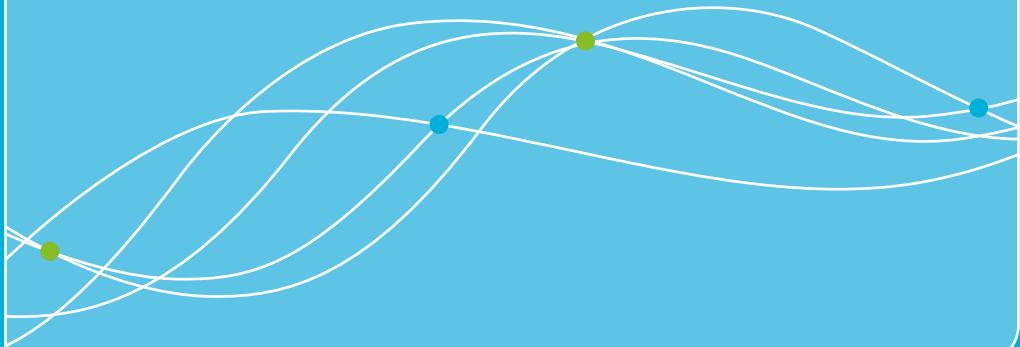


Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2024

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Susanne Johna
Ärztemangel – strukturelle Probleme und mögliche Gegenmaßnahmen
Seite 28–42

doi: 10.30433/GWA2024-28

Susanne Johna

Ärztemangel – strukturelle Probleme und mögliche Gegenmaßnahmen

Ärztemangel ist längst eine Tatsache im deutschen Gesundheitswesen, wird aber immer noch in seinen Auswirkungen unterschätzt. Die Vorstellung, es handele sich vor allem um ein Verteilungsproblem, verkennt, dass verschiedene Faktoren zu Engpässen in der Versorgung führen. Politische Versäumnisse haben einen beträchtlichen Anteil an der Situation, die zudem von einem Generationenwechsel in der Ärzteschaft geprägt ist, der zugleich auch ein Mentalitätswandel ist. Das Problem des Ärztemangels ist nicht auf Deutschland beschränkt: Auch in anderen westlichen Ländern wird der Mehrbedarf an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten deutlich steigen und zu Abwerbungen führen. Trotz der strukturellen Ursachen sind kurz- und mittelfristige Gegenmaßnahmen möglich, um mehr ärztliche Arbeitszeit zu generieren. Reformen können dabei helfen, wenn sie zielgerichtet sind.

Einleitung

An Warnungen hat es in den vergangenen Jahren nicht gefehlt: Fachleute prognostizieren schon länger eine „Erosion der hausärztlichen Versorgung“ (Robert Bosch Stiftung 2021: 33) und sehen die medizinische Versorgung im ländlichen Raum bedroht. „Gründe dafür sind neben einer schlechteren Infrastruktur auf dem Land auch teilweise die Arbeitsbedingungen. Landärztinnen und -ärzte müssen oft mehr Patientinnen und Patienten betreuen als ihre Kollegen in der Stadt. Hinzu kommen lange Anfahrtswege bei Hausbesuchen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Inzwischen können nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) rund 5.000 Hausarztsitze nicht mehr besetzt werden (KBV 2024a). Aber die Mängelerscheinungen sind längst nicht nur auf den hausärztlichen Bereich beschränkt. Auch in den Krankenhäusern gibt es Probleme bei der Stellenbesetzung im ärztlichen Bereich, wie das Deutsche Krankenhaus-Institut (DKI) in einer Studie ermittelt hat (Blum 2023). Betroffen sind davon die meisten Facharztgruppen.

Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten wird aller Voraussicht nach kontinuierlich steigen, bei einem gleichzeitig demografiebedingt zunehmenden Versorgungsbedarf. „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“ (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege 2024: XXIII).

Es handelt sich also um ein komplexes Problem, das verschiedene Ursachen hat und in unterschiedlicher Ausprägung den ambulanten wie stationären Versorgungsbereich betrifft. In Publikumsmedien werden häufig drei Faktoren als Gründe für den Ärztemangel genannt:

- eine zu geringe Ausbildungsraten,
- eine steigende Teilzeitquote und
- ein zunehmender Ersatzbedarf infolge der demografischen Entwicklung
(Herbold 2023).

Damit ist das Geschehen aber nur unzulänglich beschrieben, wie schon das Beispiel der Unterbesetzung im hausärztlichen Bereich zeigt.

Der Rückgang an zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, korrespondiert mit einem deutlichen Anstieg angestellter Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. Die Bereitschaft zur Übernahme einer selbstständigen Tätigkeit mit der entsprechenden wirtschaftlichen Verantwortung als niedergelassener Arzt oder niedergelassene Ärztin ist bei den heutigen Berufseinsteigern geringer ausgeprägt als in der Gruppe derjenigen, die vor 20 oder 30 Jahren in den Beruf kamen. Das mit der Übernahme einer Praxis verbundene wirtschaftliche Risiko, die hohe zeitliche Belastung und auch die über Jahre immer stärker gewachsene bürokratische Reglementierung wirken eher abschreckend als einladend.

Daneben gibt es gesamtgesellschaftliche Entwicklungen, die die Arbeitswelt insgesamt verändern. Eine gute Work-Life-Balance hat auch für angehende Ärztinnen und Ärzte einen hohen Stellenwert, wie das von der Universität Trier im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Jahr 2022 durchgeführte Berufsmonitoring unter

Medizinstudierenden in Deutschland und anderen europäischen Ländern zeigt: „Von hoher Wichtigkeit sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, geregelte Arbeitszeiten, die aber auch Flexibilität ermöglichen, oder der Wunsch, auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu sein“ (KBV 2023).

Ähnlich aufschlussreiche Ergebnisse förderte die vom Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) durchgeführte Mitgliederbefragung MB-Monitor 2022 des Marburger Bundes zutage. Rund 8.500 angestellte Ärztinnen und Ärzte, vorwiegend aus Akutkrankenhäusern, nahmen an der Umfrage im Herbst 2022 teil. Die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer war zu diesem Zeitpunkt jünger als 40 Jahre, wobei Ärztinnen den größeren Anteil in dieser Gruppe ausmachten (58 Prozent).

Über alle Alterskohorten hinweg ist der Wunsch nach geringeren Arbeitszeiten erkennbar: 92 Prozent der Befragten wünschen sich eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von maximal 48 Stunden inklusive aller Dienste und Überstunden. Die Realität sieht indes anders aus: Die tatsächliche Wochenarbeitszeit liegt im Mittel deutlich über 50 Stunden: Ein Fünftel der Befragten hat sogar eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 60 Stunden und mehr (Marburger Bund 2023).

Steigender Teilzeitanteil in allen Versorgungsbereichen

Diese Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit bei den Arbeitszeiten wird weithin unterschätzt. Dabei zeigt schon die gestiegene Teilzeitquote, dass sich etwas grundlegend ändern muss, um in den kommenden Jahren ausreichend ärztliche Arbeitskraft und Arbeitszeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten bereitzustellen zu können. Das betrifft alle ärztlichen Beschäftigten, unabhängig davon, ob sie im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich tätig sind. Auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist ein Teilzeitrend erkennbar: Von den 95.208 zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten hatten im Jahr 2023 11,4 Prozent einen hälftigen Versorgungsauftrag (KBV 2024b); im Jahr 2013 lag dieser Anteil erst bei 4,1 Prozent (KBV 2014).

Noch höher liegt der Teilzeitanteil bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung. Zwar steigt die Anzahl der Köpfe, nicht aber proportional der möglichen Teilnahmeumfang. Nur 37 Prozent der angestellten Ärztinnen und Ärzte

in der vertragsärztlichen Versorgung hat eine Wochenarbeitszeit von über 30 Stunden, der Rest, also 63 Prozent, liegt darunter (KBV 2024).

In den Kliniken haben inzwischen knapp ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte ein reduziertes Beschäftigungsverhältnis unterhalb der Regelarbeitszeit. Von 203.286 Ärztinnen und Ärzten waren im Jahr 2021 insgesamt 61.535 in den Krankenhäusern teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2022). Das entspricht einem Anteil von 30,3 Prozent. Acht Jahre zuvor betrug dieser Anteil noch 20,2 Prozent. Im Jahr 2013 waren von 164.720 Ärztinnen und Ärzten insgesamt 33.279 in den Krankenhäusern teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2014).

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege macht den Unterschied an der Entwicklung der Vollzeitäquivalente (VZÄ) fest: „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“ (SVR Gesundheit & Pflege 2024).

Knapp die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern reduziert ihre vertraglich vereinbarte regelmäßige Wochenarbeitszeit in einer Bandbreite von bis zu zehn Stunden. So wird beispielsweise aus der tarifvertraglich vorgesehenen Regelarbeitszeit von 40 Stunden pro Woche (ohne Überstunden und Bereitschaftsdienste) eine individuelle Wochenarbeitszeit von maximal 30 oder 35 Stunden. Die Klinikärztinnen und -ärzte machen also ihre eigene private „Arbeitszeitreform“, um wenigstens einen Tag in der Woche verlässlich frei zu haben. Dafür nehmen sie ein geringeres Bruttomonatsentgelt in Kauf. Gäbe es bessere Arbeitsbedingungen, weniger Personalmangel, weniger Überstunden und mehr Flexibilität, würden deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte individuelle Wege zur Entlastung beschreiten; entsprechend mehr Arbeitszeit würde für die Versorgung bereitstehen.

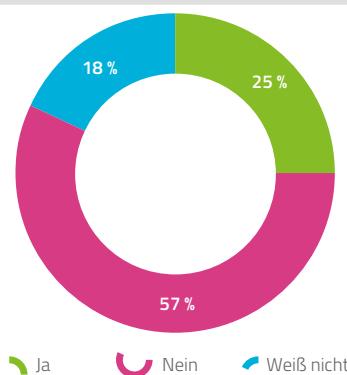
Arbeitsbedingungen korrelieren mit Personalengpässen

Dieser Zusammenhang zwischen gestiegener Teilzeitquote und Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation in den Kliniken ist evident und hat Auswirkungen auf die ärztliche

Versorgung. Der SVR Gesundheit & Pflege hat in seinem Gutachten 2024 den Blick geweitet und weist auf ein multifaktorielles Geschehen hin, in dem sich Ursachen und Folgen von Fachkräfteengpässen in einer „Negativspirale“ verstärken: „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“ (SVR Gesundheit & Pflege 2024).

Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen der Mitgliederbefragungen des Marburger Bundes. In der Befragung MB-Monitor 2022 erklärte ein Viertel der rund 8.500 angestellten Ärztinnen und Ärzte, einen Berufswechsel zu erwägen. Auf die Frage „Erwägen Sie, Ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben?“ antworteten 25 Prozent der Befragten mit „ja“, 57 Prozent mit „nein“ und 18 Prozent mit „weiß nicht“.

**Abbildung 1: Antworten auf die Frage:
„Erwägen Sie, Ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben?“**



Quelle: Mitgliederbefragungen des Marburger Bundes, MB-Monitor 2022

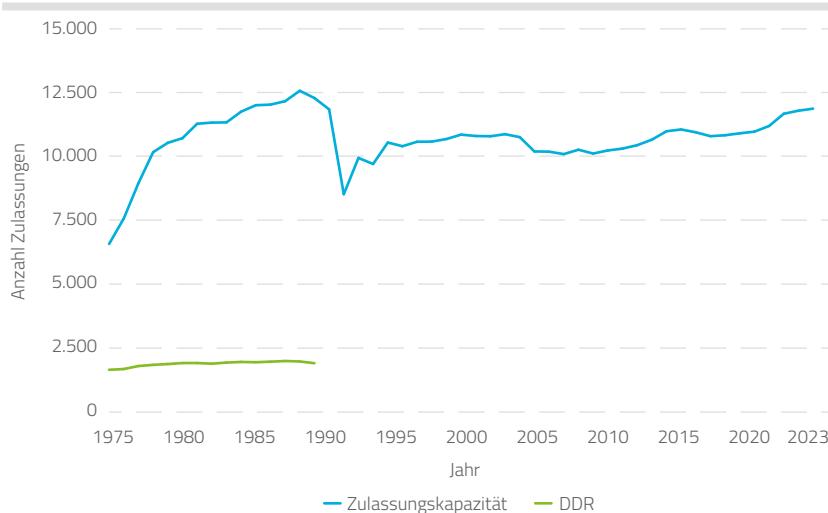
Wer auf die Frage mit „Ja“ geantwortet hatte, konnte in einem Freitext-Kommentar seine Gründe nennen. Davon machte eine große Anzahl der Befragten Gebrauch. Exemplarisch für viele andere Kommentare ist diese Antwort einer Befragten: „Ich bin eigentlich Ärztin aus Leidenschaft, aber unter diesen Bedingungen kann und will ich

nicht mehr ärztlich arbeiten. Die eigene Arbeit wird nicht geschätzt, man schuftet nur noch und wird irgendwann krank, weil man dem ganzen Druck nicht mehr standhalten kann. So ist es mir auch passiert. Und die eigene Gesundheit geht vor. Und was bekommt man ständig zu hören? 'Man ist Arzt und muss das aushalten.' Nein, muss man nicht!" (Marburger Bund 2023).

Zu geringe Ausbildungskapazitäten gemessen am Bedarf

Wenn auch nur ein kleinerer Teil dieser Ärztinnen und Ärzte die kurative Medizin verließe, wären die Folgen in der Versorgung rasch spürbar. Denn gemessen am Ersatzbedarf, der in den nächsten Jahren durch die Berentung der geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1965 auf die Versorgung zukommen wird, ist absehbar, dass in den vergangenen Jahren dafür an den staatlichen Universitäten in Deutschland nicht ausreichend ärztlicher Nachwuchs ausgebildet wurde. Selbst wenn man Medizinstudienplätze an privaten Hochschulen hinzurechnet, ist der Gesamtumfang von 12.000 Studienplätzen pro Jahr noch zu gering. Die Studienkapazitäten entsprechen in etwa denen, die es im Jahr 1990 in der alten Bundesrepublik ausschließlich an staatlichen Hochschulen gab, bei damals etwa 63 Millionen und heute rund 84 Millionen Einwohnerinnen und Einwohnern.

Abbildung 2: Entwicklung der Studienkapazitäten in Deutschland



Quelle: Deutsche Hochschulmedizin 2024

Ein Hinweis auf zu geringe Ausbildungskapazitäten ist auch der seit Jahren stark steigende Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit einer ausländischen Qualifikation, die in Deutschland arbeiten. Ohne sie ließe sich die Versorgung auf dem bestehenden Niveau nicht aufrechterhalten. Der Ärztemangel wird auch dadurch verdeckt, dass Ärztinnen und Ärzte jährlich Millionen von Überstunden leisten, um die Versorgung sicherzustellen: Im MB-Monitor 2022 geben zudem 26 Prozent an, dass ihre geleisteten Überstunden weder bezahlt noch in Freizeit ausgeglichen werden (Marburger Bund 2023). Allein im Krankenhausbereich kommen pro Jahr etwa 60 Millionen Überstunden zusammen, die ein deutlicher Indikator für eine zu hohe Arbeitsbelastung sind. Wer vor diesem Hintergrund das Problem des Personalmangels weiterhin kleinredet und im Ärztemangel primär ein Verteilungsproblem sieht, verkennt die tatsächlichen Verhältnisse.

Mehrbedarf in den USA und anderen westlichen Ländern

Fachkräfteengpässe im medizinischen Bereich gibt es nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern ähnlicher Größe wie Italien, Großbritannien oder Frankreich. Das Problem ist vielfach dasselbe: Es wurde über Jahre zu wenig eigenes Personal ausgebildet, sodass der Mehrbedarf infolge der demografischen Entwicklung nicht ausreichend gedeckt werden kann. Auch in den USA ist Ärztemangel insbesondere auf dem flachen Land schon länger ein Thema. Die Anzahl der im eigenen Land ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte hat in den vergangenen drei Jahrzehnten nicht mit dem starken Bevölkerungswachstum Schritt halten können. Gleichzeitig steht auch in den Vereinigten Staaten etwa ein Viertel der derzeit praktizierenden Ärztinnen und Ärzte vor dem Ruhestand. Wie gravierend der Ärztemangel sein wird, hängt maßgeblich von den Investitionen in die medizinische Ausbildung ab. Sollte es hier zu Einbrüchen kommen, prognostiziert der Verband amerikanischer medizinischer Hochschulen (AAMC) im schlechtesten Fall einen Mangel in der Größenordnung von bis zu 124.000 Ärztinnen und Ärzten bis zum Jahr 2034 (Association of American Medical Colleges 2024). Vor diesem Hintergrund werden sich die USA und andere westliche Länder sehr viel stärker um die Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten auch aus Deutschland bemühen.

Die Nachfrage nach ärztlicher Arbeitskraft ist also nicht auf Deutschland begrenzt, sondern – wie beim Wettbewerb um Fachkräfte allgemein – ein grenzüberschreitendes

Phänomen. Gut qualifizierte Ärztinnen und Ärzte werden in den nächsten Jahren zunehmend dort tätig werden, wo sie die besten Bedingungen vorfinden. Je größer die Unzufriedenheit mit den hiesigen Bedingungen ist, umso wahrscheinlicher ist es auch, dass junge Ärztinnen und Ärzte über eine dauerhafte Tätigkeit im Ausland nachdenken. Viele sind nicht nur gut qualifiziert, sondern auch mit entsprechender Auslandserfahrung vor und während des Studiums ausgestattet. Sprachbarrieren spielen bei der sogenannten Generation Z eine vergleichsweise geringe Rolle.

Ruhestandswelle durch Babyboomer-Generation

Politik und Kostenträger haben dem zahlenmäßigen Ungleichgewicht zwischen jüngeren und älteren Ärztinnen und Ärzten lange Zeit zu wenig Bedeutung beigemessen. Dabei sind die Zahlen lange bekannt: Die sogenannten Babyboomer werden in den nächsten Jahren nach und nach den Beruf verlassen. Ein Blick in die aktuelle Ärztestatistik der Bundesärztekammer für das Jahr 2023 zeigt, was das für die Versorgung bedeutet: Ende des Jahres 2023 waren von 428.474 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten 96.950 (22,6 Prozent) 60 Jahre und älter (Bundesärztekammer 2024). Diese Alterskohorte muss nunmehr Zug um Zug durch jüngere Ärztinnen und Ärzte ersetzt werden, die eher weniger arbeiten möchten und Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf legen.

Noch deutlicher wird der Ersatzbedarf, wenn man allein den vertragsärztlichen Bereich betrachtet. 37,9 Prozent der zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind 60 Jahre und älter. Schaut man sich nur die Hausärztinnen und Hausärzte an, so ist dort der Anteil der Babyboomer noch größer: 39,6 Prozent der Hausärzte im vertragsärztlichen Bereich sind 60 Jahre und älter (KBV 2024b). Zwar ist der Altersdurchschnitt der angestellten Ärztinnen und Ärzte geringer, doch an dem Grundproblem ändert das nichts: Entscheidend ist der Teilnahmeumfang und das daraus resultierende Arbeitsstundenvolumen. Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber haben den größten Teilnahmeumfang an der vertragsärztlichen Versorgung und sind dementsprechend schwerer zu ersetzen, wenn sie in den Ruhestand gehen.

Gegenmaßnahmen

Aufbau von Medizinstudienplätzen

Über viele Jahre wurde der Ärztemangel in seiner drohenden Ausprägung unterschätzt. Die Länder haben zu wenig in die Förderung von Medizinstudienplätzen an ihren Universitäten investiert. An Bewerberinnen und Bewerbern hat es nicht gefehlt: Im Durchschnitt gibt es drei bis vier pro Studienplatz. Die große Diskrepanz zwischen der Bewerberzahl und den vorhandenen Medizinstudienplätzen ist nicht nur für diejenigen frustrierend, die oft mehrere Jahre warten müssen, bis sie ihr Wunschstudium aufnehmen können, sondern auch für diejenigen, die in absehbarer Zeit gar keinen Studienplatz erhalten. Es ist auch versorgungspolitisch höchst problematisch, wenn viele geeignete Bewerberinnen und Bewerber bei der Studienplatzvergabe auf der Strecke bleiben oder wenn das Alter zu Beginn der Berufstätigkeit durch verspäteten Studienbeginn steigt.

Der Marburger Bund fordert seit bald 15 Jahren eine zehnprozentige Erhöhung der Medizinstudienplätze, weil vorherzusehen war, dass die Kapazitäten nicht dem steigenden Bedarf entsprechen. Seit ebenso vielen Jahren verhallen diese Appelle weitgehend ungehört. Zwar haben einige Bundesländer inzwischen ihre Studienkapazitäten etwas aufgestockt (beispielsweise neue Medizinische Fakultäten in Augsburg und in Bielefeld), doch gemessen an dem großen Ersatzbedarf ist das nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Die Politik hat zu sehr von einer Legislaturperiode zur nächsten gedacht, ohne die Langzeitentwicklungen zu betrachten und die Planungen darauf abzustellen. Es wurde Geld gespart, wo Investitionen in Studienplätze dringend notwendig gewesen wären. Die entstandenen Engpässe in der Versorgung spüren die Patientinnen und Patienten bereits jetzt, wenn sie monatelang auf einen Facharzttermin warten müssen.

An akuten Personalnöten wird auch ein deutlicher Aufwuchs an Studienplätzen kurzfristig nichts ändern können. Von der politischen Entscheidung, eine neue Medizinische Fakultät aufzubauen, dauert es in der Regel mindestens drei bis vier Jahre, bis die ersten Studierenden ihre Ausbildung aufnehmen. Rechnet man die übliche Studienzeit von sechs Jahren hinzu, dauert es also rund zehn Jahre, bis die zusätzlich ausgebildeten

Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung ankommen. Trotzdem führt kein Weg an einer Kapazitätsausweitung vorbei. Mit dem demografischen Wandel geht nicht nur ein Verlust an medizinischen Fachkräften einher – die Babyboomer selbst werden auch vermehrt auf ärztliche Hilfe angewiesen sein.

Es wäre schon viel gewonnen, wenn die Anzahl der Studienplätze dem Niveau entspräche, das nach der Wiedervereinigung 1990 eigentlich bundesweit hätte bestehen müssen. Damals kamen fünf medizinische Fakultäten aus der vormaligen DDR mit etwa 1.724 Studienplätzen hinzu, ohne dass die Gesamtzahl der Studienplätze nach der Deutschen Einheit entsprechend anwuchs. Die damalige Fehleinschätzung zum zukünftigen Bedarf ist nie korrigiert worden.

Mehr Kooperation und Koordination in der Versorgung

Kurzfristig wird dem Mangel an medizinischem Fachpersonal nur durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich und durch eine massive Entbürokratisierung begegnet werden können. In der Corona-Krise ist es gelungen, Kräfte zu bündeln und bürokratische Lasten zumindest vorübergehend zu reduzieren, um die begrenzten Personalressourcen vernünftig zu allozieren. Die in der Pandemie veränderte Finanzierung stationärer Leistungen – auch wenn retrospektiv nicht alles sinnvoll war – führte dazu, dass in dieser Zeit der Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern geringer war und der Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten deutlicher im Vordergrund stand. Unter den Bedingungen einer Pandemie war vieles möglich, was vorher undenkbar erschien. Der personell weitgehend ausgezehrte öffentliche Gesundheitsdienst rückte plötzlich in den Fokus. Es wurde deutlich, dass über Jahre auch in diesen Bereich des Gesundheitswesens zu wenig investiert worden war.

Selbstverständlich lassen sich viele der Probleme, die zu einer Fehl- oder Unterversorgung führen, nicht allein mit mehr Geld lösen. Es bedarf auch grundlegender Veränderungen. Die Finanzierung der Betriebsmittel durch ein jedes Jahr komplexer werdendes DRG-System, das zur Fehlallokation von Ressourcen führt, bindet Fachpersonal in vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Deshalb müsste eine Reform auf die Ablösung dieses Systems durch eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung

ausgerichtet sein. Zusätzlich bedarf es einer strukturellen Neuausrichtung der stationären Versorgung, um Kooperation und Koordination zu fördern. So fehlt im Krankenhausbereich eine tragfähige Balance zwischen flächendeckender Grundversorgung und Spezialisierung. Die Versorgungsstrukturen – und damit auch die Planung – müssten weitaus stärker auf Kooperation, Vernetzung und Bedarfsgerechtigkeit ausgelegt sein.

Alle derzeit vorhandenen Strukturen lassen sich mit den Fachkräften von morgen nicht aufrechterhalten. Kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum sollten daher durch Facharztkompetenz auch aus dem ambulanten Bereich unterstützt werden, unter anderem durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhausträger, Krankenhausärzten und Vertragsärzten. Wo eine solche Kooperation auf regionaler Ebene wegen fehlender regionaler Fachärztinnen und Fachärzte nicht möglich ist, muss das Krankenhaus einen ambulanten fachärztlichen Versorgungsauftrag bekommen. Beispielhaft für eine örtliche Bündelung der medizinischen Versorgungsangebote sind Campuskonzepte.

Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit verbessern

Die Rahmenbedingungen für ärztliche Arbeit müssen grundlegend verbessert werden. Ein erster wichtiger Schritt wäre es, auch die Personalkosten der Ärztinnen und Ärzte vollständig über eine Vorhaltevergütung abzubilden. Personalvorgaben müssen zukünftig so bemessen sein, dass eine qualitativ hochwertige, individuelle Patientenversorgung gewährleistet ist. Ohne zusätzliche Investitionen in Personal, ohne mehr Flexibilität und Anpassungsbereitschaft auf Seiten der Kliniken wird eine solche Neuordnung aber zum Scheitern verurteilt sein. Wenn die Arbeitgeber nicht verstehen, dass Arbeitszufriedenheit und Wertschätzung wichtige Parameter zur Bindung des vorhandenen Personals sind und dann auch auf die Fachkräftegewinnung ausstrahlen, wird es eine Abstimmung mit den Füßen geben – nicht nur in den ambulanten Bereich, sondern womöglich auch ins Ausland.

Ärztinnen und Ärzte gehen dorthin, wo sie gute Bedingungen vorfinden. Das fängt bei der Arbeitsstätte und den Vorgesetzten an. Bei jungen Ärztinnen und Ärzten spielt die Weiterbildung zum Facharzt eine große Rolle. Eine starke Konzentration von Leistungsangeboten der Krankenhäuser, wie sie bei fortwährender Unterfinanzierung

und ungesteuertem Strukturwandel zu befürchten ist, würde den Kreis der Weiterbildungsstätten einengen, was zu Flaschenhälzen in der Facharztweiterbildung führen kann. Deshalb wird der Ausgestaltung rechtssicherer und praktikabler Weiterbildungsverbünde zwischen Krankenhäusern untereinander und mit ambulanten oder sektorenübergreifenden Einrichtungen große Bedeutung zukommen. Es muss möglich sein, die Weiterbildung zum Facharzt so zu absolvieren, dass dafür nicht mehrere Umzüge und neue vertragliche Vereinbarungen nötig sind. Dies wird nur gelingen, wenn die entsprechenden Regelungen so gestaltet sind, dass sie ärztliche Verbundweiterbildung fördern und bestehende rechtliche, vor allem arbeitsrechtliche Hürden beseitigen. Wünschenswert wäre es, wenn der weiterzubildende Arzt oder die weiterzubildende Ärztin grundsätzlich für die gesamte Zeit der Weiterbildung nur einen Arbeitsvertrag schließen muss, der insbesondere die vertragsgerechte Delegierung sowie Festlegungen zu Weiterbildungszeiten und -inhalten an den am Verbund teilnehmenden Weiterbildungsstätten enthält.

Neben einer gut strukturierten Weiterbildung sind gerade auch für junge Ärztinnen und Ärzte in der Phase der Familiengründung eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie wichtig. Hier müssen die Kliniken noch mehr in familienfreundliche Rahmenbedingungen investieren. Das berufliche Umfeld muss so gestaltet sein, dass eine längerfristige berufliche Perspektive entstehen kann.

Entbürokratisierung endlich voranbringen

Die Folgen des Ärztemangels wären besser beherrschbar, wenn die Politik endlich ernst mit ihrem Versprechen machen würde, die Patientenversorgung zu entbürokratisieren. So heißt es im Koalitionsvertrag 2021-2025 von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP:

„Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten. Durch ein Bürokratieabbaupaket bauen wir Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ab. Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht“ (Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP).

Seit Jahren wird über Bürokratieabbau gesprochen und zeitgleich Bürokratie aufgebaut. Dabei könnte ein Abbau von unnötigem Ballast kurzfristig und ohne zusätzliche Kosten ärztliche und pflegerische Arbeitskraft freisetzen und damit eine bessere Patientenversorgung ermöglichen. Allein im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser summiert sich der Zeitaufwand für Verwaltungstätigkeiten (beispielsweise Datenerfassung und Dokumentation aus leistungsrechtlichen oder haftungsrechtlichen Gründen) im Mittel auf drei Stunden täglich (Marburger Bund 2023).

Durch Vorgaben zur Abrechnung von Leistungen und zur externen Qualitätssicherung sind immer neue Dokumentationsanforderungen zu erfüllen. Das belegen Vergleiche zu früheren Befragungen des Marburger Bundes: Lag der Anteil derer, die täglich mehr als drei Stunden mit Verwaltung und Dokumentation befasst sind, im Jahr 2013 noch bei acht Prozent, so waren es 2022 schon 32 Prozent. Allein die Halbierung des durchschnittlichen Zeitaufwandes von drei Stunden pro Tag würde dazu führen, dass die Arbeitskraft von rund 32.000 vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus mehr zur Verfügung stünde. Auch im ambulanten Bereich und in der Pflege ließen sich durch Abbau von administrativen Tätigkeiten und Dokumentation große Zeitkontingente für die Versorgung generieren.

Bevor der Gesetz- und Verordnungsgeber neue bürokratische Vorgaben erlässt, sollten daher bestehende Vorgaben auf ihre Notwendigkeit hin überprüft werden. Das geschieht am besten durch eine regelhafte Anhörung der Berufsangehörigen, die in ihrer täglichen Arbeit mit den entsprechenden Vorgaben konfrontiert sind. Grundsätzlich sollte jede neue Regelung, die Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat, auf ihre Bürokratielast geprüft und die damit verbundene Zeitbelastung realistisch ermittelt werden. Es gibt eine Reihe weiterer Ideen zum Bürokratieabbau: Der Marburger Bund hat bereits im September 2023 konkrete Maßnahmen vorgeschlagen, die zu erheblichen Zeitersparnissen und mithin zu weniger Belastung von Ärztinnen und Ärzten führen würden. Die Vorschläge zum Bürokratieabbau sind von einer Task Force Entbürokratisierung erarbeitet worden. Deren Ergebnisse sind auf der Website des Marburger Bundes abrufbar (www.marburger-bund.de/weniger-buerokratie/unsere-forderungen-zum-buerokratieabbau).

Zweifellos kann auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen maßgeblich zur Entlastung beitragen und insbesondere bei der für die Patientenbehandlung notwendigen Dokumentation unterstützen. Auch das Potenzial telemedizinischer Anwendungen ist nicht zu unterschätzen und wird ärztliche Expertise dorthin bringen können, wo dieses Spezialwissen sonst nicht verfügbar wäre. Doch hat Digitalisierung auch Grenzen: Die ärztliche Tätigkeit ist maßgeblich auf persönliche Kommunikation ausgelegt. Gerade dieser Aspekt kommt unter den derzeitigen Bedingungen eines hohen ökonomischen Erwartungsdrucks, eines zu knapp bemessenen Personalumfangs und folglich auch zu geringer Zeitressourcen für die Patientenversorgung zu kurz.

Literatur

- Association of American Medical Colleges (AAMC) 2024. The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections From 2021 to 2036. Online unter www.aamc.org/media/75236/download?attachment (Download am 24. April 2024).
- Blum, K. (2023). Wo sind unsere Ärzte und Pflegekräfte hin? In: Passion Chirurgie 9. S. 34–39. Online unter www.dgch.de/uploads/tx_news/2023_09-QIII_Passion_Chirurgie_D-Arzt_DGCH.pdf (Download am 25. April 2024).
- Bundesärztekammer (2024). Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. Online unter www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statis-tik/AErztestatistik_2023_18.04.2024.pdf (Download am 24. April 2024).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). Landärzte (Glossar). Online unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/landaerzte (Download am 24. April 2024).
- Deutsche Hochschulmedizin (2024). Studienplätze an staatlichen Fakultäten in der Medizin. Online unter <https://www.deutsche-hochschulmedizin.de/ueber-uns/fakten-und-zahlen> (Download am 23. Mai 2024).
- Herbold, A. (2023). Hier drückt es. In: Zeit online. Online unter www.zeit.de/2023/38/aertzemangel-ruhestand-praxen-fachkraeftemangel (Download am 24. April 2024).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024a). KBV Praxisnachrichten. Online unter www.kbv.de/html/1150_68058.php (Download am 24. April 2024).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024b). Statistische Informationen aus dem Bundesarztreregister. Stand: 31.12.2023. Online unter www.kbv.de/media/sp/2023-12-31_BAR_Statistik.pdf (Download am 24. April 2024).

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Berufsmonitoring Europäische Studierende 2022. Online unter www.kbv.de/media/sp/KBV_Berufsmonitoring-Bericht2022.pdf (Download am 24. April 2024).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregrister. Stand: 31.12.2013 (Archiv der Tabellenbände ab 2013). Online unter www.kbv.de/html/bundesarztregrister.php (Download am 24. April 2024).
- Marburger Bund (2023). Zahlen – Daten – Fakten. Angestellte Ärztinnen und Ärzte und Medizinstudierende. Online unter: <https://www.marburger-bund.de/epaper/Zahlen-Daten-Fakten/#10> (Download am 23. Mai 2024).
- Marburger Bund (2022). MB-Monitor 2022 – Ergebnisse der Mitgliederbefragung des Marburger Bundes. Online unter https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/4%20-%20Gesamtauswertung%20MB%20Monitor%202022%20-%20Grafische%20Darstellung_0.pdf (Download am 23. Mai 2024).
- Robert Bosch Stiftung (2021). Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Online unter www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland (Download am 24. April 2024).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege – SVR Gesundheit & Pflege (2024). Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024. Online unter www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2024 (Download am 24. April 2024).
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021). Koalitionsvertrag 2021–25. Mehr Fortschritt wagen. Online unter www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (Download am 24. April 2024).
- Statistisches Bundesamt (2022). Grunddaten der Krankenhäuser 2021 (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Online unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/_publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html (Download am 24. April 2024).
- Statistisches Bundesamt (2014). Grunddaten der Krankenhäuser 2013 (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Online unter www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00025466 (Download am 24. April 2024).