

Bonn / Berlin, 25. April 2024

## **Fachkräfte im Gesundheitswesen nachhaltiger einsetzen – Strukturreformen endlich angehen!**

*„Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ – so lautet der Titel des Gutachtens, das der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) heute Bundesgesundheitsminister Lauterbach übergeben und in der Bundespressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt hat.*

Der SVR-Vorsitzende Prof. Michael Hallek, Onkologe an der Universität zu Köln, erläutert: „Im internationalen Vergleich stehen, bezogen auf die Einwohnerzahl, im deutschen Gesundheitswesen relativ viele Beschäftigte zur Verfügung. Dennoch sind eindeutig Versorgungsengpässe festzustellen. Dies weist auf strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitssystem hin. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir ein Maßnahmenbündel, damit künftig die wertvolle Ressource der Fachkräfte gezielter im Sinne des Patientenwohls eingesetzt werden kann. Es wird nicht ausreichen, die Anzahl der Beschäftigten weiter zu erhöhen. Dies ist aufgrund der demografischen Entwicklung, des zunehmenden Wettbewerbs um Fachkräfte und der damit verbundenen Kosten nur begrenzt realisierbar. Zugleich würde der Erhalt ineffizienter Strukturen in der Versorgung begünstigt. So leistet sich Deutschland zu viele Krankenhäuser. Die *können* oft nicht die Qualität liefern wie spezialisierte Einrichtungen. Zugleich schluckt der Rund-um-die-Uhr-Betrieb dieser Häuser viel Personal, das an anderen Stellen sinnvoller eingesetzt wäre. Zudem sinken Zeit und Motivation der Fachkräfte, weil im deutschen Gesundheitswesen die Möglichkeiten der Digitalisierung nicht professionell genutzt werden – weder zur Entlastung bei der Dokumentation noch für bessere Versorgung und Forschung.“

Die stellv. SVR-Vorsitzende, Prof. Melanie Messer, Pflegewissenschaftlerin an der Universität Trier, betont: „Insbesondere bei Pflegefachpersonen sollten vorhandene Kompetenzen besser genutzt und Aufgaben- und Verantwortungsprofile modernisiert werden. Bei entsprechender Qualifikation sollten sie eigenverantwortlich heilkundlich tätig werden dürfen. Die Arbeitsbedingungen müssen so verbessert werden, dass Pflegefachpersonen motiviert, gesund und langfristig in ihrem Beruf tätig sind. Dazu gehören innovative Personaleinsatzmodelle, durchlässige Qualifikationswege und attraktive Karrieremöglichkeiten. Das könnte die ambulante wie stationäre Versorgung verbessern und Fachkräfteengpässe abbauen. Zentral ist auch eine

innovative Weiterentwicklung der Organisation und des Leistungsspektrums der Langzeitpflege. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden ambulante Pflegeangebote in Pflegekompetenzzentren zu bündeln, um die vorhandenen Ressourcen besser nutzen zu können.“

Der stellv. SVR-Vorsitzende, Prof. Jonas Schreyögg, Gesundheitsökonom an der Universität Hamburg, stellt fest: „Deutschland kommt an Strukturreformen im Gesundheitswesen nicht vorbei. Die Versorgungslandschaft, wie sie sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat, bindet zu viel Personal und bringt für das, was wir investieren, nicht die Qualität, die wir uns für den Krankheitsfall wünschen. Wir bewältigen die Fachkräftesituation nicht mit einzelnen Maßnahmen, sondern nur mit einem Maßnahmenbündel. Hierzu gehört vor allem eine Reform der Notfallversorgung insbesondere durch die Schaffung Integrierter Leitstellen und Integrierter Notfallzentren, wie sie der Rat bereits in seinem Gutachten 2018 skizziert hat, eine wirksame Krankenhausreform, die Fachkräfte und Kompetenzen in funktionstüchtigen Zentren zusammenfasst, ebenso wie eine Weiterentwicklung der Vergütung, um u.a. mehr ambulante Angebote für Operationen zu ermöglichen.“

Stefanie Joos, Ratsmitglied und Professorin für Allgemeinmedizin an der Universität Tübingen, unterstreicht: “Unser Maßnahmenbündel umfasst auch eine gezieltere Primärversorgung. So soll die Steuerfunktion des Hausarztes gestärkt werden. Auch sollen überall, wo es sinnvoll und machbar ist, größere interprofessionelle Zentren geschaffen werden, in denen die Patienten Versorgung ‚aus einer Hand‘ erhalten und vorhandene Personalressourcen effizienter eingesetzt werden. Zugleich sollte durch allgemeine und zielgruppenspezifische Maßnahmen der Primärprävention die Gesundheitskompetenz der Menschen gestärkt werden, um lebensstilbedingte Risikofaktoren für die Entstehung chronischer Erkrankungen und so die Krankheitslast zu senken und damit verbundene Versorgungsbedarfe zu reduzieren. Dabei gilt es, die Menschen nicht nur zu einem gesunden Lebensstil zu ermutigen, sondern auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen im Sinne der Verhältnisprävention stärker als bisher gesundheitsförderlich auszurichten.“

Das Gutachten ist auf der SVR-Webseite – [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) – abrufbar.

*Ratsmitglieder:* Prof. Dr. med. Michael Hallek (Vorsitzender), Prof. Dr. PH Melanie Messer (stellv. Vorsitzende), Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg (stellv. Vorsitzender), Prof. Nils Gutacker, PhD, Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher  
*Ansprechpartner / V.i.S.d.P.:* Dr. phil. Frank Niggemeier, M.A. (SVR-Geschäftsführer und Leiter des Wissenschaftlichen Stabs) – [svr@bmg.bund.de](mailto:svr@bmg.bund.de)

# **Fachkräfte im Gesundheitswesen**

## **Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource**

---

# 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 Dienstreis 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 Fehltag**e 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.