

STUDIE

Die Zukunft des Arztberufs

Antworten auf den demografischen
und gesellschaftlichen Wandel



Impressum

Gesundheitsstadt Berlin e.V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin
www.gesundheitsstadt-berlin.de

Redaktion:
Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer

Mitarbeit:
Selma Damme, Marlon Donner

Lektorat:
Dorothea Jäkel

Mit freundlicher Unterstützung
durch die

 **PVS** berlin-brandenburg-hamburg
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

und durch den
Bundesverband Verrechnungsstellen Gesundheit e.V.

STUDIE

Die Zukunft des Arztberufs

Antworten auf den demografischen
und gesellschaftlichen Wandel

gesundheitsstadt
berlin
das hauptstadtnetzwerk

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary

Einleitung

Erstes Kapitel

TRENDS UND HERAUSFORDERUNGEN

- 1 Demografischer Wandel:
Die Babyboomer verlassen die Versorgung,
Frauen erobern die Gesundheitswelt
 - 2 Migration und Integration
 - 3 Female Shift: Die Zukunft der Ärzteschaft ist weiblich
 - 4 New Work: Die 4 Tage-Woche als Flucht
 - 5 Digitalisierung: Ein Technologiesprung
 - 6 Urbanisierung und ländlicher Raum
 - 7 Klimawandel
-

Inhaltsverzeichnis

Zweites Kapitel

ANTWORTEN UND POTENZIALE

Entlastung, Entbürokratisierung, bessere Weiterbildung und
Zusammenarbeit der Berufe, Stärkung der regionalen Versorgung

- 1 Entlastung und Entbürokratisierung
 - 2 Verbesserung von Aus- und Weiterbildung
 - 3 Ein neues Zusammenspiel der Gesundheitsberufe
 - 4 Stärkung der regionalen Versorgung
-

Drittes Kapitel

POLITISCHE UND GESELLSCHAFTLICHE IMPLIKATIONEN

Interview mit **Karl-Josef Laumann**, Minister für Arbeit,
Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen:
„Junge Ärztinnen und Ärzte verstärkt zur Aufnahme
einer freiberuflichen Tätigkeit ermutigen und unterstützen“

Folgende Institutionen und Personen haben an der vorliegenden Studie teilgenommen. Ihnen gilt unser Dank.



Erik Bodendieck
Präsident der Sächsische
Landesärztekammer



Dr. Svante Gehring
Vorstand,
Ärztegenossenschaft Nord e.G.



PD Dr. Peter Bobbert
Präsident der Ärztekammer
Berlin



Dr. Martin Göpfert
Junges Forum der Deutschen Gesellschaft
für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.



Dr. Karsten Braun
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Baden-Württemberg



PD Dr. Lyubomir Haralambiev
Facharzt,
Universitätsmedizin Greifswald



Nils Dehne
Geschäftsführer der Allianz
Kommunaler Großkrankenhäuser e.V.



Dr. Regine Held
Vorstandsmitglied,
Bundesärztekammer



Prof. Dr. Maria Eberlein-Gonska
Leiterin Zentralbereich Qualitäts-
und Medizinisches Risikomanagement,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Dr. Daniela Huzly
Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie,
Virologie und Infektionsepidemiologie e.V.
(BÄ-MI)



Dr. Pedram Emami
Präsident der Ärztekammer
Hamburg



Dr. Susanne Johna
Vorstandsmitglied,
Bundesärztekammer



Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche
Bundesvereinigung (KBV)



Dr. Valerie Kirchberger
Geschäftsführerin und Chief Operating
Officer bei Heartbeat Medical,
Heartbeat Medical Solutions GmbH



Dr. Yüksel König
Vorständin,
Ärztekammer Berlin



Prof. Dr. Christian Schulz
Geschäftsführer, KLUG –
Deutsche Allianz Klimawandel
und Gesundheit e.V.



Andrea Martini
Sprecherin,
Bündnis Junge Ärztinnen
und Ärzte



Prof. Dr. Sylvia Thun
Universitätsprofessorin für Digitale
Medizin und Interoperabilität Charité –
Universitätsmedizin Berlin,
Director Core Facility Digital Medicine
and Interoperability, Berlin Institute
of Health at Charité (BIH)



Dr. Filippo Martino
Erster Vorstandsvorsitzender,
Deutsche Gesellschaft für Digitale
Medizin e.V. (DGDM)



Dr. Peter Velling
Geschäftsführer
Bundesverband der MVZ



Dr. Klaus Reinhardt
Präsident,
Bundesärztekammer



Dr. Burkhardt Ruppert
Vorstandsvorsitzender,
KV Berlin



LL.M. Marc Schreiner
Geschäftsführer,
Berliner Krankenhausgesellschaft



PD Dr. Kevin Schulte
Zweiter Vizepräsident,
Berufsverband Deutscher Internistinnen
und Internisten (BDI)

»Der Verlust und Mangel an Fachkräften
ist Ausdruck einer Sinnkrise des Arztberufs.«

Valerie Kirchberger

»Wir brauchen ein neues Arztbild.«

Peter Bobbert

Executive Summary

Der Arztberuf steht vor nachhaltigen und tiefgreifenden Veränderungen. Zu den zentralen Megatrends und Beschleunigern gehören der demografische Wandel, die Digitalisierung und eine zunehmend individualisierte Arbeitswelt. Die hohe Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch eine älter werdende Bevölkerung bei steigenden Patientenzahlen und dem gleichzeitigen Trend zu Teilzeittätigkeit in der nächsten Generation wird zur Quadratur des Kreises.

Zwei Drittel der Studienanfängerinnen und -anfänger im Fach Medizin sind heute Frauen, Tendenz steigend. Künstliche Intelligenz und technologischer Fortschritt verändern die Aufgaben des Arztberufs. Der Trend zur Anstellung sowie zur Teilzeit fordern den Beruf und die Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum heraus. Zu den entscheidenden Antworten gehören Entlastung, Entbürokratisierung, bessere Weiterbildung und Zusammenarbeit der Berufe sowie die Stärkung der regionalen Versorgung. Der Arztberuf der Zukunft ist inter- und multiprofessionell und kann nur im Team gelingen. Die Zukunft gehört innovativen Versorgungskonzepten und -modellen – in Stadt und Land.

»Meine größte Hoffnung liegt in der Ärzteschaft, die diesen Beruf prägt. Die Mehrheit der Kolleginnen und Kollegen sind klug, innovativ, wissbegierig, lernfähige und „open minded“ Persönlichkeiten – das ist der wichtigste Faktor für den Fortschritt in der Medizin.«

Lyubodomir Haralambiev

»Was müssen wir ändern und wie müssen wir es ändern, damit wir in der Lage sind, die Gesundheit als unser höchstes Gut zu schützen?«

Christian Schulz

Einleitung

Können wir die Babyboomer noch versorgen?

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach fordert mehr Studienkapazitäten. 5.000 Plätze zusätzlich sollen die Länder schaffen, sonst „werden wir die Babyboomer-Generation in naher Zukunft nicht mehr angemessen versorgen können“.¹ Auch Bundesärztekammer und Marburger Bund warnen vor einem Ärztemangel in einer „Gesellschaft des langen Lebens“.² Ohne eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wird die Schaffung neuer Medizinstudienplätze wenig ändern. Der ärztliche Beruf wird aus Sicht des Nachwuchses zunehmend so unattraktiv, dass Stimmen nach einer Mindestquote freiberuflich tätiger Ärzte laut werden.³

Herausforderungen und Trends

Das Verständnis von und das Verhältnis zur Arbeit haben sich auch in den Medizin- und Gesundheitsberufen verändert. Jüngere Generationen wollen ihr Leben nicht mehr ausschließlich der Arbeit unterordnen. Nach einer Befragung des Marburger Bundes überlegt jeder vierte angestellte Arzt bzw. jede vierte angestellte Ärztin, die ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben.⁴

Die Rolle der Ärzteschaft wird sich verändern. Faktoren wie Kommunikation, IT-Kompetenz und evidenzbasierte Wissenschaftlichkeit werden wichtiger. Medizin wandelt sich immer schneller. Mit den Bedarfen ändern sich auch die Notwendigkeiten in der Versorgung, mit den medizinischen Entwicklungen werden neue Lösungen auch in der Primärversorgung möglich.

Der durch die jüngeren Generationen vorangetriebene gesellschaftliche Wertewandel führt gerade in den Gesundheitsberufen zu einer gesteigerten Nachfrage nach Flexibilität und Sicherheit. Viele zieht es vor allem in die Städte. Für die jüngeren Generationen haben Freizeit sowie Zeit für Familie und Freunde eine hohe Bedeutung. Familien- und lebensfreundliche Arbeitsbedingungen, wozu auch mobiles Arbeiten und Telemedizin gehören, sind zum Standard geworden. Der Wettbewerb um die nächste Generation Ärztin/Arzt hat begonnen. Ob selbstständig oder angestellt: der Beruf Ärztin/Arzt hat Zukunft.

¹ Zitiert nach ZDF vom 16.12.2022; Lauterbach: Brauchen mehr Medizinstudierende – ZDFheute

² Bundesärztekammer warnt vor Ärztemangel (aerzteblatt.de) sowie Marburger Bund warnt vor Ärztemangel (faz.net)

³ Stellvertretend: Andreas Köhler, früherer KBV-Vorsitzender; zitiert nach Ärztezeitung vom 13.04.2023

⁴ Vgl. Marburger Bund Monitor 2022; MB-Monitor 2022: Zu wenig Personal, zu viel Bürokratie, unzulängliche Digitalisierung | Marburger Bund Bundesverband (marburger-bund.de)

Die vorliegende Trendstudie geht den Entwicklungen und Herausforderungen nach und diskutiert mittels einer Online-Befragung und Einzel-Interviews folgende Leitfragen:

- 1 Was sind die großen Trends und Entwicklungslinien, die den Arztberuf bis 2030 prägen?**
 - 2 Vor welchen Herausforderungen stehen Ärztinnen und Ärzte im urbanen und ländlichen Raum?**
 - 3 Wie können Ärztinnen und Ärzte entlastet und wie kann der Beruf attraktiver werden?**
 - 4 Welche Antworten, Strukturen und Modelle (-regionen) sind zukunftsfähig?**
 - 5 Was sind die Erwartungen der nächsten Generation Ärztin/Arzt an Politik, Verbände und Gesellschaft?**
-

ERSTES KAPITEL

Trends und Herausforderungen

»Die Jahre nach 2030 werden zum Stresstest für unser Gesundheitswesen. Wir werden bald vor der Frage stehen, wie das bestehende Leistungsniveau noch aufrechterhalten werden kann.«

Susanne Johna

Erstes Kapitel

Trends und Herausforderungen

Der Arztberuf wird sich in den kommenden 10 Jahren stärker verändern als je zuvor. Die Alterung der Gesellschaft, Digitalisierung, und eine individualisierte und diverse Arbeitswelt sind die Beschleuniger.

1 Demografischer Wandel: Die Babyboomer verlassen die Versorgung, Frauen erobern die Gesundheitswelt

Zu den wirkmächtigsten Trends im Gesundheitswesen zählt der demografische Wandel. Mehrere zehntausend Ärztinnen und Ärzte gehen bis 2030 – 2035 in den Ruhestand. In den letzten 20 Jahren, zwischen 2001 und 2021 ist das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte um fast fünf Jahre von 49,8 auf 54,6 Jahre gestiegen.⁵ Mehr als ein Fünftel aller Vertragsärztinnen und -ärzte war Ende 2021 älter als 60 Jahre. Die Zahl der an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte ist in dem Zeitraum um mehr als 20 Prozent von 117.650 auf 143.101 gestiegen; aufgrund des Trends zu Anstellung und Teilzeit ist die Versorgungsleistung pro Ärztin/Arzt gesunken. Die Teilzeitquote stieg in den letzten 20 Jahren von 12 auf 33 Prozent.⁶

Vor allem den ländlichen Raum trifft der steigende Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Der Präsident der Berliner Ärztekammer (BÄK) **Peter Bobbert** spricht von einer doppelten Herausforderung: „Wir müssen in Zukunft mehr ältere Patientinnen und Patienten versorgen und haben dafür weniger Fachkräfte.“ In Brandenburg gehen bis 2030 rund 600 Hausärztinnen und -ärzte in Ruhestand, in Berlin allein in den nächsten drei Jahren 800 (von 2.300).

Der Bedarf an Fachkräften wird in Folge der demographischen Entwicklung, neuer Behandlungsmöglichkeiten, einer Zunahme chronischer Erkrankungen, der gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sowie einer abnehmenden Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in den nächsten Jahren weiter ansteigen. Gleichzeitig wird Medizin durch den wissenschaftlichen Fortschritt immer ambulanter.

⁵ Vgl. Dt. Ärzteblatt vom 09.06.2023: Durchschnittsalter der Niedergelassenen steigt; Ambulante Versorgung: Durchschnittsalter der Niedergelassenen steigt (aerzteblatt.de)

⁶ Ebda.

Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, fordert „mit Blick auf die immer älter werdende Ärzteschaft, das nachlassende Interesse an der Niederlassung, die veränderten Lebensmodelle jüngerer Generationen und den immer höheren Anteil der angestellten Kolleginnen und Kollegen“ neue Antworten und Konzepte. Seine Prognose: „Wir werden insgesamt nicht weniger Ärztinnen und Ärzte haben, aber die Arbeitszeit, die durch Ärzte erbracht wird, wird immer weiter zurückgehen. Dies trifft im Besonderen auf die angestellten Ärzte zu. Ein angestellter Arzt in der ambulanten Versorgung arbeitet in der Regel weniger als ein selbstständiger Arzt.“

Die großen Herausforderungen sind für den Geschäftsführer der kommunalen Großkrankenhäuser, **Nils Dehne**, „Feminisierung, demographischer Wandel und Digitalisierung.“ Es geht um „neue Formen der Zusammenarbeit, die weit über das hinausgehen, was wir heutzutage in unserer klassischen Gesundheitsversorgung kennen.“ **Dehne** ist überzeugt: „Wir werden neue Formen der Interaktion sehen, künftig wird nicht jeder Patient immer gleich einen Arzt finden. Der Erstkontakt wird in Zukunft auch durch eine qualifizierte Pflegekraft, einen nicht-akademischen Mitarbeitenden oder einen digitalen Helfer geschehen. Prozessuale Flexibilität wird zur übergeordneten Herausforderung.“ Für den Vorstand der Ärztenossenschaft Nord, **Svante Gehring**, gehört dazu auch „die Entwicklung im Hinblick auf die neue Generation der angestellten Ärzte und ihr Verhältnis zu den anderen Gesundheitsfachberufen wie MFA und Pflege.“

Karsten Braun, Vorsitzender des Vorstands der KV Baden-Württemberg sieht daher in der „Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Zeiten von Ärzte- und Fachkräftemangel sowie die ausreichende Finanzierung der ambulanten Versorgung“ die größte Herausforderung. Die hohe Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch eine älter werdende Bevölkerung bei steigenden Patientenzahlen und einem gleichzeitigen Trend zu Teilzeittätigkeit in der nächsten Generation wird zur Quadratur des Kreises. „Die heutige Generation hat andere Vorstellungen von der Berufsausübung als die frühere“, so **Thomas Fischbach**, Präsident des Bundesverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ).

Der Arztberuf muss sich den gesellschaftlichen Veränderungen stellen, folgert **Peter Velling** vom Bundesverband der MVZ: „Facharzt und damit die Möglichkeit, Oberarzt in einem Krankenhaus zu werden, kommt für viele mit der Zeit der Familiengründung. Früher war diese Doppelbelastung üblich und einfacher als heute zu finanzieren. Heute lassen sich viele erst einmal anstellen, um zu sehen, wie es in der ambulanten Medizin läuft. Die gleichzeitige Belastung eines eventuellen Hauskaufes, der Familiengründung und der Praxisfinanzierung wird damit abgewählt.“ In Zukunft sollte der Arztberuf als „Familienberuf und nicht als Einzelkämpferberuf“ gesehen werden.

»Ohne mehr Zuwanderung werden wir es nicht schaffen. Wir müssen hier die Blockaden lösen.«

Thomas Fischbach

»Die Integration ausländischer Ärzte ist eine Möglichkeit, die Herausforderung des Fachkräftemangels anzugehen und unsere Patientenversorgung zu verbessern.«

Yüksel König

2 Migration und Integration

Eine alternde Bevölkerung mit einer demographisch fragilen Struktur ist auf Zuwanderung angewiesen, nicht nur im Gesundheitswesen. Nötige Reformen und Veränderungen lassen sich nicht so schnell umsetzen, wie die Deckung des Personalbedarfs. Die Fachkräftezuwanderung wird ebenso zum zentralen Hebel wie die Erhöhung der Attraktivität des Arztberufs. Die Fachkräfteeinwanderung ist für **Nils Dehne** „nur ein Pflaster, das unsere akuten Probleme überdeckt und keine nachhaltige Lösung.“

Dagegen betont die Vorsitzende der Berliner Ärztekammer **Yüksel König** die Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte als „wertvolle Möglichkeit, die Fachkräftelücke zu schließen und unseren Patienten weiterhin eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Viele ausländische Ärzte bringen bereits eine solide medizinische Ausbildung und Berufserfahrung mit, die sie zu wertvollen Ergänzungen unseres Teams machen können.“ Geeignete Maßnahmen der Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte seien „beispielsweise eine schnellere Anerkennung von ausländischen medizinischen Abschlüssen, die Bereitstellung von Sprachkursen und kulturellen Sensibilisierungstrainings sowie die Förderung von Mentoring-Programmen.“

Wie Integration und eine Kultur der Vielfalt gelingen

Diversität und Inklusion am Arbeitsplatz werden in einer zunehmend heterogenen Ärzteschaft wichtiger. Dazu gehört der Aufbau von Teams mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund, insbesondere die Förderung von gegenseitigem Austausch und aktives Einschreiten gegen Rassismus oder Diskriminierung. **Karsten Braun** nennt als gutes Beispiel das Programm von MEDI, mit dem MFA aus Vietnam für eine Tätigkeit in Deutschland gewonnen und im Heimatland schon entsprechend für ihren Einsatz hier vorbereitet werden.

3 Female Shift: Die Zukunft der Ärzteschaft ist weiblich

Der Trend zu Anstellung und kooperativen Tätigkeitsformen wird verstärkt durch den Megatrend des „Female Shift“. Die Nachfrage nach mehr „Work-Life-Balance“ wird steigen. Ein Beleg ist die zunehmende Teilzeitquote unter den Ärztinnen, die seit 2013 von 15 auf 31 Prozent (Marburger Bund) wuchs. Gestiegen ist auch der Anteil der Existenzgründungen von Frauen: Waren es 2003 nur 26 Prozent, betrug der Anteil im Jahr 2020 bereits 64 Prozent (apoBank). Zwei Drittel der Studienanfängerinnen und -anfänger im Fach Medizin sind heute Frauen, Tendenz steigend.

Das hat Folgen für die Führungskultur im Gesundheitswesen: „Zum Thema Personalführung gehören – wie übrigens in allen Branchen – Elemente wie Arbeitszeitflexibilität und Karriereplanung gleichermaßen“, fordert **Maria Eberlein-Gonska**, Leiterin des Zentralbereichs Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden. Führungskultur und Fehlerkultur sind zwei Seiten einer Medaille, die unmittelbar zusammengehören. Es gebe, so **Eberlein-Gonska**, bei jungen Ärztinnen und Ärzten ein hohes Interesse am Thema „Umgang mit Fehlern in der Medizin“. Insofern hat das Klinikum gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät ein Wahlpflichtfach „Fehler in der Medizin“ für in Ausbildung befindliche Medizinische Fachangestellte und Humanmedizinstudenten mit großem Erfolg etabliert. Eine strukturierte Einarbeitung, Mentoring und regelmäßiges Feedback für Ärztinnen und Ärzte seien etwas Essentielles und erleichtern den Einstieg in das Berufsleben bzw. den Berufsalltag. Es geht um Akzeptanz, Respekt und eine offene Vertrauenskultur bzw. -haltung, die wir für die künftige Ausrichtung im Gesundheitswesen unbedingt brauchen.“

Die gelernte Kinderärztin und Unternehmerin **Valerie Kirchberger** fordert: „Ärzte sollten auch rotieren können. An der Charité kann man nach dem ersten Kind den Facharzt für ein Jahr unterbrechen und in eine Verwaltungstätigkeit oder ein Forschungsprojekt wechseln.“

4 New Work: Die 4 Tage-Woche als Flucht

Die Teilzeitquote bei den niedergelassenen und den angestellten Ärztinnen und Ärzten beträgt heute 30 Prozent. Zu den Ursachen gehören auch eine als zu hoch empfundene Belastung während der Arbeit und die Überreglementierung der ärztlichen Tätigkeit: „Kolleginnen und Kollegen sind frustriert, weil sie zu wenig Zeit für eine gute Patientenversorgung haben“. Bessere Arbeitsbedingungen und mehr Wertschätzung würden dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzte häufiger vollzeitlich in ihrem Beruf arbeiten, stellt **Susanne Johna** fest.

Viele jüngere Ärztinnen und Ärzte sind unzufrieden mit der aktuellen Situation, wählen die „private Arbeitszeitreform“ und „schützen sich dadurch auf ganz einfache Weise“, so **Peter Bobbert**: „Vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte wollen ihre ärztliche Tätigkeit so gestalten, dass sie sich nicht zwischen privatem Leben und Arztsein entscheiden müssen.“

»Ziel ist Digital Health: Wir sitzen vor einer Art Cockpit und bieten individuelle Präzisionsmedizin für die Patienten an. Die einen kennen sich mit Daten aus und die anderen teilen sie den Patienten mit und verabreichen die Therapie.«

Sylvia Thun

»Digitalisierung gibt uns neue Möglichkeiten, zukünftig auch mit weniger Personal unsere Arbeit an den Patientinnen und Patienten leisten zu können. Digitalisierung ist eine Chance, die wir nutzen müssen.«

Peter Bobbert

»Ich bin ein Fan der elektronischen Patientenakte. Jeder Arzt hat Einblick in die Diagnosen, Notfalldaten und Medikamente.«

Regine Held

5 Digitalisierung: Ein Technologiesprung

„Das deutsche Gesundheitswesen hat die positiven Potentiale der Digitalisierung bislang kaum gehoben“, so **Susanne Johna**. Der Nutzen für Ärztinnen und Ärzte steht zu wenig im Fokus. **Nils Dehne** fordert ein Umdenken: „Warum drehen wir die Denkweise nicht um: Alles, was nicht ausdrücklich einem Arzt vorbehalten ist oder durch Präsenz erbracht werden muss, sollte auch digital oder von einem anderen Gesundheitsberuf erbracht werden können. Was ist wirklich zwingend notwendig, dass es ein Arzt machen muss?“ Notwendig sei eine feste Verankerung von Videosprechstunden in den Vergütungssystemen von Medizin- und Gesundheitsberufen. Alle Leistungsbestandteile der Entgeltkataloge wie EBM, DRG- und OPS-Katalog sollten, „wenn sie nicht ausdrücklich in Präsenz stattfinden müssen, auch digital oder hybrid erbracht werden. Das würde die Digitalisierung stark beschleunigen.“ Ziel müsse eine Änderung der Arbeitsweise sein, um „den Wert von strukturierten Informationen zu erkennen“. **Dehne** ist überzeugt: „Wenn wir es schaffen, in strukturierten Informationen zu arbeiten und zu denken, dann wird die Digitalisierung ganz schnell zum Erfolg werden. Das lernt man aber nicht nebenbei, sondern das ist ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel.“

Digitalisierung entlastet Ärztinnen und Ärzte durch den Abbau der Bürokratie. Davon ist auch die Leiterin des Berlin Institute of Health (BIH), **Sylvia Thun**, überzeugt und fordert einen „Technologiesprung: Die einmal gemachte Dokumentation kann automatisiert in weiterführende Systeme gelangen, z. B. in Register, die EPA oder in Qualitätssicherungsmechanismen. Hinzu kommen die Möglichkeiten der Telemedizin, besser: „Telehealth.“ Wir müssen dem Bürger ein Telehealth-Service-Angebot vorschalten. Das können Bots sein, das kann aber auch ein Telehealth-Anbieter oder es können Telehealth-Ärzte sein. Viele Prozesse, die im Moment beim niedergelassenen Arzt ablaufen, lassen sich digitalisieren.“

Pedram Emami, der Präsident der Landesärztekammer Hamburg, beobachtet einen Shift der ärztlichen Aufgaben: „Durch Künstliche Intelligenz und technologischen Fortschritt werden sich unsere Aufgaben verändern. Was bedeutet das für unsere Aufgaben? Wofür sind wir dann zuständig? Wo wird uns die Technologie als Assistenz zur Seite stehen? Wo müssen wir perspektivisch unsere Aufgaben abgeben an die Technologie? Sind wir dann in der Funktion der Überwachung, Qualitätssicherung und Supervision, wie sich das in den letzten Jahren z. B. in der Labormedizin entwickelt hat? Oder sind wir dann selbst nur in der Assistenzfunktion der Technik?“

Digitale Anwendungen wie DIGAs gehören zunehmend zum Versorgungsalltag. Heute sind fast zwei Drittel (65%) der Ärztinnen und Ärzte der Meinung, dass digitale Anwendungen die Kommunikation mit anderen Praxen und Einrichtungen verbessern und der Austausch mit den Patientinnen und Patienten optimiert wird.⁷

Zur wachsenden Herausforderung wird der Einsatz von Künstlicher Intelligenz. Technische Entwicklungen wie Sensoren werden die Gesundheitsinformationen der Patientinnen und Patienten aus dem häuslichen Umfeld übermitteln. In diesem Prozess werden wie bei der Telemedizin die direkten Arzt-Patientenkontakte reduziert. Die sozialen und ethischen Implikationen der neuen Entwicklungen müssen dabei stärker berücksichtigt werden. Eine gute sektorübergreifende Versorgung braucht am Ende auch die Interoperabilität der Systeme: „Wir können es uns schlichtweg nicht mehr leisten, Dinge doppelt und dreifach zu machen, weil es keine ordentliche Vernetzung gibt“, so **Susanne Johna**.

„Warum muss der Patient immer in die Praxis kommen, wenn es auch über digitale Videosprechstunden und Portale gehen kann?“ fragt **Svante Gehring** und fordert: „Wir brauchen sichere Plattformen und eine Telematikinfrastruktur, wo alle Gesundheitsberufe kooperativ und flexibel zusammenarbeiten, dokumentieren, sich austauschen und behandeln können.“

⁷ DoctoLib, zitiert nach Ärzteblatt vom 12.05.2023; Hälfte der Ärzte will Praxiszukunftsgesetz (aerzteblatt.de)).

»Der selbständige niedergelassene Arzt als Einzelkämpfer ist nicht das Zukunftsmodell. Die Zukunft gehört größeren regionalen Versorgungseinheiten.«

Svante Gehring

6 Urbanisierung und ländlicher Raum

Zu den Trends mit Folgen für den Arztberuf gehört die Urbanisierung. Zentren für komplexe, hochspezialisierte Medizin werden künftig eher in den Städten zu finden sein. Die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung auf dem Land wird zur Herausforderung. **Thomas Fischbach** warnt vor einer „Landflucht: Die Jüngeren ziehen in die Großstädte. Praxisgründungen auf dem Land werden wirtschaftlich unattraktiver.“ Welche Versorgung in dünn besiedelten Gebieten ist in Zukunft noch leistbar? „Ohne bessere Vernetzung“, so **Svante Gehring**, Vorstand der Ärztenossenschaft Nord, „kommen wir nicht weiter: Hier ist die Pflege, da ist der Therapeut, dort der Hausarzt, ein kommunales Krankenhaus. Wir haben weder genug Personal noch Ressourcen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen. Dabei reden wir seit über 20 Jahren über kooperative Versorgungsformen.“ **Gehring** fordert im ländlichen Raum mit Unterversorgung „Teampraxen, in denen Ärzte, Pflege und anderen Gesundheitsfachberufen eng zusammenarbeiten“ und nennt den Norden der Republik als Beispiel: „In Schleswig-Holstein sind die größeren Städte nicht weit entfernt. Mit modernen Arbeitsplätzen vor Ort sind wir attraktiv auch für externe angestellte Ärzte, die dann sogar 30 bis 45 Minuten pendeln würden. „Modern“ heißt schnelle, telemedizinische Anbindung mit guter Vernetzung in der Region, ansprechende Ausstattung, flexible Arbeitszeiten, aber erhaltende Patientenbindung.“

Der Trend zur Anstellung sowie zur Teilzeit fordern den Arztberuf und die Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum heraus. Die ärztliche Versorgungsdichte wird zunehmend geringer. Die Tätigkeit in ländlichen Regionen ist für Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner heute kaum attraktiv. **Michael Velling** fordert ein Umdenken: „In dünn besiedelten Regionen ist der Gedanke, dass jeder einen 15-minütigen Fußweg zum nächsten Arzt hat, fernab der Realität.“ Stattdessen braucht es „eine Aufteilung nach Bedarf, wie viele Ärzte in den regionalen ambulanten Versorgungseinrichtungen arbeiten – in Teil- oder Vollzeit.“

In der ambulanten Versorgung werden in Zukunft gute Versorgungskonzepte und Telemedizin helfen. So hat Sachsen ein neues Krankenhausgesetz auf den Weg gebracht, welches viele sektorenübergreifende Konzepte enthält. **Pedram Emami** bewertet die Stärkung der Telemedizin ebenso positiv wie den Aufbau größerer medizinischer Einrichtungen, „die andere Gesundheitsfachberufe einbeziehen, welche dann überregional mehrere Bereiche auf dem Land versorgen können.“

»Warum nicht in dem Zeitraum, wo man noch keine Familie hat, ein Jahr auf dem Land in einer Hausarztpraxis arbeiten?«

Sylvia Thun

Innovative Modelle im ländlichen Raum

Innovative Modelle setzen auf digitale Vernetzung und sektorenübergreifende Versorgung wie Kooperationen bestehender Praxen, die Bildung von Filialpraxen, eine Stärkung der Teampraxen, die zunehmende Einbindung von „Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis“ (VERAH®) sowie den Einsatz „Nichtärztlicher Praxisassistentinnen und -assistenten“ (NäPa). Dazu gehören auch Dependencepraxen, Kooperationen verschiedener Fachgruppen, integrierte Gesundheitszentren wie MVZ mit Teilzeitangeboten, flexiblen Arbeitszeiten und Kinderbetreuung. „Konzepte die versuchen, ohne Ärztinnen und Ärzte auszukommen, werden scheitern“, so **Karsten Braun**. Er ist überzeugt: „Die kleine Landarzt-Einzelpraxis auf dem Dorf wird es nicht mehr geben.“ Es geht stattdessen künftig um Kooperation und Konzentration an zukunftsfähigen Standorten und Delegation unter ärztlicher Aufsicht und Einbindung von Telemedizin. Vor allem im ländlichen Raum werden MVZ und andere Kooperationsformen an die Stelle von Haus- und Facharztpraxen treten.

Der Ärztemangel führt dazu, dass „wir wieder mehr über die Sektoren hinweg zusammenarbeiten“, so **Susanne Johna**: „Die Sektorengrenzen werden fallen. Statt um Verteilungsfragen zu streiten, wird es zu einer gemeinsamen Anstrengung kommen bei der Frage, wie wir die Patienten in Zukunft sinnvoll versorgen können.“

Einen unkonventionellen Weg schlägt **Sylvia Thun** mit dem „Jahr auf dem Land“ vor: „Warum nicht in dem Zeitraum, wo man noch keine Familie hat, ein Jahr auf dem Land in einer Hausarztpraxis arbeiten? Wir haben ein staatlich finanziertes Studiensystem ohne Studiengebühren. Ich finde es richtig und wichtig, dass man der Gesellschaft auch etwas zurückgibt.“

7 Klimawandel

Auch der Klimawandel wurde lange in der Ärzteschaft als ein fremdes Thema betrachtet und wird jetzt als eine ernste Problemstellung gesehen. Der Arzt und Geschäftsführer von KLUG, **Christian Schulz**, warnt: „Wir erleben derzeit ein System, in dem wir Ärztinnen und Ärzte schon jetzt an unsere Grenzen geraten. Vor dem Hintergrund schwindender finanzieller, personeller und ökologischer Ressourcen müssen wir eine andere Form finden, damit umzugehen. Deswegen muss Bevölkerungsgesundheit als ressortübergreifendes Ziel der Politik verstanden werden, das kommerziellen Interessen von zum Beispiel Konzernen übergeordnet ist. Der zukünftige Arzt spielt hier eine viel stärkere Rolle in seiner Funktion, die Gesellschaft vorzubereiten und Krankheiten zu verhindern, durch Verhältnisprävention auf der einen Seite und durch weniger Überversorgung auf der anderen Seite.“

ZWEITES KAPITEL

Antworten und Potenziale: Entlastung, Entbürokratisierung, bessere Weiterbildung und Zusammenarbeit der Berufe, Stärkung der regionalen Versorgung

»Eine Vision nach vorne fehlt im Moment. Die spannende Frage lautet daher: Was für ein Gesundheitssystem wollen wir, das in 20 bis 30 Jahren so aufgestellt ist, dass es resilient ist und gute Medizin leistet? Die Grundsteine dafür legen wir heute.«

Christian Schulz

»Mehr Geld allein hilft nicht, Geld ist nicht das Allheilmittel. Wir müssen an die Grundlagen unserer medizinischen Versorgung. Ohne Änderungen bei den Rahmenbedingungen wird es keine Verbesserung geben.«

Erik Bodendiek

Antworten und Potenziale: Entlastung, Entbürokratisierung, bessere Weiterbildung und Zusammenarbeit der Berufe, Stärkung der regionalen Versorgung

1 Entlastung und Entbürokratisierung

Susanne Johna sieht drei Stellschrauben: „Erstens eine erhebliche Vereinfachung der Abrechnungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Wir haben heute 15 verschiedene Möglichkeiten einen ambulanten Fall im Krankenhaus abzurechnen. Die Komplexität lässt sich deutlich reduzieren. Zweitens lassen sich Datenerfassungen z. B. auch für die Qualitätssicherung entschlacken. Der Fokus auf die externe Qualitätssicherung führt dazu, dass Ärztinnen und Ärzte Unmengen an Bögen ausfüllen müssen, ohne eine Evidenz dafür, dass die Patienten davon auch profitieren. Drittens würde auch die Entbudgetierung im ambulanten Bereich einiges erleichtern.“ Die Entbudgetierung hält auch **Burkhard Ruppert** für entscheidend: „Ohne sie wird es den Praxen nicht gelingen, den MFA höhere Gehälter zu zahlen und die aktuelle Abwanderung zu stoppen.“

Valerie Kirchberger, frühere Ärztin an der Charité und Geschäftsführerin und Chief Operating Officer bei Heartbeat Medical, sieht den Fachkräftemangel als Folge der zunehmenden Belastung mit Bürokratie: „Einen Großteil der Zeit verbringt man heute mit Bürokratie – die Zeit, die man wirklich mit Patientinnen und Patienten verbringt, macht nicht mal die Hälfte aus vom Arbeitstag.“

Bürokratieabbau fordert auch **Maria Eberlein-Gonska**: „Die Dokumentation ist Teil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit im Gesundheitswesen. Inzwischen dokumentieren wir aber mehr als wir am Patienten arbeiten. Über die hohen Dokumentationsanforderungen wird an den verschiedensten Stellen leidenschaftlich geklagt. Es gibt aber niemanden, der den noch in Ausbildung befindlichen jungen Menschen erklärt, was sie konkret und wie zu dokumentieren haben. Wir müssen uns die Bürokratie im Detail vornehmen und den Kolleginnen und Kollegen im Medizinstudium und der Facharztausbildung, selbstverständlich auch den Pflegekräften die Anforderungen an die Dokumentation vermitteln, um weiterzukommen.“

»Einen Großteil der Zeit verbringt man heute mit Bürokratie – die Zeit, die man wirklich mit Patientinnen und Patienten verbringt, macht nicht mal die Hälfte aus vom Arbeitstag.«

Valerie Kirchberger

Thomas Fischbach sieht drei zentrale Antworten: „Erstens müssen die Rahmenbedingungen für die Attraktivierung der Niederlassungen gestärkt werden. Dazu gehören auch finanzielle Aspekte. Zweitens: Abbau der Bürokratie, um mehr Zeit für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu haben. Drittens geht es um die Nachwuchszahlen: wir brauchen in nächster Zeit viele neue Ärztinnen und Ärzte und ebenso Medizinische Fachangestellte.“

Entlastung im medizinischen Alltag sei durch „relativ einfache Dinge möglich“, so **Maria Eberlein-Gonska**. Dazu gehöre unter anderem „eine strukturierte und umfangreiche Einarbeitung, bei der neue Kolleginnen und Kollegen auch die Gelegenheit haben, z. B. in den ersten drei Tagen ein Krankenhaus kennenzulernen und nicht sofort in die Krankenversorgung „geworfen“ zu werden. Dazu gehört auch die konsequente Einarbeitung in das Krankenhausinformationssystem, wodurch die nachträgliche zeitaufwendige Bearbeitung von Dokumentationsfehlern oder -versäumnissen vermieden wird.“

Für den Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, **Erik Bodendiek**, ist die Versorgung „besonders durch Bürokratie belastet. Unsere Ärztinnen und Ärzte wollen zwar mehr arbeiten, werden aber von der Bürokratie erdrückt. Wir müssen die Arbeit effektiver gestalten, die Ärztinnen und Ärzte müssen wieder mehr zu den Patienten und von bürokratischen Maßnahmen entlastet werden. Dabei kann die Digitalisierung in der Versorgung viel helfen. Telemedizin kann entlasten und Ressourcen erschließen, wenn wir sie intelligent einführen, z. B. für kurze Kontrolltermine.“ Auch für **Peter Bobbert** ist die Bürokratie zentral. Der letzten Marburger Bund Monitor-Umfrage zufolge verbringen Ärztinnen und Ärzte bis zu drei Stunden am Tag mit nicht-ärztlichen Tätigkeiten. „In den Kliniken liegt der Aufwand mit vier Stunden pro Schicht noch höher“, so **Marc Schreiner**, Geschäftsführer der Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG). „Viele Daten, welche die Krankenkassen verlangen, haben nichts mehr mit der Qualitätssicherung der Versorgung zu tun.“ Eine neue Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär fordert Michael Velling: „Warum können nicht niedergelassene Ärzte bestimmte Leistungen im Krankenhaus erbringen, als „Miete“?“

Die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten muss wieder im Vordergrund. „Wirtschaftliche und verwaltungstechnische Fragen nehmen zu viel Zeit in Anspruch. Vor allem junge Kolleginnen und Kollegen wollen als Ärztinnen und Ärzte arbeiten und sich nicht die ganze Zeit mit bürokratischen Dingen beschäftigen müssen“, beobachtet **Thomas Fischbach** und fordert eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs.

Gesundheitszentren im ländlichen Raum können ebenfalls zur Entlastung der Berufe beitragen, so **Svante Gehring**: „Wir brauchen Managementstrukturen, wel-

»Ich werde bald 64 und habe nicht vor in Rente zu gehen, da ich den Arztberuf sehr erfüllend finde.«

Peter Bobbert

che das Gesundheitspersonal entlasten. In der Selbständigkeit müssen sie sich um alles kümmern: Personal, Richtlinien, Qualitätsmanagement. In einem Zentrum gibt es Praxismanagerinnen, Geschäftsführer, die sich um das Nicht-Medizinische kümmern.“ Der (Haus-)Arzt der Zukunft wird nicht mehr für alles zuständig sein. NÄPAs, VERAHs und MFA sowie weitere Berufe übernehmen ebenfalls die Versorgung.

Neue Technologien entlasten den Arztberuf, ersetzen ihn aber nicht

Die neuen, datengestützten Technologien können den Arzt in Diagnostik und ärztlicher Entscheidungsfindung entlasten und damit zu einer erhöhten Patientensicherheit beitragen. KI-Anwendungen können jedoch menschliche Intelligenz, Verantwortung und Bewertung nicht ersetzen. Noch gibt es keine ausreichenden gesetzlichen Rahmenvorgaben zur Transparenz und Wahrhaftigkeit von KI.⁸

Verbesserung der Möglichkeiten länger zu arbeiten

Fast die Hälfte aller Ärztinnen und Ärzte (46%) haben das 50. Lebensjahr heute überschritten. Von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind 41 Prozent über 60 Jahre alt.⁹ Viele Ärztinnen und Ärzte stehen dem Arbeitsmarkt oft auch über das Renteneintrittsalter hinaus zur Verfügung. Die Vorständin der Bundesärztekammer (BÄK), Regine Held ist überzeugt: „Viele Ärztinnen und Ärzte können länger arbeiten, tun es aber nicht, weil die Bedingungen nicht Lust machen, mehr zu arbeiten.“

2 Verbesserung von Aus- und Weiterbildung

Für die Vorständin der Berliner Ärztekammer, Yüksel König spielt die ärztliche Weiterbildung „eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Es ist wichtig, dass junge Ärzte die Möglichkeit erhalten, ihr Fachwissen zu erweitern, neue Fertigkeiten zu erlernen und sich auf spezialisierte Bereiche zu fokussieren. Durch gezielte Weiterbildungsprogramme können wir sicherstellen, dass wir Ärzte mit den erforderlichen Kenntnissen und Fähigkeiten ausbilden, um den Anforderungen des Gesundheitswesens gerecht zu werden.“

⁸ Siehe auch die Stellungnahme des deutschen Ethikrates vom 20. März 2023: „Künstliche Intelligenz darf menschliche Entfaltung nicht vermindern“; Deutscher Ethikrat.

⁹ Ärztestatistik 2022; vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 12. Mai 2023, B 725.

»Ist es wirklich klug, eine so hohe Anzahl an Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen zu haben oder brauchen wir nicht eher einen Schritt zurück hin zu einer allgemeinen grundständigen Weiterbildung, gepaart mit Möglichkeiten zusätzlicher Qualifikationen?«

Peter Bobbert

Die heutige Facharztweiterbildung ist für **Sylvia Thun** „ein Konstrukt, das nicht mehr in die Zeit passt. Wie soll eine Frau zwischen 27 und 32, in einer Phase, in der man an Kinder denkt, fünf Jahre lang in Vollzeit den Facharzt machen?“ „Es braucht mehr strukturierte Weiterbildung und Unterstützung für die Weiterbildenden“, fordert **Burkhard Ruppert**. „Weiterbildung muss in einer ganz anderen Form gedacht werden“, so **Peter Bobbert**. Die Musterweiterbildungsordnung 2018 sei ein Anfang gewesen, aber die nächste müsse „komplett neu gedacht werden.“ Kürzere und besser bezahlte Weiterbildungszeiten würden vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte entlasten. „Im Vergleich zum europäischen Ausland sind unsere Weiterbildungszeiten mit Abstand am längsten“, kritisiert **Susanne Johna**, die die Ausbildung von sechs Jahren im Studium für angemessen hält.

Ein Meilenstein wäre, wenn die neue Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte endlich von der Politik umgesetzt würde. Sicherlich wird auch die konsequente Umsetzung und Evaluation der neuen Weiterbildungsordnungen durch die Landesärztekammern in den kommenden Jahren zu einer Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung beitragen. Die Unterstützung durch die humanmedizinischen Fakultäten der Universitäten sowie der verschiedenen Kompetenzzentren für Weiterbildung ist dabei sehr wichtig.

Die Vorbereitung der Ärztinnen und Ärzte auf die selbstständige Tätigkeit sollte fester Bestandteil der Ausbildung sein ebenso die frühzeitige Information der angehenden Medizinerinnen und Mediziner über die flexiblen Möglichkeiten der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Dabei können Mentoring-Programme helfen – jeder Arzt und jede Ärztin in Ausbildung bekommt einen persönlichen Ansprechpartner/eine persönliche Ansprechpartnerin zugeteilt. Im Medizinstudium sollte die ambulante Versorgung stärkere Präsenz haben. Je mehr Studierende in Kontakt mit der ambulanten Versorgung kommen – etwa in Famulaturen oder dem Praktischen Jahr –, desto attraktiver wird für sie eine spätere ärztliche Tätigkeit in diesem Bereich.

»Im Vergleich zum europäischen Ausland sind unsere Weiterbildungszeiten mit Abstand am längsten.«

Susanne Johna

»Meine größte Sorge ist ein System, an das wir unsere gesamte Eigenverantwortung abtreten und der Glaube, allein der Arzt könne uns helfen.«

Nils Dehne

»Hört auf mit den Feindbildern der Berufsgruppen! Wir brauchen eine Teamkultur und müssen uns zusammen an einen Tisch setzen, um gemeinsam zu überlegen, wie wir eine qualitativ hohe Patientenversorgung mit den aktuellen Gegebenheiten im Gesundheitswesen gewährleisten können. Wir müssen unsere Kräfte bündeln und nicht aufsplitten.«

Maria Eberlein-Gonska

»Erst durch Teamarbeit entsteht der Transfer von Knowhow.«

Svante Gehring

3 Ein neues Zusammenspiel der Gesundheitsberufe

Das Zusammenspiel der Gesundheitsberufe verändert sich. „Unsere Strukturen stammen aus einer Zeit des Ärzteüberschusses“, so **Erik Bodendiek**: „Die persönliche Leistungserbringung beginnt nicht nur bei Diagnostik und Therapie, sondern endet bei der Verordnung von Hilfsmitteln wie Rollstühlen und ist immer an den Arzt gebunden. Warum muss nur ich als Arzt diese Dinge verordnen?“ **Svante Gehring** sieht in der Akademisierung der Heil- und Gesundheitsberufe und der Aufwertung von Pflege und Therapeuten als Leistungserbringer mit eigenem Status die Zukunft und fordert „mehr Kompetenzen und Verantwortung bei Budget und Leistungserbringung.“ Der Arztvorbehalt gegenüber diesen Berufen sei nicht mehr zeitgemäß.

Peter Bobbert ist optimistisch: „Die Medizin lebt von der Teamarbeit. Die Professionen müssen miteinander arbeiten. Wir müssen darüber sprechen, welche ärztlichen Tätigkeiten künftig nicht mehr von Ärztinnen und Ärzten gemacht werden, Stichwort Substitution oder Delegation. Diesen Prozess müssen wir führen.“ In Zeiten von Fachkräftemangel seien Ärztinnen und Ärzte auf andere Berufsgruppen angewiesen. **Marc Schreiner** ergänzt: „Ärztliche Tätigkeiten durch Pflegekräfte zu substituieren kann gelingen. Dafür nehme ich bei den Vertretern beider Berufsgruppen Bereitschaft wahr. Sehr wahrscheinlich aber wird es so schnell nicht funktionieren, wir müssen es aber versuchen.“

»Wir müssen in Deutschland lernen, dass Pflegeprofession und Therapeuten wichtige Gesundheitsfachberufe sind, die viele bislang ärztliche Tätigkeiten übernehmen können.«

Sylvia Thun

Einen Umdenkprozess fordert auch **Sylvia Thun**: „Wir müssen in Deutschland lernen, dass Pflegeprofession und Therapeuten wichtige Gesundheitsfachberufe sind, die viele bislang ärztliche Tätigkeiten übernehmen können.“

Auch für **Burkhard Ruppert** wird „es nicht ausbleiben, sich noch stärker mit den Themen Substitution und Delegation zu beschäftigen. Das klappt in Berlin zum Beispiel bei unserem Projekt „Kiezschwestern“, dass wir in fünf Ärztenetzen sehr erfolgreich etabliert haben. Hier gibt es Vorbilder aus dem skandinavischen Raum.“ Für **Thomas Fischbach** hat sich beim Zusammenspiel der Gesundheitsberufe im Kinder- und Jugendbereich schon vieles verändert: „Medizinische Fachangestellte sind heute viel besser qualifiziert als früher. Das Leistungsspektrum ist größer geworden. Sie leisten Ernährungsberatung, nehmen Blut ab, impfen und vieles mehr.“

Mit der Digitalisierung und der KI werden neue Berufsgruppen respektive Tätigkeitsbereiche etabliert, wie bspw. der Physician Assistant oder die Community Health Nurse. In Zukunft, so **Susanne Johna**, werden sie Hausärztinnen und -ärzte bei Hausbesuchen telemedizinisch begleiten: „Unser Krankenhaus macht bspw. komplexe Wundbehandlung auch telemedizinisch. Das ist angenehm für die Patienten und wir vermeiden dadurch, dass Patienten mit hochinfektiösen Keimen transportiert werden müssen. Die Telemedizin ermöglicht uns Ärztinnen und Ärzten, nicht in jedem Fall vor Ort sein zu müssen und trotzdem das Therapieregime führen zu können.“

Maria Eberlein-Gonska erweitert die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe: „Wir müssen stärker in Richtung teamorientierte Patientenversorgung denken, was die Berufsgruppen und auch die verschiedenen Fachdisziplinen betrifft. Wir müssen wieder anerkennen, dass jeder einzelne in seinem Beruf einen wertvollen Teil zur Patientenversorgung beiträgt. So braucht ein Operateur nicht nur qualifiziertes OP-Personal, um eine gute Leistung zu erbringen, sondern eben auch entsprechendes Reinigungspersonal und Mitarbeiter in der Zentralsterilisation.“ Unterstützt wird sie darin von **Valerie Kirchberger**: „Wir brauchen mehr Teamarbeit in der Einzelpraxis mit Community Nurses, Medizinischen Fachangestellten, Gesundheitschaches, Physiotherapeuten.“

Neue Berufsbilder wie „community health nurse“

Die Delegation von Leistungen wird für Ärztinnen und Ärzte in der Zukunft immer wichtiger. Berufsbilder wie die Gemeindeschwester (community health nurse) können die ärztliche Profession in Zukunft in der Primärversorgung bei Routine-Hausbesuchen entlasten. Dies gilt vor allem im dünn besiedelten ländlichen Raum. Die Regionen werden in Zukunft eine größere Rolle spielen. „Der Erfolg wird wahrscheinlicher,

»Der selbständige niedergelassene Arzt als Einzelkämpfer ist nicht das Zukunftsmodell. Die Zukunft gehört größeren regionalen Versorgungseinheiten.«

Svante Gehring

wenn die Stakeholder, die an diesen Prozessen beteiligt sind, persönliche Beziehungen untereinander haben. Dann können Dinge auf den Weg gebracht werden“, ist **Christian Schulz** überzeugt.

Die Zusammenarbeit im Team wird wichtiger, die Arztpraxis bleibt aber der Dreh- und Angelpunkt.

4 Stärkung der regionalen Versorgung

Gesundheitszentren sind eine zentrale Antwort auf den demographiebedingten Rückgang medizinischer Fachkräfte. Eine Änderung des SGB V, wonach „im Bereich der integrativen Versorgung regionale Primärversorgungszentren zugelassen werden, in denen Ärzte mit Pflege und Therapeuten, aber auch kommunale Kliniken und der öffentliche Gesundheitsdienst kooperativ zusammenarbeiten“, fordert daher **Svante Gehring**. „Starten könnten wir mit Modellregionen. Voraussetzung ist ein neues Vergütungssystem, etwa ein Regionalbudget. Die Strukturen müssten dann von allen Krankenkassen unterstützt werden.“

Zur zentralen Voraussetzung wird in Zukunft eine mutige und kreative Selbstverwaltung, wie sie das Land Sachsen vormacht: „Der sächsische Weg der Selbstverwaltung steht dafür, gemeinsam Konzepte zu entwickeln. Unser Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ mit 170 Partnern ist einmalig in Deutschland“, so **Erik Bodendiek**.

»Gesundheitszentren sind eine zentrale Antwort auf den demographiebedingten Rückgang medizinischer Fachkräfte.«

Svante Gehring

»Das Vertrauen der Patientinnen und Patienten macht mir am meisten Hoffnung. Dieses Vertrauen dürfen wir nicht verspielen. Das Vertrauensverhältnis kann keine Maschine ersetzen. Das macht mir Mut für die Zukunft des Arztberufs. Die Menge an Zukunftsmöglichkeiten macht mir ebenfalls Mut: bessere Behandlungen, personalisierte Strategien, verbesserte Diagnostik.«

Erik Bodendiek

»Wir werden große Fortschritte machen und neue Kenntnisse gewinnen in den nächsten Jahren. Wir werden für die Menschen so viel mehr erreichen können als es in den vergangenen 150 Jahren möglich war.«

Pedram Emami

»Meine Vision: Die Zusammenarbeit im Team mit anderen Berufen auf Augenhöhe in der Region mit einer funktionierenden Telematikinfrastuktur und Sektorengrenzen überwindend. Jeder weiß um seine Profession und Fähigkeiten und übernimmt im Team Verantwortung. Für den Patienten macht es dann keinen Unterschied mehr, ob er im Krankenhaus stationär, teilstationär oder ambulant behandelt wird. Die Ansprechpartner bleiben immer die gleichen im Team.«

Svante Gehring

Drittes Kapitel

Politische und gesellschaftliche Implikationen

Was sind die politischen und gesellschaftlichen Implikationen und Konsequenzen dieser Studie? Dazu sieben Punkte:

1 Ein klares Bekenntnis zum Arztberuf

Die Tätigkeit für Ärztinnen und Ärzte muss wieder attraktiver werden, in den Kliniken wie in den Praxen. Dazu gehören in den Kliniken eine qualitativ hochwertige Facharztweiterbildung, Entlastung in der Bürokratie, die Nutzung von digitalen Möglichkeiten wie Telemedizin und Videosprechstunden, die Erleichterung von Praxisgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren, weniger Bürokratie in der Dokumentation und Abrechnung im KV-System, eine moderne Gebührenordnung und Abrechnung, eine bessere Aus- und Weiterbildung, die Erhöhung der Studienplätze, mehr Anreize für bestimmte Facharztweiterbildungen wie z. B. Allgemeinmedizin, Mentoringprogramme sowie eine weniger überfrachtete Weiterbildung zum Facharzt. Mehr Karrierewege und bessere Gehälter erhöhen ebenfalls die Attraktivität der Berufe.

2 Teamarbeit und Versorgungskonzepte fördern

Ärztinnen und Ärzte müssen und wollen nicht alles selbst machen. Es braucht neue Berufsbilder und interprofessionelle Versorgungskonzepte zwischen Ärztinnen/Ärzten, Pflegenden, Therapeutinnen/Therapeuten und anderen Gesundheitsprofessionen. Dazu gehören auch die Delegation von Aufgaben und die Heilkundeübertragung auf Pflege- und Gesundheitsberufe, damit sich Ärztinnen und Ärzte ihren primär ärztlichen Aufgaben widmen können.

3 Aus- und Weiterbildung modernisieren

Eine Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium und kürzere und besser bezahlte Weiterbildungszeiten entlasten jüngere Ärztinnen und Ärzte. Rotation und Mentoring-Programme mit persönlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern können dabei helfen.

4 Prävention und Patientenverantwortung stärken

Durch Prävention und Monitoring zuhause sowie durch Stärkung der Autonomie respektive Verantwortung und einer Steuerung der Patientinnen und Patienten kann verhindert werden, dass diese unnötig Notaufnahmen oder Fachärzte aufsuchen.

5 Mehr Entlastung und New Work

Flexiblere Arbeitsmodelle, mobiles Arbeiten für administrative Tätigkeiten, Teilzeitarbeit, die Verbesserung der Kinderbetreuung sowie ausreichend Kinderbetreuungsplätze innerhalb der Kliniken tragen dazu bei, die Belastung der ärztlichen Berufsgruppe zu reduzieren. Dazu gehören auch mehr Transparenz und Partizipation, flachere Hierarchien und Wertschätzung der Führungskräfte sowie der Medizinischen Fachangestellten.

6 Mehr Eigenverantwortung und nutzerorientierte Digitalisierung

Es muss offen und klar kommuniziert werden, was die Bürgerinnen und Bürger vom Gesundheitswesen erwarten können, damit die knapper werdenden Ressourcen solidarisch in Anspruch genommen werden. Patientinnen und Patienten sollten vor dem Arztbesuch digital einchecken können, Erklärungen digital unterschreiben und ihre Kontaktdaten hinterlassen können. Digitale Rezepte, Bescheinigungen und Sprechstunden müssen einfach und sicher sein.

7 Optimale Versorgung auch im ländlichen Raum

Vor allem im ländlichen Raum werden Lösungen gesucht, welche die Versorgung flächendeckend und in optimaler Qualität sicherstellen. Gesundheits- und Versorgungszentren in privater, genossenschaftlicher oder kommunaler Hand sind effizienter und unbürokratischer und für die künftige patientengerechte Versorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens unerlässlich.

»Junge Ärztinnen und Ärzte verstärkt zur Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit ermutigen und unterstützen.«

Interview mit Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Vor welchen zentralen Herausforderungen steht der Arztberuf?

KARL-JOSEF LAUMANN: Der Arztberuf steht auch in Nordrhein-Westfalen vor großen Herausforderungen: So wird insbesondere der Fachkräftemangel sowohl bei ärztlichem als auch nicht ärztlichem Personal die ambulante Versorgung nachhaltig verändern. Auch der demografische Wandel wirkt sich mittlerweile deutlich auf die ambulante Ärzteschaft aus, bei einem gleichzeitig ansteigenden Versorgungsbedarf in der Bevölkerung. Hinzu kommt ein hoher Nachbesetzungsbedarf insbesondere bei Hausärztinnen und Hausärzten: Von den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten in NRW haben weit mehr als ein Drittel bereits das 60. Lebensjahr überschritten. Wir stellen zudem einen Trend in der jungen Ärzteschaft hin zu mehr Anstellungsverhältnissen sowie mehr Teilzeitbeschäftigung fest. Ursachen sind der Wunsch nach besserer Work-Life-Balance, ein steigender Frauenanteil in der Medizin sowie der Wunsch nach multiprofessioneller Arbeit im Team. Der Trend hat entsprechende Auswirkungen auf die Arbeitszeit. Schließlich verändern auch die zunehmende Digitalisierung, Telemedizin und die Weiterentwicklung der Technik den Arztberuf.

Droht NRW ein Ärztemangel im Zeitraum 2030 bis 2040?

KARL-JOSEF LAUMANN: Bereits jetzt gibt es in der ambulanten Versorgung große Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen. Beispielsweise ist die Spannbreite der rechnerischen Versorgungsgrade in der ambulanten Versorgung in den Planungsregionen sehr unterschiedlich: von unter 75 Prozent bis über 140 Prozent. Das alleine zeigt, dass wir sehr unterschiedliche Arztdichten vor Ort haben und damit auch unterschiedliche Lebensverhältnisse, was den Zugang insbesondere zur hausärztlichen Versorgung betrifft.

Gibt es regionale Unterschiede?

KARL-JOSEF LAUMANN: Tendenziell ist eine Überversorgung in den Großstädten sowie eine schlechtere Versorgung und zum Teil sind auch Versorgungsengpässe auf dem Land feststellbar. Bis 2030 – so die Prognose der Kassenärztlichen Vereinigungen – werden etwa 1.500 Hausärztinnen und Hausärzte weniger in der ambulanten Versorgung tätig sein als für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind.

»Von den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten in NRW haben weit mehr als ein Drittel bereits das 60. Lebensjahr überschritten.«

Karl-Josef Laumann

Vor welchen Herausforderungen steht die Versorgung im ländlichen Raum?

KARL-JOSEF LAUMANN: Insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung gibt es heute tendenziell eher eine Überversorgung in den Großstädten und eine schlechtere Versorgung sowie zum Teil auch Versorgungsengpässe auf dem Land. Unbesetzte Hausarztsitze liegen vor allem in den ländlich geprägten Regionen abseits der Großstädte und Mittelzentren. Gerade mit Blick auf die ländlichen Räume muss die Vermeidung von Versorgungslücken und -engpässen in den nächsten Jahren Priorität haben. Daran müssen sich auch neue Ansätze und Versorgungsformen messen lassen. Sie sollten besonders in benachteiligten Gebieten wirksam werden und dürfen den Wettbewerb um den Fachkräftenachwuchs nicht noch verschärfen.

Wie sehen Ihre politischen Antworten aus?

KARL-JOSEF LAUMANN: NRW hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen initiiert, um proaktiv einem Ärztemangel entgegenzuwirken. Dazu gehören der Ausbau von Medizinstudienplätzen und die Gründung einer neuen Medizinischen Fakultät in Bielefeld. Zum Wintersemester 2021/22 haben die ersten 60 Studierenden ihr Studium aufgenommen. Ab 2025 werden dort jährlich ca. 300 Studierende ein Medizinstudium beginnen können. Eine Verdoppelung der Studienplätze haben wir an der Universität Witten-Herdecke erreicht. Mit finanzieller Unterstützung des Landes wurde die Anzahl der Studienplätze auf 168 erhöht. Mit einem Hausarztaktionsprogramm (HAP) stärken wir die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum. Für das Förderprogramm stehen jährlich rund 2,5 Mio. Euro zur Verfügung. Gefördert werden unter anderem Niederlassung, Anstellung sowie Weiterbildung von Hausärztinnen und Hausärzten in kleineren Kommunen (je nach Altersstruktur der Hausärzteschaft vor Ort in Kommunen mit bis zu 25.000 bzw. 40.000 Einwohnern), in denen die hausärztliche Versorgung altersbedingt mittel- oder langfristig gefährdet ist. Seit 2009 wurden mit rund 21 Mio. Euro mehr als 740 Maßnahmen gefördert.

»Bis 2030 – so die Prognose der Kassenärztlichen Vereinigungen – werden etwa 1.500 Hausärztinnen und Hausärzte weniger in der ambulanten Versorgung tätig sein als für eine flächendeckende Versorgung notwendig sind.«

Karl-Josef Laumann



»Gerade mit Blick auf die ländlichen Räume muss die Vermeidung von Versorgungslücken und -engpässen in den nächsten Jahren Priorität haben.«

Karl-Josef Laumann

Darüber hinaus können wir auf Grundlage des §103 SGB V auf besondere Bedarfe reagieren: Auf Antrag des Landes können in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten von Planungsbereichen weitere Arztsitze ausgewiesen werden, auch wenn der Planungsbereich entsprechend der Bedarfsplanung für weitere Niederlassungen gesperrt ist.

Neben dem Ausbau von Medizinstudienplätzen und dem Hausarztaktionsprogramm ist die Landarztquote ein weiterer wichtiger Baustein zu Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum. Bei der Einführung einer Landarztquote ist NRW bereits 2018 Vorreiter gewesen. Mittlerweile haben auch andere Bundesländer die Landarztquote nach dem Beispiel NRW eingeführt. Die nach dem Landarztgesetz ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber erhalten eine Studienplatz-Garantie, wenn sie sich verpflichten, nach dem Studium und der einschlägigen Weiterbildung auf dem Land als Hausarzt 10 Jahre lang hausärztlich zu arbeiten.

Im Hinblick auf die Entlastung der Ärzteschaft fördern wir den Einsatz von Telemedizin und Digitalisierung (u. a. Videosprechstunde im kinderärztlichen Notdienst, Einsatz von Telekonsilien zur Fachberatung aus der Ferne, Telenotarzt). Wir unterstützen bei der

»Bei der Einführung einer Landarztquote ist NRW bereits 2018 Vorreiter gewesen. Mittlerweile haben auch andere Bundesländer die Landarztquote nach dem Beispiel NRW eingeführt.«

Karl-Josef Laumann

Delegation von Aufgaben und der Heilkundeübertragung auf weitere Pflege- und Gesundheitsfachberufe.

Welche Antworten, Strukturen und Modelle halten Sie für zukunftsfähig?

KARL-JOSEF LAUMANN: *Um die knappen Ressourcen effizienter zu nutzen, müssen wir zunächst die sektoren- und berufsübergreifende Zusammenarbeit weiter stärken. Das Potential liegt dabei nicht in der Auflösung der Sektoren, sondern vielmehr in einem besseren Ineinandergreifen und einer stärkeren Kooperation der verschiedenen Akteure im Gesundheitsbereich. Wir müssen zudem den Ausbau der Delegationsmöglichkeiten und der Heilkundeübertragung auf weitere Pflege- und Gesundheitsfachberufe konsequent voranbringen. Darüber hinaus werden die Verbesserung der Patientensteuerung, eine stärkere und zielgerichtete Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung und des medizinisch-technischen Fortschritts, die Stärkung und Unterstützung von regionaler Vernetzung und Kooperation und nicht zuletzt die Stärkung der Kommunen von wichtiger Bedeutung sein, denn die medizinische Versorgung ist Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge.*

Was sind Ihre Erwartungen und Forderungen an die Bundespolitik und Gesellschaft?

KARL-JOSEF LAUMANN: *Eine auskömmliche Finanzierung des Gesundheitswesens, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung, die gegenwärtig vor großen finanziellen Herausforderungen steht, muss auf Bundesebene sichergestellt werden. Darüber hinaus müssen sektorenübergreifende Modelle und Kooperationen ermöglicht und unterstützt werden, indem insbesondere die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen hierfür geschaffen werden. Klar muss sein: Wirtschaftliche Interessen dürfen bei der medizinischen Versorgung nicht im Vordergrund stehen, d. h. auch, dass Fehlanreize, die zu einer Über- aber auch Unterversorgung führen können, zu vermeiden sind. Insgesamt muss der Fokus der relevanten Verbände auf eine stärkere Betonung der Attraktivität des Arztberufes liegen. Junge Ärztinnen und Ärzte sollten verstärkt zur Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit ermutigt und unterstützt werden.*

Karl-Josef Laumann ist seit 2017 Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

gesundheitsstadt
berlin
das hauptstadtnetzwerk

Über Gesundheitsstadt Berlin

Wir sind eine interdisziplinäre Plattform für die Akteure des Gesundheitswesens in der Metropolregion Berlin mit überregionaler Impulswirkung für die gesamte Republik. Der Verein setzt sich für nachhaltige Lösungen zu zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und zur Förderung von Public Health ein.

Wir organisieren Arbeitskreise, Foren, Kongresse sowie medizinische Fachveranstaltungen und setzt öffentlich geförderte Forschungsprojekte um.

Wir setzen uns für die körperliche und psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin ein (Public Health) und fördern Vernetzung und Kooperationen von allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern durch Bündelung und Koordinierung von Initiativen und Aktivitäten in der Region. Wir stärken das Bewusstsein in Wirtschaft, Wissenschaft und Öffentlichkeit für die öffentliche Gesundheitspflege (Public Health).

Wir berichten über die Bedeutung der medizinischen Forschung.

Wir vernetzen die Gesundheitswissenschaft und die medizinische Forschung im Sinne der Translation mit den Akteuren der Versorgung.

Wir bringen Startups und Gründer:innen mit Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft zusammen.

www.gesundheitsstadt-berlin.de

