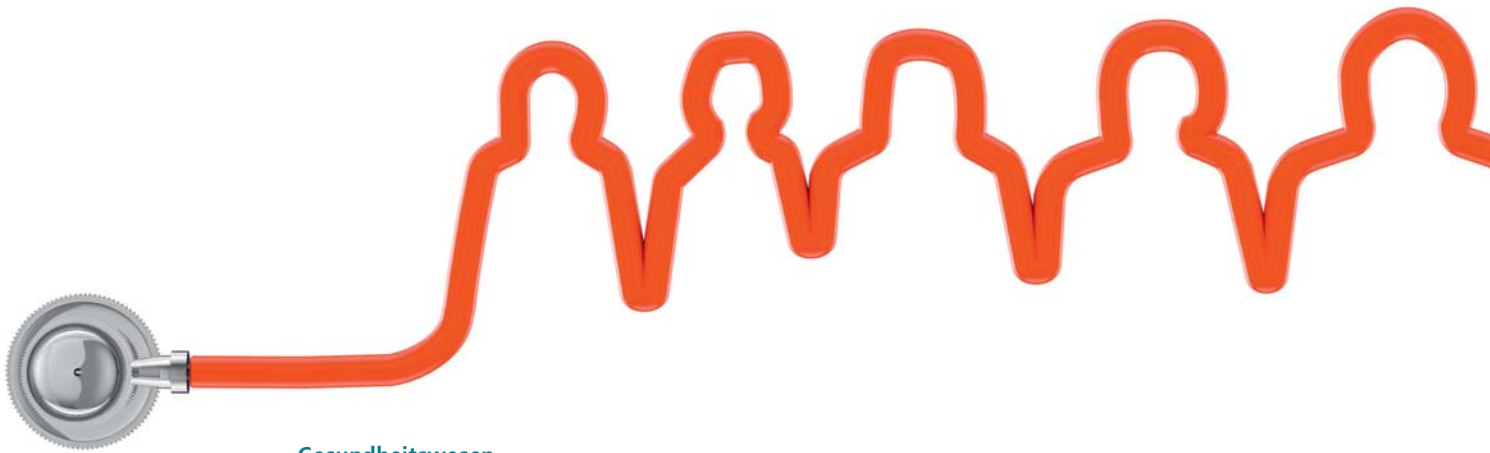




Gesundheitswesen

Die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus in der Zukunft

Die Walter-Siegenthaler-Gesellschaft beleuchtet mit diesem Artikel die zentralen Herausforderungen in der Medizin und stellt Lösungsansätze für die Innere Medizin vor, um die Zukunftsfähigkeit des Arztberufs im deutschen Gesundheitssystem zu sichern.

Text | Julia Weinmann-Menke, Samuel Sossalla, Wiebke Rösler, Udo Sechtem, Michael Hallek

Department für Nephrologie, Universität Heidelberg, Universitätsklinik Heidelberg, University Hospital: Prof. Dr. med. Weinmann-Menke

Medizinische Klinik I für Kardiologie und Angiologie, Gießen, und Klinik für Kardiologie, Campus Kerckhoff, Bad Nauheim. Justus-Liebig-Universität Gießen, Exzellenzcluster Cardiopulmonales Institut (CPI), Gießen: Prof. Dr. med. Sossalla

Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Zürich, Schweiz: Dr. med. Rösler

Cardiologicum Stuttgart, Stuttgart: Prof. Dr. med. Sechtem

Klinik I für Innere Medizin, Centrum für Integrierte Onkologie ABCD, Medizinische Fakultät und Universitätsklinik Köln, Universität zu Köln: Prof. Dr. med. Hallek

Das Gesundheitssystem in Deutschland befindet sich in einem herausfordernden Transformationsprozess. Bedingt durch den demografischen Wandel steigen sowohl die Nachfrage als auch die Ansprüche an Gesundheitsleistungen stetig an, während die Anzahl der Erwerbstätigen in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten sinken wird.

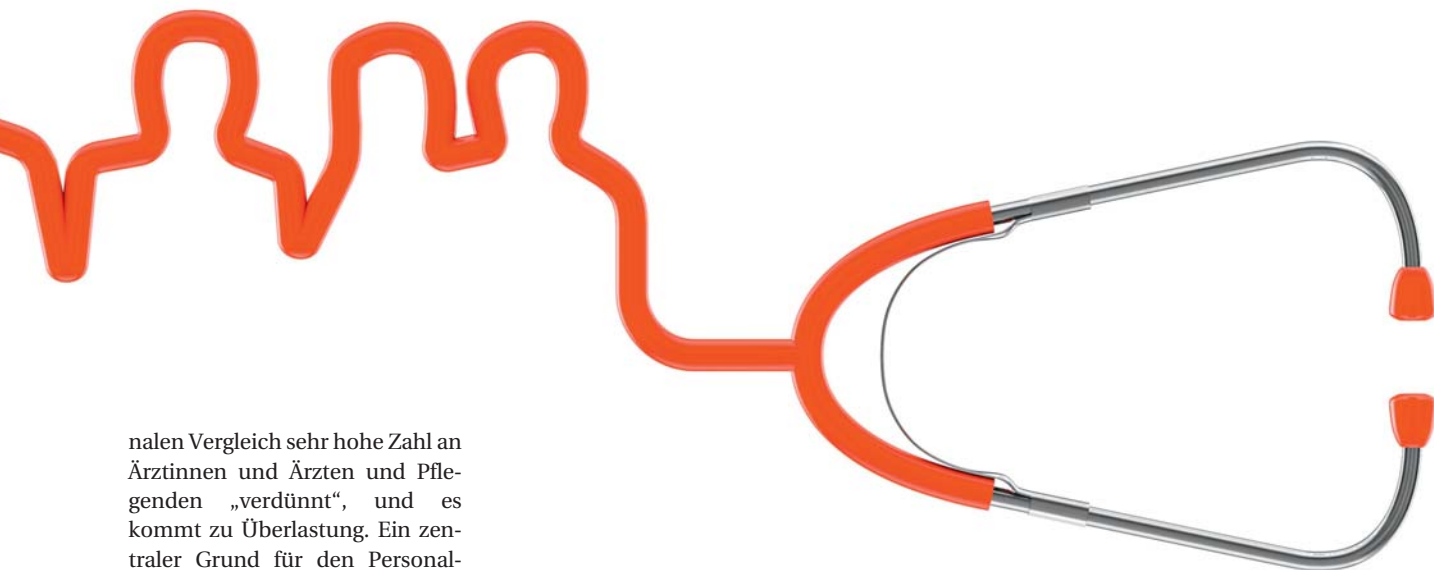
Bereits jetzt führt die durch diese Entwicklung zunehmende Arbeitslast in Kombination mit einer fehlenden Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung und einer überbordenden Bürokratie zur Frustration und Abwanderung aus einigen Gesundheitsberufen, inklusive der Ärzteschaft. Eine Umfrage des Marburger Bundes unter 9 649 angestellten Ärztinnen und Ärzten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zeigte eine alarmierende Zunahme von Überlastung und Personalmangel in deutschen Krankenhäusern (1). Fast jeder dritte befragte Arzt (28 Prozent) zieht einen Berufswechsel in Erwägung. Rund 59 Prozent der Befragten bewerteten die personelle Besetzung als unzureichend, während 49 Prozent häufig oder dauerhaft von Überlastung berichteten. Die Ergebnisse zeigen eine starke Frustration, verursacht durch hohen bürokratischen Aufwand, aber auch durch zunehmende Gewalt am Arbeitsplatz. Gleichzeitig sind finanzielle Probleme im Gesundheitswesen offenkundig: Die Einnahmen aus

der Krankenversicherung decken nicht mehr die weiter steigenden Ausgaben. Gerade im Krankenhausbereich stiegen die Ausgaben zuletzt erheblich, um mehr als zehn Milliarden Euro pro Jahr.

Paradoxerweise herrscht trotz der im internationalen Vergleich hohen Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten ein Personalmangel, auch in internistischen Krankenhausabteilungen. Gründe hierfür sind unter anderem veränderte Arbeitszeitmodelle und -beschränkungen, ein zunehmender Anteil an Teilzeitbeschäftigten sowie steigende Anforderungen an Dokumentation und Rechtfertigung gegenüber Kostenträgern. Besonders bedeutsam ist aber die Verteilung der kostbaren Personalressourcen auf zu viele Fälle und zu viele Behandlungseinrichtungen. Im internationalen Vergleich weist Deutschland bevölkerungsbereinigt deutlich mehr stationäre und ambulante Behandlungsfälle auf, hat deutlich mehr Krankenhausbetten und mehr stationäre Belegungstage. Dadurch wird die im internatio-



Literatur
<https://daeb1.de/w011>



nenal Vergleich sehr hohe Zahl an Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden „verdünnt“, und es kommt zu Überlastung. Ein zentraler Grund für den Personalmangel ist somit eine strukturelle Ineffizienz des Gesundheitssystems.

Zudem bestehen veränderte Erwartungen nachwachsender Generationen an den Arztberuf. Der rasante Fortschritt der Digitalisierung und Technologisierung, der derzeit häufig noch zu einer Zunahme der Dokumentationspflichten führt, ohne bislang eine nennenswerte Entlastung zu bewirken, und die starke Ökonomisierung und ständig steigende Bürokratisierung setzen unsere traditionellen Versorgungsstrukturen zunehmend unter Druck.

Aus der Kombination dieser Faktoren resultieren ineffiziente Prozesse und der gefühlte Verlust ärztlicher Entscheidungsfreiheit. Diese Situation sorgt für wachsenden Frust in der Ärzteschaft.

In den kommenden Jahren wird es darauf ankommen, den Arztberuf wieder attraktiver zu gestalten, nachhaltige Strukturen zu schaffen und den ärztlichen Kernauftrag – die bestmögliche Versorgung der Patientinnen und Patienten – stärker in den Mittelpunkt zu rücken.

Ursachen der Misere

Die Einführung der DRG-Fallpauschalen in Deutschland ab dem Jahr 2003 setzte eine umfassende Ökonomisierung der stationären Versorgung in Gang, die zu tiefgreifenden Veränderungen in Organisation, Dokumentation und Ressourcenmana-

gement führte. Kliniken reagierten mit Effizienzsteigerungen, intensivem Controlling und einer stärkeren Kopplung von Personalbudgets an DRG-Erlöse. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit entwickelte sich zu einem impliziten Qualitätskriterium, was den medizinischen Entscheidungsspielraum beeinflusste und teilweise einschränkte und zu einer Vernachlässigung weniger erlösstarker Leistungen führte. Wertvolle Personalressourcen wurden für Kodierung und Anfragenbearbeitung gebunden, unrentable medizinische Abteilungen hingegen geschlossen.

Infolge dieser Entwicklung und bedingt durch die finanziellen Anreize des DRG-Systems kam es in deutschen Krankenhäusern zu einer deutlichen Steigerung der Fallzahlen, wodurch die Arbeitslast und die Verdich-

„Deutschland weist im internationalen Vergleich weiterhin eine sehr niedrige Personalquote pro Fall auf.“

tung der Arbeitsprozesse für das medizinische und pflegerische Personal zunahmen. Trotz eines deutlichen Personalzuwachses in den letzten 15 Jahren wuchs die Zahl der behandelten Fälle schneller als die der Beschäftigten, sodass Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin eine sehr niedrige Personalquote pro Fall aufweist. Die derzeitige Anreizstruktur des DRG-Systems begünstigt die Überversorgung in profitablen Fachbereichen oder Fällen, während gleichermaßen wichtige, aber weniger lukrative Bereiche wie die Versorgung chronisch Kranker und/oder die Notfallmedizin unterfinanziert und daher oft unterversorgt bleiben. Die aktuelle Krankenhausreform zielt darauf ab, die Finanzierung und Versorgungsstrukturen stärker am Bedarf und an der Qualität auszurichten; doch praktische und politische Hürden erschweren bisher die Umsetzung.

Das derzeitige Vergütungssystem der Krankenhäuser, aber auch der Praxen, das weitgehend auf der Erbringung von Einzelleistungen basiert, fördert eine Fragmentierung der Versorgung und benachteiligt anspruchsvolle Bereiche wie die Versorgung komplexer oder chronisch Kranker oder weniger planbare Bereiche mit hohen Vorhaltekosten wie die Notfallversorgung. Dies führt in vielen relevanten Bereichen der medizinischen Versorgung zu einem Missverhältnis zwischen Versorgungsbedarf und finanzieller Ausstattung, längeren Wartezeiten, erhöhter Belastung des Personals und einer Gefährdung der Versorgungsqualität. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass eine prozessbezogene Finanzierung notwendig wäre, um Fehlversorgung zu vermeiden und die Notfallversorgung zu stärken (2). Die demografische Entwicklung verschärft die Situation zusätzlich: Mit dem Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung nehmen chronische Erkrankungen und Multimorbidität relativ zu, was eine koordinierte, interdisziplinäre Betreuung und längere Genesungszeiten erfordert. Gleichzeitig stagniert die Zahl der verfügbaren Arbeitskräfte. Dadurch wird der personelle Engpass verstärkt und die Versorgungssicherheit gefährdet. Der relative Fachkräftemangel betrifft neben dem ärztlichen Bereich insbesondere Pflegefachpersonen und Medizinische Fachangestellte. Regionale Unterschiede und Nachwuchsprobleme verschärfen die Situation. Die Folgen sind Unterbesetzung, erhöhte Komplikationsrisiken, Einschränkungen im Angebot und eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität sowie der gesellschaftlichen Akzeptanz des Gesundheitssystems.

Die konsequente Digitalisierung des Gesundheitswesens eröffnet dem Arztberuf zwar bemerkenswerte Chancen und Effizienzgewinne; sie birgt aber auch erhebliche Risiken, die im Kontext der aktuellen Herausforderungen nicht vernachlässigt wer-

den dürfen. Digitale Technologien könnten Ärztinnen und Ärzten von administrativen Routinetätigkeiten wie Dokumentation, Terminorganisation und Überleitungsprozessen entlasten. Allerdings können auch neue Dokumentationspflichten, unzureichende Schulungen und hohe Investitionskosten die erhoffte Entlastung zunichtemachen und die Attraktivität des Arztberufs weiter beeinträchtigen.

Der Arztberuf der Zukunft

Das Idealbild des Arztberufs der Zukunft zeichnet sich durch eine umfassende digitale Infrastruktur aus, die bürokratische Prozesse und Dokumentationsaufgaben weitgehend automatisiert. Die Ärzteschaft und andere Gesundheitsberufe werden dadurch von administrativen Tätigkeiten entlastet und erhalten wertvolle Zeit zurück, um sich der individuellen Betreuung und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu widmen – sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung. Durch den konsequenten Einsatz von digitalen Patientenakten und KI-Angeboten wird eine nahtlose und sektorübergreifende Versorgung Realität.

Blickt man auf internationale Erfahrungen, zeigen Beispiele aus Ländern wie Dänemark und Estland, wie eine flächendeckende digitale Gesundheitsinfrastruktur die Versorgungsqualität steigert und die Arbeitsbedingungen verbessert: In Dänemark ermöglicht das landesweite hochdigitalisierte Gesundheitssystem sowohl den Ärztinnen und Ärzten als auch dem Pflegepersonal, Informationen schnell und sicher auszutauschen und administrative Aufgaben zu minimieren (3). In ähnlicher Weise setzt Estland auf eine vollständige Digitalisierung des Gesundheitssystems, in der ärztliche Dokumentation automatisiert und sämtliche Prozesse von Rezept bis Überweisung digital abgewickelt werden (4). In beiden Ländern bleibt dadurch mehr Zeit für die eigentliche ärztliche Tätigkeit, während Fehlerquellen reduziert und die Zufriedenheit der Gesundheitsberufe gesteigert werden.

Aus diesen Beispielen erwächst – auch für das deutsche Gesundheitswesen – die Vision eines modernen, attraktiven Arztberufs, der innovative Technologien nutzt, Teamarbeit und Empathie fördert, medizinisches Wissen sowie dessen Anwendung und Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt. Die digitale Transformation wird zum Schlüssel, um die Arbeitsbedingungen grundlegend zu verbessern und die Versorgungsqualität nachhaltig zu sichern.

Wie die Situation verbessert werden kann

Die oben beschriebenen Probleme erfordern eine umfassende Strategie, die sowohl die Gewinnung und Bindung von Fachkräften als auch die Optimierung der Arbeitsbedingungen und Strukturen in den Mittelpunkt stellt. Neben gezielten Maßnahmen zur Erhöhung des Angebots an Fachkräften und zur Reduktion der Nachfrage nach Fachkräften sind tiefgreifende Strukturreformen notwendig, um eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege (SVR) hat 2024 ein Bündel an Maßnahmen vorgeschlagen, die zur besseren Nutzung der kostbaren Personalressourcen im Gesundheitswesen führen sollen (5): Zentral ist die Förderung von Prävention, eine entschlossene Digitalisierung des Gesundheitswesens,

Circa

28

Prozent der Ärztinnen und Ärzte ziehen laut einer Umfrage des Marburger Bundes einen Berufswechsel in Erwägung.

Info

Die **Walter-Siegen-thaler-Gesellschaft** für Fortschritte in der Inneren Medizin ist ein Verein zur Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Inneren Medizin für eine nachhaltige Gestaltung des Gesundheitswesens.

eine interprofessionelle Zusammenarbeit und die umfassende Modernisierung der Versorgungsstrukturen (5). Diese Anregungen sollten konstruktiv diskutiert und umgesetzt werden.

Um die ärztliche Versorgung nachhaltig zu sichern, könnte eine nationale, strategisch ausgerichtete Personalplanung eingesetzt werden, wie dies zum Teil in anderen Ländern umgesetzt wird. Ein kontinuierliches Monitoring hilft, Engpässe frühzeitig zu erkennen und gezielt zu beheben. Gleichzeitig sorgen die Weiterentwicklung der Personalmodelle und die Modernisierung der Aufgabenprofile dafür, dass vorhandene Kapazitäten effizient genutzt und die Arbeitsbedingungen verbessert werden.

Auch Strukturreformen wie die Krankenhausreform im stationären Sektor, die Notfallreform und eine Orientierung zu wirksamen Primärarztsystemen oder Primärversorgungszentren können beitragen, Ressourcen bedarfsgerechter und wirksamer einzusetzen.

Ein weiterer Aspekt wäre die gezielte Steuerung der fachärztlichen Weiterbildung. Durch Quoten für Weiterbildungsplätze in besonders nachgefragten Bereichen und verpflichtende Abschnitte im ambulanten Sektor ließe sich einer Unterversorgung entgegenwirken und zugleich der Trend zur Ambulantisierung stärken.

Die Digitalisierung ist ein besonders relevanter Hebel: Mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Patientenakte sowie dem weiteren Ausbau telemedizinischer und digitaler Lösungen lassen sich Versorgungslücken schließen, insbesondere in strukturschwachen Regionen. Die Einbindung aller Beteiligten in die Entwicklung und Nutzung digitaler Anwendungen und eine entsprechende Fortbildung sichern die Akzeptanz dieser Innovationen. Der konsequente Bürokratieabbau und die Förderung interprofessioneller Versorgungsteams werden helfen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Vernetzte Versorgungsmodelle, etwa Primärversor-

gungszentren und Pflegekompetenzzentren, können entwickelt werden, um die Versorgung an regionale Bedürfnisse anzupassen.

Abschließend sind Prävention und Gesundheitsförderung als tragende Säulen einer modernen Versorgungslandschaft zu betrachten. Durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz in allen Altersgruppen und die gezielte Reduktion von nicht evidenzbasierten oder unnötigen Leistungen werden Ressourcen geschont und die Qualität der Versorgung nachhaltig verbessert.

Ausblick

Im Mittelpunkt eines funktionierenden und zukunftsgerichteten Gesundheitssystems müssen die Bedürfnisse der Menschen – sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der im Gesundheitssystem Beschäftigten – stehen. Die Gesetzgebung und die Ärzteschaft, deren Selbstverwaltung hier eine besondere Verantwortung trägt, sind gefordert, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das den freien Arztberuf schützt und fördert. Gerade im Zuge fortschreitender Digitalisierung und Effizienzsteigerung bleibt die ärztliche Tätigkeit unverzichtbar: für die Kommunikation, die interdisziplinäre Vernetzung und die Begleitung gesellschaftlicher Transformationsprozesse. Die Verantwortung von Ärzteschaft und Gesetzgeber ist es, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass der Arztberuf auch in den nächsten 50 Jahren Freude bereitet und eine hochwertige, bezahlbare Versorgung gewährleistet. Ziel ist es, ein kostendeckendes, effizientes, aber nicht gewinnorientiertes Gesundheitswesen zu schaffen.

Um die so verstandene ärztliche Entscheidungsfreiheit langfristig zu sichern, bedarf es eines Gesundheitssystems mit einer starken allgemein-internistischen Basis und eng vernetzten Spezialdisziplinen. Dazu gehören optimale strukturelle Voraussetzungen wie ein sicherer und effizienter Datenaustausch, bundesweite Register zur Qualitätssicherung und zur Bewertung neuer Verfahren. Ebenso ist die konsequente Nutzung digitaler Technologien und der elektronischen Patientenakte unerlässlich, um die Effizienz und Transparenz der Prozesse im Gesundheitswesen nachhaltig zu verbessern. Die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen liegt sowohl in der Verantwortung der Ärzteschaft als auch des Gesetzgebers. Nur durch eine kollegiale, patientenorientierte, ethisch reflektierte und nicht ausschließlich auf Effizienz ausgerichtete Handlungsweise bleibt der Arztberuf attraktiv und erfüllend.

Es liegt an den Ärztinnen und Ärzten, ihren Selbstverwaltungsorganen und Berufsvertretungen aktiv die Zukunft des Arztberufs mitzugestalten. Dies stellt zugleich ein wichtiges Signal für den ärztlichen Nachwuchs dar. ■

Krankenhausfinanzierung



Wie wird die Krankenhausreform umgesetzt, was heißt dies für die Ärzteschaft?

<https://daebf.de/d8s4>

E-Health



Wie entwickelt sich die Digitalisierung im Gesundheitswesen?

<https://daebf.de/o6u3>

Ärztemangel



Wo werden Ärztinnen und Ärzte gebraucht, wie entwickelt sich die medizinische Versorgung?

<https://daebf.de/75gn>

Zusatzmaterial Heft 17/2026, zu:

Gesundheitswesen

Die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus in der Zukunft

Die Walter-Siegenthaler-Gesellschaft beleuchtet mit diesem Artikel die zentralen Herausforderungen in der Medizin und stellt Lösungsansätze für die Innere Medizin vor, um die Zukunftsfähigkeit des Arztberufs im deutschen Gesundheitssystem zu sichern.

Text | Julia Weinmann-Menke, Samuel Sossalla, Wiebke Rösler, Udo Sechtem, Michael Hallek

Literatur

1. MB Monitor 2024. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2024-hohe-belastung-unzureichende> (last accessed on 16 April 2026).
2. Schreyögg J, Messerle R: Effizienzpotenziale einer Reform der Notfallversorgung: Quantifizierung auf Basis verfügbarer Daten. HCHE Research Paper 2025; 32.
3. Birk HO, Vrangbæk K, Rudkjøbing A, et al.: Denmark: Health system review. Health Systems in Transition 2024; 26: i–152.
4. Kasekamp K, Habicht T, Vörk A, et al.: Estonia: Health system review. Health Systems in Transition 2023; 25: i–204.
5. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege: Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. 2024.