



LGK



29. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen.
Fachkräftegewinnung im Gesundheitswesen.

11. November 2021

Präambel

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) pflegt seit vielen Jahren eine tragfähige Kultur gemeinsamen Handelns und verfügt über etablierte Strukturen für Zusammenarbeit, Abstimmungen und institutionsübergreifende Kooperationen in Nordrhein-Westfalen.

Bereits im Jahr 2003 hat sich die LGK mit der Lage und Zukunft der Heil- und Pflegeberufe befasst, um mit geeigneten Maßnahmen diesen elementaren Bereich für die Gesunderhaltung der Bevölkerung voranzubringen.

Eine erneute Befassung zur Fachkräftegewinnung im Pflege- und Gesundheitswesen ist aus mehreren Gründen geboten: Seit der Verabschiedung der damaligen EntschlieÙung haben sich viele Rahmenbedingungen zum Teil erheblich geändert und unter dem aktuellen Eindruck der SARS-CoV-2-Pandemie sind seit dem letzten Jahr viele Bedarfe noch deutlicher hervorgetreten. So steht und fällt die Versorgungssicherheit bspw. von Intensivpatientinnen und -patienten u. a. mit dem kontinuierlichen Vorhandensein qualifizierter Intensivpflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzten im interprofessionellen Team der Intensivstationen. Allerdings hat sich nunmehr die Personalsituation, die schon vor der Covid-19-Pandemie angespannt war, in allen Versorgungsbereichen erheblich zugespitzt. Durch die Corona-Pandemie ist auch die Personalsituation im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und auch dort der Mangel an Ärztinnen und Ärzten sehr deutlich geworden.

Die LGK spricht an dieser Stelle allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Institutionen des Gesundheitswesens und der Behörden, die sich alle mit sehr hohem Engagement in den letzten Monaten in die medizinische Versorgung von SARS-CoV-2-Patienten und die Eindämmung der Pandemie eingebracht haben, ihre große Anerkennung und ihren Dank aus.

Damit sind die Entwicklungen der letzten 20 Jahre, aber auch der letzten beiden Jahre ein geeigneter Anlass, um eine Bilanz des bisher Erreichten zu ziehen – mit dem Ziel, an Bewährtes anzuknüpfen und erforderliche Aktualisierungen zu vereinbaren.

Um die personellen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zu stärken, sind innovative Lösungswege erforderlich. Das Zusammenwirken aller hieran beteiligten Akteure ist von entscheidender Bedeutung für eine gute Versorgung. Darüber hinaus ist das Ziel der Schaffung eines pandemieresilienten Gesundheitssystems mit in den Blick zu nehmen (vgl. Nationaler Aufbau- und Resilienzplan, u. a. Pakt für den ÖGD). Die vorliegende EntschlieÙung soll einen wichtigen Beitrag zur guten und qualitätsgesicherten Versorgung der Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen leisten.

Einleitung

Eine vollumfängliche Betrachtung aller in der Versorgung beteiligten Berufsgruppen würde den Rahmen jeder Entschließung der LGK sprengen. Deshalb werden im Folgenden beispielhaft der Bereich der Pflege, die Hebammen und einzelne Heilberufe mit Approbation betrachtet.

In Bezug auf die Entschließung aus dem Jahr 2003 fokussiert die aktuelle Entschließung auf neue Entwicklungen und Rahmenbedingungen, zukünftige Arbeitsmodelle und Prozesse, die dazu beitragen, Berufe im Gesundheitswesen attraktiver zu gestalten, u. a. auch die Digitalisierung.

Wie überall im beruflichen Alltag müssen auch hier nicht zuletzt durch neue fachliche sowie ökonomische Anforderungen die Aufgabenbewältigung, die Arbeitsorganisation bzw. Arbeitsabläufe immer wieder überprüft werden. Begrenzte Personalkapazitäten fordern einen effizienten, gleichwohl bedarfsgerechten Personaleinsatz. Das sind keine einfachen Prozeduren und sie bedürfen der Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Darüber hinaus gilt es, die Qualität der Versorgung zu steigern, u. a. durch eine weitere Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die damit verbundenen Überlegungen bieten aber auch Gelegenheit zur Integration neuer Techniken sowie zur Entwicklung neuer Prozesse und Berufsbilder, die auch der individuellen Fokussierung auf das jeweilige „Kerngeschäft“ und Stärkung der persönlichen Resilienzen dienen. Damit können sie zu besserer Versorgung und größerer beruflicher Zufriedenheit beitragen.

Darüber hinaus bedeutet ein Mehr an gut ausgebildeten Fachkräften in den Einrichtungen eine Entlastung hinsichtlich der in manchen Bereichen angespannten Personalsituation. Dies führt zu einer besseren Versorgung und größerer beruflicher Zufriedenheit. Maßnahmen zur Steigerung der Ausbildungsaktivitäten werden folglich immer bedeutsamer. So konnten durch die Einführung der Schulgeldfreiheit in den Gesundheitsfachberufen die Ausbildungskapazitäten um rd. 15 Prozent und zugleich die Attraktivität der Ausbildung in Berufsfeldern wie der Physiotherapie, der Logopädie, der pharmazeutisch-technischen Assistenz oder der medizinisch-technischen Assistenz deutlich gesteigert werden.

Pflege

Im Rahmen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2019 (nachfolgend LbG 2019) wird eine Berechnung des bestehenden Fachkräftebedarfs in NRW in den Bereichen der Ausbildung und Beschäftigung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe unter Berücksichtigung der generalistischen Pflegeausbildung durchgeführt und auf Landesebene dargestellt. Schwerpunkte der LbG 2019 sind die Mangelprognose, die empirische Analyse der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen sowie die Entwicklung in der generalistischen Pflegeausbildung. Der Berichterstattung nachfolgend werden sechs Regionalkonferenzen organisiert und durchgeführt, um die Ergebnisse in die breite Fachöffentlichkeit zu bringen und zu diskutieren.

Die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) erwarteten Ist-Zahlen zu Stellenplänen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens können bisher, Corona-bedingt, nicht vorgelegt werden. Ein Rückgriff auf die Landesberichterstattung 2019 scheint daher angezeigt. Diese wird aus nachvollziehbaren Gründen nicht die aktuelle Lage in Folge der Corona-Pandemie berücksichtigen können. Die Gültigkeit der Kernaussagen in dieser Entschließung wird davon nicht beeinträchtigt.

Daher beschränken sich die folgenden Passagen zur Ist-Situation auf allgemeine Ausführungen und Erkenntnisse auf Basis der LGK-Entschließung 2003 und in Folge der letzten Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019.

Ausgangslage Pflegeberufe

Der Fachkräftebedarf in den pflegerischen Berufen erhöht sich trotz eines insbesondere im Bereich der Altenpflege erfolgten massiven Ausbaus der Ausbildungskapazitäten weiter. Dies liegt insbesondere, neben anderen Faktoren, in der demografischen Entwicklung begründet. Der Anspruch, eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung und damit einhergehend eine zukunftsfähige und qualitativ hochwertige Pflege zu erfüllen, kann nicht immer eingehalten werden. Diese Entwicklung betrifft alle Bereiche der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Die demografische Entwicklung, ein daraus resultierender steigender Bedarf an pflegerischer Versorgung in allen Sektoren sowie der Wettbewerb um Schulabgänger tragen zur angespannten Situation bei. Das Ausscheiden der geburtenstarken Jahrgänge aus den Pflegeberufen kann diese angespannte Situation in den nächsten Jahren voraussichtlich noch deutlich verschärfen, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird.

Durch den Errichtungsausschuss der Pflegekammer wurde der Prozess der Registrierung von Pflegefachkräften angestoßen. Dennoch kann das Ausmaß, das durch die ausscheidenden Pflegefachkräfte entsteht, aktuell nicht genau beziffert werden; ein Beruferegister befindet sich im Aufbau.

Bund und Länder haben gehandelt: Im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege sind seit 2018 insbesondere im Bereich der Ausbildung, aber auch auf dem Feld der Gewinnung von ausländischen Pflegekräften vielfältige Maßnahmen eingeleitet worden, um mehr Menschen für den Pflegeberuf gewinnen zu können.

Für das Schuljahr 2018/19 ermittelt die LbG 2019 für die Berufe der Pflege und der Therapie einen Höchststand in der Ausbildung. Die gestiegenen und erhobenen Ausbildungs(kenn)zahlen zeigen dabei das mögliche Potenzial an Nachwuchskräften auf, die in den nächsten Jahren in die jeweiligen Berufe einmünden können. Ein Grund für die Attraktivität der Ausbildung in einem Pflege- oder Gesundheitsfachberuf ist die zumeist flächendeckende Anzahl der verschiedenen Bildungseinrichtungen und die damit verbundene Möglichkeit einer wohnortnahen Ausbildung. Aus dem Blickwinkel der Einrichtungen und Interessierten heraus kann ebenfalls ein weiterhin hohes Ausbildungsinteresse beobachtet werden.

Auf der anderen Seite steht dem Ausbildungsaufwuchs ein ebenso steigender Fachkräftebedarf in den Pflegeberufen gegenüber. Die Summe der fehlenden Pflegekräfte im Vergleich zur LbG 2017 hat sich von 10.092 auf 23.763 Vollzeitkräfte mehr als verdoppelt.

Der durch die Einrichtungen angegebene durchschnittliche Veränderungsbedarf an neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege hat sich zudem fast vervierfacht (4.948 in 2017 zu 17.320 in 2019).¹

Die Zahl der zum Zeitpunkt der Befragung offenen Stellen (Sofortbedarf) ist leicht angestiegen auf 10.393 Stellen (LbG 2017: 9.227). Angestiegen ist auch der Ersatzbedarf in den Einrichtungen, der sich z. B. durch den Eintritt von Mitarbeitenden ins Rentenalter ergibt (von 2.444 in 2017 auf 3.793 in 2019).

Rund 63 Prozent der ambulanten Dienste und 69 Prozent der teil-/vollstationären Einrichtungen sowie knapp die Hälfte der Krankenhäuser geben an, dass die Personalausstattung in der Pflege dem eigentlichen Personalbedarf entspricht. Der Fachkräftemangel zeigt sich nach den Ergebnissen der LbG 2019 zwar über alle Sektoren hinweg bei „mehr als einem Drittel der Einrichtungen“, ist allerdings nicht überall gleichmäßig vorhanden beziehungsweise gleich groß ausgeprägt.²

¹ Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019, S. 87 ff.

² Vgl. Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019, S. 9.

Damit hat sich die Lücke trotz der enormen Ausbildungsanstrengung nicht verkleinert und insbesondere in der ambulanten Pflege hat sich der neuen Berichterstattung zufolge die Situation noch mal verschlechtert.

Motivation und Kompensation

Pflegeberufe sind Frauen- und Teilzeitdomänen. Statistisch sind mehr als vier von fünf Pflegekräften weiblich. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen ist hoch. Er betrug 2019 43 Prozent in der Gesundheits- und Krankenpflege und 56 Prozent in der Altenpflege³. Steigende Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte und der Wunsch nach einer veränderten Work-Life-Balance forcieren diesen Trend, der nicht nur bei Mitarbeitenden in höherem Lebensalter, sondern gleichfalls in der Gruppe der Berufseinsteigerinnen bzw. Berufseinsteiger zu finden ist.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflegebranche weisen überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten aus. Bei AOK-Versicherten in der Pflegebranche liegt der Krankenstand mit 7,4 Prozent deutlich über den Krankenständen aller Berufsgruppen zusammen mit 5,3 Prozent⁴. Diese Fehlzeiten erhöhen den Bedarf an Pflegekräften.

Berufsverbleib in der Pflege

Zum Verbleib im Pflegeberuf bestehen keine eindeutigen Erkenntnisse. Teils wird von einem Berufsausstieg von Pflegenden bereits nach wenigen Berufsjahren ausgegangen, teils belegen Studien einen erheblich längeren Verbleib im Beruf, wenn auch nicht bei demselben Arbeitgeber. Ein Wechsel von Pflegefachkräften in Arztpraxen ist bereits bekannt. Das MAGS fördert deshalb die Studie „Berufseinmündung und -verbleib in der Pflege in NRW, eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten“, deren Ergebnisse Anfang 2022 erwartet werden.

Ausbildung und Fachkräftebedarf

Mit der Reform der Pflegeberufe im Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG) 2017 soll die Professionalisierung und Weiterentwicklung der Pflegeberufe mit der Zusammenführung zu einer generalistischen Fachkraftausbildung im internationalen Kontext deutlich gestärkt werden. Die ersten Auszubildenden haben Anfang 2020 unter den Bedingungen der Corona-

³ Statistik der Bundesagentur für Arbeit Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020, S. 8.

⁴ Belastungen und Arbeitsbedingungen bei Pflegeberufen – Arbeitsunfähigkeitsdaten und ihre Nutzung im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements Michael Drupp/Markus Meyer, 2019, S. 31ff.

Pandemie ihre Ausbildung begonnen. Der Personalbedarf von Einrichtungen vor Ort wird zu einem Großteil durch „ortsnahe“ Ausbildungsstätten gedeckt. Auch in ausbildungsschwachen Regionen müssen ausreichend Ausbildungskapazitäten zur Verfügung stehen, denn diese können nicht vollständig durch weiter entfernte Ausbildungsstellen abgedeckt werden. Abgewanderte Pflegekräfte werden zudem nicht ohne Weiteres wieder in die Herkunftsregion zurückkehren. Wandern sie z. B. zur Ausbildung in andere Regionen ab, so fassen sie dort häufig Fuß und finden oftmals ausbildungsnah attraktive Arbeitsangebote. Daher stellt eine Zentralisierung der Ausbildungsstandorte grundsätzlich eine potenzielle Gefährdung für ausbildungsschwache Regionen dar.

Deshalb sind Schließungen einzelner Ausbildungsstandorte oder Zusammenlegungen von Bildungseinrichtungen zu großen Bildungszentren nicht nur aus der Perspektive der Betriebswirtschaft zu denken, sondern müssen auch unter dem Aspekt der Versorgungstabilität einer Region betrachtet werden.

Zur Attraktivitätssteigerung der Pflege ist auch ein starker Fokus auf die Neustrukturierung der Pflegeberufe, ihrer Akademisierung und Kompetenzerweiterung zu legen.

Kompetenz und Profession

Im Zeitverlauf seit 1999 zeigen sich in Deutschland bei zwei Arten von Bildungsabschlüssen besonders starke Veränderungen. Der Anteil der Personen mit Hauptschulabschluss nahm um 8,7 Prozentpunkte ab, während der Anteil der Personen mit allgemeiner Hochschulreife um 7,4 Prozentpunkte anstieg⁵. Seit 1999 nimmt der Anteil der akademisch Qualifizierten kontinuierlich zu. Bis 2030 werden voraussichtlich 55 Prozent der dann 30- bis 34-Jährigen über einen entsprechenden Studienabschluss verfügen⁶.

Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf die Nachwuchsgewinnung in den Pflegeberufen. Hat sich das bisherige Ausbildungsangebot in der Pflege überwiegend an Menschen mit mittlerem Bildungsabschluss gerichtet, stellt die neue generalistische Pflegeausbildung eine kompetenzorientierte, vielseitige und moderne Berufsausbildung mit Abschlüssen auf verschiedenen Qualifikationsebenen dar. So enthält das Pflegeberufegesetz die Vorgaben für ein generalistisches Bachelorstudium zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. Damit steht den Bewerbern in der Pflege ein breites Angebot an berufsfachlichen Aus- und Weiterbildungen zur Verfügung, die auch primärqualifizierende und aufbauende Studiengänge umfassen.

⁵ Daten des Statistisches Bundesamtes, Nachhaltige Entwicklung, 2021, S. 35.

⁶ Die Stiftungsallianz beruht auf einer Zusammenarbeit der Stiftung Münch, der Bertelsmann Stiftung, und der Robert Bosch Stiftung GmbH. Positionspapier der Stiftungsallianz für eine neue Rolle der professionellen Pflege im Gesundheitswesen in Pflege&Gesellschaft, 5. Jg. 2020 H.1, S. 78.

Der Anteil der Pflegefachkräfte mit einem akademischen Abschluss in den Einrichtungen liegt nach einer Anfrage der Fraktion Bündnis 90/die Grünen an die Bundesregierung 2019 unter einem Prozent der Beschäftigten. Bis zu 30.000 Studienplätze werden zur Deckung des Bedarfes an akademischen Pflegefachkräften nach einem Positionspapier der Stiftungsallianz aus 2020 benötigt.

Dies führt auf Dauer zu einer weiten Spreizung der individuellen Qualifikationen. Hier muss die zukünftige Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt weiter beobachtet werden, ob und wie weit die verschiedenen Qualifikationsformen und die herrschenden Bedarfe bzw. beruflichen Aufgabenfelder weiterhin zur Deckung zu bringen sind.

Pflegefachassistenz

Um ausreichend Pflegefachpersonen zu qualifizieren, muss der Einstieg in die pflegeberufliche Bildung für alle Interessenten möglich sein. Pflegeberufliche Bildungswege sind flexibel und durchlässig zu gestalten. Dazu gehört auch die Anerkennung bereits erworbener Kompetenzen.

Mit Einführung der einjährigen Pflegefachassistenzausbildung in Nordrhein-Westfalen wurde 2021 die Grundlage gelegt. Die beiden bisherigen einjährigen Ausbildungen in der Altenpflegehilfe und der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz wurden zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt.

Ausländische Arbeitskräfte in der Pflege

Pflege Tätigkeiten werden in Deutschland für EU-Ausländer interessanter, und der Anteil ausländischer Arbeitskräfte steigt trotz Sprachbarrieren. Seit 2014 hat sich die Zahl der im Zuge der europäischen Freizügigkeit in Deutschland beschäftigten Pflegekräfte um 33.000 auf 79.000 erhöht. Davon entfallen 42.000 auf Krankenpflegekräfte und 37.000 auf Altenpflegekräfte.⁷ Dies hat Auswirkungen auf einen Fachkräftebedarf des Abwanderungslandes, dem diese hoch qualifizierten Arbeitskräfte verloren gehen.

Seit Inkrafttreten des Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes NRW (BQFG NRW) Mitte 2013 ist eine kontinuierliche Steigerung der Anerkennungszahlen im Pflegebereich zu verzeichnen. 2019 wurde ein Höchststand von 3.522 Anerkennungsverfahren für EU-/EWR- und Drittstaatler allein für den Beruf Gesundheits- und Krankenpfleger/-in erreicht. Für diesen Beruf

⁷ Statistik der Bundesagentur für Arbeit Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020.

hat sich die Anzahl der Anträge gegenüber 2018 mehr als verdoppelt (2018: 1.683). Eine Abflachung der Entwicklung ist für das Jahr 2020 trotz der Corona bedingten Einschränkungen nicht erkennbar.

Wie sich die von der Konzertierte Aktion Pflege erarbeiteten Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland auswirken werden, wird sich in den Folgejahren zeigen⁸.

Bei allen Berufen im Bereich der Pflege ist für eine langfristige Personalbindung die Sicherstellung der Attraktivität der einzelnen Berufsfelder und der konkreten Tätigkeiten durch Fort- und Weiterbildung, angemessene Bezahlung etc. auch zur Vermeidung von Abwanderung in andere berufliche Tätigkeitsfelder von wesentlicher Bedeutung.

Hebammen

In Deutschland kommen fast alle Kinder in einem Krankenhaus zur Welt, in der Regel ca. 98 Prozent.⁹ Für die stationäre geburtshilfliche Versorgung hat die IGES Studie „Stationäre Hebammenversorgung“ (2019)¹⁰ gezeigt, dass mehr als jede zweite befragte Klinik Probleme bei der Besetzung von Hebammenstellen hatte und bei mehr als der Hälfte der Häuser rund 18 Prozent der Planstellen für angestellte Hebammen unbesetzt waren. Diese Tatsache ist besonders relevant, da nach dem Hebammengesetz Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass für die Geburt eine Hebamme hinzugezogen wird. Die IGES-Studie bildet ab, dass Geburtskliniken stellenweise mit erheblichen Versorgungsengpässen zu kämpfen haben, die Hebammen aufgrund der Rahmenbedingungen mit der eigenen beruflichen Situation unzufrieden sind und daher die geburtshilfliche Tätigkeit aufgeben. Dies läuft dem Anspruch einer flächendeckenden guten geburtshilflichen Versorgung zuwider.

Dazu sind die Hebammen in der ambulanten geburtshilflichen Versorgung an keine Bedarfsplanung gebunden und können sich frei niederlassen. Infolgedessen unterscheidet sich die Zahl der ambulant tätigen Hebammen – umgerechnet auf die Anzahl der Neugeborenen – deutlich zwischen den Regionen Nordrhein-Westfalens.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Hebammenversorgung ist daher von wesentlicher Bedeutung. Ziel ist es, den Hebammenberuf zukunftsgerecht

⁸ Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1-5, Hrsg. Von Bundesministerium für Gesundheit Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Stand: März 2019, 1. Auflage.

⁹ Sachstand zur Arbeitssituation von Hebammen in der stationären Versorgung; Wiss. Dienst des Bundestags 2019.

¹⁰ www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/hebammen/index_ger.html

weiterzuentwickeln, attraktiver zu gestalten und die Qualität der Ausbildung nachhaltig zu verbessern.

Akademisierung

Die Überführung der fachschulischen Hebammenausbildung in eine Vollakademisierung soll nach den bundesrechtlichen Vorgaben bis Ende 2027 abgeschlossen sein. Die landesrechtlichen Umsetzungsregelungen werden voraussichtlich Anfang 2022 in Kraft treten. Durch 300 zusätzliche, landesgeförderte Studienplätze für den Bachelorstudiengang „Hebammenwissenschaften“ stehen in Nordrhein-Westfalen insgesamt rd. 350 Studienplätze im Wesentlichen ab dem Wintersemester 2021/2022 zur Verfügung.

Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Akademisierung des Hebammenberufs in Nordrhein-Westfalen macht das Land von bundesrechtlich eingeräumten Ermächtigungen Gebrauch und setzt Gestaltungsspielräume um. Durch die Ermächtigungen zum Erlass von Rechtsverordnungen kann die Landesregierung zukünftig flexibel auf Regelungsnotwendigkeiten reagieren.

Zudem werden nun die Meldeverpflichtungen aller Hebammen gegenüber den Bezirksregierungen geregelt. Dies ist notwendig, da weder die Grundgesamtheit der Hebammen noch deren Arbeitsumfang derzeit statistisch abbildbar ist. Die Krankenhausstatistik erfasst die beschäftigten Hebammen im Krankenhaus, jedoch fehlt eine umfassende und aktuelle Erfassung freiberuflich tätiger Hebammen im Hinblick auf den Beschäftigungsumfang und das Leistungsspektrum. Es ist daher sehr schwierig, Versorgungsengpässe rechtzeitig zu erkennen und geeignete Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Mit der Meldeverpflichtung soll eine solide Datenlage geschaffen werden, um die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und guten Hebammenversorgung zukünftig untersuchen und bewerten zu können.

Ärzterschaft

Die demografische Entwicklung mit einem deutlichen Anstieg der Zahl älterer bzw. hochaltriger, multimorbider und chronisch erkrankter Menschen gegenüber einer sinkenden Zahl Jüngerer führt zu einem immer höheren Bedarf an ärztlicher Betreuung. Eine zentrale Rolle kommt dabei künftig neben anderen kurativ Tätigen den Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin zu. Die besondere Bedeutung von Hausärztinnen und -ärzten liegt dabei sowohl in ihrer wohnortnahen Tätigkeit, als auch in der unverzichtbaren Koordination der Versorgung mit häufig einer Vielzahl von Beteiligten, oftmals auf der Basis eines jahrzehntelangen Behandlungsgeschehens mit Kenntnis des persönlichen Umfelds. Das Altern der Gesamtbevölkerung be-

trifft auch die Ärzteschaft selber. Der hohe Altersdurchschnitt der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich sowie der sich seit Jahren abzeichnende Ärztemangel durch regionale Fehlverteilungen und damit verbunden die Engpässe in der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung verschärfen die oben genannten Folgen des demografischen Wandels.

Neben ländlichen Regionen ist auch in kleineren Kommunen, häufig auch in sozial benachteiligten städtischen Arealen die hausärztliche Versorgung gefährdet. So sind (Stand Juli 2021) in Nordrhein-Westfalen etwa 450 Sitze der hausärztlichen Versorgung nicht besetzt.

Deshalb fördert die gemeinsame Selbstverwaltung aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Niederlassung in Gebieten mit niedrigem Versorgungsgrad, u. a. aus Mitteln des Strukturfonds nach § 105 SGB V. Auch das Land Nordrhein-Westfalen fördert seit Ende 2009 mit dem NRW-Hausarztaktionsprogramm (HAP) Niederlassungen und Anstellungen von Hausärztinnen und -ärzten sowie Anstellungen bzw. Beschäftigungen von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten (WBA) in Hausarztpraxen. Die Förderung erfolgt schwerpunktmäßig in Kommunen mit bis zu 25.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Aber auch Kommunen mit maximal 40.000 Einwohnerinnen und Einwohnern können bei einer entsprechend ungünstigen Altersstruktur der Hausärzteschaft vom HAP profitieren. Ziel der LGK ist eine dauerhaft wohnortnahe hausärztliche Versorgung auf hohem Niveau.

Darüber hinaus hat der Landtag mit dem Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen am 12. Dezember 2018 die Möglichkeit geschaffen, Medizinstudienplätze im Rahmen einer Vorabquote an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die als Hausärztin oder Hausarzt in unterversorgten Regionen des Landes tätig sein wollen¹¹. Auch die Landarztquote trägt dazu bei, die hausärztliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen dort zu sichern, wo dies gegenwärtig oder absehbar gefährdet ist.

Wie viele Hausärztinnen und -ärzte aber tatsächlich fehlen, lässt sich pauschal nicht beantworten. Zudem ist die Altersstruktur der Hausärzteschaft in Nordrhein-Westfalen ungünstig, so dass künftig zumindest davon auszugehen ist, dass zahlreiche Hausärztinnen und -ärzte aus Altersgründen aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden werden.

Absehbar wird der Ärztemangel aber auch bestimmte Facharztgruppen betreffen – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Medizin. Diese Entwicklung reicht von den zahlenmäßig kleinen bis zu den großen Weiterbildungsgebieten: So zeigen sich beispielsweise bei der Versorgung suchtkranker Menschen zunehmend Schwierigkeiten bei der Sicherstellung ausreichender Behandlungsangebote gerade im ländlichen Raum, insbesondere im Bereich

¹¹ <https://www.lzg.nrw.de/lag/>

der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Menschen. Dabei sollten auch die fachärztlichen nichtkurativen Gebiete, die grundsätzlich geringere Zahlen an Fachärztinnen bzw. -ärzten aufweisen, nicht vergessen werden.

Die Gründe für den Arztmangel bzw. den Arztzeitmangel sind vielfältig:

Nicht nur junge Ärztinnen und Ärzte formulieren, dass die Attraktivität des Arztberufs zusehends durch die zunehmende Arbeitsverdichtung, den wirtschaftlichen Druck und damit verbunden befürchtete Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung sinke. Der eigentliche Zweck des Arztberufs – Behandeln, Heilen und der Kontakt zu Patientinnen und Patienten – trete immer mehr in den Hintergrund.

Parallel dazu spielen zunehmend veränderte Arbeitszeitmodelle eine große Rolle: Ärztinnen und Ärzte legen mehr Wert auf Work-Life-Balance. So vollzieht sich sowohl bei Ärztinnen, deren Anteil in Bezug auf die Gesamtheit aller Ärzte stetig steigt, als auch bei Ärzten ein Wandel hinsichtlich der Erwartungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Dies bringt eine Reduktion der früher oft außerordentlich hohen wöchentlichen Arbeitszeiten mit sich. Auch eine Anstellung und eine Teilzeittätigkeit werden, gleichermaßen bei Frauen wie Männern, immer beliebter. Insofern ist trotz der (leicht) gestiegenen „Kopfzahl“ in der Versorgung von einer rückläufigen Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden „Arztstunden“ auszugehen, was Auswirkungen auf die Organisation ärztlicher Tätigkeiten hat. Nicht die Zahl der Ärztinnen und Ärzte als solches („Köpfe“), sondern das in der Kuration tatsächlich zur Verfügung stehende Arbeitszeitvolumen ist daher entscheidend (Stichwort: Vollzeitäquivalente).

Gerade in Krankenhäusern führt die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zu erheblichen Problemen in der Personalplanung und Erstellung von Dienstplänen. Durch die Umsetzung des Gesetzes kann die individuelle Dienstbelastung in vielen Fällen nur begrenzt reduziert werden.

Es muss deshalb alles unternommen werden, um mehr Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zu gewinnen. Zwar werden dem Königsteiner Schlüssel entsprechend Medizinstudienplätze in Nordrhein-Westfalen vorgehalten und es hat einen deutlichen Ausbau an Plätzen mit der Einrichtung einer zusätzlichen medizinischen Fakultät in Bielefeld, der Steigerung der Studienplätze in Witten-Herdecke und in der Kooperation Bonn-Siegen in den letzten Jahren gegeben. Dabei übersteigt die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber das Angebot um ein Vielfaches. Diese Kapazitätserhöhung führt aber aufgrund der freien Wahl der anschließenden Facharztqualifizierung nicht zur Deckung des erforderlichen Volumens an ärztlicher Arbeitszeit in allen Facharztbereichen. Um dem zentralen Thema der ärztlichen Nachwuchsförderung gerecht zu werden, gilt es deshalb an den Medizinischen Fakultäten für die verschiedenen Fachgebiete auch durch die jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits frühzeitig innerhalb der Lehre zu werben.

Dazu verbleiben Medizinerinnen und Mediziner bei ihrer späteren Arbeit häufig im Umkreis ihres Studienortes und stehen so der medizinischen Versorgung in der unmittelbaren Region zur Verfügung. In der Folge dieses Verhaltens leiden insbesondere Regionen, die weiter von universitären Zentren entfernt sind.

Es kommt deshalb nicht nur zu den Fachgebiets-abhängigen Fehlverteilungen, sondern auch zu regionalen Ungleichheiten in der Verteilung in allen Versorgungssektoren. Im ambulanten Sektor kann diesen z. B. über die Verteilung von KV-Sitzen gegengesteuert werden.

Die Zahl aus dem Ausland stammender Ärztinnen und Ärzte hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Hier sind sowohl Entwicklungen der europäischen Arbeitsmärkte als auch die Flucht aus Krisen- und Kriegsgebieten vorrangige Ursachen. Allerdings spielt auch hier eine Rolle, dass in Deutschland in den letzten Jahrzehnten zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausgebildet wurden und daher Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland dazu beitragen, die medizinische Versorgung in unserem Land sicherzustellen.

So ist in den vergangenen Jahren ein stetiger Anstieg der Approbationsverfahren von im Ausland ausgebildeten Fachkräften zu verzeichnen. Mit 1.542 Anerkennungsverfahren (neun Prozent mehr als in 2018) wurden in 2019 so viele Approbationsanträge von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten gestellt, wie seit 2013 nicht mehr. Ein Rückgang der Antragszahlen ist nach erster Einschätzung für das Jahr 2020 nicht zu erwarten.

Außerhalb der Ballungsräume wäre insbesondere die stationäre Versorgung in einzelnen Regionen ohne zugewanderte Ärztinnen und Ärzte schon jetzt nicht mehr zu gewährleisten. Zugewanderte Ärztinnen und Ärzte leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung.

Westfalen-Lippe hat den zweithöchsten Anteil zugewanderter Ärztinnen und Ärzte innerhalb Deutschlands zu verzeichnen. So haben aktuell in Westfalen-Lippe 19 Prozent aller berufstätigen und 29 Prozent der stationär tätigen Medizinerinnen und Mediziner eine ausländische Staatsangehörigkeit. Im Bereich Nordrhein besitzen zwölf Prozent aller berufstätigen und neun Prozent der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte eine ausländische Staatsangehörigkeit.

Aufgrund der dargestellten Entwicklungen ist zu prüfen, inwieweit weitere Studienplätze einen Lösungsansatz bieten können.

Damit die Bemühungen um eine Förderung des ärztlichen Nachwuchses in der ärztlichen Tätigkeit langfristig Erfolg haben, ist eine Verbesserung der Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns unbedingt erforderlich. Neben einer aufgaben- und patientengerechten Personalausstattung sind unter anderem zu nennen der Bürokratieabbau, der sinnvolle Einsatz von telemedizinischen Anwendungen, eine verbesserte Kooperation der Akteure und die interdisziplinäre Zusammenarbeit (z. B. der Einsatz von interprofessionellen Teams) sowie die Entwicklung von

Delegationsmodellen, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu ermöglichen. Darüber hinaus erhöht eine Verbesserung der regionalen Infrastruktur (z. B. Verkehrsanbindung, Wohnraum, Kita, Schule, Praxisräume) in ländlichen Regionen die Attraktivität von Niederlassungen dort. Bewährte Ansätze wie das Quereinsteigermodell (Förderung von Krankenhausärzten zum Erwerb der Facharztanerkennung im Fach Allgemeinmedizin), das Hausarztaktionsprogramm des Landes oder das Qualifizierungsjahr (Förderung von Fachärzten für Innere Medizin für den Einstieg in die Niederlassung) und die Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin sollten konsequent fortgeführt werden.

Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte

Auch die Ausbildung der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten sollte gefördert werden. Sie sind meistens die ersten Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, die ärztliche Hilfe benötigen, und damit von großer Bedeutung für die Gesundheitsversorgung.

Immer häufiger stehen insbesondere ärztliche und zahnärztliche Praxen in Nordrhein-Westfalen vor dem Problem, qualifiziertes Fachpersonal zu finden.

Bei der Registrierung neuer Berufsausbildungsverträge für Medizinische Fachangestellte zeigte sich im Jahr 2020 in Westfalen-Lippe ein Rückgang von sieben Prozent und in Nordrhein von acht Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Der Rückgang an Neuabschlüssen ist in einem Jahr, das die niedergelassenen Praxen durch Corona besonders gefordert hat, noch verhältnismäßig gering.

Es darf deshalb nichts unversucht bleiben, um eine große Anzahl von jungen Menschen für die in der ambulanten Versorgung systemrelevanten Berufsbilder der MFA und ZFA mit allen damit verbundenen Möglichkeiten zu begeistern.

Ungeachtet großer Erfolge bei breit angelegten Werbekampagnen, gilt es weiterhin die Attraktivität der Berufsbilder zu steigern und den aktuellen technologischen Erfordernissen anzupassen. Nur so können die medizinischen Berufe im Wettbewerb um die Gunst der Bewerberinnen und Bewerber gegenüber anderen dualen Ausbildungs- und zunehmend auch akademisierten dualen Berufsangeboten konkurrieren. Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Ausbildungsrahmenpläne muss konsequent auch Bereiche wie Qualitätsmanagement, Kommunikation, EDV, Prophylaxe etc. im Blick behalten. Schließungen einzelner Ausbildungsgänge an Berufsschulen sind dabei immer auch unter dem Aspekt der Versorgungsstabilität einer Region zu betrachten. Eine verstärkte Betreuung in den Ausbildungsbetrieben und die Unterstützung des Personals der Ausbildungsbetriebe hierbei mit zusätzlichen Angeboten – auch durch e-learning – ist aufgrund der bestehenden Personalknappheit zwingend.

Darüber hinaus sollten Auszubildende ohne Abschluss idealerweise niedrighschwellige Chancen erhalten, zumindest im Gesundheitsbereich tätig bleiben zu können, um der Branche nicht gänzlich verloren zu gehen.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist vor allem der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Damit hat er für das Gesundheitswesen eine erhebliche Bedeutung, wie die aktuelle Pandemie erneut unter Beweis gestellt hat. Die personelle Ausstattung des ÖGD in seiner Gesamtheit entspricht allerdings nicht dem tatsächlichen Bedarf angesichts seiner hohen Verantwortung und vielfältigen wie komplexen Aufgaben, wie beispielsweise die Koordination der gesundheitlichen Versorgung. Ursächlich dafür sind auch die Herausforderungen bei der Gewinnung von Fachkräften, im Rahmen derer der ÖGD mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens konkurriert. Der über viele Jahre geltende Vorteil der einfacheren Vereinbarkeit von Familie und Beruf im öffentlichen Dienst hat sich inzwischen in dem Maße relativiert, als auch in anderen Arbeitsbereichen die Möglichkeiten hierzu verbessert worden sind. Hinzu kommt, dass der ÖGD häufig aufgrund fehlender oder falscher Kenntnisse über ihn und sein Aufgabenprofil nicht uneingeschränkt als attraktiv wahrgenommen wird. Für die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten können Einkommenseinbußen gegenüber anderen Arbeitsangeboten ein zusätzlich hemmender Faktor sein.

Zur Zahl der Beschäftigten im ÖGD liegen derzeit noch keine vollständigen Daten vor. Mit der in diesem Jahr bundesgesetzlich verankerten Meldepflicht wird künftig eine jährliche Statistik des Personals im ÖGD zur Verfügung stehen.

Zur Bewältigung der Pandemie ist der Personalbestand im ÖGD bereits deutlich aufgestockt worden. Für eine dauerhafte und krisenfesten Stärkung des ÖGD und seiner Strukturen ist es erforderlich, ihn nachhaltig personell auszubauen. Die Schaffung neuer Stellen ist dabei eine notwendige, aber keine hinreichende Maßnahme, wie die Schwierigkeit zeigt, vorhandene freie, insbesondere ärztliche Stellen zu besetzen. Es müssen ebenso Ansätze entwickelt und umgesetzt werden, die den „Arbeitsplatz ÖGD“ konkurrenzfähiger machen. Dabei kann zum Teil bereits auf Erfahrungen aufgebaut werden, z. B. einzelner kommunaler Beispiele zur Personalgewinnung. In den Blick zu nehmen sind auch gezielte Maßnahmen zur Nachwuchsförderung. Hierzu bedarf es der Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen in Bildung und Wissenschaft.

Bund und Länder haben im vergangenen Jahr mit dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ ein klares Signal für die Stärkung und Modernisierung des ÖGD gesetzt und damit

zugleich seinen personellen Ausbau sowie Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität beschlossen. Die LGK begrüßt den Pakt und wird dessen Umsetzung nach Kräften unterstützen.

Die aktuelle Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig gerade der ÖGD ist, um eine Schadens- oder Gefahrenlage dieses Ausmaßes und ihre Auswirkungen auf alle Bereiche des täglichen Lebens wirksam in den Griff zu bekommen. Die Corona-Krise hat aber auch allen vor Augen geführt, dass eine nachhaltige Verstärkung des ÖGD, sowohl für die Versorgung als auch für Prävention und Gesundheitsförderung, als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist.

Psychiatrie

Psychiatrische und psychosomatische Kliniken sind auf der Grundlage des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) und durch die am 1. Januar 2020 in Kraft getretene Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) verpflichtet, Mindestvorgaben für die Personalausstattung einzuhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde vom Gesetzgeber beauftragt, die PPP-RL bis zum 1. Januar 2022 mit Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu bemessen. Für Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollen entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung Mindestvorgaben ergänzt werden. Damit soll dem strukturellen Defizit an Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken entgegengewirkt werden.

Zur Sicherstellung der entsprechenden Personalausstattung gemäß PPP-RL und zur Vermeidung von Sanktionen, muss die Personalausstattung in vielen Kliniken sukzessive bis Ende 2023 angepasst werden. Dies wird insbesondere im ärztlichen und Pflegedienst die ohnehin bestehenden Schwierigkeiten in der Personalbeschaffung verschärfen. Da der Personaleinsatz in der PPP-RL sich am tatsächlich eingesetzten Personal und nicht mehr an eingestellten Vollkräften bemisst, erfordert dies in der Praxis außerdem die Entwicklung neuer Lösungsansätze, z. B. im Falle von Vertretungs- oder Ausfallzeiten. Die Einhaltung der Vorgaben müssen die Kliniken in einem aufwendigen Verfahren einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte differenziert nach Berufsgruppen nachweisen.

Die psychiatrisch-forensischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen unterliegen nicht den Mindestvorgaben zur Personalausstattung, haben aber ebenfalls große Probleme bei der Personalakquise, insbesondere im Bereich des therapeutischen Dienstes und des Pflegedienstes.

Der hohe Dokumentationsaufwand verstärkt den steigenden Personalbedarf in den psychiatrischen Einrichtungen einschließlich der psychiatrisch-forensischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen zusätzlich. Dazu bedarf es entsprechender organisatorischer und personeller Strukturen, damit nicht die Fachkräfte zur Bewältigung dieser Aufgaben von der unmittelbaren Patientenbehandlung abgezogen werden müssen.

Der Fachkräftemangel erfordert auch auf diesem klinischen Sektor innovative und kreative Lösungen in der Personalentwicklung, -gewinnung und -bindung. Dazu gehört ebenso die Mitarbeiterförderung auf allen Ebenen, z. B. durch Aus-, Fort- und Weiterbildung, Optimierung der Personalgewinnung und -bindung sowie Modernisierung bzw. Digitalisierung und einer zeitgemäßen Gestaltung der Arbeitsbedingungen.

Psychotherapie

Die psychotherapeutische Versorgung wird durch ärztliche und nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sichergestellt. Die Angebote ergänzen sich gegenseitig. Am 1. September 2020 trat die Approbationsordnung des Direktstudiums in Kraft. Im Herbst 2021 wird die Verabschiedung der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Bundesebene erwartet. Anschließend muss diese für Nordrhein-Westfalen adaptiert werden.

Während dieser fünfjährigen Weiterbildung werden die nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten jeweils obligatorisch mindestens zwei Jahre im ambulanten und stationären sowie optional im institutionellen Bereich tätig sein. Entsprechende Weiterbildungsplätze sind zur Verfügung zu stellen. Auch mit neuem Rechtsrahmen ist mit steigenden Absolventenzahlen zu rechnen. Es wird daher bis auf Weiteres nicht zu einem Fachkräftemangel kommen.

Wie in allen anderen Heilberufen sind seit geraumer Zeit Tendenzen zur Bevorzugung der Festanstellung statt der Tätigkeit in eigener Praxis und zur Teilzeit-Beschäftigung zu beobachten. Aktuell wird der Beruf vorwiegend von Frauen ausgeübt.

Die weitere Entwicklung des Berufsbildes unter den neuen Rahmenbedingungen bleibt abzuwarten. Gleichwohl ist für die seit Jahren stetig steigende Nachfrage, die in der Corona-Pandemie weiter zugenommen hat, der Ausbau vor allem der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie umfasst, dringend erforderlich.

Pharmazie

Eine älter und morbider werdende Bevölkerung führt zu einem signifikant zunehmenden Medikations- und Versorgungsbedarf: Schon heute nimmt beispielsweise rund ein Viertel der Erwachsenen dauerhaft drei oder mehr Medikamente ein. 25 Prozent der Patientinnen und Patienten ab 70 Jahren brauchen fünf oder mehr Arzneimittel¹². Damit steigt das Risiko unerwünschter Wechselwirkungen. Die individuelle qualifizierte Beratung zur richtigen Einnahme von verordneten oder selbst gekauften Arzneimitteln wird umso wichtiger, vor allem das Medikationsmanagement, mit dem die gesamte Medikation der Patientin bzw. des Patienten, einschließlich der Selbstmedikation, wiederholt analysiert wird¹³. Damit steigt der zur langfristigen Sicherung der wohnortnahen Arzneimittelversorgung dringend benötigte Bedarf an Fachpersonal. Dass diese Versorgungsstruktur nicht nur bewährt, sondern auch ein wesentliches Element zur Krisenbewältigung ist, hat die Corona-Pandemie gezeigt.

Dem steht jedoch seit über 15 Jahren die rückläufige Entwicklung der Zahl der Apotheken bundesweit und besonders in Nordrhein-Westfalen gegenüber. Allein in den Jahren 2015 bis 2020 sank die Zahl der Apotheken im Landesteil Westfalen-Lippe um 193 auf nunmehr 1.827 (Stand Dezember 2020), in Nordrhein um 187 auf 2.125 Apotheken. Dieser Rückgang war in den verschiedenen Regionen des Landes unterschiedlich stark ausgeprägt.

Es besteht die zunehmende Schwierigkeit, Nachfolgerinnen bzw. Nachfolger für Apotheken zu finden. Rund jeder zweite Apothekeninhaber in Nordrhein-Westfalen ist älter als 55 Jahre und wird voraussichtlich innerhalb der nächsten zehn bis 15 Jahre in den Ruhestand treten. Jeder zweite von ihnen rechnet mit maximal einem ersthaften Interessenten für die Nachfolge, jeder fünfte geht davon aus, überhaupt keinen Interessenten zu finden.

Denn die Apotheken vor Ort stehen vor wachsenden Herausforderungen. Als Beispiele können neben der demographischen Entwicklung der Apothekeninhaberinnen und -inhaber, die zunehmende Digitalisierung, der zunehmende Konkurrenzdruck durch den Versandhandel mit Arzneimitteln, welcher – anders als die Apotheken vor Ort – sich nicht an den dem Gemeinwohl dienenden Aufgaben beteiligt sowie der Fachkräftemangel, wie in anderen Gesundheitsfachberufen auch, angeführt werden.

Trotz einer abnehmenden Anzahl an Apothekenbetriebsstätten ist aber bis heute eine stetige Zunahme an pharmazeutischen Fachkräften zu verzeichnen. Insgesamt arbeiten rund 34.000

¹² Bevölkerungsrepräsentative Forsa-Umfrage bei Bundesbürgern ab 18 Jahren im Auftrag der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände. Umfragezeitraum: März 2021, <https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/pressemitteilungen/detail/ein-viertel-der-erwachsenen-nimmt-dauerhaft-drei-oder-mehr-arzneimittel-apothekerliche-begleitung-notwendig/>

¹³ Apothekerbetriebsordnung §1a, Abs. 3, Satz 6

sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Apotheken in NRW, davon fast 50 Prozent in Teilzeit mit einem Stundenanteil unter 25 Stunden pro Woche.

Eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den pharmazeutischen Arbeitsmarkt haben ausländische Apothekerinnen und Apotheker. In Nordrhein-Westfalen haben in den vergangenen fünf Jahren rund 1.000 ausländische Apothekerinnen und Apotheker im Rahmen ihres Anerkennungsverfahrens Fachsprachenprüfungen abgelegt.

Neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten, wie der Einsatz von Stationsapothekerinnen bzw. -apothekern oder als Teil von ABS-Teams in Krankenhäusern und neue pharmazeutische Dienstleistungen gemäß des Vor-Ort-Apothekenstärkungsgesetzes (VOASG) verbessern die Versorgung der Patientinnen und Patienten und dienen einer weiteren Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes im Sinne einer stärkeren heilberuflichen Ausprägung. Sie führen aber auch zu gesteigerten Personalbedarfen.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat in ihrer „Fachkräfteengpassanalyse“ zuletzt auch den Apothekerberuf zum wiederholten Mal als sogenannten „Engpassberuf“ definiert. Für die Berufsgruppe Apotheker/Pharmazeuten liegt im Jahr 2020 der Wert der sogenannten Engpassindikatoren bei 2,5. Mit einem Punktesystem von 0 bis 3 beschreibt die BA die Engpass-Situation: Liegt der ermittelte Wert bei über oder gleich 2,0, ist von einem Engpassberuf die Rede.¹⁴

Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, ist es wichtig, einerseits planbare Rahmenbedingungen insbesondere für den Erhalt inhabergeführter Apotheken vor Ort zu schaffen und diese auch in Zukunft zu erhalten, sowie andererseits über steuernde Maßnahmen und ggf. durch erweiterte Ausbildungskapazitäten das notwendige Fachpersonal zu sichern.

Insgesamt zeigt sich in der Pharmazie wie in der Ärzteschaft eine inhomogene regionale Verteilung. Zudem bestehen unterschiedlich attraktive berufliche Tätigkeitsfelder.

Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen bzw. Assistenten (PTA)

Unverzichtbar in der Apotheke ist ebenfalls der Beruf der Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen bzw. Assistenten (PTA), der im vergangenen Jahr bundesgesetzlich reformiert wurde. Durch die von der Landesregierung beschlossene vollständige Abschaffung des PTA-Schulgeldes in Nordrhein-Westfalen wird die Attraktivität der Ausbildung deutlich gesteigert. Dies ist auch deswegen positiv, da qualifizierte PTA die Chance nutzen können, ein Studium der Pharmazie anzuschließen.

¹⁴ Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung (Mai 2021), Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2020, Nürnberg

Digitale Kompetenzen im Gesundheitswesen

Die Corona-Pandemie wirkt in allen Bereichen wie ein Katalysator der Digitalisierung. Im Gesundheitswesen zeigt sie z. B. die Bedeutung der Erhebung, der Verarbeitung, des Austauschs und der Interpretation von Daten. Gleichzeitig schreitet der Einsatz digitaler Tools mit Hochdruck voran. Dies erhöht den Druck auf die Beschäftigten, sich schnell und kurzfristig digitale Kompetenzen anzueignen und diese im Alltag anwenden zu können.

Zugleich gilt es zu berücksichtigen: Digitale Anwendungen im Routinebetrieb des Gesundheitswesens stehen noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Die Auswirkungen der technischen Entwicklung auf die Gewinnung, Ausbildung und Qualifizierung von Fachkräften sind heute noch unklar. Denn künftige Rollen, Aufgaben und ebenso die Anforderungen werden erst im Prozess erkennbar, beschrieben und konkretisiert. Nur einige Berufsfelder sind schon jetzt klar zu benennen (z. B. Medizin-Informatik), viele andere werden sich vielleicht noch ausprägen. Das gilt in gleicher Weise für Form und Inhalte der Qualifizierung für die neuen Funktionen. Darin liegt die besondere Dynamik der Digitalisierung.

Für den Auf- und Ausbau digitaler Kompetenzen braucht das Gesundheitswesen Mitarbeitende, die Fachlichkeit in Gesundheitsberufen mit digitalem Verständnis verbinden. Für Arbeitgeber wächst die Herausforderung, ihren Mitarbeitenden eine gute digitale Qualifikation zu vermitteln. Das setzt den systematischen Ausbau von Weiterbildungsmöglichkeiten voraus und erfordert zudem einen Transfer in den Alltag der Anwenderinnen und Anwender. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen zwingt zu neuen Denkansätzen.¹⁵

Der wachsende Bedarf an IT-Fachkräften für die Gesundheitsbranche muss deshalb über spezialisierte Studiengänge mit eigenem Curriculum gedeckt werden. Es gilt, junge Menschen für ein Studium der Medizinischen Informatik¹⁶ oder Pflegeinformatik¹⁷, aber auch erfahrene Mitarbeitende für eine entsprechende Zusatzqualifikation zu gewinnen. Sie müssen sich als Profis für Informations- und Medizintechnik um das digitale Betriebssystem der Gesundheitseinrichtungen kümmern, aber auch die Entwicklung und Implementierung von Geschäftsmodellen einer digitalen Medizin übernehmen.

¹⁵ Der Sachverständigenrat Gesundheit betont in seinem 24.03.2021 veröffentlichten Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems“ die Notwendigkeit von neuen Strategien (<https://www.svr-gesundheit.de>)

¹⁶ Hübner U, Prokosch HU, Breil B (2014): Medizinische Informatik und der digitalen Gesellschaft: Im Spannungsfeld vielfältiger Aufgaben. Dtsch Arztebl 2014; 111(48): A-2102 / B-1784 / C-1707 (online <https://www.aerzteblatt.de/archiv/165171/Medizinische-Informatik-in-der-digitalen-Gesellschaft-Im-Spannungsfeld-vielfaeltiger-Aufgaben>)

¹⁷ Hübner U (2010): Pflegeinformatik: Mehrwert für die Versorgung von Patienten. Dtsch Arztebl 2010; 107(4): A-134 / B-117 / C-117 (online abrufbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/67486/Pflegeinformatik-Mehrwert-fuer-die-Versorgung-von-Patienten>)

Offensive Maßnahmen, wie es sie zur Gewinnung von Pflegekräften sowie Ärztinnen und Ärzten gibt, werden auch auf dem Feld der IT-Experten notwendig sein. Die Nachfrage an Fachkräften zur Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen bleibt weiterhin hoch. Das Angebot an Studienplätzen in den schon etablierten Studiengängen reicht jedoch nicht aus und sollte – z. B. in den Bereichen Medical Data Science und Medizinische Informatik – ausgeweitet werden.

Handlungsempfehlungen

Die LGK stellt daher zunächst fest:

Die Ist-Analyse zur Personalsituation im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen zeigt für verschiedene Berufsgruppen wiederkehrend sehr ähnliche bis gleiche Defizite auf.

Die Attraktivität vieler Berufsbilder leidet unter Bürokratie und stetig wachsenden Dokumentationspflichten.

Die Wahrnehmung der sogenannten „Work-Life-Balance“ hat sich über alle Alters- und Tätigkeitsbereiche gegenüber früheren Jahrzehnten deutlich verschoben. Bisherige Arbeitszeitsysteme und Organisationsformen passen nur noch teilweise.

In vielen Bereichen des Gesundheitswesens bestehen oft regionale und/oder fachgebietsbezogene Nachwuchsmängel bzw. Fehlverteilungen.

So werden insbesondere im ländlichen Raum immer weniger Nachfolgerinnen bzw. Nachfolger für (haus)ärztliche Praxen und Apotheken gefunden. Dies kann durch die Zuwanderung qualifizierter Personen aus dem Ausland nur bedingt kompensiert werden.

Die Corona-Krise hat aber auch allen vor Augen geführt, dass eine nachhaltige Verstärkung des ÖGD als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist.

Anforderungen bzw. Tätigkeitsspektren in den Berufen verändern sich, weder Ausbildung, Studium, noch Fort- und Weiterbildungen reagieren zeitnah auf Veränderungen.

Bedarfe für neue Berufsfelder entstehen durch immer breitere Aufgabenspektren, z. B. in der Pflege, oder durch technische Entwicklungen, wie der Digitalisierung. Es entwickeln sich neue berufliche Anforderungsprofile, die nicht mehr durch bestehende Berufsbilder abgedeckt sind.

Nicht alle Berufsbilder sind insbesondere Schülerinnen und Schülern, Auszubildenden oder Medizinstudierenden ausreichend bekannt, um als zukünftige eigene Tätigkeit in den Blick genommen zu werden.

Trotz aller Defizite ist die pflegerische und medizinische Versorgung auf hohem qualitativem Niveau weiter sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund beschließt die Landesgesundheitskonferenz folgende Handlungsempfehlungen:

Für die Bereiche der Ausbildung und des Studiums

- Die Erfolge beim Ausbau der Ausbildungskapazitäten in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung müssen verstetigt werden. Neben einer Refinanzierung der benötigten Infrastruktur, z. B. über entsprechende Förderprogramme des Landes für Fachschulen, ist dem notwendigen konsequenten Auf- bzw. Ausbau an Studienplätzen für entsprechend qualifiziertes Lehrpersonal Rechnung zu tragen.
- Ein starker Fokus ist durch die Träger von Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten auf die erforderliche Umsetzung der Neustrukturierung der Pflegeberufe zu legen. In diesem Zusammenhang unterstützen sie eine Akademisierung der Pflege sowie Modellvorhaben nach § 64d SGB V.
- Gleichzeitig ist für die Attraktivität vorhandener Berufsfelder in der Pflege zu sorgen und der potentielle Bedarf der Entwicklung weiterer Berufsfelder im Blick zu behalten. Wesentliche Ansätze für die Fachkräftegewinnung liegen in der Information und Aufklärung über die Vielfalt der Gesundheitsfachberufe. Insbesondere die Kommunalen Gesundheitskonferenzen könnten hier eine koordinierende Funktion wahrnehmen und gemeinsam mit den verschiedenen Institutionen im Gesundheits-, Bildungs-, Umwelt- und Sozialbereich Informationsveranstaltungen organisieren, wenn entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Damit soll die bereits bestehende Vielfalt der Informationsangebote die Zielgruppen noch besser erreichen.
- Die Landesregierung und die Hochschulen werden aufgefordert, die mittelfristige Entwicklung eines Bedarfs an Studienplätzen für das Medizin- und das Pharmaziestudium in Nordrhein-Westfalen regelmäßig zu monitoren. Die wechselseitige Beeinflussung unterschiedlichster Faktoren wie der demografischen Entwicklung, des technischen Fortschritts und damit verbundener therapeutischer Möglichkeiten erlauben es derzeit nicht, längerfristige Bedarfsprognosen abzugeben. Perspektivisch scheint sich bereits aus der Summe der bisher analysierten Parameter ein weiterer Bedarf an Studienplätzen abzuzeichnen. Ausbildungseinrichtungen und Universitäten müssen die Attraktivität der Berufsbilder im Sinne stärkerer heilberuflicher Ausprägung steigern und auch bewerben. Gleiches gilt für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften.
- Beim Medizinstudium ist die Lehre insbesondere auf den Gebieten der „Hausärztlichen Versorgung bzw. Allgemeinmedizin“ und des „Öffentlichen Gesundheitswesens“ zu stärken. Damit sollen Studierende der Medizin bereits im Studium stärker an diese Tätigkeitsfelder herangeführt werden. Das Gleiche gilt für zurzeit aus dem Fokus geratene Berufsbilder wie z. B. Toxikologie, Umweltmedizin, Hygiene etc.. Famulaturen und Praktisches Jahr sollen auch im ÖGD selbstverständlich werden.

- Der Bedarf an digitalen Kompetenzen in allen Bereichen des Gesundheitswesens wächst rasant. Daher sollten die nordrhein-westfälischen Hochschulen das Angebot an Studienplätzen u.a. im Bereich Medical Data Science und Medizinische Informatik deutlich ausbauen.

Zu den Arbeitsbedingungen:

- Durch die zur Weiterbildung Ermächtigten sind ausreichende Zahlen an Weiterbildungsplätzen – auch für den Bereich der Psychotherapie – sicherzustellen.
- Die Digitalisierung erfordert intuitiv bedienbare Softwarelösungen, die die Anwender unterstützen und Prozesse nicht unnötig komplexer gestalten. Die kontinuierliche Vermittlung digitaler Kompetenzen muss darüber hinaus elementarer Bestandteil von Fort- und Weiterbildungen werden. Die Institutionen der ärztlichen, pharmazeutischen und pflegerischen Weiterbildung bzw. Fortbildung sollten dafür einen eigenen Schwerpunkt schaffen. Im beruflichen Alltag sollten „Digitallotsen“ als Vermittler zwischen täglicher Praxis und digitalen Anwendungen dafür sorgen, dass der digitale Wissenstransfer eine nachhaltige und möglichst breite Basis erhält.
- Seitens der Arbeitgeber sind innovative und kreative Lösungen in der Personalgewinnung, -entwicklung und -bindung notwendig. Das beginnt mit tatsächlichen, angemessenen Personalschlüsseln, auch unter den Aspekten der Qualitätssicherung und der Patientenorientierung, die besonders für Pflegekräfte bei chronischer Unterbesetzung zu einem Dilemma mit Ausstiegswunsch führen kann. Patientinnen und Patienten benötigen Zeit und Zuwendung von den Pflegekräften. Eine ausreichende Personalausstattung ist ein wesentliches Merkmal von Qualität in der Versorgung. Sie soll auf der Basis nachvollziehbarer Kalkulationsschlüssel sichergestellt werden und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Dazu gehört eine angemessene tarifliche Ver-gütung sowie die geeignete und tatsächlich realisierbare Mitarbeiterförderung auf allen Ebenen, z. B. mit Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Es bedarf einer zeitgemäßen Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Hier können in allen Berufsfeldern z. B. Teilzeitmodelle, regelhaft professionelle Supervisionsangebote, die Möglichkeiten mobilen Arbeitens etc. Anwendung finden, die Mitarbeiterzufriedenheit stärken und zur langfristigen Personalbindung beitragen. Die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist ein weiteres, wesentliches Gestaltungsinstrument. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit müssen integraler Bestandteil der verschiedenen Ausbildungs- und Studiengänge sein. Darüberhinaus leistet die Verankerung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) grundsätzlich einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit bei der Arbeit.

- Insbesondere digitale Anwendungen, die der Entlastung von nicht originären Aufgaben dienen, sollten in allen Bereichen noch mehr zum Einsatz kommen. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinisch-pflegerischer und pharmazeutischer Berufe muss dazu in geeigneter Weise den digitalen Möglichkeiten und Entwicklungen Rechnung getragen werden. Gleichzeitig sollten seitens der Arbeitgeber organisatorische Maßnahmen, die Fachkräfte von nicht originären Aufgaben entlasten, forciert werden.
- Bedarfe für neue Berufsfelder, z. B. durch immer breitere Aufgabenspektren unterschiedlicher Qualifikationsgrade innerhalb eines bestehenden Berufsbildes oder aufgrund neuer Technologien (z. B. der Digitalisierung, künstlicher Intelligenz etc.) müssen von Berufsverbänden, wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Forschung und Lehre im Blick behalten werden. Entsprechend ist die Palette der akademischen und der Ausbildungsberufe bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Die Arbeitgeber, ebenso die Ausbildungsinstitute im Gesundheitswesen können von diesem dynamischen Prozess profitieren, wenn sie ihn aktiv fördern und unterstützen.
- Innovative Versorgungsmodelle z. B. in Form lokaler interdisziplinärer Gesundheitszentren sollen durch die Partner der Selbstverwaltung, unterstützt durch die Landesregierung, entwickelt werden. Sie könnten nicht nur inhaltlich oder geografisch begründete spezialisierte Angebote ermöglichen, sondern, wie z. B. in der Klinik der Hebammenkreißsaal, auch in neuen Arbeitsmodellen Mitarbeiterzufriedenheit und -bindung fördern.
- In einer pluralen Gesellschaft müssen auch weniger qualifizierte Menschen Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten finden. Auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung gibt es neben einer zunehmenden Spezialisierung und Akademisierung gleichwohl weiter einfachere Tätigkeiten. So sollten auch für weniger Qualifizierte mit Affinität zum Gesundheitswesen niedrigschwellige berufliche Zugänge bestehen. Auch hier gilt es weiter den Bedarf an geeigneten Berufsbildern im Blick zu behalten. Die individuelle berufliche Historie soll darüber hinaus Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten beinhalten können.
- Die Kammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Berufsverbände fördern weiterhin die Bereitschaft zur beruflichen Selbstständigkeit, z. B. über Fortbildungen und Informationsveranstaltungen. Diese helfen dabei, bestehende Hemmnisse abzubauen. Darüber hinaus müssen zur Förderung der Niederlassung attraktivere Rahmenbedingungen geschaffen werden, insbesondere durch eine Reduzierung von Bürokratie.

- Darüber hinaus erhöht eine Verbesserung der Infrastruktur in ländlichen Regionen die Attraktivität von ärztlichen Niederlassungen. Bewährte Ansätze wie das Hausarztaktionsprogramm, Quereinsteigermodell oder das Qualifizierungsjahr sollen fortgeführt werden, um die hausärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum und kleineren Kommunen weiter zu stärken.
- Seitens der Apothekerschaft und der Hochschulen sind Konzepte zu entwickeln, wie der Beruf der Apothekerin / des Apothekers im ländlichen Raum attraktiver gestaltet und wie der Weg in die Selbstständigkeit der künftigen Absolventinnen und Absolventen im ländlichen Raum gefördert werden kann.
- Die Landesregierung wird aufgefordert, sich auch weiterhin für den Erhalt der inhabergeführten Apotheke vor Ort als wichtigen Baustein der Daseinsvorsorge auf Landes- und Bundesebene einzusetzen, damit stabile wirtschaftliche Rahmenbedingungen bestehen bleiben.
- Defiziten in der räumlichen Verteilung sowohl im Bereich der Medizin als auch der Pharmazie ist damit insbesondere durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Apothekerschaft weiter steuernd entgegenzuwirken.

Der öffentliche Gesundheitsdienst:

- Um dem Mangel an Fachpersonal wirksam zu begegnen, sind auch für die Fachberufe im ÖGD die Fort-, Weiter- und Ausbildung zu stärken. Hierzu müssen die Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen (wie z. B. die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf) bereits jetzt Strukturen auf- bzw. ausbauen, um die erhöhten Anforderungen an die Fortbildungsbedarfe erfüllen zu können.
- Der ÖGD ist in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und weiter zu entwickeln. Die LGK begrüßt deshalb den Pakt für den ÖGD und wird dessen Umsetzung nach Kräften unterstützen.
- Für eine positive Wahrnehmung des ÖGD ist es wichtig, dass die Tätigkeit und Maßnahmen des ÖGD sichtbar und verständlich sind. Die Kommunikation zur Tätigkeit und Bedeutung des ÖGD ist auf allen Ebenen weiter zu verbessern und auszubauen.
- Zur Attraktivitätssteigerung des Berufsfelds sollte das Besoldungs- und Bezahlungsgefüge für Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst unter Beachtung der Tarifautonomie weiterentwickelt werden.