

Schreyögg, Jonas

Article

Fachkräfteengpässe in der Gesundheitsversorgung: Überwinden durch Strukturreformen

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Schreyögg, Jonas (2025) : Fachkräfteengpässe in der Gesundheitsversorgung: Überwinden durch Strukturreformen, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 78, Iss. 11, pp. 24-27

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/333688>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Zur Diskussion gestellt

Fachkräfteengpässe in der Gesundheitsversorgung

Überwinden durch Strukturreformen*



Prof. Dr. Jonas Schreyögg ist wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg.

Der internationale Vergleich zeigt, dass im deutschen Gesundheitssystem im Verhältnis zur Bevölkerung vergleichsweise viele Pflegefachpersonen beschäftigt sind. Trotzdem leiden die Pflegefachpersonen im stationären Sektor unter einer relativ hohen Arbeitsbelastung, da in Deutschland eine größere Anzahl von Fällen bzw. Patient*innen pro Einwohner verzeichnet wird (OECD 2024). Dies weist u.a. auf prozessuale, allokativen und strukturelle Defizite im deutschen Gesundheitssystem hin.

Strukturelle Maßnahmen zur Überwindung von Fachkräftenpässen

In den nächsten Jahren wird ein erheblicher Transformationsprozess in der Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung initiiert werden müssen, insbesondere auch zur Reduktion von Fachkräfteengpässen 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, die im internationalen Vergleich sehr hoch sind, durch verbesserte Koordination und Ambulanti-

sierung. Dabei weisen einige seit vielen Jahren diskutierte Reformvorhaben ein besonders hohes Potenzial auf. Im Folgenden sollen die grundsätzlichen Mechanismen aufgezeigt werden, die von diesen ausgewählten strukturellen Stellschrauben zur Reduktion der Belegungstage ausgehen (Schreyögg 2023).

Reform der Notfallversorgung

Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (SVR) hat bereits in seinem Gutachten aus dem Jahr 2018 eine Reform der Notfallversorgung empfohlen (Gerlach et al. 2018). Das Ziel dieses Konzepts besteht darin, den Patient*innen zukünftig sektorenübergreifend koordinierte und klar strukturierte Versorgungspfade bereitzustellen. Hilfesuchenden soll durch eine integrierte Versorgung „aus einer Hand“ sowie durch zentrale Beratung und Anleitung eine bedarfsgerechte und effiziente Behandlung ermöglicht werden. Mit Hilfe von leitliniengestützten Notfallalgorithmen soll die Dringlichkeit objektiv eingeschätzt, der geeignetste Versorgungspfad individuell ausgewählt und der weitere Behandlungsverlauf (digital) begleitet werden. Um dies zu realisieren, ist eine enge Vernetzung der ambulanten und stationären Strukturen sowie die Integration neuer Versorgungsangebote erforderlich. Der Rettungsdienst wird über die bloße Transportleistung hinaus als präklinische Notfallmedizin in das Versorgungssystem eingebunden (Messerle et al. 2021). Darüber hinaus gibt es derzeit eine zu hohe Anzahl von Krankenhausstandorten mit Notaufnahmen. Zukünftig sollte die Notfallversorgung ausschließlich an integrierten Notfallzentren (INZ), an denen Notaufnahmen und kassenärztlicher Bereitschaftsdienst räumlich an einem Standort integriert werden, erfolgen. Das bedeutet, dass es nur noch INZ geben sollte und darüber hinaus keine reinen Notfallambulanzen mehr. Wichtige Hebel der Reform der Notfallversorgung sind einerseits die Senkung der INZ-Besuche durch eine umfangreiche Steuerung der integrierten Leitstelle, da Alternativen aufgezeigt werden und eine Beratung zur gene-

* Der Beitrag orientiert sich an dem kürzlich veröffentlichten Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit & Pflege mit dem Titel „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“, dessen Mitglied der Autor ist.

rellen Notwendigkeit einer Inanspruchnahme stattfindet. Darauf aufbauend sowie infolge der Vorhaltung von mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst integrierten Notfallzentren wird die Aufnahmequote von den INZ in die stationäre Versorgung deutlich sinken (Schreyögg 2023). Dies hat zur Folge, dass mit weniger stationären Fällen die Zahl der Belegungstage und somit die Personalbindung reduziert wird.

Sektorengleiche Vergütung

Es ist bekannt, dass Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern viele stationäre Eingriffe und Operationen erbringt, die in anderen Ländern längst in großen Teilen ambulant erbracht werden. Klassische Beispiele sind eine Leistenhernien-OP oder eine Implantation eines Herzschrittmachers. Im Ausland gibt es zahlreiche Vorbilder, u.a. Frankreich und England, die zeigen, wie durch Vergütungsanreize eine relativ schnelle Ambulantisierung solcher Eingriffe erreicht werden kann. Die Vergütung erfolgt dann auf Grundlage eines Katalogs ambulanter Prozeduren, die sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden können, wobei diese Prozeduren unabhängig davon, ob sie stationär, ambulant im Krankenhaus oder in der ambulant-vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, mit dem gleichen Betrag vergütet werden (Schreyögg et al. 2024). Im Gegensatz zur Reform der Notfallversorgung bezieht sich dies nicht auf Notfälle, sondern konzentriert sich hauptsächlich auf elektive Leistungen. Zwar wurde in den letzten Jahren mit dem Aufbau einer sektorengleichen Vergütung, auch bekannt als Hybrid-DRG,¹ begonnen, diese ist jedoch bisher noch nicht mit zu anderen Ländern vergleichbaren Anreizen ausgestaltet, so dass der Ambulantisierungsprozess noch wenig vorangeschritten ist. Ziel der Einführung einer sektorengleichen Vergütung wäre es, einen großen Anteil dieser sektorengleich behandelbaren Fälle aus der stationären Versorgung herauszulösen und stattdessen ambulant am Krankenhaus oder in der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen. Aus der Ambulantisierung von Fällen resultieren wichtige Effekte für den Personalbedarf. Im ambulanten Bereich können die gleichen Leistungen bei gleicher Qualität mit weniger Personal erbracht werden als im stationären Bereich.

Intersektorale Zentren

Im Rahmen des Prozesses zur Konzentration und Strukturveränderung stationärer Kapazitäten könnten Grundversorgungskrankenhäuser in integrierte regionale Gesundheitszentren für die ambulante ärztliche Versorgung umgestaltet

werden. Diese neue Form der Daseinsvorsorge ermöglicht es, regional angepasste Lösungen zu entwickeln. So könnten regionale Gesundheitszentren modular aufgebaut sein und je nach lokalem Bedarf verschiedene Komponenten enthalten. Dazu zählen u.a. ambulante Operationszentren sowie Kurzliegestationen, die Leistungen und Fälle aus dem personalintensiven stationären Versorgungsbereich übernehmen. Auf diesen Kurzliegestationen können unterschiedliche Patientengruppen behandelt werden. Neben geriatrischen Patient*innen, die zur Vorbeugung gegen akute, schwerwiegende Krankheitsverläufe überwacht werden müssen, können auch Patient*innen aufgenommen werden, die in einem ambulanten Operationszentrum operiert wurden und eine Nachbeobachtung benötigen, sowie diejenigen, die in einem entfernteren spezialisierten Krankenhaus operiert wurden und dann in ein wohnortnahes intersektorales Zentrum verlegt werden sollen. Zudem könnte eine telemedizinische Anbindung an ein Krankenhaus der Regel- oder Maximalversorgung eingerichtet werden. Es wird erwartet, dass die Einrichtung intersektoraler Zentren das Fallaufkommen in konventionellen Krankenhäusern reduziert (Schreyögg 2023).

Einführung eines Primärarzt-systems

Der Aufbau eines deutschlandweiten Primärarzt-systems, so wie es im Koalitionsvertrag vorgesehen ist, könnte die ambulante Versorgung verbessern und die Häufigkeit stationärer Einweisungen reduzieren. Es wird häufig angenommen, dass ein Primärarzt-system insbesondere fachspezialistische Kontakte reduziert. Eine Evaluation von Laux et al. (2023) zeigt jedoch, dass die in Baden-Württemberg praktizierte hausarztzentrierte Versorgung (HzV), die als besonders weitgehendes HzV-Modell gilt und Modellcharakter für ein deutschlandweites Primärarzt-system aufweisen könnte, insgesamt keine Reduktion der fachspezialistischen Kontakte mit sich brachte. Die verbesserte Koordination der ambulanten Versorgung führte aber dazu, dass stationäre Aufenthalte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung deutlich seltener und in der Regel kürzer ausfielen. Geht man davon aus, dass die Evaluationsergebnisse aus Baden-Württemberg bei einer bundesweiten Einführung übertragbar sind, würde dies zu einer erheblichen Reduktion der stationären Belegungstage führen.

Potenzialschätzungen hinsichtlich einer Reduktion von Belegungstagen durch strukturelle Maßnahmen

Tabelle 1 zeigt potenzielle Auswirkungen der vorgeschlagenen Strukturreformen in der Akutversorgung auf die Fallzahlen und die Belegungstage in deutschen Krankenhäusern. Der Fokus liegt dabei auf den Effekten im stationären Sektor. Die durch die Reformen erwartete

¹ DRG (*Diagnosis Related Groups*) bezeichnet das System zur pauschalisierten Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen.

Verringerung des Personalbedarfs in der stationären Versorgung könnte sich positiv auf das Arbeitskräftepotenzial zur Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und medizinischen Fachangestellten (MFA) für die ambulante Versorgung, aber auch für die Langzeitpflege auswirken. Die Schätzungen sind von den Annahmen abhängig, die im Gutachten des SVR detailliert dargelegt werden (Gutacker et al. 2024). Zwar können die Effekte verschiedener Strukturreformen nicht ohne Weiteres addiert werden, da sie zumindest teilweise auf dieselben Patientengruppen abzielen. Dennoch ist zu erwarten, dass ein Paket unterschiedlicher Strukturmaßnahmen, so wie es auch im derzeitigen Koalitionsvertrag angedacht ist,

am besten geeignet ist, um das Potenzial zur Reduzierung von Belegungstagen maximal auszuschöpfen und so die Belastung der Fachkräfte insbesondere in der Pflege zu senken. Allein die Reform der Notfallversorgung hätte das Potenzial, bis zu einem Viertel aller stationären Belegungstage in Deutschland zu reduzieren. Auch die Einführung einer Primärarztversorgung hätte ein erhebliches Potenzial. Die durch die empfohlenen Reformen zu erwartenden Reduktionen der Belegungstage würden die Personalrelation in Deutschland verbessern und zu einer Angleichung an die Werte ähnlicher europäischer Staaten, z.B. Frankreich und die Niederlande, führen.

Tab. 1

Potenzielle Effekte ausgewählter Strukturreformen auf die Personalsituation in Krankenhäusern

Strukturreform	Wirkungsebene	Potenzielle Reduktion der stationären Fallzahl in Mio.	Potenzielle Reduktion der Belegungstage ^a in Mio.	Potenzielle Reduktion der Belegungstage pro VZÄ	
				Pflege	Ärzt*innen
	Status quo	ca. 17	ca. 123	ca. 304	ca. 685
Notfallreform	Senkung der Aufnahmequote von 44 auf 30%	2,45	7,4–19,6	18–48	41–109
	30% weniger INZ-Besuche	1,58 ^b	4,7–12,6	12–31	26–70
	Summe	4	12,1–32,2	30–80 (→ Ø 250/VZÄ)	67–179 (→ Ø 562/VZÄ)
Sektorengleiche Vergütung	Ambulantisierung gruppierungsrelevanter Kurzlieger AOP-Fälle gemäß AOP-Katalog 2019	2,1	3,2–6,3	8–16	18–35
	Ambulantisierung gruppierungsrelevanter Kurzlieger AOP-Fälle gemäß erweitertem AOP-Katalog	4,2	6,3–12,6	16–31 (→ Ø 281/VZÄ)	35–70 (→ Ø 633/VZÄ)
Etablierung von Intersektoralen Zentren	Reduzierung des Fallaufkommens in Krankenhäusern ^c	0,9^d	1,2–2,7	3–7 (→ Ø 300/VZÄ)	7–15 (→ Ø 674/VZÄ)
Ausweitung der HzV	Senkung der Hospitalisierungsrate um 9%	1,5	4,5–12	11–30	25–67
	Senkung der durchschnittlichen Liegezeit um 0,5 Tage		8	20	44
	Summe	1,5	12,5–20	31–49 (→ Ø 264)	69–111 (→ Ø 595)

AOP-Katalog = Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen;

HzV = Hausarztzentrierte Versorgung, bezieht sich bisher nur auf Erwachsene; INZ = Integrierte Notfallzentren; VZÄ = Vollzeitäquivalente; Ø = Durchschnitt.

^a Angenommene Verweildauer: 3–8 Tage für Notfallreform & HzV; 1,5–3 Tage für sektorengleiche Vergütung und Intersektorale Zentren.

^b Bei einer Aufnahmequote von 30%.

^c Ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Fallaufkommens in den intersektoralen Zentren.

^d Im Mittelwert des „neutralen Szenarios“.

Fazit

Es wurde gezeigt, dass ein erhebliches Potenzial von Strukturmaßnahmen zur Lösung der Fachkräfteproblematik ausgeht. Andere Reformoptionen, wie beispielsweise eine künftige Reform der Krankenhausvergütung, sind in diesem Zusammenhang nicht behandelt worden, könnten jedoch zusätzlich zur Verbesserung der Personalallokation beitragen. Die oben quantifizierten Effekte können selbstverständlich nur grobe Schätzungen darstellen, da sie maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung und Implementierung abhängen. Dennoch wird deutlich, dass ein Strukturwandel im Gesundheitssystem wesentliche Verbesserungen in der Personalallokation im deutschen Gesundheitswesen bewirken kann. Es ist nicht auszuschließen, dass ein solcher Strukturwandel, in Anbetracht bereits initiiertener Maßnahmen wie Ausbildungs-offensiven und der Verbesserung der Arbeitsplatzattraktivität, die derzeitigen Fachkräfteengpässe zumindest in der Akutversorgung nahezu vollständig überwinden kann. •

Referenzen

Gerlach F., W. Greiner, M. Haubitz, G. Meyer, J. Schreyögg, P. Thürmann und E. Wille (2018), *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*, Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Gutacker, N., M. Hallek, M. Joos, M. Messer, J. Schmitt, J. Schreyögg und L. Sundmacher (2024), *Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource*, Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2024.

Laux, G., C. Witte, M. Wensing und J. Szecsenyi (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.

Messerle, R., J. Schreyögg und F. Gerlach (2021), „Patientenorientierte Notfallsteuerung“, in: J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers und C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhausreport 2021*, Springer, Berlin, 43–67.

OECD (2024), OECD.Stat. Healthcare Utilisation: Hospital Aggregates, verfügbar unter: stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9, aufgerufen am 31. Januar 2024.

Schreyögg, J. (2023), „Verbesserung der Personalallokation durch Strukturwandel“, in: J. Klauber, J. Wasem, A., Beivers und C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhausreport 2023*, Springer, Berlin, 197–211.

Schreyögg, J., R. Milstein, R. Messerle, B. Kölle, C. Busch, R. Heber et al. (2024), *Ergebnisbericht: Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV)*, Förderkennzeichen: 01VSF19040, Gemeinsamer Bundesausschuss, Berlin.