenz und neue Steuerungsmöglichkeiten für die Sicherstellung der wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung. Zudem könnten die Prognosen des Bedarfs an Fachkräften vereinfacht und präzisiert werden.

6.1.5 Weiterentwicklung von Primärversorgungszentren und Etablierung Intersektoraler Zentren

597. Der Rat befürwortet den Aufbau einer koordinierten, multiprofessionellen, integrierten, dezentralen Primärversorgungsstruktur, die in Abhängigkeit vom regionalen Bedarf auf unterschiedlichen Elementen beruhen kann. Die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen kann zu einer Entlastung der Fachkräftesituation bei mindestens gleichbleibender und z. T. verbesserter Qualität beitragen, wie in den folgenden Abschnitten dargestellt wird. Der Rat empfiehlt neben dem Aufbau multiprofessioneller Intersektoraler Zentren (siehe Textziffer 599) insbesondere die intensivere Steuerung der Patientenwege durch Hausärzt*innen (siehe Abschnitt 6.1.6). Die Etablierung einer starken Primärversorgung bedarf einer gut durchdachten Organisation, die insbesondere auf Zugänglichkeit, Kontinuität, Koordination und Integration der Versorgungsangebote fokussiert (Akman et al. 2022). Neue Einrichtungen sind in die bestehende lokale Versorgungsstruktur einzubetten und mit den regional bereits existierenden Akteuren zu vernetzen, wie beispielsweise mit Apotheken, Langzeitpflege und therapeutischen Angeboten. Die Vernetzung sollte auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst umfassen, dessen stärkere sektorenübergreifende Einbindung der Rat ebenfalls bereits in der Vergangenheit empfohlen hat (SVR 2023, Seite 199 ff.). Die Notwendigkeit zur Vernetzung wird umso größer, je mehr neue Versorgungsangebote, wie Gesundheitskioske, hinzukommen (siehe dazu Kapitel 5). Die Entstehung von entkoppelten Strukturen gilt es unbedingt zu vermeiden. Es ist außerdem darauf zu achten, dass die Schaffung neuer Strukturen nicht mit einer Zunahme der Bürokratie einhergeht.

Reformkonzept

598. Ein wichtiger struktureller Reformschritt zur Entlastung der Fachkräftesituation ist die Stärkung von neuen Modellen der ambulanten und der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung. Es gibt vielfältige solcher Versorgungsmodelle, deren Bezeichnungen nicht immer einheitlich verwendet werden (für einen Überblick siehe Gruhl 2023). Im Folgenden werden ambulant versorgende Einrichtungen, in denen Hausärzt*innen und Fachspezialist*innen in interprofessionellen Teams gemeinsam mit anderen Berufsgruppen, z. B. (weiterqualifizierten) MFA, Pflegefachpersonen und Physiotherapeut*innen, tätig sind, als **Primärversorgungszentren** bezeichnet. Diese Zentren sind in vielen Staaten etabliert, u. a. Frankreich. Eine Ausgestaltungsform von Primärversorgungszentren sind die „Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (PORT), deren Etablierung seit dem Jahr 2017 von der Robert Bosch Stiftung gefördert wird (Nolting et al. 2021).

599. Demgegenüber sind **Intersektorale Zentren** zusätzlich auf kurze stationäre Aufenthalte ausgelegt. Solche Zentren werden im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projekts STATAMED pilotiert, wobei ebenfalls ein expliziter Fokus auf der Interdisziplinarität und Vernetzung der Akteure liegt (AOK-Bundesverband 2023). Auch unter der Bezeichnung „Regionales Gesundheitszentrum“ wurden kürzlich einige solcher Einrichtungen eröffnet (siehe z. B. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2023).

Der Rat hat sich in der Vergangenheit mehrfach zur Ausgestaltung von Zentren geäußert, die einen Hybridstatus zwischen stationärer und ambulanter Versorgung einnehmen, und seine Empfehlungen im Verlauf weiterentwickelt. Abbildung 6-2 basiert auf einem weiterentwickelten Konzept; sie zeigt den regional-spezifischen modularen Aufbau eines Regionalen Gesundheitszentrums, wie ihn der Rat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2023 beschrieben hat (SVR 2023, Seite 219 ff.) und wie er dem Konzept eines Intersektoralen Zentrums entspricht.¹⁴⁶ Dort können u. a. ambulante Operationszentren und Kurzliegestationen integriert werden, um Fälle aus dem personalintensiven stationären Versorgungsbereich zu übernehmen.¹⁴⁷ Je nach Region kann auch eine 24-h-Notfallpraxis vorgehalten werden, beispielsweise um eine Notfallversorgung von Kindern in Randzeiten sicherzustellen. Intersektorale Zentren sollten zudem telemedizinisch an ein Krankenhaus der Regel- oder Maximalversorgung im Sinne einer Vernetzung der regionalen Versorgung angebunden sein (SVR 2023). Das Konzept entspricht zugleich weitgehend den sektorenübergreifenden Versorgungern, in die kleinere Krankenhäuser ggf. im Rahmen der Krankenhausreform, die zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung angestrebt wird, umgewandelt werden sollen (siehe dazu BMG 2023a; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung 2022).

¹⁴⁶ Aufgrund der besseren begrifflichen Differenzierbarkeit von Primärversorgungszentren wird im Folgenden, abweichend zum Terminus im SVR-Gutachten 2023, die Bezeichnung „Intersektorales Zentrum“ genutzt.

¹⁴⁷ Dazu gehören u. a. allgemeinmedizinisch zu behandelnde geriatrische Patient*innen, die beobachtet werden müssen, Patient*innen, die vor Ort in einem ambulanten Operationszentrum operiert wurden und zur Nachbeobachtung aufgenommen werden, sowie Patient*innen, die in einem stationären Zentrum operiert wurden und postoperativ so früh wie möglich in ein wohnortnahes regionales Gesundheitszentrum verlegt werden (SVR 2023).

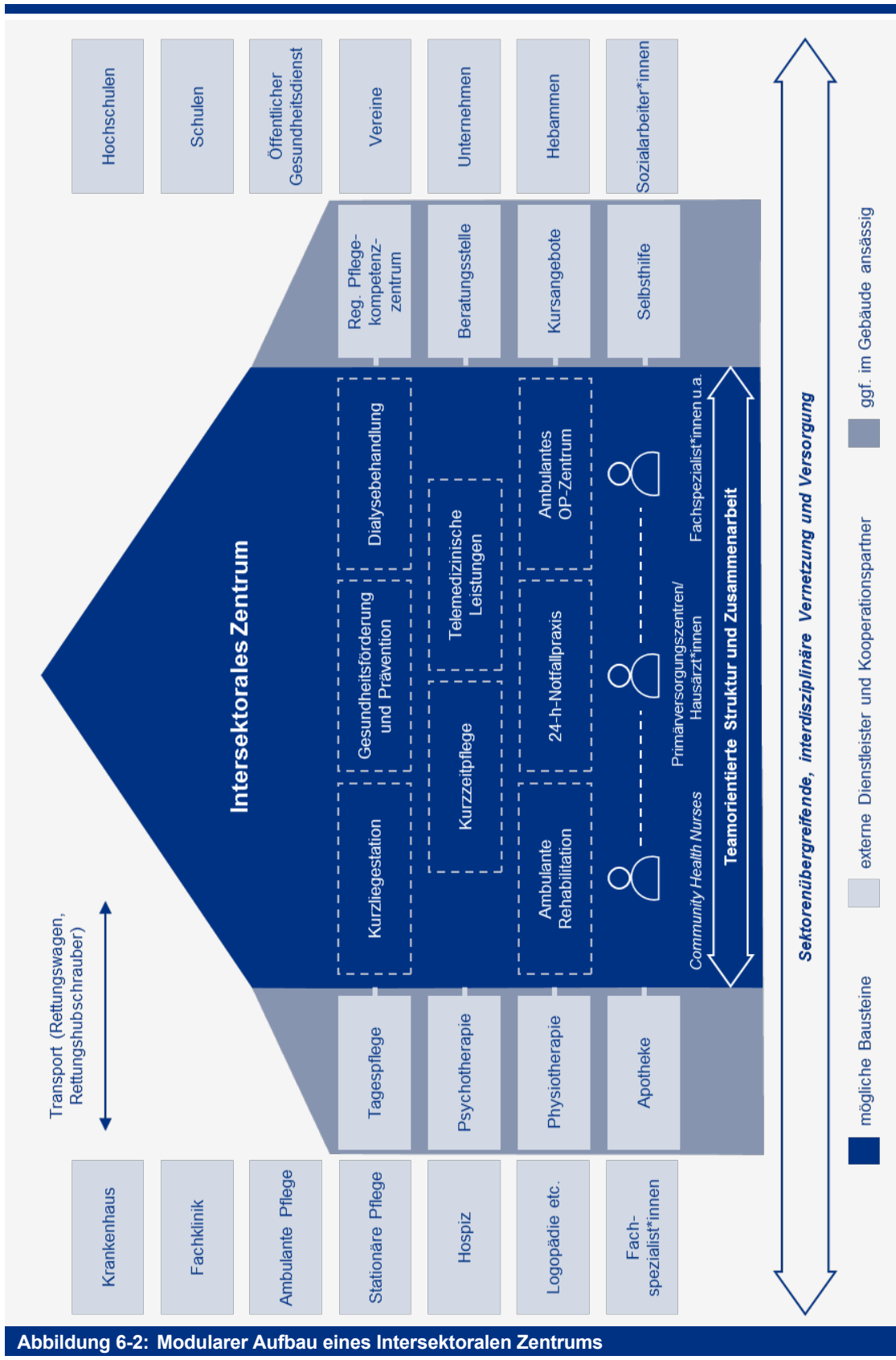


Abbildung 6-2: Modularer Aufbau eines Intersektoralen Zentrums

Quelle: SVR (2023) (mit angepassten Begrifflichkeiten) in Anlehnung an Schmid et al. (2020) und Nolting et al. (2021).

600. Der Rat empfiehlt, Primärversorgungszentren und Intersektorale Zentren in Abhängigkeit vom **lokalen Bedarf und von den lokalen Gegebenheiten** zu planen bzw. zu etablieren. Es ist dem Rat ein zentrales Anliegen, dass Primärversorgungszentren mit den Intersektoralen Zentren eng kooperieren und bei Bedarf in diese integriert sind (siehe Abbildung 6-2). Beide Zentren können jedoch auch unabhängig voneinander aufgebaut werden. Es sollte Spielraum für regional passende Lösungen bestehen. Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, von dem zum Zeitpunkt der Gutachtererstellung ein Entwurf vorliegt, sieht bereits die Etablierung von Primärversorgungszentren vor. Darauf aufbauend sollte an geeigneten Standorten die Möglichkeit geschaffen werden, eventuell bereits existierende Primärversorgungszentren – bei Bedarf – zu Intersektoralen Zentren weiterzuentwickeln.

601. Eine Voraussetzung zur Etablierung solcher Zentren und zur Ausschöpfung des Potenzials einer solchen hybriden Versorgungsform, die zwischen ambulantem und stationärem Sektor angesiedelt ist, ist eine sektorengleiche Vergütung (siehe dazu auch Abschnitt 6.1.2). Die Vergütung der Intersektoralen Zentren sollte sowohl auf Vorhaltepauschalen als auch auf tagesgleichen Pflegesätzen beruhen (siehe dazu auch SVR 2023).

Aufgabenteilung innerhalb von Primärversorgungsteams

602. Innerhalb dieser neuen Strukturen, aber auch innerhalb bestehender hausärztlicher Praxen (insbesondere größerer Gemeinschaftspraxen, MVZ), ist die **interprofessionelle Zusammenarbeit im Team** zentral. Für einen gelingenden Wandlungsprozess in der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen beteiligten Fachkräften innerhalb der Einrichtungen der Primärversorgung bedarf es neben klar definierten klinischen Aufgabenbereichen und einer geteilten Philosophie der Versorgung einer effektiven Kommunikation, gegenseitigen Respekts und Vertrauens (Norful et al. 2018). Hierzu gehört auch die Entwicklung einer gemeinsamen Verantwortung für Versorgungsprozesse, an denen mehrere Berufsgruppen beteiligt sind. Solche Veränderungen haben das Potenzial, individuelle Arbeitsbelastungen zu lindern, psychische Erkrankungen zu verhindern und die Qualität der Patientenversorgung und den Zugang zur Versorgung für Patienten zu verbessern (Norful et al. 2018).

603. Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patient*innen in der Primärversorgung verändert sich auch das Aufgaben- und Bedarfsspektrum, dem u. a. auch mit einer engeren Zusammenarbeit mit akademisch qualifizierten Pflegeexpert*innen begegnet werden kann. Auch international kommen als Fachkräfte in der Primärversorgung neben Ärzt*innen in vielen Ländern Pflegefachpersonen (häufig akademisch qualifiziert) zum Einsatz. Es liegen zahlreiche Studien und Konzepte hierzu vor, die diese Strategie befürworten und hierfür Konzepte bereitstellen (Laurant et al. 2018; Norful et al. 2018; Schlunegger et al. 2023). In Deutschland finden sich bereits entsprechende Strukturen in der Erprobung (z. B. die Projekte FAMOUS, siehe dazu G-BA 2024c; oder „Hand in Hand“, siehe dazu G-BA 2024d). Auf dieser Basis empfiehlt der Rat den **Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen** innerhalb der neu zu etablierenden multiprofessionellen Einrichtungen der Primärversorgung und in bereits bestehenden (größeren) Hausarztpraxen oder hausärztlichen Praxisnetzen im Sinne eines Primärversorgungsteams.

604. Mit Blick auf die **neu entstehenden Schnittstellen** zwischen akademisch qualifizierten Pflegefachpersonen und den bereits in der Primärversorgung tätigen Berufsgruppen (Ärzt*innen, (weiterqualifizierte) MFA) besteht die Herausforderung darin, die Rollen und Berufsbilder aller

Teammitglieder zu definieren sowie die anfallenden Aufgaben kompetenzorientiert sowie nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten unter Beachtung der Ergebnisqualität neu zu verteilen. MFA (insbesondere VERAH und NÄPA) sind in vielen hausärztlichen Praxen bereits sehr gut in das hausärztliche Team integriert und ihr Aufgabenbereich hat sich in den letzten Jahren im Rahmen von Delegation zunehmend erweitert (Gisbert Miralles et al. 2020). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass die Delegation organisatorischer Tätigkeiten an MFA (sowohl mit als auch ohne Zusatzqualifikation VERAH/NÄPA) für Hausärzt*innen einen großen Stellenwert hat.

605. Anzupassen sind auch die **rechtlichen und organisatorischen Gegebenheiten**, um derartige innovative Versorgungsprozesse und teilweise geteilte Verantwortlichkeiten für Patient*innen zu ermöglichen. Grundlegend für die Etablierung der neuen Prozesse in den Praxen, die zu einem effizienten Einsatz der Teammitglieder entsprechend ihrer jeweiligen Kompetenzen führen sollen, sind neben neuen rechtlichen Rahmenbedingungen auch angepasste **Leistungs- und Vergütungssystematiken**, die es ermöglichen, dass Praxen bzw. Primärversorgungseinrichtungen die notwendigen Prozess- und Strukturveränderungen nachhaltig umsetzen können (siehe hierzu auch KOMV 2019). Der Rat empfiehlt, die für die Neustrukturierung notwendigen rechtlichen, organisatorischen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen für die Primärversorgung zu prüfen und anzupassen (z. B. im Rahmen des aktuell in Planung befindlichen Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes). Dies schließt auch die Heilkundeübertragung für zu definierende Handlungsfelder für Pflegefachpersonen ein.

606. So kann der steigenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patient*innen in der Primärversorgung einerseits mit mehr Kapazitäten als bisher, andererseits aber auch mit zusätzlichen pflegerischen Kompetenzen begegnet werden. Zur Prävention und Gesundheitsförderung wie auch für Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements bedarf es erweiterter Beratungsleistungen im Rahmen der Primärversorgung. Dies erfordert zunächst zusätzliche Fachkräftressourcen, führt jedoch langfristig über die in Kapitel 5 dargestellten Mechanismen zu einem verringerten Bedarf.

Auswirkungen der Etablierung intersektoraler Zentren auf die Fachkräftesituation

607. Die Etablierung von intersektoralen Zentren könnte über mehrere Wirkungskanäle zur **Entlastung der Personalsituation** beitragen: Sie könnte die Notwendigkeit zur Vorhaltung von Personal in Krankenhäusern verringern, die Steuerung von Patientenwegen verbessern und Redundanzen in der Versorgungsstruktur abbauen, Pflergetage durch eine Reallokation der vorhandenen Investitionsfördermittel reduzieren und die Arbeitsplatzattraktivität, insbesondere durch die Arbeit in multiprofessionellen Teams, erhöhen (Schreyögg 2023). Mit der Etablierung der neuen Einrichtungen könnte die Möglichkeit des Einsatzes erweiterter Kompetenzprofile (z. B. von *Advanced Practice Nurses* (APN), siehe dazu Kapitel 4) und neuer Aufgabenteilung an der Schnittstelle zur ärztlichen Profession geschaffen werden. Auch MFA mit unterschiedlichen Spezialisierungen finden hier in multiprofessionellen Teams ein breites Einsatzfeld. Dies könnte sich in Kombination mit einer im Vergleich zum stationären Sektor flexibleren Arbeitszeitgestaltung positiv auf die Arbeitsplatzattraktivität in einem Intersektoralen Zentrum auswirken. Für das pflegerische Personal könnte die Beschäftigung in einem Zentrum im Vergleich zu einer Beschäftigung im Krankenhaus aufgrund der höheren Personal-Patienten-Relation mit einem attraktiveren Aufgabenspektrum einhergehen (Schmid et al. 2018, Seite 111 ff.).

608. Die Größe der genannten Effekte hängt von der Ausgestaltung der Versorgungszentren ab. Es liegen Schätzungen zu den Auswirkungen der Etablierung **Intersektoraler Gesundheitszentren** (IGZ) mit erweiterter ambulanter Versorgung vor (siehe insbesondere Schmid et al. 2018; Schmid et al. 2021). Die zugrundeliegende Definition eines IGZ ist weitgehend deckungsgleich mit dem Konzept der Intersektoralen Zentren, das der Rat empfiehlt, weshalb die bestehenden Schätzungen im Folgenden herangezogen werden können, um das Potenzial der vorgeschlagenen Reform zu beleuchten.

609. Die hier wiedergegebenen **Schätzungen des Versorgungspotenzials** von IGZ hängen stark von den getroffenen Annahmen ab, insbesondere von der Abgrenzung der Patientenpopulation, für die eine Behandlung im IGZ in Frage kommt. Grob zusammengefasst fokussieren die hier referierten Schätzungen auf die Teilmenge der bislang stationär versorgten Patient*innen, die im Rahmen einer erweiterten ambulanten Versorgung mindestens gleichwertig versorgt werden könnte. Auf dieser Grundlage leiten Schmid et al. (2021) ein Potenzial von jährlich ca. 2 bis 4 Millionen Fällen her,¹⁴⁸ die perspektivisch auf die IGZ entfallen könnten. Die Spannweite ergibt sich aus verschiedenen Annahmen darüber, ob nur sehr einfache und komplikationsarme oder auch komplexere Krankheitsbilder für eine Behandlung im IGZ in Betracht gezogen werden. In einem weiteren Schritt berücksichtigen Schmid et al. (2021) die bestehenden Versorgungskapazitäten und treffen Annahmen über die erfolgenden Strukturanpassungen. Dabei werden verschiedene Szenarien unterschieden: (1) ein „konservatives Szenario“, in dem davon ausgegangen wird, dass lediglich das Fallpotenzial ausgeschöpft würde, das an bestimmten in IGZ umzuwandelnden ländlichen Krankenhausstandorten mit maximal 150 Betten besteht,¹⁴⁹ (2) ein „neutrales Szenario“, in dem die Umwandlung von urbanen und ländlichen Krankenhausstandorten mit bis zu 250 Betten unterstellt wird, und (3) ein „optimistisches Szenario“, in dem davon ausgegangen wird, dass Versorgungskapazitäten so auf- und umgebaut werden, dass das gesamte Fallpotenzial ausgeschöpft werden könnte. Während im optimistischen Szenario per Definition die oben genannten 2 bis 4 Millionen Fälle in IGZ versorgt würden, wären es im konservativen Szenario nur ca. 100 000 bis 200 000 Fälle. Im neutralen Szenario liegt das ausschöpfbare Fallpotenzial bei ca. 0,6 bis 1,2 Millionen Fällen (Schmid et al. 2021, Seite 96). Im Mittelwert des neutralen Szenarios (0,9 Millionen Fälle) und unter der Annahme einer mittleren Verweildauer von 1,5–3 Tagen liegt das Potenzial reduzierbarer Belegungstage in Krankenhäusern bei 1,2 bis 2,7 Millionen Belegungstagen (siehe auch Tabelle 6-1). Dabei ist zu beachten, dass die Autor*innen „in der Tendenz eher eine Unterschätzung der Fallzahlen“ vermuten (Schmid et al. 2021, Seite 97). Zudem ist davon auszugehen, dass auch Krankenhausstandorte mit mehr als 250 Betten umgewandelt werden könnten, sodass das neutrale Szenario übertroffen und eine Annäherung an das optimistische Szenario erfolgen würde.

610. In einem weiteren Schritt leiten Schmid et al. (2021) her, wie die Etablierung von IGZ den **Personalbedarf** verändern würde: Da das Konzept auf einem erweiterten Aufgabenspektrum des pflegerischen Personals bei höherer Personal-Patienten-Quote basiert, schließen die Autoren, dass unter den getroffenen Annahmen weniger ärztliches und mehr pflegerisches Personal benötigt

¹⁴⁸ Werte wurden hier und im Folgenden gerundet.

¹⁴⁹ Zur Identifikation dieser Standorte siehe auch Schmid et al. (2018).

würde (Schmid et al. 2021, Seite 111).¹⁵⁰ Unter weniger restriktiven Annahmen ist davon auszugehen, dass die Umwandlung von Krankenhausstandorten in IGZ auch hinsichtlich des pflegerischen Personals zu einer deutlichen Entlastung führen könnte. Im Jahr 2019 waren in kleinen Krankenhäusern mit 50–99 Betten durchschnittlich 44 Pflegepersonen (VZÄ) beschäftigt; in Häusern mit 100–150 Betten waren es durchschnittlich 82 Pflegepersonen (VZÄ) (Destatis 2021). In einem IGZ wären gemäß den Annahmen von Schmid et al. (2021) zwölf pflegerische Vollzeitkräfte erforderlich. An Standorten, an denen es gelingt, ein Krankenhaus vollständig durch ein IGZ zu ersetzen, wäre nach der Umwandlung also ein deutlich geringerer Personalbedarf zu verzeichnen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass ein Teil des akut behandlungsbedürftigen Fallaufkommens der Krankenhäuser nicht ohne Weiteres in einem IGZ versorgt werden kann und nach einer Umwandlung voraussichtlich von anderen Krankenhäusern mitversorgt werden müsste. Allerdings ist auch zu beachten, dass die Kapazitätsauslastung vor allem in kleineren Krankenhäusern eher gering ist. Während die durchschnittliche Bettenauslastung aller Krankenhäuser Anfang der 1990er Jahre noch bei ca. 84 % lag, ist sie in den vergangenen Jahren bis auf 69 % im Jahr 2022 gesunken; in Häusern bis 49 Betten lag sie sogar nur bei durchschnittlich 54,6 % (Destatis 1997, 2023a). Zugleich sind positive Effekte auf das Arbeitsangebot aufgrund einer höheren Arbeitsplatzattraktivität in Gesundheitszentren zu erwarten, wie in Textziffer 607 ausgeführt wurde. Neben dem verstärkten Einsatz von pflegerischem anstelle von ärztlichem Personal sieht das Konzept der Intersektoralen Zentren außerdem die enge Einbindung weiterer Berufsgruppen vor, z. B. von Physio- und Psychotherapeuten, wie in Abbildung 6-2 dargestellt ist.

6.1.6 Steuerung der Patientenwege durch Stärkung der primärärztlichen Versorgung

Reformkonzept

611. Wie in Kapitel 3 skizziert, hängt es von den Patientenwegen ab, ob eine bedarfsgerechte Versorgung mit effizientem Einsatz der Personalressourcen gelingt. In vielen anderen Staaten, z. B. in Dänemark und den Niederlanden, ist ein primärärztliches System etabliert, d. h., Primärarzt*innen koordinieren und steuern den Zugang zur fachspezialistischen Versorgung. Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Aufgaben der primärärztlichen Versorgung. Sie wird als Bestandteil des Bundesmantelvertrag-Ärzte (§ 10 BMV-Ä; Anlage 5 BMV-Ä) durch den Vertrag über die hausärztliche Versorgung geregelt, wonach – nach Maßgabe – Allgemeinärzt*innen und – auf Grundlage einer Wahlentscheidung – Internist*innen und Facharzt*innen für Kinder- und Jugendmedizin, jeweils ohne Schwerpunktbezeichnung, teilnehmen können. Die Inanspruchnahme von Fachspezialist*innen erfolgt in einem primärärztlichen System sekundär und in stärker zentralisierten Einrichtungen. Das kann insbesondere die Inanspruchnahme von nicht indizierten fachspezialistischen Untersuchungen reduzieren und stellt somit eine Stellschraube zur Verbesserung der Fachkräftesituation dar. Der Rat empfiehlt vor diesem Hintergrund die **Stärkung der primärärztlichen Strukturen in Deutschland**. Perspektivisch befürwortet er die Zielvorstellung eines umfassenden Primärarztsystems mit einem erweiterten Leistungsspektrum von Hausarzt*innen, wie es z. B. in den Niederlanden und Dänemark etabliert ist.

¹⁵⁰ Bei einer Einrichtungsgröße von 15 Betten und einer durchschnittlichen Auslastung von 80 % werden ein ärztliches VZÄ und zwölf pflegerische VZÄ veranschlagt. Dabei könnten mehr Arzt*innen im IGZ tätig sein und die Betreuung der erweiterten ambulanten Versorgung unter sich aufteilen, wobei Versorgungskapazitäten für die klassische ambulante Versorgung verbleiben würden (Schmid et al. 2021, Seite 17).

612. Im ersten Schritt gilt es sicherzustellen, dass alle Versicherten bei einer hausärztlichen Praxis registriert sind.¹⁵¹ Analog sollte für Kinder die **Registrierung** bei einer kinderärztlichen Praxis zum Regelfall werden, bzw. in Regionen, wo keine kinderärztliche Praxis verfügbar ist, bei einer hausärztlichen Praxis. Durch die Registrierung von Versicherten wird die Initiierung von Präventionsaufgaben und die rasche Kontaktaufnahme in Krisensituationen gewährleistet. Darüber hinaus erleichtert es die Abrechnung von Jahrespauschalen. Der Rat hat sich bereits in der Vergangenheit dafür ausgesprochen, die Rolle der hausärztlichen Versorgung zu stärken; zuletzt indem er eine obligatorische Registrierung bei einer Hausarztpraxis, die z. B. über die elektronische Patientenakte erfolgen könnte, ohne Beschränkung der freien Arztwahl vorgeschlagen hat (SVR 2023, Seite 229).

613. Eine weitergehende Möglichkeit ist die Ausweitung der **hausarztzentrierten Versorgung** (HzV), im Rahmen derer Patient*innen – mit Ausnahmen – zum Aufsuchen weitere Fachspezialist*innen eine hausärztliche Überweisung benötigen. In Deutschland existiert die HzV als Wahltarif, den die Krankenkassen gemäß § 73b Abs. 1 SGB V verpflichtend anzubieten haben, wobei nicht alle Krankenkassen dieser Verpflichtung nachkommen. Die Teilnahme ist für die Patient*innen also bislang freiwillig (siehe dazu den Exkurs in Textziffer 618). Bei Etablierung eines **populationsbasierten Einschreibemodells** wären hingegen alle in einer Region wohnhaften Bürger*innen verpflichtet, in einer bestimmten hausärztlichen Praxis eingeschrieben zu sein. Die in anderen Staaten etablierten Modelle sind unterschiedlich strikt und setzen unterschiedlich starke Anreize für die primäre Versorgung durch Hausärzte aufseiten der Leistungserbringer und der Versicherten (für einen Überblick siehe z. B. Reibling/Wendt 2012 oder Marchildon et al. 2021).

614. Die **Vorteile von hausarztorientierten Versorgungsmodellen** sind vielfach dokumentiert. Die bessere Koordination und Kontinuität der Versorgung bringen Qualitätsvorteile (z. B. weniger bildgebende Diagnostik bei unkomplizierten Rückenschmerzen) mit sich, insbesondere in der Versorgung älterer, chronisch kranker und/oder multimorbider Patient*innen (siehe z. B. Freytag et al. 2016). Im Rahmen einer koordinierten Versorgung können z. B. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten zuverlässiger detektiert werden. Ein primärärztliches System mit Einschreibung eröffnet auch Kommunikationskanäle, über die mehr Patient*innen u. a. in akuten Krisen, wie etwa Pandemien oder Hitzewellen, erreicht werden können. Vorangegangene Ratsgutachten bieten einen Überblick über die verfügbare Evidenz hinsichtlich der Vorteile hausarztorientierter Versorgungsmodelle (SVR 2009, 2014, 2018, 2023). Hier liegt der Fokus auf den direkten Auswirkungen auf die Patientenwege, d. h. auf der Inanspruchnahme von bestimmten Fachkräftegruppen. Diese werden ab Textziffer 624 näher beschrieben.

615. Der Rat empfiehlt, die freiwillige Teilnahme an einem Modell zu fördern, das – analog zum **Modell der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** – vorsieht, dass die Inanspruchnahme von Fachspezialist*innen bzw. höheren Versorgungsebenen in der Regel nur nach Überweisung durch die hausärztliche Praxis erfolgt, bei der die oder der Patient*in eingeschrieben ist. Die Basis dafür ist, dass eine verbindliche Koordination und Kommunikation im Sinne von Überweisung und Befundübermittlung zwischen Hausarzt*innen bzw. Kinderarzt*innen und Fachspezialist*innen sichergestellt wird. Dazu sind die Möglichkeiten der Digitalisierung auszuschöpfen (siehe Kapitel 4). Zudem sollten die Fächer Allgemeinmedizin und Pädiatrie im Medizinstudium inhaltlich und vom Umfang her einen größeren Stellenwert erhalten, um die inhaltlichen Grundlagen und die

¹⁵¹ Bereits heute ist im SGB V festgelegt, dass die Versicherten einen Hausarzt oder eine Hausärztin wählen (§ 76 Abs. 3 SGB V).

Sichtbarkeit zu verbessern und so ausreichend Nachwuchs für die Facharztweiterbildung zu gewinnen (siehe dazu auch SVR 2023, Seite 228 und Kapitel 4).

616. Um eine weitere, nicht sachgemäße Fragmentierung der Versorgungslandschaft in Deutschland zu vermeiden und um eine möglichst flächendeckende angebotsseitige Verbreitung eines hausarztzentrierten Modells zu erreichen, sollte anstelle des bisherigen Nebeneinanders verschiedener Selektivverträge eine allgemeine vertragliche Regelung der HzV im Rahmen des Kollektivvertrags gefunden werden. Dadurch würden auch die bürokratischen Belastungen reduziert, die das HzV-Modell bislang für viele Leistungserbringer unattraktiv machen; somit würde die **Akzeptanz unter Leistungserbringern** gestärkt.

617. Den Versicherten sichert die Einschreibung bei einer hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxis ihrer Wahl eine verlässliche Versorgung im Bedarfsfall zu. Dabei sollte engmaschig beobachtet werden, ob das hausärztliche Versorgungsangebot ausreicht, um eine Einschreibung aller Versicherten bei einer hausärztlichen Praxis dauerhaft zu gewährleisten (zum Fachkräftemonitoring im Rahmen einer umfassenden Gesundheitspersonalplanung siehe Kapitel 4). Im Jahr 2022 hatten 77 % der gesetzlich Versicherten mindestens einen hausärztlichen Kontakt im Rahmen der Regelversorgung; weitere 13 % der Versicherten haben mindestens einmal eine kinder- bzw. jugendärztliche Praxis aufgesucht.¹⁵² Die meisten Versicherten nehmen also bereits eine hausärztliche Versorgung in Anspruch. Bei Hausärzt*innen werden bislang deutlich kürzere Wartezeiten auf Termine verzeichnet als bei Fachspezialist*innen (KBV/FGW 2020). Zur verbesserten **Akzeptanz des Systems unter den Versicherten** empfiehlt der Rat des Weiteren die (stärkere) Nutzung finanzieller Anreize auf der Nachfrageseite. Die Bindung an ein hausarztzentriertes Modell, d. h. der Verzicht auf unkoordinierte Besuche von Fachspezialist*innen, die ohne haus- bzw. kinderärztliche Überweisung erfolgen, könnte z. B. mit einer Beitragsrückerstattung oder einer Reduktion von Arzneimittelzuzahlungen incentiviert werden. In Dänemark entscheiden sich beispielsweise 98 % der Versicherten für einen Versicherungstarif mit primärer Inanspruchnahme eines Hausarztes/Hausärztin, mit dem sie die ansonsten anfallenden Zuzahlungen vermeiden (Vrangbæk 2020). Es ist dabei davon auszugehen, dass die finanziellen Anreize substantiell sein müssen, um eine spürbare Wirkung zu erzeugen (Aron-Dine et al. 2013; Newhouse 1996). Es sollte nicht nur beobachtet werden, wie groß die erzielte Wirkung auf die Teilnahme ist, sondern auch, wie solche Anreize auf eine Inanspruchnahme durch verschiedene sozioökonomische Gruppen wirken. Wenn es durch finanzielle Anreize nicht gelingt, die freiwillige Teilnahme ausreichend zu erhöhen, sollte eine verbindliche Ausweitung des hausarztzentrierten Modells auf alle Versicherten erwogen werden. Auch bei freiwilliger Einschreibung lassen sich durch finanzielle Anreize hohe Einschreiberaten in ein hausarztzentriertes Modell erreichen, wie die Erfahrung in anderen Staaten zeigt, z. B. in Frankreich, wo die Rate auf über 90 % geschätzt wird. In anderen Staaten sind die Einschreiberaten – bei ebenfalls formaler Freiwilligkeit der Einschreibung – sogar noch höher; so in Dänemark, den Niederlanden, Norwegen und Schweden (Marchildon et al. 2021).

Exkurs: Hausarztzentrierte Versorgung

618. Die HzV in Deutschland ist seit dem Jahr 2004 im SGB V gesetzlich geregelt. Dort ist festgelegt, dass die Krankenkassen verpflichtet sind, ihren Versicherten einen HzV-Tarif anzubieten (§ 73b Abs. 1 SGB V). Die Anforderungen an die konkrete Ausgestaltung haben sich seitdem im

¹⁵² Die Informationen wurden dem Rat freundlicherweise vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt.

Zuge der Weiterentwicklung der GKV mehrfach verändert. Trotz der gesetzlichen Vorgabe bieten noch nicht alle Krankenkassen HzV-Tarife (flächendeckend) an (GWQ 2024) und es bestehen große regionale Unterschiede hinsichtlich der Verbreitung der HzV.

Im Wesentlichen ist die HzV dadurch charakterisiert, dass Versicherte sich freiwillig für spezielle Hausarzttarife ihrer Krankenkassen entscheiden können. Mit der Teilnahme an einem solchen Wahltarif verpflichten sich die Versicherten, zunächst den von ihnen gewählten hausärztlichen Leistungserbringer aufzusuchen, bevor sie ggf. auf gezielte Überweisung eine fachspezialistische Behandlung in Anspruch nehmen. Ausnahmen bestehen z. B. für Behandlungen durch Gynäkolog*innen und Augenärzt*innen. Auch für die Leistungserbringer besteht Wahlfreiheit; Hausärzt*innen können sich entscheiden, ob sie an der HzV teilnehmen möchten oder nicht. Eine Teilnahme geht für sie mit Verpflichtungen einher, z. B. mit dem Besuch bestimmter Fortbildungen. Die Ausgestaltung von den zwischen Krankenkassen und Ärzt*innen geschlossenen Hausarztverträgen kann im Rahmen der gesetzlichen Regelungen unterschiedlich ausfallen.

Der erste Vertrag zur HzV wurde im Jahr 2008 in Baden-Württemberg unter Beteiligung der örtlichen AOK geschlossen. Inzwischen nehmen dort mehr als 1,7 Millionen AOK-Versicherte an der HzV teil (Gerlach/Szecsényi 2020); deutschlandweit sind es mehr als 6 Millionen Versicherte (Hausärztinnen- und Hausärzteverband 2024).

Vergütungssystematik

619. Darüber hinaus ist eine Reform der Vergütungssystematik erforderlich, die zum Bürokratieabbau beitragen und aufseiten der Ärzt*innen ausreichende Anreize für bedarfsgerechte Versorgungsangebote setzen soll. Das vertragsärztliche Vergütungssystem sollte derart reformiert werden, dass einerseits Anreize geschaffen werden, multimorbide und aufwendig zu behandelnde Patient*innen angemessen zu versorgen, und dass andererseits die Anzahl der medizinisch nicht notwendigen Kontakte – im Sinne eines ressourcenschonenden Umgangs mit den humanen Ressourcen – reduziert wird. Als nicht notwendige Kontakte werden all diejenigen Arzt-Patientenkontakte bezeichnet, die weder zur Verbesserung noch zur Aufrechterhaltung der Gesundheit der Patient*innen beitragen¹⁵³ oder die durch andere Gesundheitsprofessionen oder Praxiskontakte bei vergleichbaren Resultaten effizient erbracht werden können.

620. Für den hausärztlichen Bereich und für ausgewählte Patientengruppen von Fachspezialisten – insbesondere solche mit andauerndem Behandlungsbedarf – schlägt der Rat in Anlehnung an sein Gutachten des Jahres 2018 vor, dass der Quartalsbezug aufgegeben wird. Die quartalsweise Abrechnung bindet über die bürokratischen Prozesse enorme zeitliche Ressourcen der Fachkräfte in den Praxen. Zudem incentiviert sie dazu, Patient*innen häufiger als medizinisch notwendig einzubestellen. Es wird eine Umstellung auf Jahrespauschalen empfohlen, um den bürokratischen Aufwand zu verringern. Hierdurch werden zeitliche Kapazitäten im Praxisteam freigesetzt. Auch in vielen anderen Staaten wird das Angebot primärärztlicher Leistungen über Pauschalvergütungen incentiviert (Marchildon et al. 2021).

621. Der Rat empfiehlt – angelehnt an sein Gutachten des Jahres 2018 sowie die Empfehlung der vom BMG beauftragten wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) – eine morbiditätsorientierte, regelmäßig zu adjustierende Jahrespauschale, die unabhängig

¹⁵³ Hiervon ausgenommen sind palliative Versorgungssituationen.

von den tatsächlichen Kontaktzahlen einmal jährlich abgerechnet werden kann, sofern mindestens ein Kontakt in diesem Zeitraum erfolgt. Damit würden alle Leistungen einer bestimmten Krankheitsepisode – die akute Behandlung und auch die sich anschließende Betreuung und Nachbehandlung ebenso wie ggf. die Prävention – pauschal vergütet. Dadurch sollen Anreize zur Leistungsverschiebung vermindert werden (KOMV 2019, Seite XVII). Jahrespauschalen setzen den Anreiz medizinisch nicht notwendige Kontakte zu reduzieren, aber sie bergen auch das Risiko, Anreize dafür zu bieten, im Einzelfall weniger Leistungen zu erbringen, als medizinisch angemessen wären. Um Unterversorgung zu vermeiden, sollten stärker als bisher Indikatoren zur Sicherstellung der Qualität in der Versorgung herangezogen werden, um Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der Jahrespauschale zu vermeiden. Welche Qualitätsindikatoren dafür geeignet sind, ist im Rahmen des AQUIK-Projektes umfassend untersucht worden (KBV 2015).

622. Neben den Jahrespauschalen sollten bestimmte kostenintensive oder besonders förderungswürdige primärärztliche Leistungen im Rahmen separater Leistungskomplexe vergütet werden (siehe SVR 2018, Seite 149). Beispiele für solche separaten Leistungskomplexe sind u. a. Zuschläge für multimorbide Patienten, für Hausbesuche, für die Versorgung von Patienten in der stationären Langzeitpflege und für bestimmte präventive Leistungen.

623. Eine **Entkopplung der Vergütung von der persönlichen Leistungserbringung durch Ärzt*innen** könnte zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit und Arbeitsteilung in Praxen stärken. Praxen bekämen damit auch den Spielraum, die Arbeitsteilung flexibel an die Kompetenzprofile der Teammitglieder anzupassen, und könnten mögliche Rekrutierungsschwierigkeiten leichter vorübergehend ausgleichen. Auch die KOMV hat sich für die stärkere Nutzung von Teampauschalen zur Förderung von Teamleistungen ausgesprochen (KOMV 2019, Seite 153 ff.).

Auswirkungen der HzV auf die Fachkräftesituation

624. Die folgenden Ausführungen beruhen in erster Linie auf der **Evaluation der HzV in Baden-Württemberg**. Um die Auswirkungen der HzV abzuschätzen, wurden seit dem Jahr 2011 wiederholt Längs- und Querschnittstudien zum Vergleich zwischen den AOK-Versicherten der Regelversorgung und solchen vorgenommen, die in die HzV eingeschrieben waren. Die im Folgenden dargestellten Evaluationsergebnisse wurden unter Berücksichtigung von Kovariablen wie z. B. Alter, Morbidität und Pflegegrad ermittelt.¹⁵⁴

625. Die Teilnahme an der HzV verändert die **Inanspruchnahme von Arztkontakten**. Die Evaluation zeigt in der Querschnittsbetrachtung, dass Versicherte im Jahr 2020¹⁵⁵ in der HzV signifikant mehr hausärztliche Kontakte (+ 22,7 %)¹⁵⁶, signifikant weniger unkoordinierte¹⁵⁷ fachspezialistische Kontakte (– 45,3 %) und signifikant mehr koordinierte fachspezialistische Kontakte (+ 56,2 %) hatten als Versicherte in der Regelversorgung. In absoluten Werten gleichen sich die positive Differenz der koordinierten und die negative Differenz der unkoordinierten Kontakte zu Fachspezialist*innen nahezu aus (Laux et al. 2023, Seite 26). Im Rahmen der HzV ist also zunächst

¹⁵⁴ Methodische Details der Evaluation, u. a. zur Datengrundlage und zu den in multivariablen Regressionsanalysen berücksichtigten Faktoren, sind z. B. Laux et al. (2023, Seite 16 ff.) zu entnehmen. Es ist u. a. zu beachten, dass die Evaluation nur volljährige Versicherte umfasst.

¹⁵⁵ Die hier und im Folgenden angegebenen Werte unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Vorjahre.

¹⁵⁶ Die Werte wurden auf eine Nachkommastelle gerundet.

¹⁵⁷ Unkoordinierte Kontakte zu Fachspezialist*innen sind als Kontakte ohne hausärztliche Überweisung definiert.

von einem Mehrbedarf an Hausärzt*innen bei zugleich ähnlichem Bedarf an anderen Fachspezialist*innen auszugehen, wobei diese jedoch gezielter in Anspruch genommen werden. Perspektivisch wäre auch im ambulanten Sektor eine Entlastung der Fachkräftesituation erreichbar, wenn im Zuge der flächendeckenden Etablierung des primärärztlichen Systems stärker auf interprofessionelle Teamleistungen gesetzt wird.

626. Die bessere Koordinierung der ambulanten Versorgung könnte ein Grund dafür sein, dass **stationäre Aufenthalte** im Rahmen der HzV seltener zu beobachten sind und etwas kürzer ausfallen. Für die Versicherten der HzV werden signifikant geringere Hospitalisierungsraten verzeichnet als für die Versicherten der Regelversorgung; im Jahr 2020 betrug die Differenz in der Querschnittsbetrachtung 9,1%.¹⁵⁸ Auch zeigten sich für die HzV niedrigere Raten an Wiederaufnahmen im Krankenhaus (– 8,6 %). Zudem konnten für die HzV-Versicherten 3,9 % mehr der sogenannten „potenziell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen“¹⁵⁹ tatsächlich vermieden werden (Laux et al. 2023, Seite 26). Insofern könnte auch ein HzV-Modell dazu beitragen, die Ambulantisierung von Fällen, die keiner stationären Aufnahme bedürfen, voranzutreiben (siehe dazu auch die Abschnitte 6.1.1 und 6.1.2). Mit Blick auf die Fachkräftesituation in der stationären Versorgung ist zudem relevant, dass die Dauer der Krankenhausaufenthalte im Rahmen der HzV kürzer war. Im Jahr 2020 wurde eine Differenz der Verweildauer von 5,5 % verzeichnet (Laux et al. 2023, Seite 26). In der longitudinalen Analyse, d. h. unter Berücksichtigung von Veränderungen über die Zeit auf individueller Ebene, fielen die Unterschiede seit Evaluationsbeginn z. T. größer aus; im Jahr 2019 wurde eine Differenz von 7,9 % (9,6 Tage in der HzV versus 10,4 Tage in der Regelversorgung) verzeichnet (Laux et al. 2023, Seite 29). Unter der Annahme einer Übertragbarkeit der Evaluationsergebnisse aus Baden-Württemberg bei einer bundesweiten Einführung des HzV-Modells ließe sich also für alle Fälle durchschnittlich ein halber Belegungstag einsparen. So könnten – ausgehend von knapp 17 Millionen stationären Fällen im Status Quo (Destatis 2023a) und unter Berücksichtigung der oben genannten reduzierten Hospitalisierungsrate um ca. 9 % – allein über den Wirkungskanal der reduzierten Krankenhausliegezeit jährlich ca. 8 Millionen Belegungstage eingespart werden.

627. Hervorzuheben sind auch die **Ergebnisse der Analysen, die auf Versicherte mit chronischen Erkrankungen** fokussieren. Wie in Kapitel 3 dargelegt, ist von einer erheblichen Zunahme der Anzahl chronisch kranker Menschen im Zuge des demografischen Wandels auszugehen. Vor diesem Hintergrund ist relevant, dass sich auch für die im Rahmen der HzV-Evaluation exemplarisch betrachteten Gruppen von Versicherten mit chronischen Erkrankungen, z. B. solche mit kardiovaskulären Erkrankungen, Vorteile einer Teilnahme an der HzV zeigen. Auch in diesen Gruppen fallen die Differenzen bei Indikatoren wie der Häufigkeit stationärer Aufenthalte zugunsten der HzV gegenüber der Regelversorgung aus (Karimova et al. 2023).

628. Die Effekte, die im Rahmen der Evaluation der HzV in Baden-Württemberg festgestellt wurden, decken sich mit Befunden, die in der **internationalen Literatur** für die primärärztliche Versorgung dokumentiert sind. Auch für andere Staaten, wie die USA, wurden u. a. eine Vermeidung

¹⁵⁸ Bei Hochrechnung auf das gesamte deutsche Fallvolumen und unter der Annahme einer mittleren VWD von 3–8 Tagen entspräche dies einer Reduktion der jährlichen Belegungstage um 4,5–12 Millionen (siehe Tabelle 6-1).

¹⁵⁹ „Potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahme“ oder auch „ambulant-sensitive Krankheitsfälle“ sind durch Krankheitsbilder charakterisiert, bei denen die Krankenhausaufnahme durch eine frühzeitige und effektive Versorgung im ambulanten Bereich oder durch eine Immunisierung, z. B. eine Impfung, hätte vermieden werden können (Gerlach/Szecsényi 2020).

von nicht indizierten fachspezialistischen Untersuchungen und eine Verringerung der Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen festgestellt (siehe z. B. Starfield et al. 2005 oder Sripa et al. 2019).

6.1.7 Potenzial-Schätzungen hinsichtlich einer Reduktion von Belegungstagen

629. Tabelle 6-1 fasst zusammen, wie sich die beschriebenen Strukturreformen in der Akutversorgung potenziell auf die Fallzahlen und die Belegungstage in deutschen Krankenhäusern auswirken könnten. Sie fokussiert damit auf die **Auswirkungen auf den stationären Sektor** und spiegelt nicht die – noch schwieriger quantifizierbaren – Auswirkungen auf den ambulanten Sektor wider, in den ein Teil des Fallvolumens verlagert würde und in dem die Versorgungsprozesse anders gemanagt werden müssen, womit wiederum ein entsprechend veränderter Personalbedarf einhergehen würde (siehe z. B. Textziffer 579), der zum jetzigen Zeitpunkt kaum prognostizierbar ist. Eine durch die Reformen zu erwartende Verringerung des Personalbedarfs in der stationären Versorgung kann sich positiv auf das Arbeitskräftepotenzial zur Rekrutierung von Ärzt*innen, Pflegefachpersonen und MFA für die ambulante Versorgung auswirken. Ohne die Reformen ist hingegen von einem steigenden stationären Fallaufkommen auszugehen. Je größer das Fallaufkommen, desto größer ist auch das Entlastungspotenzial der hier empfohlenen Reformen.

630. Die in Tabelle 6-1 aufgeführten Schätzungen hängen in hohem Maße von den getroffenen Annahmen ab. Einige zentrale Annahmen sind hier noch einmal hervorgehoben; darüber hinaus kann die Herleitung der angegebenen Werte den vorangegangenen Abschnitten entnommen werden. Eine zentrale Annahme betrifft die durchschnittliche Verweildauer, mit der das reduzierbare Fallaufkommen in Belegungstage umgerechnet wird. Wie in den vorstehenden Abschnitten erwähnt, werden hier Spannbreiten zugrunde gelegt. Durch die Einführung einer sektorengleichen Vergütung und die Etablierung von Intersektoralen Zentren dürften stationäre Fälle vermieden werden, die durchschnittlich mit einer eher kurzen Verweildauer einhergegangen wären (1,5–3 Tage). Bei einer Reform der Notfallversorgung und einer Ausweitung der primärärztlichen Versorgung ist von der Vermeidung von Fällen auszugehen, die durchschnittlich mit einer etwas längeren Verweildauer assoziiert gewesen wären (3–8 Tage). Beispielsweise dürfte es durch diese Reformen gelingen, Krankenhausaufenthalte älterer oder pflegebedürftiger Personen zu vermeiden, welche derzeit aufgrund der bestehenden Versorgungsdefizite oft längere Zeit im Krankenhaus verbleiben.

631. Zu beachten ist auch, dass sich die Effekte der verschiedenen Strukturreformen nicht ohne weiteres addieren lassen, da sie zum Teil auf die gleichen Patientenpopulationen bzw. auf das gleiche Fallaufkommen zielen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass ein **Paket unterschiedlicher Strukturmaßnahmen** am besten geeignet ist, um das Potenzial reduzierbarer Belegungstage so weit wie möglich auszuschöpfen und so die Fachkräftesituation bestmöglich zu entlasten. Darüber hinaus sind flankierende Maßnahmen erforderlich, um eine Reduktion der Angebotsdichte in der stationären Versorgung zu begleiten. Dabei sollten die Länder ihrer Planungsverantwortung gerecht werden und die Planung sollte anhand nachvollziehbarer Kriterien erfolgen.

632. Eine Reduktion der Belegungstage würde mit einer unmittelbaren **Entlastung des Personals** in Krankenhäusern einhergehen. Nach OECD-Daten fielen im Jahr 2021 in Krankenhäusern in Deutschland ca. 685 Belegungstage je Arzt/Ärztin (VZÄ) und ca. 304 Belegungstage je

Pflegefachperson¹⁶⁰ (VZÄ) an (OECD 2024b, 2024c). Die Personalzahlen sind international nur eingeschränkt vergleichbar; gleichwohl sind diese Relationen in Deutschland im Vergleich zu anderen Staaten auffallend hoch. Abbildung 6-3 bietet einen Überblick über ausgewählte OECD-Staaten. So fielen z. B. in vergleichbaren Nachbarstaaten wie Frankreich oder den Niederlanden im Jahr 2021 nur etwa halb so viele Belegungstage je Arzt/Ärztin (Frankreich: 369, Niederlande: 323) bzw. je Pflegefachperson (Frankreich: 142, Niederlande: 117) an. Die durch die empfohlenen Reformen zu erwartenden Reduktionen der Belegungstage würden die Personalrelation in Deutschland entsprechend verbessern und zu einer **Annäherung an die Werte vergleichbarer europäischer Staaten** führen. So würden z. B. nach der Notfallreform nur noch ca. 562 Belegungstage auf eine/n Arzt/Ärztin und ca. 250 Belegungstage auf eine Pflegefachperson in deutschen Krankenhäusern entfallen. Die Grafik verdeutlicht, dass Deutschland bei Umsetzung der vier besagten Reformen zu strukturell vergleichbaren Staaten, z. B. Österreich, aufschließen könnte. Aufgrund der in der vorstehenden Textziffer beschriebenen Überschneidungen in durch die Reformen adressierten Fallpopulationen weist die Grafik nur die separaten Effekte der einzelnen Reformen aus. Gleichwohl wäre bei einer Umsetzung von mehreren der genannten Reformen insgesamt von einem stärkeren Effekt auf die Personalrelationen auszugehen. Würden alle vorgeschlagenen Reformen umgesetzt, wäre zu erwarten, dass Deutschland zum Mittelfeld der hier betrachteten OECD-Staaten aufschließt.

¹⁶⁰ Die hier genutzte OECD-Variable („Professional Nurses and Midwives employed in Hospitals“) umfasst auch Hebammen.

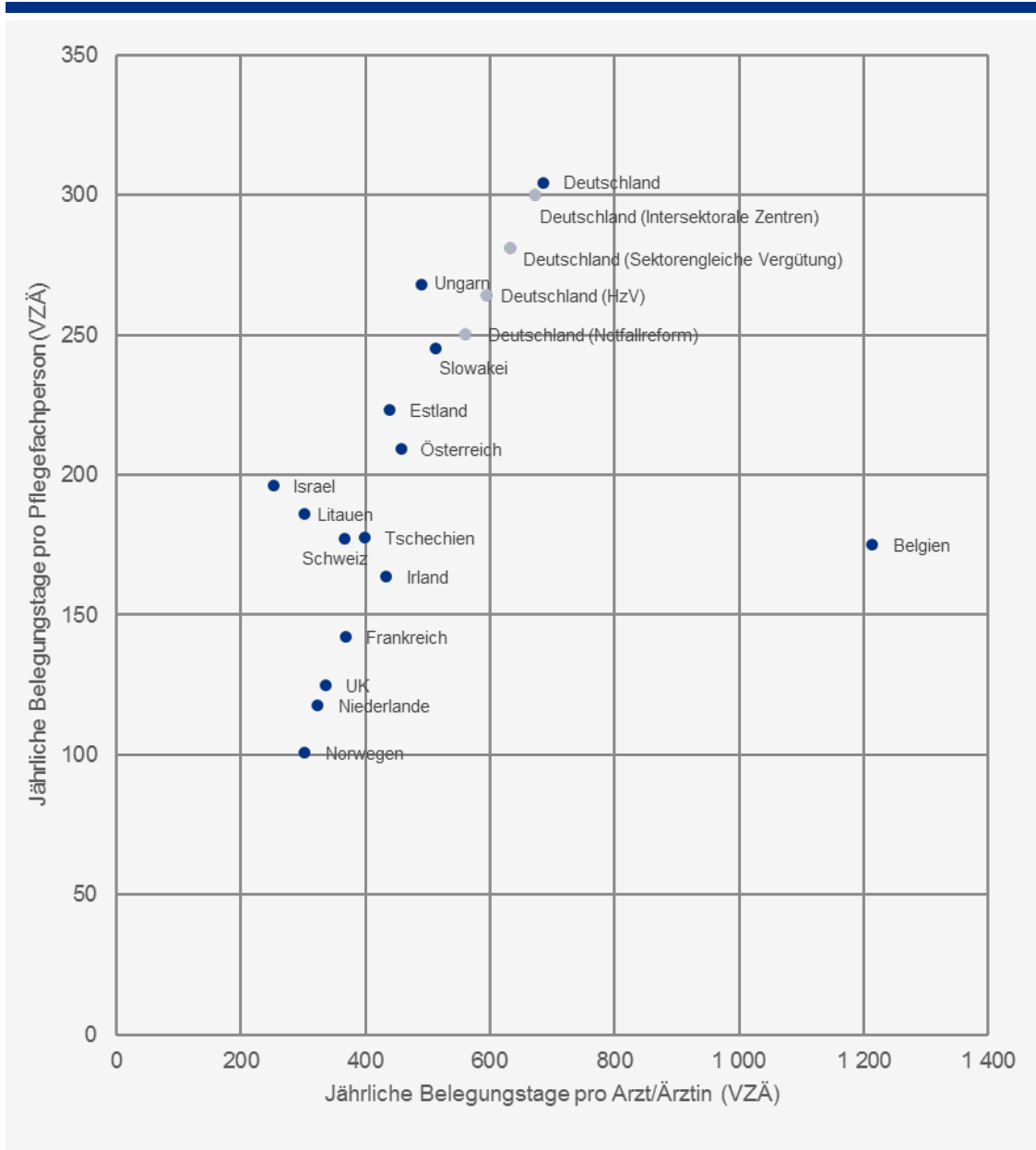


Abbildung 6-3: Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich und nach Strukturreformen

Dargestellt sind die OECD-Länder, für die alle erforderlichen Daten für das Jahr 2021 verfügbar sind. Die grauen Punkte beziehen sich auf die (separaten) Potenzialschätzungen für die einzelnen Reformen, die in Tabelle 6-1 aufgeführt sind. Es wurde der mittlere Wert der geschätzten Spannweiten der Fall- bzw. Belegungstag-Reduktionen zugrunde gelegt.

VZÄ = Vollzeitäquivalente; HzV = Hausarztzentrierte Versorgung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2024c, 2024b) und den Berechnungen in Tabelle 6-1.

Strukturreform	Wirkungsebene	Potenzielle Reduktion der stationären Fallzahl	Potenzielle Reduktion der Belegungstage*	Potenzielle Reduktion der Belegungstage pro VZÄ
		<u>Status Quo</u> ca. 17 Mio.	<u>Status Quo</u> ca. 123 Mio.	<u>Status Quo</u> Pflege: ca. 304/VZÄ Ärzt*innen: ca. 685/VZÄ
Notfallreform	Senkung der Aufnahmequote von 44 % auf 30 %	2,45 Mio.	7,4–19,6 Mio.	Pflege: 18–48 Ärzt*innen: 41–109
	30 % weniger INZ-Besuche	1,58 Mio.**	4,7–12,6 Mio.	Pflege: 12–31 Ärzt*innen: 26–70
	Summe	4 Mio.	12,1–32,2 Mio.	Pflege: 30–80 (→ ø 250/VZÄ) Ärzt*innen: 67–179 (→ ø 562/VZÄ)
Sektorengleiche Vergütung	Ambulantisierung gruppierungsrelevanter Kurzlieger AOP-Fälle gemäß AOP-Katalog 2019	2,1 Mio.	3,2–6,3 Mio.	Pflege: 8–16 Ärzt*innen: 18–35
	Ambulantisierung gruppierungsrelevanter Kurzlieger AOP-Fälle gemäß erweitertem AOP-Katalog	4,2 Mio.	6,3–12,6 Mio.	Pflege: 16–31 (→ ø 281/VZÄ) Ärzt*innen: 35–70 (→ ø 633/VZÄ)
Etablierung von Intersektoralen Zentren	Reduzierung des Fallaufkommens in Krankenhäusern***	0,9 Mio.****	1,2–2,7 Mio.	Pflege: 3–7 (→ ø 300/VZÄ) Ärzt*innen: 7–15 (→ ø 674/VZÄ)
Ausweitung der HzV	Senkung der Hospitalisierungsrate um 9 %	1,5 Mio.	4,5–12 Mio.	Pflege: 11–30 Ärzt*innen: 25–67
	Senkung der durchschnittlichen Liegezeit um 0,5 Tage		8 Mio.	Pflege: 20 Ärzt*innen: 44
	Summe	1,5 Mio.	12,5–20 Mio.	Pflege: 31–49 (→ ø 264/VZÄ) Ärzt*innen: 69–111 (→ ø 595/VZÄ)

Tabelle 6-1: Potenzielle Effekte ausgewählter Strukturreformen auf die Personalsituation in Krankenhäusern

AOP-Katalog = Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen; HzV = Hausarztzentrierte Versorgung, bezieht sich bisher nur auf Erwachsene; INZ = Integrierte Notfallzentren; Mio = Millionen; VZÄ = Vollzeitäquivalente.

* Angenommene Verweildauer: 3–8 Tage für Notfallreform & HzV; 1,5–3 Tage für sektorengleiche Vergütung und Intersektorale Zentren.

** Bei einer Aufnahmequote von 30 %.

*** Ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Fallaufkommens in den intersektoralen Zentren.

**** Im Mittelwert des „neutralen Szenarios“.

Quelle: Eigene Zusammenstellung.

(Angaben beruhen z. T. auf eigenen Berechnungen und z. T. auf den im Fließtext genannten Quellen.)

6.2 Strukturreformen in der Langzeitpflege

633. Nicht nur in der Akut-, sondern auch in der Langzeitpflege gibt es strukturelle Stellschrauben zur Verbesserung der Fachkräftesituation, die es angesichts des prognostizierten weiteren Anstiegs der Zahl pflegebedürftiger Personen (siehe dazu Kapitel 3) zu nutzen gilt. In der Langzeitpflege gilt es vor allem, ambulante pflegerische Versorgungsangebote weiterzuentwickeln (siehe Abschnitt 6.2.1). Damit die Erkennung von lokalen Fachkräfteengpässen und das Ergreifen von Gegenmaßnahmen besser gelingen, sind außerdem flächendeckende Ansätze des Bedarfsmonitorings und der Bedarfsplanung empfehlenswert, an die klare Verantwortlichkeiten für die Gewährleistung der Versorgung gekoppelt werden sollten (siehe Abschnitt 6.2.2). Der Rat empfiehlt zudem, das Qualitätsmonitoring in der Langzeitpflege enger an Personalressourcen zu knüpfen (siehe Abschnitt 6.2.3). Die hier empfohlenen Maßnahmen sollten von Reformen des Finanzierungs- und Leistungsrechts in der Langzeitpflege flankiert werden. Dazu zählt z. B. die Aufweichung der Trennung zwischen stationärer und häuslicher Pflege. Die hier formulierten Empfehlungen stehen außerdem in engem Zusammenhang zu den angebots- und den nachfrageseitigen Stellschrauben, die in den vorstehenden Kapiteln beleuchtet wurden. So gilt es insbesondere, die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs und die Weiterentwicklung von Berufsbildern (siehe Kapitel 4) sowie die Neugestaltung von Wohn- und Lebensraumkonzepten und die Stärkung niedrigschwelliger Versorgungsangebote (siehe Kapitel 5) mitzubedenken.

6.2.1 Weiterentwicklung ambulanter pflegerischer Versorgungsangebote

634. Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei Pflegebedürftigkeit ist die in der Bevölkerung präferierte Versorgungsform und entspricht dem Grundsatz „**ambulant vor stationär**“.¹⁶¹ Zugleich wird hier ein in besonderem Maß steigender und komplexer werdender Bedarf prognostiziert. Dieser Bedarf wird die bereits angespannte Fachkräftesituation weiter verschärfen und steht zugleich abnehmenden Kapazitäten für die Pflege durch Angehörige gegenüber (siehe dazu Kapitel 3). So stellt sich auch hier die zentrale Herausforderung, zukünftig qualitativ hochwertige häusliche Versorgung mit den verfügbaren Pflegepersonalkapazitäten zu sichern.

635. Die häusliche Pflege ist die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Versorgungsform. Trotz diverser Reformbemühungen besteht hier weiterhin **erheblicher Entwicklungsbedarf** (siehe dazu auch Kapitel 2). Dieser zeigt sich in einer fehlenden zielgerichteten Pflegeinfrastrukturentwicklung, einer unzureichend bedarfsgerechten Ausdifferenzierung der Leistungen ambulanter Pflege, einem starren Finanzierungsrahmen, erheblichen Versorgungslücken, einer hochkomplexen, weitestgehend unkoordinierten Angebotslandschaft informeller Hilfen und formeller Angebote, ausgeprägten Schnittstellenproblemen und ungenutzten Potenzialen in der Prävention, der Gesundheitsförderung sowie der Förderung des Selbstmanagements (SVR 2014). Auch auf sich verändernde Versorgungsbedarfe infolge einer stärkeren Ambulantisierung von Leistungen des stationären Akutbereichs ist die ambulante Pflege bislang unzureichend vorbereitet. Hinzu kommt eine komplexe Gemengelage der Verantwortlichkeiten zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten Versorgungsangebots zwischen Ländern, Pflegekassen und Kommunen, in der weder flächendeckend Erkenntnisse über Versorgungsbedarfe noch tatsächliche

¹⁶¹ Der Vorrang häuslicher Pflege ist in § 3 SGB XI geregelt.

Steuerungsmöglichkeiten vorliegen.¹⁶² Die empfohlene Stärkung der ambulanten Pflege könnte auch dazu beitragen, vermeidbare Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen zu reduzieren (siehe hierzu auch Textziffer 649); im aktuellen BARMER Pflegereport wird für Pflegebedürftige im Jahr 2022 ein Volumen ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte von 1,07 Millionen Fällen geschätzt (Rothgang/Müller 2023, Seite 17).¹⁶³

636. Durch die starke Verengung des Arbeitsbereichs büßt die ambulante Pflege auch an Attraktivität als Arbeitsfeld für Pflegefachpersonen ein. Mehr als die Hälfte der ambulanten Pflegedienste sind Klein- und Kleinstbetriebe, die bei Personalausfällen schnell gefährdet sind, ihren Versorgungsaufträgen nicht mehr nachkommen zu können.¹⁶⁴ Strukturell bedingt weisen sie im Verhältnis zur Betriebsgröße einen erhöhten Overhead auf und stoßen zugleich bei den Möglichkeiten der Personalentwicklung und bei Ausfallkonzepten an ihre Grenzen. Auch die Nachwuchsqualifikation stellt für viele kleine Betriebe eine kaum zu stemmende Herausforderung dar, da sie z. B. den erforderlichen Koordinationsaufwand und die Praxisanleitung nicht ohne Weiteres leisten können. Damit die zukünftigen Versorgungsanforderungen bewältigt werden können und die sich bereits heute andeutende Unterversorgung (siehe Kapitel 2) abgemildert werden kann, ist eine **Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgung** empfehlenswert.

637. Unter anderem sollte das **Leistungsspektrum der ambulanten Versorgung** erweitert und angepasst werden, damit das vorhandene Personal effizienter eingesetzt werden kann. Zwar sind die Leistungen der Pflegeversicherung in den letzten Jahrzehnten bereits ausgebaut worden, jedoch ist das Leistungsspektrum ambulanter Pflege noch nicht ausreichend differenziert, um der Komplexität des Bedarfs Rechnung zu tragen. Die Komplexität ergibt sich aus einer Vielzahl von Faktoren, die den Bedarf beeinflussen; dazu zählen u. a. demografische, krankheitsspezifische und soziale Faktoren, die sich im Zeitverlauf verändern können (Büscher 2020). Zu konstatieren ist vor allem ein auf Alltagsverrichtungen verengtes Leistungsspektrum ambulanter Pflege. Das ambulante Versorgungsangebot sollte so zugeschnitten werden, dass der Fokus auf der Erbringung fachlich sinnvoller Interventionen liegt, die über die Erbringung einzelner Alltagstätigkeiten hinausgehen. Diese sollten eine erweiterte Praxis ermöglichen, bei der die Kompetenzen der Pflegefachpersonen möglichst bedarfsgerecht genutzt werden. Auch sollte sich die Entwicklung stärker in Richtung neuer Leistungsformen bewegen (z. B. Pflegebudgets, Zeitkontingente). Daneben wird ein Ausbau von vernetzenden Leistungen nötig sein, um die Zusammenarbeit mit informellen Hilfen zu stärken, hauswirtschaftliche, soziale und assistierende Angebote zu fördern und die Schnittstellen zu anderen Leistungsangeboten (z. B. der Primärversorgung) zu stärken.

638. Zudem gilt es, **einrichtungübergreifende Organisationsstrukturen** für die ambulante Pflege zu schaffen, die eine Vernetzung der Leistungserbringer und Koordination der Angebote ermöglichen und so zu einem effizienteren Personaleinsatz und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen könnten. In anderen Staaten sind Ansätze etabliert, die als Vorbild dienen könnten, wenngleich dabei zu berücksichtigen ist, dass sich die Voraussetzungen, u. a.

¹⁶² Zu den Friktionen, die sich aus dieser Gemengelage ergeben, siehe z. B. Greß/Jacobs (2021).

¹⁶³ Ambulant-sensitive Krankenhausaufenthalte sind definiert als Krankenhausaufenthalte mit Entlassdiagnosen, für die angenommen wird, dass sie durch eine angemessene ambulante Versorgung hätten vermieden werden können (Rothgang/Müller 2023, Seite 128 f.).

¹⁶⁴ Ungefähr zwei Drittel der ambulanten Pflegedienste sind in privater Trägerschaft. Sie neigen zu Kleinststrukturen; im Jahr 2019 versorgte jeder Pflegedienst nach Daten des Statistischen Bundesamtes durchschnittlich nur ca. 53 Pflegebedürftige (Rothgang/Müller 2022).

hinsichtlich der Finanzierung, unterscheiden. So beruht z. B. die ambulante Pflege in Finnland, wo die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit einen besonders hohen Stellenwert hat, z. T. auf sogenannten *Home Care Units*, die Menschen in einem bestimmten Gebiet versorgen. Die Strukturen sind kleinräumig und gemeindeorientiert und gewährleisten eine hohe personelle Kontinuität in der häuslichen Versorgung. Im Bedarfsfall werden die dezentralen Einheiten durch zentral vorgehaltene Ressourcen unterstützt (Hämel/Kutzner 2015).

639. In diesem Sinne empfiehlt der Rat, die Möglichkeit zu schaffen, bei Bedarf **regionale Pflegekompetenzzentren** zu etablieren, die solche einrichtungsübergreifenden Organisationsstrukturen in Deutschland abbilden könnten.¹⁶⁵ Dabei gilt es, die Einbindung und Bündelung vorhandener formeller und informeller Strukturen zu gewährleisten. Als vernetzende Stelle bündeln die Pflegekompetenzzentren die Leistungen und Teams ambulanter Pflege in regionalen Einzugsgebieten und ermöglichen gemeinsam die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung. Dies ermöglicht es beispielsweise auch, spezialisierte Leistungserbringer und Teams für Klient*innen besser verfügbar zu machen. Pflegeexpert*innen wie spezialisierte Pflegefachpersonen und APN können so über kleinräumig agierende Teams hinweg eingesetzt und auch in der kollegialen Beratung und Anleitung aktiv werden. Leistungen der Information und Beratung sowie Gesundheitsförderung und Prävention, welche bereits heute zu den Aufgaben der ambulanten Pflege gehören, sind über ein gebündeltes Angebot leichter sicherzustellen. Der Rat hat bereits in der Vergangenheit die Bedeutung eines klinischen und pflegerischen *Case Managements* hervorgehoben (so z. B. in SVR 2012, Seite 163 f.). Die in Kommunen derzeit verstreut vorhandenen Angebote der ambulanten Pflege und Altenhilfe könnten in die Pflegekompetenzzentren integriert werden (z. B. Gemeindegeschwester^{plus} in Rheinland-Pfalz).

640. Auch übernehmen Pflegekompetenzzentren Aufgaben der **Personalentwicklung und des Personalmanagements**, der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Steigerung der Innovationsfähigkeit (siehe Kapitel 4). Als Koordinator und Plattform für Dienstleistungen haben sie z. B. das Potenzial, auch in der ambulanten Pflege neue Personaleinsatzmodelle und elaborierte Ausfallkonzepte zu unterstützen, die gemeinsame Entwicklung und Umsetzung der Konzepte im ambulanten Katastrophen- und Notfallmanagement zu bündeln sowie die gemeinsame Ausbildung von Pflegefachpersonen zu erleichtern. Ebenso könnten über das Angebot zentraler Dienst- und Tourenplanungen Wegzeiten effizienter geplant werden. Auch der gemeinsame Einsatz digitaler Technik (z. B. Telepflege) kann einen Beitrag zu einer Verbesserung der lokalen Verfügbarkeit des ambulanten Pflegeangebots leisten.

Ziel ist es, die **Attraktivität der ambulanten Pflege als Arbeitsfeld** zu erhöhen und Personalkapazitäten zielgerichtet einzusetzen, Pflegeinfrastruktur bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, die häusliche Versorgung zugänglicher für Innovation zu gestalten und vorhandene Angebote zeitgemäß weiterzuentwickeln sowie Schnittstellenprobleme und Versorgungslücken zu reduzieren.

641. Grundlegend ist die **enge Vernetzung und abgestimmte Zusammenarbeit** der Pflegekompetenzzentren mit anderen regionalen Akteuren und Gesundheitsanbietern, um Effizienzverluste und Doppelstrukturen an den Schnittstellen der Versorgung zu vermeiden und so die Personalressourcen zu schonen. Durch enge Vernetzung mit Anbietern von z. B. teilstationären

¹⁶⁵ Bei der Leitung der Pflegekompetenzzentren kann an die bestehenden Regelungen zur Leitung von ambulanten Langzeitpflegeeinrichtungen angeknüpft werden, die bei qualifizierten Pflegefachpersonen liegt. In die konkrete Zulassung der Pflegekompetenzzentren sollten die Kommunen miteinbezogen werden.

Versorgungsleistungen können weitere Möglichkeiten zur passgenauen Organisation der Pflege angeboten werden. Die Vernetzung sollte sich auch auf niedrigschwellige und aufsuchende Versorgungsangebote sowie das Ehrenamt und Angebote der Nachbarschaftshilfe erstrecken (zu deren Stärkung siehe Kapitel 5). Digitale Technologien bieten geeignete Tools zur Vernetzung. Abbildung 6-4 gibt einen beispielhaften Überblick über das Aufgabenspektrum, das nach Einschätzung des Rates in Pflegekompetenzzentren verortet sein könnte. Je nach regionaler Bedarfslage können Pflegekompetenzzentren als eigenständiges Modul in Primärversorgungszentren eingebunden werden. Ihre Errichtung sollte aber auch an anderen Orten möglich sein, an denen die Struktur der ambulanten Pflege einer Stärkung bedarf.

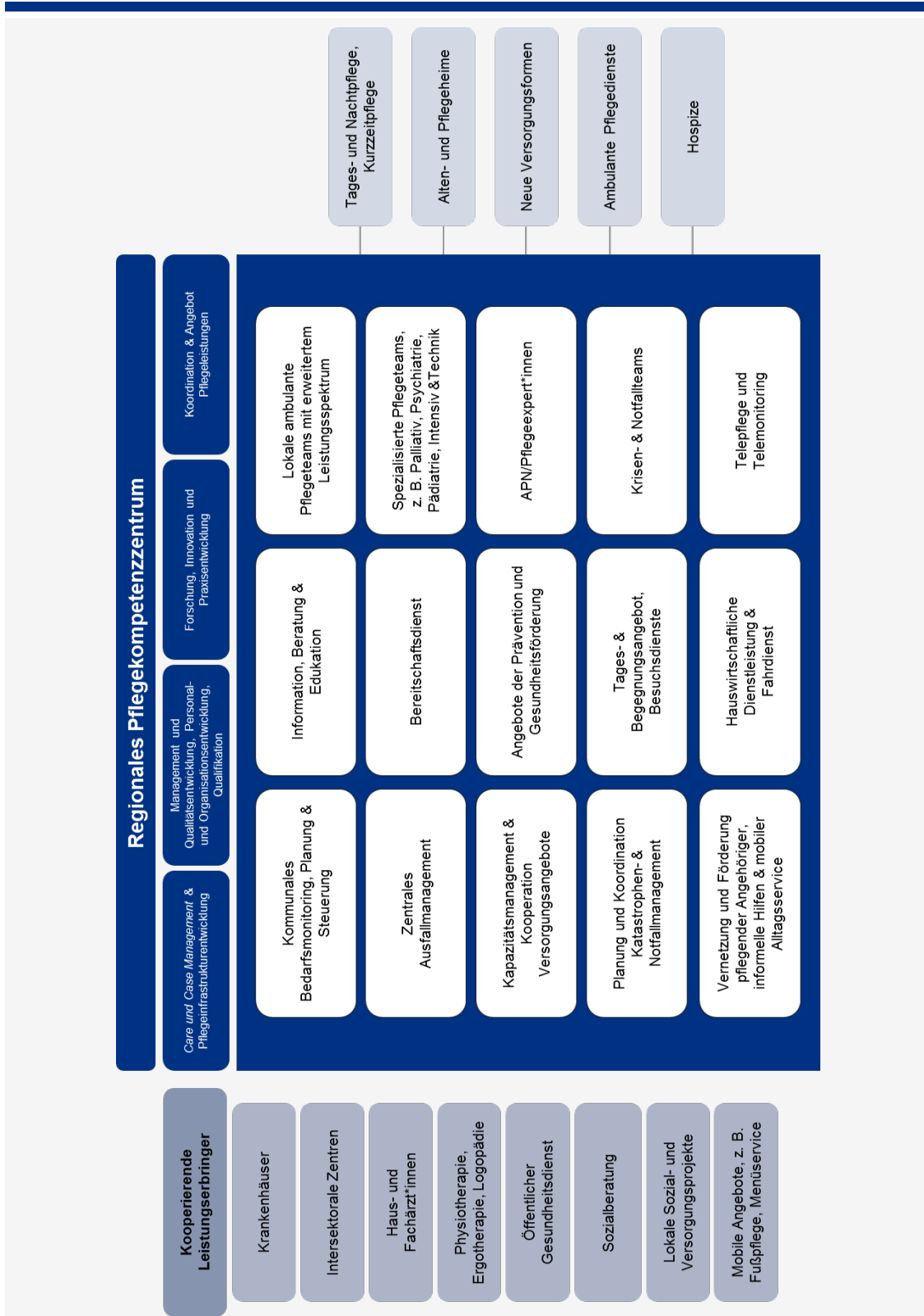


Abbildung 6-4: Mögliche Koordinationsaufgaben eines regionalen Pflegekompetenzzentrums

APN = Advanced Practice Nurse

Quelle: Eigene Darstellung

642. Das IGES-Institut hat im Auftrag des BMG die **Effizienzpotenziale einer verbesserten Koordinierung** in der ambulanten Pflege analysiert. Die bessere Koordinierung birgt nach Einschätzung der Autor*innen Effizienzpotenziale auf Systemebene, auf regionaler und betrieblicher Ebene sowie aus Sicht der Leistungserbringer. Zu den Effizienzpotenzialen zählt u. a. der verbesserte Personaleinsatz. Neben der Nutzung digitaler Ressourcen und der Etablierung alternativer ambulanter Versorgungsformen wurden die Veränderung der Arbeitsorganisation, die Etablierung von Kooperationen und Netzwerken und die Stärkung integrierter Versorgung sowie des *Case Managements* als Ansatzpunkte zur Verbesserung der Koordinierung der ambulanten Pflege identifiziert (Hahnel et al. 2021, Seite 14). Regionale Pflegekompetenzzentren könnten dieses Ziel unterstützen.

643. Bei der Stärkung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege sowie bei der Ausgestaltung der Pflegekompetenzzentren sollten Spielräume auf regionaler Ebene bestehen, damit die Versorgungsstrukturen am lokalen Bedarf ausgerichtet werden können. **Regionalisierung** erlaubt zudem die Entstehung und den Vergleich unterschiedlicher Lösungen, von denen die besten – unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten – auf andere Regionen übertragen werden können. Es sollten jedoch nicht nur Mitspracherechte für die Gebietskörperschaften, z. B. Kommunen, sondern auch Koordinierungspflichten geschaffen werden. Nur so kann erreicht werden, dass auch überregionale Skaleneffekte genutzt und Unterschiede in Fachkräfteengpässen berücksichtigt werden.

6.2.2 Bedarfserfassung in der Langzeitpflege

644. Um lokale Fachkräfteengpässe und sich abzeichnende Versorgungslücken leichter erkennen und geeignete Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, sollte in der Langzeitpflege ein bundesweiter Rahmen für eine kleinräumige **Bedarfserfassung** etabliert werden, die perspektivisch um Planungselemente ergänzt werden könnte. Der Pflegebedarf und die damit einhergehenden Versorgungsanforderungen und benötigten Strukturen sollten differenziert erfasst werden – hinausgehend über die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen, wie z. B. die Regulierung zur Pflegepersonalbemessung, sind zu berücksichtigen. Bei einem Abgleich von Bedarf und Angebot gilt es, sowohl alle herkömmlichen Angebote der Langzeitpflege als auch alternative Wohn- und Pflegeformen sowie Möglichkeiten der Quartiersentwicklung einzubeziehen.

645. Zum Teil sind Ansätze einer Pflegebedarfsplanung **bereits gesetzlich vorgesehen**, so z. B. in § 7 des Alten- und Pflegegesetzes in Nordrhein-Westfalen (APG NRW). Auch Rheinland-Pfalz hat im Landesgesetz die Erstellung von Bedarfsplanungen festgeschrieben (§ 3 LPflegeASG). In den vergangenen Jahren haben viele Kommunen eine örtliche Bedarfsplanung für die Langzeitpflege vornehmen lassen. Ein Beispiel ist der Kreis Borken, für den im Jahr 2015 erstmals eine Pflegebedarfsplanung erstellt wurde, die seither mehrfach aktualisiert bzw. fortgeschrieben wurde. Sie stellt die dortige Pflegesituation dem kurzfristigen und langfristigen Bedarf anhand verschiedener Szenarien in Bezug auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI gegenüber.¹⁶⁶

¹⁶⁶ Ausgangspunkt der Planung war der Entwurf von Augurzky et al. (2015), einen Überblick über die seither erfolgten Schritte bietet Kreis Borken (2024).

646. Zu empfehlen ist die Nutzung eines **deutschlandweit einheitlichen Basisinstrumentariums zur Bedarfserfassung**, das – im Sinne der Regionalisierung – um lokal spezifische Instrumente ergänzt werden kann, wenn weiterer Informationsbedarf besteht. Die Bedarfserfassung sollte von der kommunalen Ebene über die Länder- bis zur Bundesebene aggregierbar sein. An Orten, an denen es noch keine geeigneten Akteure gibt, sollten regionale Planungs- und Steuerungsgremien geschaffen werden, z. B. als Teil der Regionalen Pflegekompetenzzentren, die mit Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer bzw. deren Trägern der Region besetzt sind und darüber hinaus weitere regionale relevante Interessengruppen (wie Interessenvertretungen Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger) einbeziehen. Zudem sollte eine obligatorische Weiterleitung der Daten an eine zentrale Stelle erfolgen, um ein überregionales Monitoring zu erleichtern und die Datenbereitstellung für Forschungszwecke zu gewährleisten. Das umfassende Monitoring und die verbindliche Planung sind wichtige Voraussetzung für die Schaffung klarer Verantwortlichkeiten zur Gewährleistung bedarfsgerechter Pflegeangebote. Diese werden umso wichtiger, je angespannter die Fachkräftesituation in der Langzeitpflege wird und je schwieriger sich die Aufrechterhaltung der Versorgung darstellt (siehe dazu die Empfehlung einer umfassenden Gesundheitspersonalplanung in Kapitel 4).

6.2.3 Weiterentwicklung des Qualitätsmonitorings mit Fokus auf den Personalressourcen

647. Die **Instrumente zur Messung der Qualität in der Pflege** sind in den letzten Jahren weiterentwickelt worden. In der stationären Pflege wurde im Oktober des Jahres 2019 damit begonnen, schrittweise ein neues Qualitätssprüf- und -berichtssystem einzuführen; für die ambulante Pflege ist die Etablierung eines neuen Qualitätssprüfsystems zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung in Vorbereitung (BMG 2023c). Die Ergebnisse der Qualitätsmessung werden zur Information von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen veröffentlicht; sie sind u. a. auf dafür eingerichteten Internetseiten von Krankenkassen abrufbar.¹⁶⁷ Das kürzlich eingeführte Qualitätssprüfsystem in der stationären Pflege beruht neben der Erhebung von Versorgungsergebnissen anhand von Qualitätsindikatoren (z. B. der erhaltenen Mobilität) und der externen Prüfung durch den Medizinischen Dienst auf allgemeinen Angaben zur Einrichtung, zu denen auch der Umfang der Personalressourcen sowie bestimmte Angaben über Ausstattung und Sprachkenntnisse der Beschäftigten zählen.¹⁶⁸ Dieser dritte Informationsbereich ist allerdings weitgehend freiwillig bzw. die Plausibilität der Angaben wird nicht geprüft. Der Fokus des Qualitätssprüfsystems liegt vielmehr auf den anderen beiden Informationsbereichen und damit auf der Ergebnisqualität.¹⁶⁹

¹⁶⁷ Darüber hinaus gibt es weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Pflege. So kontrollieren die Heimaufsichtsbehörden die Einhaltung von Kriterien der Struktur- und Prozessqualität. Es bestehen jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Ländern, etwa hinsichtlich der Transparenz der Informationen für Verbraucher*innen (Strotbek 2022). Um auch der Qualitätssicherung häuslicher Pflegearrangements gerecht zu werden und Angehörige dahingehend zu beraten, finden zudem sogenannte Qualitätssicherungsbesuche in der Häuslichkeit von Pflegebedürftigen statt.

¹⁶⁸ Die darzustellenden Informationen sind in der Anlage 4 zur Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a SGB XI über die Darstellung und Bewertung der Qualitätsindikatoren gemäß § 113 Abs. 1a SGB XI und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI beschrieben.

¹⁶⁹ Auch die Qualitätsprüfung, die derzeit für die ambulante Pflege entwickelt wird, wird zukünftig stärker als bisher auf die Ergebnisqualität hin ausgerichtet sein (BMG 2023c).

648. Die Ergebnisqualität verdient zwar einen hohen Stellenwert. Mit Blick auf die sich verschärfende Fachkräftesituation empfiehlt der Rat jedoch, die Qualitätssicherungssysteme zusätzlich stärker auf die **vorhandenen Personalressourcen und auf deren Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität zu fokussieren**. Ein differenziertes verpflichtendes Monitoring der Personalausstattung und eine gut nachvollziehbare Darstellung der erhobenen Informationen sind wichtig, damit Anstrengungen zur Gewinnung und Bindung von Beschäftigten im Wettbewerb zwischen den Pflegeanbietern mehr zum Tragen kommen und somit stärker incentiviert werden können. Verschiedene Befragungen weisen darauf hin, dass auch vielen Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen personalbezogene Merkmale von Einrichtungen durchaus besonders wichtig sind (siehe z. B. Strotbek et al. 2017, Seite 26). Darüber hinaus sind sie jedoch auch zentral, um Veränderungen im *Skill-Grade-Mix* in Pflegeteams systematisch in Bezug zur Qualitätsentwicklung zu setzen, die dabei gewonnen Erkenntnisse in Personalplanungsprozesse einfließen zu lassen und im Bedarfsfall frühzeitig korrigierende Maßnahmen – auch durch den Gesetzgeber – ergreifen zu können (siehe dazu auch Kapitel 4). Der Rat empfiehlt, die Qualitätssicherungsinstrumente und -prozesse in der Langzeitpflege auf diese Anforderungen hin weiterzuentwickeln.

6.2.4 Vermeidung von Krankenhauseinweisungen aus Pflegeeinrichtungen

649. Mit dem Ziel, vermeidbare, Pflegeheim-sensitive Krankenhausaufenthalte¹⁷⁰ zu reduzieren, wird für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege die **verpflichtende Vorhaltung einer basalen Diagnostik- und Behandlungsausstattung** (z. B. EKG- oder Ultraschallgerät, Infusionsbestecke, Katheter) sowie die Vorhaltung von ausgewählten Notfallmedikamenten empfohlen. Dies leistet einen Beitrag dazu, dass qualifizierte APN mit entsprechenden Handlungsbefugnissen und die Einrichtung aufsuchende niedergelassene Ärzt*innen besser sowohl Notfall- als auch medizinische Basisversorgung vor Ort leisten können (Valk-Draad et al. 2023; siehe hierzu auch Kapitel 4). Die Finanzierung dieser Vorhaltestrukturen durch die Kostenträger sollte an die Verantwortung der Einrichtungen geknüpft werden, jederzeit eine fachgerechte Anwendung der medizinischen Ausstattung und Notfallmedikamente sicherzustellen.

650. Darüber hinaus empfiehlt der Rat den Einsatz von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen in der stationären Langzeitpflege voranzutreiben, um Versorgungssituationen besser vor Ort stabilisieren zu können sowie die systematische Kooperation zwischen Ärzt*innen und stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken und so die weit verbreitete defizitäre ärztliche Regelversorgung von Pflegeheimbewohner*innen zu verbessern. Ansatzpunkte liefern diverse Modellprojekte, die aus mehreren Elementen bestehende Kooperationen erproben, z. B. basierend auf regelhaften interdisziplinären Fallkonferenzen, erweiterter Rufbereitschaft und gemeinsamer Dokumentation (z. B. *CoCare*, siehe dazu G-BA 2024b, oder SaarPHIR, siehe dazu G-BA 2024e). Beides kann dazu beitragen, Krankenhauseinweisungen zu reduzieren und so einen Beitrag zur Abschwächung des Fachkräftemangels leisten. Großes Potenzial zur Versorgungsverbesserung von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und auch zur Einbindung von pflegenden Angehörigen birgt der **Einsatz von Telemedizin und Telepflege** (siehe hierzu auch Kapitel 4). Dabei kann z. B. über den Einsatz digitaler Untersuchungsgeräte und

¹⁷⁰ Das Volumen Pflegeheim-sensitiver Krankenhausaufenthalte, die dadurch charakterisiert sind, dass die Behandlung unter bestmöglichen Versorgungsbedingungen mindestens z. T. im Pflegeheim hätte erfolgen können, wird im aktuellen Barmer Pflegereport auf 1,31 Millionen Aufenthalte pro Jahr geschätzt (Rothgang/Müller 2023, Seite 17, 128 ff.).

Videosprechstunden in interprofessioneller Zusammenarbeit mit qualifizierten Pflegefachpersonen vor Ort eine telemedizinische Versorgung der Bewohner*innen durchgeführt werden. So weisen erste Projekte in Zusammenarbeit mit Krankenkassen hier auf vielversprechende Ergebnisse hin (siehe z. B. AOK Nordost 2023; AOK Nordost/BARMER 2024; G-BA 2024a).

6.3 Zusammenfassung der Empfehlungen

651. Der Rat spricht eine Reihe von Empfehlungen zu Reformen aus, die das primäre Ziel verfolgen, die Zahl der stationären Belegungstage durch verbesserte Koordination und Ambulantisierung in erheblichem Umfang zu reduzieren. Diese werden Personalkapazitäten im stationären Sektor freisetzen. Im Kern empfiehlt der Rat eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende ambulante Versorgung, die verstärkt primärärztlich erfolgt und in dezentralen, untereinander sowie mit dem stationären Bereich vernetzten und über alle Schnittstellen entlang des Patientenpfades hinweg koordinierten Strukturen organisiert ist.

652. Als Reform mit einem besonders hohen Potenzial zur Reduktion von Belegungstagen empfiehlt der Rat die Einrichtung **Integrierter Leitstellen (ILS)** und **Integrierter Notfallzentren (INZ)**. Er empfiehlt außerdem, Einsätze des **Rettungsdienstes** zukünftig als eigenständige, präklinische notfallmedizinische Leistung abzurechnen, um die Notaufnahmen und damit die personellen Ressourcen in den Krankenhäusern zu entlasten.

653. In Bezug auf die sektorengleiche Vergütung empfiehlt der Rat die zügige **Weiterentwicklung und Erweiterung der Hybrid-DRG-Verordnung auf weitere Leistungsbereiche**. Zudem sollte evaluiert werden, wie sich die Versorgungslage mit sektorengleich vergüteten Leistungen entwickelt, und die Ausgestaltung des Finanzierungsinstrumentes sollte regelmäßig justiert werden. Der Rat empfiehlt perspektivisch, zeitlich befristete Leistungsaufträge für **sektorengleich erbringbare Leistungen** zu definieren und auszuschreiben.

654. Der Rat empfiehlt, die Krankenhausvergütung differenzierter an die Versorgungsrealität und die resultierenden Kostenunterschiede sowie den Versorgungsbedarf anzupassen. Dafür gilt es, neben der Einführung von nach Leistungsbereichen differenzierten **Vorhaltepauschalen** eine Reform der DRG-Vergütung durchzuführen. Die **DRG-Vergütung sollte dabei u. a. nach Regionen und Versorgungsstufen differenziert** werden; ebenso sollten die DRGs in ihrer Anzahl reduziert und wieder **stärker auf Diagnosen bezogen** werden.

655. Der Rat empfiehlt, eine **sektorenübergreifende Bedarfsplanung ambulanter Leistungen** zu etablieren, bei der potenziell substitutive Leistungen des ambulanten und stationären Sektors, wie sektorengleich erbringbare Leistungen und ambulant spezialfachärztliche Leistungen, gemeinsam auf Grundlage von alters- und morbiditätsgewichteten Schätzungen und Prognosen des Bedarfs geplant werden. Hierzu müsste die Zusammensetzung und Beschlussfassung der §-90a-Gremien im Rahmen der Übernahme von Planungskompetenzen weiterentwickelt werden. Zudem sind **einheitliche Leistungsbedingungen, z. B. Qualitätssicherung, für die Erbringung ambulanter Leistungen** für Vertragsärzt*innen und Krankenhäuser zu schaffen. Des Weiteren empfiehlt der Rat die Definition eines Katalogs der durch die verschiedenen Hausärzt*innen und Fachspezialist*innen jeweils anbietenden Kernleistungen.

656. Der Rat empfiehlt die **flächendeckende** Registrierung von Versicherten bei hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxen sowie die **Ausweitung eines Primärarztsystems**. Das Primärarztsystem

soll im Rahmen der Regelversorgung etabliert und die Einschreibung soll aufseiten der Versicherten monetär incentiviert werden. Die Vergütung soll für den hausärztlichen Bereich und für ausgewählte Patientengruppen von Fachspezialisten von einer Quartalspauschale zu einer **Jahrespauschale mit Entkopplung der Vergütung von der persönlichen Leistungserbringung durch Ärzt*innen** weiterentwickelt werden.

657. Der Rat befürwortet die Vernetzung der Versorgung und die Stärkung regionaler Strukturen. Als Instrumente hierfür empfiehlt der Rat, **Primärversorgungszentren, Intersektorale Zentren sowie Pflegekompetenzzentren** zu etablieren bzw. weiterzuentwickeln und diese in die weiteren lokalen Strukturen einzubetten. Zu diesem Zweck sollten die notwendigen **rechtlichen, organisatorischen und vergütungsbezogenen Voraussetzungen** geprüft und angepasst werden.

658. In den neu zu etablierenden multiprofessionellen Einrichtungen der Primärversorgung und in bereits bestehenden (größeren) Hausarztpraxen oder hausärztlichen Praxisnetzen empfiehlt der Rat den **Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen**. Diese sollten im Rahmen der Primärversorgung in die **Versorgung aller Patient*innen (ohne Einschränkung auf einzelne Indikationsbereiche)** einbezogen werden können.

659. Für die Langzeitpflege empfiehlt der Rat die **Weiterentwicklung ambulanter pflegerischer Versorgungsangebote**, die **flächendeckende Bedarfserfassung** sowie eine **Weiterentwicklung des Qualitätsmonitorings** mit Fokus auf den Personalressourcen.

660. Zur Verringerung von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner*innen empfiehlt der Rat, die verpflichtende **Vorhaltung einer basalen Diagnostik- und Behandlungsausstattung** in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie den Einsatz von Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen in der stationären Langzeitpflege voranzutreiben und die systematische Kooperation zwischen Ärzt*innen und stationären Pflegeeinrichtungen zu stärken.

6.4 Literatur

Akman, M., Ayhan Başer, D., Usanma Koban, B., Marti, T., Decat, P., Lefevre, Y. und Miller, R. (2022): Organization of primary care. Prim Health Care Res Dev 23: e49.

AOK Nordost (2023): „Das ist die Zukunft“: Positives Fazit zu Telemedizin-Pilotprojekt in Pflegeheimen. Gemeinsame Presseinformation vom 05.04.2023.

AOK Nordost und BARMER (2024): AOK Nordost und BARMER rufen zur Teilnahme am Selektivvertrag für gerätegestützte telemedizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen auf. Gemeinsame Pressemitteilung vom 04.01.2024.

AOK-Bundesverband (2023): Über das Projekt STATAMED. URL: www.aok.de/gp/statamed/statamed-im-ueberblick/zielsetzung-und-projektlauf/projekt (abgerufen am 03.11.2023).

Aron-Dine, A., Einav, L. und Finkelstein, A. (2013): The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. J Econ Perspect 27(1): 197–222.

- Augurzky, B., Beivers, A., Breidenbach, P., Budde, R., Emde, A., Haering, A. et al. (2018): Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Essen.
- Augurzky, B., Heger, D., Kolodziej, I., Rappen, H., Stroka, M. und Wübker, A. (2015): Erstellung des Entwurfs einer Pflege(bedarfs)planung für den Kreis Borken. RWI Projektberichte. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Essen.
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T. et al. (2019): Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy* 123(1): 1–10.
- Balakrishnan, M. P., Herndon, J. B., Zhang, J., Payton, T., Shuster, J. und Carden, D. L. (2017): The Association of Health Literacy With Preventable Emergency Department Visits: A Cross-sectional Study. *Acad Emerg Med* 24(9): 1042–1050.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023a): Eckpunktepapier. Krankenhausreform.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023b): KG 2-Statistik. Leistungsfälle bei Rettungsfahrten und Krankentransporten der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Rettungs-/Transportmittel, Kassenart, Versichertengruppe. URL: www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=32093262&p_fs_src=DQ&p_action=&p_ty p=&p_sprache=D&p_thema_id=3801&p_thema_id2=51310&p_thema_id3=51312&p_thema_id4=51312 (abgerufen am 31.01.2024).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023c): Qualitätssystem für die stationäre Pflege. URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege (abgerufen am 31.01.2024).
- Breuer, F., Brettschneider, P., Poloczek, S., Pommerenke, C., Wolff, J. und Dahmen, J. (2022): Quo vadis, gemeinsames Notfallsystem?: Standardisierte Notrufabfrage in der Berliner Leitstelle. *Notf Rett Med*: 1–10.
- Büscher, A. (2020): Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Springer, Berlin, Heidelberg: 55–64. URL: link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-61362-7_4 (abgerufen am 31.01.2024).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (1997): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 1997. Fachserie 12, 6.1. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2021): Grunddaten der Krankenhäuser. 2019. Fachserie 12, 6.1.1. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2022): Grunddaten der Krankenhäuser. 2021. Fachserie 12, 6.1.1. Wiesbaden.

- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023a): Grunddaten der Krankenhäuser. 2022. Aufgestellte Betten, Berechnungs-/Belegungstage und Patientenbewegung nach Krankenhaustypen, 2022. Wiesbaden.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023b): Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. URL: www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html#fussnote-1-119414 (abgerufen am 13.12.2023).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023c): Vollstationäre Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (DRG-Statistik, Eckdaten). Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht. URL: www.gbe-bund-de (abgerufen am 14.09.2023).
- Felzen, M., Beckers, S. K., Brockert, A.-K., Follmann, A., Hirsch, F., Rossaint, R. und Schröder, H. (2020): Wie oft sind Notärzte an der Einsatzstelle erforderlich? *Notf Rett Med* 23(6): 441–449.
- Freytag, A., Biermann, J., Ochs, A., Lux, G., Lehmann, T., Ziegler, J. et al. (2016): The Impact of GP-Centered Healthcare. *Dtsch Arztebl Int* 113(47): 791–798.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024a): BlenCon – Blended Consultation – Berufsgruppenübergreifende und telemedizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit kardiologischen Erkrankungen. URL: innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/blecon-blended-consultation-berufsgruppenuebergreifende-und-telemedizinische-versorgung-von-pflegeheimbewohnern-mit-kardiologischen-erkrankungen.566 (abgerufen am 31.01.2024).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024b): CoCare (coordinated medical care) – Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung. Projektbeschreibung. URL: innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/cocare-coordinated-medical-care-erweiterte-koordinierte-aerztliche-pflegeheimversorgung.70 (abgerufen am 31.01.2024).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024c): FAMOUS – Fallbezogene Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis durch Advanced Practice Nurses (APN). URL: innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/famous-fallbezogene-versorgung-multimorbider-patientinnen-und-patienten-in-der-hausarztpraxis-durch-advanced-practice-nurses-apn (abgerufen am 31.01.2024).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024d): HandinHand – Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand – ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region. URL: innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/handinhand-hausarzt-und-pflegeexperte-hand-in-hand-anp-center-zur-zukunftssicherung-der-medizinischen-basisversorgung-in-der-region.192 (abgerufen am 31.01.2024).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024e): SaarPHIR – Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft. URL: innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/saarphir-saarlaendische-pflegeheimversorgung-integriert-regelhaft.95 (abgerufen am 31.01.2024).

- Gerlach, F. M. und Szecsenyi, J. (2020): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2020. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt und Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.
- Gisbert Miralles, J., Heintze, C. und Dini, L. (2020): Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 156–157: 50–58.
- Greß, S. und Jacobs, K. (2021): Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: Jacobs, K. und Kuhlmei, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*: 185–194.
- Gries, A., Schrimpf, A. M. und Dercks, N. von (2022): Hospital Emergency Departments—Utilization and Resource Deployment in the Hospital as a Function of the Type of Referral. *Dtsch Arztebl Int* 119(38): 640–646.
- Gruhl, M. (2023): Kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (kGÜv) in Deutschland. Fachlicher Bedarf, Struktur und systemische Einordnung. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- GWQ (Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen) (2024): HzV. Auf dem Weg zu einer koordinierten Primärversorgung. URL: www.gwq-serviceplus.de/leistungsbereiche/hzv (abgerufen am 31.01.2024).
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K.-D., Schmidt Christopher, Brachmann, M. und Dodt, C. (2015): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Management Consult Kestermann GmbH und Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. Hamburg.
- Hahnel, E., Pörschmann-Schreiber, U., Braeseke, G., Lingott, N. und Oehse, I. (2021): Verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES Institut. Berlin.
- Hämel, K. und Kutzner, J. (2015): Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Anregungen aus Finnland. *Pflege & Gesellschaft* 20(1): 53–56.
- Hausärztinnen- und Hausärzteverband (2024): Hausarztverträge. URL: www.haev.de/themen/hausarztvertraege (abgerufen am 31.01.2024).
- Hohnstein, A. (2023): Integriertes Notfallzentrum. In Hamburg zeigt sich, wie die Notfallversorgung besser läuft. URL: www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/in-hamburg-zeigt-sich-wie-die-notfallversorgung-besser-laeuft-50335 (abgerufen am 14.09.2023).
- IGES Institut (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft.
- Karimova, K., Lemke, D., Friedmacher, C., Glushan, A., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, H. J. et al. (2023): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-

Württemberg (2011 bis 2020) – Studienphase 2021 bis 2022. Evaluation auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg. Teil 2. Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt.

- Kath. Marienkrankenhaus (2024): Integriertes Notfallzentrum (INZ). URL: www.marienkrankenhaus.org/kliniken-pflege/kompetenz-zentren/integriertes-notfallzentrum/ (abgerufen am 31.03.2024).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2015): Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen - AQUIK®. URL: www.kbv.de/html/aquik.php, zuletzt aktualisiert am 14.04.2015 (abgerufen am 31.01.2024).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und FGW (Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld) (2020): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Mannheim.
- KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem - KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Kreis Borken (2024): Pflegebedarfsplanung. URL: pflege-kreis-borken.de/index.php?id=15769&L=0 (abgerufen am 31.01.2024).
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. und van Vught, A. J. (2018): Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 7(7): CD001271.
- Laux, G., Witte, C., Wensing, M. und Szecsenyi, J. (2023): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2020) – Studienphase 2021 bis 2022. Evaluation auf der Basis von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg. Teil 1. Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.
- Lechleuthner, A., Wesolowski, M. und Brandt, S. (2019): Gestuftes Versorgungssystem im Kölner Rettungsdienst. *Notf Rett Med* 22(7): 598–607.
- Les Comptes de la Sécurité Sociale (2021): RÉSULTATS 2020. PRÉVISIONS 2021 et 2022. Rapport septembre 2021. Paris.
- Mangiapane, S., Kretschmann, J., Czihal, T. und Stillfried, D. (2023): Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung. Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 1. Quartal 2023. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin.
- Marchildon, G. P., Brammli-Greenberg, S., Dayan, M., Belvis, A. G. de, Gandré, C., Isaksson, D. et al. (2021): Achieving higher performing primary care through patient registration: A review of twelve high-income countries. *Health Policy* 125(12): 1507–1516.
- Marxgut, S. (2020): Die Leitstelle als Wegweiser im Gesundheitssystem. *Notf Rett Med* 23(7): 523–528.

- Messerle, R., Schreyögg, J. und Gerlach, F. M. (2021): Patientenorientierte Notfallsteuerung. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt. Springer, Berlin, Heidelberg: 43–67.
- Michael, M., Al Agha, S., Böhm, L., Bosse, H. M., Pohle, A. N., Schürmann, J. et al. (2023): Alters- und geschlechtsbezogene Verteilung von Zuführung, Ersteinschätzung, Entlassart und Verweildauer in der zentralen Notaufnahme. *Notf Rett Med* 26(1): 39–48.
- Newhouse, J. P. (1996): *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. 2. Aufl. Harvard Univ. Press. Cambridge, MA.
- NHS England (2020): 2020/21 National Tariff Payment System. November 2020. London.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2023): *Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum. Bericht über die Förderperiode 2019-2022*. Hannover.
- Nolting, H.-D., Ochmann, R. und Zich, K. (2021): *Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann*. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Norful, A. A., Jacq, K. de, Carlino, R. und Poghosyan, L. (2018): Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *Ann Fam Med* 16(3): 250–256.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2024a): OECD.Stat. Health; Healthcare resources; Nurses; Practising nurses; Variable: Practising nurses.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2024b): OECD.Stat. Healthcare Resources: Hospital employment. URL: stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9 (abgerufen am 31.01.2024).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2024c): OECD.Stat. Healthcare Utilisation: Hospital aggregates. URL: stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9 (abgerufen am 31.01.2024).
- Pin, M., Hüfner, A., Dormann, H., Jerusalem, K. und Dodt, C. (2022): Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen. *Dtsch Arztebl* 119(33-34): A-1392.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022): *Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): *Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*.

- Reibling, N. und Wendt, C. (2012): Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology* 60(4): 489–505.
- Reinhold, A. K., Greiner, F., Schirrmeister, W., Walcher, F. und Erdmann, B. (2021): Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus: Eine Befragung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit in einer Notfallaufnahme mit regionaler Alleinstellung. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116(6): 511–521.
- Rothgang, H. und Müller, R. (2022): BARMER Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und Covid-19. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 38. BARMER. Berlin.
- Rothgang, H. und Müller, R. (2023): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 44. BARMER. Berlin.
- Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H. und Schäfer, I. (2017): Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int* 114(39): 645–652.
- Schlunegger, M. C., Aeschlimann, S., Palm, R. und Zumstein-Shaha, M. (2023): Competencies of nurse practitioners in family practices: A scoping review. *J Clin Nurs* 32(11–12): 2521–2532.
- Schmid, A., Günther, S. und Baierlein, J. (2020): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhäuser. Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Bayreuth.
- Schmid, A., Sturm, H., Drechsel-Grau, E., Kaiser, F., Leibinger, P., Joos, S. und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): IGZ konkret. Erweiterte Ambulante Versorgung (EAV) – Umsetzung und Implikationen. Gutachten des Instituts für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung des Universitätsklinikums Tübingen und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
- Schmiedhofer, M. H., Searle, J., Slagman, A. und Möckel, M. (2017): Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf. *Gesundheitswesen* 79(10): 835–844.
- Schreyögg, J. (2023): Verbesserung der Personalallokation durch Strukturwandel. Schwerpunkt Personal. In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A. und Mostert, C. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal*. Springer, Berlin, Heidelberg: 197–211.
- Schreyögg, J. und Milstein, R. (2021): Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hamburg Center for Health Economics. Hamburg.

- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. Hamburg Center for Health Economics.
- Schreyögg, J., Milstein, R., Messerle, R., Kölle, B., Busch, C., Heber, R. et al. (2024): Ergebnisbericht: Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV). Förderkennzeichen: 01VSF19040. Gemeinsamer Bundesausschuss. Berlin.
- Schubert, L., Naujoks, F., Störmann, P., Rüsseler, M., Herrmann, E., Chobotsky, H. et al. (2022): Zwischen Notfall und Fehleinsatz – eine retrospektive Analyse der Einsätze eines Notarzteinsetzfahrzeugs in Frankfurt am Main von 2014 bis 2019. *Notf Rett Med*.
- Slagman, A., Greiner, F., Searle, J., Harriss, L., Thompson, F., Frick, J. et al. (2019): Suitability of the German version of the Manchester Triage System to redirect emergency department patients to general practitioner care: a prospective cohort study. *BMJ Open* 9(5): e024896.
- Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B. A. und Wrede, C. E. (2018): Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen* 80(7): 621–627.
- SQR-BW (Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg) (2022): Qualitätsbericht Berichtsjahr 2022. Rettungsdienst Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A. und Greenfield, G. (2019): Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. *Br J Gen Pract* 69(682): e294–e303.
- Starfield, B., Shi, L. und Macinko, J. (2005): Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 83(3): 457–502.
- Stillfried, D. und Mangiapane, S. (2023): Wohin steuert die Reform der Notfallversorgung – oder: Was kann die Gesundheitspolitik von Verkehrsplanern lernen? *Gesundheits- und Sozialpolitik (GuS)* 77(3): 32–39.
- Strotbek, J. (2022): Qualitätstransparenz in Pflegeheimen Große Unterschiede bei der Verbraucherinformation der Bundesländer. *Spotlight Gesundheit - Thema: Qualitätstransparenz in Pflegeheimen, Daten, Analysen, Perspektiven*, 1. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Strotbek, J., Etgeton, S., Palmowski, S., Schuhen, A. und Schmuhl, M. (2017): Reformkonzept Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege. Anforderungen und Lösungsvorschläge mit besonderem Blick auf Lebensqualität, Personalausstattung und Erfahrungswissen. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Sundmacher, L., Flemming, R., Franke, S., Höser, C., van den Berg, N., Becker, U. et al. (2018): Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der

vertragsärztlichen Versorgung. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. Version 2.0. Gemeinsamer Bundesausschuss. Berlin.

- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Drucksache 16/13770 des Deutschen Bundestages.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323 des Deutschen Bundestages.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber. Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. MWV Verlag. Berlin.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. MWV Verlag. Berlin.
- Trentzsch, H., Dodt, C., Gehring, C., Veser, A., Jauch, K.-W. und Prückner, S. (2020): Analyse der Behandlungszahlen in den Münchener Notaufnahmen des Jahres 2013/2014. Gesundheitswesen 82(5): 431–440.
- TRISAN (Trinationales Kompetenzzentrum) (2018): Die medizinische Notfallversorgung in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Kehl.
- Valk-Draad, M. P., Bohnet-Joschko, S. und PSK-Studiengruppe (2023): Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. Bundesgesundheitsbl 66(2): 199–211.
- Vrangbæk, K. (2020): The Danish Health Care System. In: Tikkanen, R. S., Osborne, M. A., Mossialos, E., Djordjevic, A. und Wharton, G. (Hrsg.): International Profiles of Health Care Systems 2020: 47–57.
- Wünning, M.: Patient:innenaufkommen und Versorgungswege Patienten des INZ am Marienkrankenhaus Hamburg (Juni 2022 - Mai 2023), 27.11.2023. E-Mail an Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).
- Zi (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2023): Zi-Trendreport: Weiter steigende Inanspruchnahme von Arzt- und Psychotherapiepraxen. URL: www.zi.de/das-zi/medien/medieninformationen-und-statements/detailansicht/2022-mit-578-millionen-gut-zwei-prozent-mehr-behandlungsaefaelle-als-2021-starker-zuwachs-bei-kinder-und-jugendaerztinnen-hausaerztinnen-und-im-aerztlichen-bereitschaftsdienst-mehr-telefonische-beratungen-deutlicher-rueckgang-bei-videosprechstunden (abgerufen am 10.11.2023).

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege

§ 142 SGB V

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. ²Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(2) ¹Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Pflege mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. ²Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von kurzfristigen Stellungnahmen beauftragen.

(3) ¹Der Sachverständigenrat erstellt seine Gutachten in der Regel im Abstand von zwölf Monaten und leitet sie dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar nach Fertigstellung zu. ²Das Bundesministerium für Gesundheit legt jedes Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Fassung aufgrund des Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz) vom 20.12.2022 (BGBl. I S. 2793), in Kraft getreten am 29.12.2022

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Prof. Dr. med. Michael Hallek

Direktor der Klinik I für Innere Medizin
Direktor des Centrums für Integrierte Onkologie CIO Köln
Universitätsklinikum Köln

Prof. Dr. PH Melanie Messer

Abteilung Pflegewissenschaft II
Fachbereich I
Universität Trier

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg

Universität Hamburg
Hamburg Center for Health Economics
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen

Prof. Nils Gutacker, PhD

Centre for Health Economics
University of York

Prof. Dr. med. Stefanie Joos

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
Zentrum für öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung (ZÖGV)
Universitätsklinikum Tübingen

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) Professur für Sozialmedizin und
Versorgungsforschung
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden sowie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher

Fachgebiet für Gesundheitsökonomie
Technische Universität München
Uptown München Campus D

Mitglieder der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege

Das vorliegende Gutachten wurde unter Mitarbeit der Mitglieder der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege erstellt.

Sonja Barth

Sarah-Lena Böning

Janina Franke

Dr. Valérie Groß

Janine Hinkler

Pauline Klaßen

Rebekka Müller-Rehm

Dr. Frank Niggemeier

Dr. Miriam Räker

Mitautorinnen der Gutachten-Kapitel:

Sarah-Lena Böning

Dr. Valérie Groß

Pauline Klaßen

Rebekka Müller-Rehm

Dr. Miriam Räker

Gutachten des Sachverständigenrates

Gutachten 2023

Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2023

Gutachten 2021

Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden
Gesundheitssystems
Hogrefe 2021

Gutachten 2018

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018

Sondergutachten 2015

Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten
Hogrefe 2016

Gutachten 2014

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte
Leistungsbereiche
Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber 2014

Sondergutachten 2012

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung
Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber 2012

Sondergutachten 2009

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens
Nomos 2010

Gutachten 2007

Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung
Nomos 2008

Gutachten 2005

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen
Band I: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit,
Strategien der Primärprävention
Band II: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfsmittel und Heilmittel in der
GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln
Kohlhammer 2006

Gutachten 2003

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität
Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung
Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen
Nomos 2003

Gutachten 2000/2001

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung

Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Nomos 2002

Sondergutachten 1997

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung

Nomos 1998

Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung

Nomos 1996

Sondergutachten 1995

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit

Nomos 1995

Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen

Nomos 1994

Jahresgutachten 1992

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa

Nomos 1992

Sondergutachten 1991

Stabilität ohne Stagnation?

abgedruckt im Jahresgutachten 1992

Nomos 1992

Jahresgutachten 1991

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland

Nomos 1991

Jahresgutachten 1990

Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Nomos 1990

Jahresgutachten 1989

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Nomos 1989

Jahresgutachten 1988

Medizinische und ökonomische Orientierung

Nomos 1988

Jahresgutachten 1987

Medizinische und ökonomische Orientierung

Nomos 1987

Im internationalen Vergleich stehen im deutschen Gesundheitswesen, bezogen auf die Einwohnerzahl, relativ viele Beschäftigte zur Verfügung. Dass dennoch Versorgungsengpässe festzustellen sind und Fachkräfte fehlen, weist auf strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitssystem hin: Die vorhandenen Fachkräfte werden ineffizient eingesetzt. Es wird höchste Zeit, die strukturellen Missstände zu beheben, denn nur die Anzahl der Beschäftigten zu erhöhen, ist aufgrund der demografischen Entwicklung, der zunehmenden Konkurrenz um Fachkräfte und der Kosten allenfalls sehr begrenzt realisierbar. Zugleich würde der Erhalt ineffizienter Strukturen in der Versorgung begünstigt.

Das in diesem Gutachten entwickelte Maßnahmenbündel soll unter Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung die Nachfrage nach Fachkräften reduzieren, das Angebot an Fachkräften soweit nötig und möglich erhöhen, vor allem aber durch strukturelle Verbesserungen den Einsatz der knappen und kostbaren Ressource „Fachkräfte“ gezielter und nachhaltiger machen.