

Aufsätze

Prof. Dr. Werner Vogd*

Die Quadratur des Kreises – gesellschaftstheoretische und praxeologische Perspektiven auf den Personal-mangel im Gesundheitswesen

GESR0080710

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor einer zunehmenden Personalkrise, deren Ursachen weit über den demographischen Wandel oder reine Kapazitätsprobleme hinausgehen. In diesem Beitrag wird argumentiert, dass der Personalmangel strukturell bedingt ist und aus der Kollision inkompatibler gesellschaftlicher Funktionslogiken resultiert. Am Beispiel der Einführung von Künstlicher Intelligenz (KI) in einer Universitätsklinik wird zunächst gezeigt, wie divergierende Rationalitäten von Medizin, Recht, Politik und Ökonomie in der Praxis aufeinandertreffen und paradoxe Effekte hervorrufen. Darauf aufbauend verfolgt der Text eine doppelte theoretische Perspektive: Einerseits werden die konkreten Praktiken und Handlungsmuster im Klinikalltag praxeologisch analysiert, andererseits erfolgt eine gesellschaftstheoretische Reflexion, insbesondere mit Bezug auf die Systemtheorie Niklas Luhmanns. Ziel ist es, blinde Flecken sichtbar zu machen und die spezifischen Herausforderungen an das Medizinrecht herauszuarbeiten, das in diesem Spannungsfeld häufig ungewollt zusätzliche Belastungen schafft, anstatt bestehende Konflikte zu entschärfen. (Vgl. hier für das Krankenhaus z.B. die ethnographisch-rekonstruktive Arbeit zur Einführung des DRG-Systems [W. Vogd, Die Organisation Krankenhaus im Wandel: eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure, 2006] und die Studie zum Krankenhausmanagement [W. Vogd/M. Feißt/K. Molzberger/A. Ostermann/J. Slotta, Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement: zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten, 2018]. In diesen Beiträgen wird

dann auch die praxeologische Perspektive deutlicher, während sie hier nur angedeutet werden kann.)

I. Ausgangssituation: die Logiken von Medizin, Ökonomie und Recht sind inkommensurabel

Als Einstieg in diese Problematik dient ein Fallbeispiel, das im Winter 2024 im Rahmen einer Abschlussprüfung im MA-Studiengang Ethik & Organisation präsentiert wurde und sich mit dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) im Krankenhausalltag beschäftigt. Konkret hat eine Universitätsklinik KI-basierte Technologien zur Verbesserung der diagnostischen Qualität implementiert, um insbesondere Assistenzärzte im Nachtdienst bei der Befundung von Röntgenbildern zu unterstützen. Die KI sollte Entscheidungshilfen liefern, ob aufgrund einer Verschlechterung des Zustands des Patienten ein sofortiges Eingreifen erforderlich ist. In der praktischen Umsetzung zeigte sich jedoch, dass das KI-System Diagnosen formulierte, die zwar überwiegend keine akute Lebensgefahr attestierten, gleichzeitig aber eine Restwahrscheinlichkeit schwerwiegender Komplikationen nicht ausschlossen. Aufgrund der automatisierten Übernahme dieser KI-Befunde in die elektronische Patientenakte sahen sich die behandelnden Ärzte gezwungen, zu-

* Bei dem Beitrag handelt es sich um die Aufsatzfassung des Vortrags, den der Verfasser am 12.3.2025 beim 10. Bucerius-Medizinrechtstag in Hamburg gehalten hat.

sätzliche Untersuchungen durchzuführen und die zuständigen Oberärzte im Hintergrunddienst hinzuzuziehen. Die ursprünglich angestrebte Arbeitersparnis wurde somit durch einen erheblichen Mehraufwand konterkariert, für den keine zusätzlichen Personalressourcen vorgesehen waren.

Aus organisationssoziologischer Sicht illustriert dieses Beispiel einen grundlegenden Konflikt zwischen unterschiedlichen Systemrationalitäten – Recht, Medizin, Wissenschaft und Wirtschaft: Aus betriebswirtschaftlicher Sicht verspricht man sich von dem System Effizienzgewinne. Die Entwickler der KI, vermutlich Ingenieure und Naturwissenschaftler, orientieren sich an einem wissenschaftstheoretischen Verständnis, das – dem Popperschen Falsifikationsprinzip folgend – nur Wahrscheinlichkeiten jedoch keine absoluten Gewissheiten liefert.¹ Demgegenüber verlangt die rechtliche Rationalität bei auch nur geringer diagnostischer Unsicherheit eine vollständige Abklärung, um Haftungsrisiken oder strafrechtliche Konsequenzen zu vermeiden. Dies ist jedoch aus organisatorischen Gründen – schon wegen der begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen – nicht möglich.

Bei der Frage nach dem akzeptablen Risiko stoßen wir hier auf einen wohl unüberbrückbaren Hiatus zwischen rechtlich-normativem Anspruch und praktisch Machbarem.

Aus medizinsoziologischer Perspektive hat bereits Renée Fox² in ihrer klassischen Studie „Training for Uncertainty“ gezeigt, dass ärztliches (und pflegerisches) Handeln im klinischen Alltag immer auch von Unsicherheiten geprägt ist, die angesichts von Zeitdruck und Ressourcenknappheit pragmatisch ausgehalten werden müssen. In der organisatorischen Praxis wird dieser Unsicherheit in der Regel dadurch begegnet, dass mit normativer Autorität ausgestattete Entscheidungsrollen – etwa Oberärzte oder Radiologen – verbindliche Diagnosen formulieren, die dann auch dokumentiert werden, selbst wenn externe Beobachter die diagnostische Eindeutigkeit in Frage stellen könnten.³

1. Das Personalproblem unter dem Blickwinkel inkommensurabler Logiken

Im Folgenden soll das Problem des Personalmangels systematischer angegangen werden. Ausgangspunkt ist eine gesellschaftstheoretische Perspektive im Anschluss an Niklas Luhmann. In seinem Aufsatz „Anspruchsinflation im Krankheitssystem“ diagnostiziert Luhmann⁴, dass die Eigenlogik des Medizinsystems strukturell auf unbegrenztes Wachstum angelegt sei. Es gebe keinen inneren Grund, nicht weitere Krankheitsbilder zu erfassen oder Behandlungen mit zunehmender Differenzierung und technischer Komplexität durchzuführen. Im Gegenteil, getrieben durch den wissenschaftlichen Fortschritt steigen die Erwartungen an die medizinischen Leistungserbringer stetig – wo eine individualisierte Therapie möglich ist, erscheint es medizinisch kaum geboten, darauf zu verzichten.

Die Grenzen ärztlichen Handelns werden also nicht systemintern, sondern ausschließlich von außen gesetzt – durch begrenzte Ressourcen technischer, finanzieller und personeller Art. Diese Ressourcen wiederum stehen in Konkurrenz zu anderen gesellschaftlichen Funktionssystemen (z.B. Bildung, Wissenschaft, Kultur). Vor diesem Hintergrund erweist sich die verbreitete Erwartung, die Herausforderungen des Gesund-

heitswesens ließen sich durch „Rationalisierung“ statt „Rationierung“ lösen⁵, als trügerisch. Insbesondere die zunehmende fachliche Ausdifferenzierung der Medizin produziert zudem zusätzliche Schnittstellenprobleme, die wiederum Koordinationsaufwand erzeugen. So führt beispielsweise der Einsatz von KI-Systemen in der Diagnostik zu einer höheren Entdeckungsrates seltener oder bisher unbeachteter Krankheitsbilder – mit der Folge eines erhöhten diagnostischen Aufwands, der zusätzliche Ressourcen bindet.

Die politische Reaktion auf diese Anspruchsspirale erfolgt typischerweise über ökonomische und rechtliche Steuerungsinstrumente. Angesichts der Inkommensurabilität systemischer Eigenlogiken ist jedoch zu konstatieren, dass die fortschreitende Verrechtlichung und Ökonomisierung medizinischer Praxis keineswegs zu effizienteren oder „besseren“ Ergebnissen führen. Vielmehr kommt es zu einer wechselseitigen Verstärkung regulatorischer Eingriffe: Politisch induzierter Steuerungsdruck, rechtliche Absicherungsnotwendigkeiten und ökonomische Effizienzvorgaben erzeugen ein engmaschiges Netz von Anforderungen, das wiederum neuen Regelungsbedarf – und Aufwand – erzeugt. Dies führt tendenziell zu einer Entfremdung des medizinischen Personals von ihrem Beruf, da fachfremde Tätigkeiten, die primär der Legitimation dienen, immer mehr Raum einnehmen.

Der Verdacht, dass medizinische Leistungen primär aus ökonomischen Gründen erbracht werden, führt zu weiteren rechtlichen Regulierungen und dokumentationsgestützten Kontrollen – mit der Folge einer zunehmenden Divergenz zwischen dokumentierter und gelebter Praxis. Die „Aktenlage“, d.h. das rechtlich relevante, schriftlich fixierte Handeln, unterscheidet sich jedoch in vielerlei Hinsicht von der tatsächlichen klinischen Praxis. Bereits Heath und Luff⁶ sprachen in diesem Zu-

1 Hinzu kommt als weitere Problematik, dass künstliche Intelligenzen in ihrer Arbeitsweise prinzipiell intransparent sind, d.h. – auch wenn z.B. der AI Act der Europäischen Union das Gegenteil fordert – in der Praxis nicht wirklich nachvollziehbar ist, wie sie zu ihren Schlussfolgerungen kommt (s. grundlegend W. Vogd/J. Harth, Das Bewusstsein der Maschinen – die Mechanik des Bewusstseins. Mit Gotthard Günther über die Zukunft menschlicher und künstlicher Intelligenz nachdenken).

2 R. Fox, Training for Uncertainty. In R. K. Merton/G. G. Reader/P. L. Kendall (Hrsg.), The Student Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education, 1969, S. 207–241.

3 Um die Argumentation in Richtung einer gesellschaftstheoretischen Perspektive zu erweitern: Die Politik wiederum vermeidet es häufig aus wahltaktischen Gründen, die Komplexität, die inhärenten Dilemmata und die Grenzen des Machbaren offen anzuerkennen. Stattdessen setzt sie auf Fortschrittsprogramme wie die verstärkte Digitalisierung und auf Reformen, die Qualität per Dekret zu sichern versuchen, ohne die daraus resultierenden Belastungen für das Krankenhauspersonal zu berücksichtigen. Medizin, Ökonomie, Wissenschaft, Recht und Politik folgen dabei jeweils ihrer eigenen Logik. In der Organisation Krankenhaus müssen diese inkommensurablen Rationalitäten in ein möglichst praktikables Arrangement gebracht werden – ein Unterfangen, das zunehmend schwieriger zu realisieren ist, wie bereits das angeführte Beispiel zeigt.

4 N. Luhmann, Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In P. Herder-Dorneich/A. Schuller (Hrsg.), Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?, 1983, S. 28–49.

5 F. Porzolt, Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem, Münchner Medizinische Wochenschrift, 138, 1996, 608–611.

6 C. Heath/P. Luff, Documents and Professional Practice: 'bad' organisational reasons for 'good' clinical records. Proceedings of the Conference on Computer Supported Cooperative Work, Boston, ACM Press, 1996, 354–363.

sammenhang von „bad organisational reasons for good clinical records“ und verwiesen damit auf strukturell bedingte Verzerrungen der Dokumentationspraxis, die organisatorischen Rationalitäten dienen, ohne notwendigerweise die Versorgungsqualität zu verbessern.

Organisationen wie das Krankenhaus oder das Altenheim sind gezwungen, mit diesen strukturellen Lagerungen umzugehen. In Bezug auf den Personalmangel lassen sich dabei mindestens vier zentrale Paradoxien identifizieren:

1. *Fortschrittsparadox:* Medizinischer Fortschritt erzeugt paradoxerweise zusätzlichen Behandlungsbedarf. Akute Erkrankungen werden häufiger überlebt, was zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen führt. Die damit verbundene Hochaltrigkeit geht wiederum mit komplexen Krankheitsbildern vor allem in der letzten Lebensphase einher, die einen stetig steigenden Pflegebedarf nach sich ziehen.
2. *Ökonomisierungsparadox:* Der Kostendruck im Gesundheitswesen führt zum Abbau von Personal- und Ausbildungskapazitäten. Dies erhöht die Belastung des verbleibenden Personals und steigert die Gefahr von Burnout. Gleichzeitig werden ökonomische Steuerungsanreize gesetzt, die häufig kontraproduktiv wirken – etwa mit dem Einsatz teurerer Leiharbeitskräfte oder aufgrund von Stationsschließungen wegen unzureichender Personalausstattung.
3. *Bürokratieparadox:* Die juristisch motivierte Verrechtlichung von Qualität führt zu verstärktem Dokumentationsaufwand und zur Ausweitung medizinisch nicht indizierter Maßnahmen⁷, was zu Lasten der Interaktion mit Patienten geht. Der klinische Alltag kann damit zunehmend in einen „Als-ob-Modus“ geraten – etwa wenn formale korrekte Aufklärungsbögen das Gespräch mit den Patienten ersetzen.
4. *Politisierungsparadox:* Politische Akteure sind gefordert, die strukturellen Probleme der Gesundheitsversorgung offen zu thematisieren. Aufgrund politischer Opportunitätsstrukturen unterbleibt dies jedoch häufig. So erscheint etwa die Lösung des Personalmangels durch gezielte Zuwanderung aus Nicht-EU-Staaten zwar sachlich geboten, ist aber politisch kaum vermittelbar.⁸ Umgekehrt ist auch eine Reduktion des medizinischen Leistungsversprechens gesellschaftlich und politisch nicht konsensfähig – selbst wenn sie aus ökonomischer Sicht unumgänglich wäre und auch aus medizinischer Sicht einiges dafür spricht.⁹

Diese strukturellen Paradoxien führen zu einer ernüchternden Diagnose: Das Krankenhaus muss, wie schon Meyer und Zucker¹⁰ (1989) in ihrer Analyse formulierten, als eine „permanently failing organization“ angesehen werden, deren Funktionalität trotz systemischer Dysfunktionalität aufrechterhalten werden muss. Denn angesichts der politisch, rechtlich und ökonomisch erzeugten Erwartungsdynamiken ist nicht zu erwarten, dass sich diese Situation grundlegend ändern wird. Auch die strukturelle Überlastung des Personals einschließlich unbezahlter Überstunden und chronischer Erschöpfung ist in diesem Gefüge systemisch verankert.¹¹

Die Komplexität des Problems tritt hier besonders deutlich zutage: Die zuvor skizzierten Systemrationalitäten stehen nicht nur in einem Spannungsverhältnis zueinander, sondern ver-

stärken sich auf problematische Weise gegenseitig. Die Hoffnung, durch Verrechtlichung und Ökonomisierung eine effizientere und bessere Medizin zu etablieren, erweist sich in der Praxis als trügerisch. Jede der beteiligten Logiken – die ökonomische (Kostenkontrolle, Gewinnorientierung), die juristische (Absicherung, Rechtssicherheit) und die medizinische (patientenorientierte Behandlung, bestmögliche Versorgung) – folgt eigenen Zielsetzungen, die sich nicht zwangsläufig miteinander vereinbaren lassen. Vielmehr führt ihr gleichzeitiges Wachstum und ihre wechselseitige Verflechtung häufig zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität sowie zu einer zunehmenden Arbeitsbelastung des Personals.

Besonders deutlich wurde dies bei der Einführung der DRGs (Diagnosis-Related Groups). Als ökonomisches Anreizsystem war damit ursprünglich das Ziel verbunden, die Effizienz zu steigern und die bürokratischen Strukturen der Krankenhäuser der 70er Jahre zu überwinden.¹² In der Praxis hat dies jedoch dazu geführt, dass medizinische Leistungen unter dem Verdacht stehen, primär aus ökonomischen Gründen erbracht zu werden, was wiederum zu zunehmenden gesetzlichen Kontrollen und bürokratischem Dokumentationsaufwand führt. Dieser Dokumentationsaufwand bindet mittlerweile bis zu 30 Prozent der Arbeitszeit des medizinischen Personals¹³ – Arbeitszeit, die nicht mehr für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung steht, während gleichzeitig die Krankenhausaussgaben insgesamt deutlich gestiegen sind.

Die Gesundheitspolitik hat die damit verbundenen Fehlanreize inzwischen erkannt und versucht, diese zu korrigieren. Das vom Bundeskabinett verabschiedete „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen“ folgt jedoch erkennbar der Logik des „Mehr vom Gleichen“ – einer Strategie, die auf die Stärkung bestehender Steuerungsmodi setzt, anstatt deren systemische Voraussetzungen grundlegend zu hinterfragen. Die ökonomischen Anreize, die bisher zu einer deutlichen Leistungsausweitung – und damit Kostensteigerung – geführt haben, bleiben bestehen. Ausdruck dieser Tendenz ist der über 12.000 Seiten umfassende „Grouper“, der die Kriterien für die Leistungsgruppenstan-

7 Vgl. z.B. M. L. DeKay/D. A. Asch, Is the defensive use of diagnostic tests good for patients or bad?, *Medical Decision Making*, 18(1), 1998, 19–28.

8 Laut der *European Website on Integration (EU)* waren im Juni 2023 rund 1,7 Millionen Menschen sozialversicherungspflichtig in der Pflege beschäftigt, wobei der Anteil ausländischer Beschäftigter in der Altenpflege zwischen 2013 und 2023 um 273 Prozent zunahm, was fast 87.000 Personen entspricht. In der Krankenpflege lag der Zuwachs bei 256 Prozent. Der Anteil ausländischer Pflegekräfte stieg damit in der Krankenpflege von 4,9 auf 14,5 Prozent, in der Altenpflege auf 18,9 Prozent. Quelle: https://migrant-integration.ec.europa.eu/news/pflegeberufe-auslaendisch-e-fachkraefte-als-entscheidender-wachstumsfaktor_de (Abruf 8.3.2025).

9 Siehe etwa R. Smith, Too much medicine? Almost certainly. (Editorial), *British Medical Journal*, 324, 2001, 859–860.

10 M. W. Meyer/L. G. Zucker, *Permanently Failing Organizations*, Newbury Park/CA, 1989.

11 Vgl. aus der Sicht des Krankenhausmanagements, das an den Verhältnissen scheitern muss, W. Vogd, Sisyphos im Krankenhaus. Management am Rande des Möglichen. *Organisationsentwicklung*, 2025(2), 6–10.

12 Siehe als gute Einführung in die Problematik S. Samuel/M. W. Dirsmitz/B. McElroy, Monetized medicine: from physical to the fiscal. *Accounting Organizations and Society*, 30, 2005, 249–278.

13 N. Jachertz, 58. Bayerischer Ärztetag: Bürokratie überwuchert den Arztberuf. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(42), 2004, A 2787.

dards festlegt und damit die bürokratische Komplexität weiter erhöht¹⁴.

Vor dem Hintergrund, dass bereits im Jahr 2022 rund 54 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser mit mehr als 100 Betten ein negatives Jahresergebnis verzeichneten und für das Jahr 2024 ein Anstieg auf bis zu 78 Prozent prognostiziert wurde¹⁵, erscheint die Reform weniger als Beitrag zur strukturellen Stabilisierung, sondern muss vielmehr als weiterer Treiber der ökonomischen und administrativen Belastung des Krankenhauspersonals angesehen werden. Statt die strukturellen Herausforderungen vor Ort anzugehen (etwa die Versorgungssituation in ländlichen Regionen mit einer alternden Bevölkerung), zwingt die Reform die Krankenhäuser zu neuen, nochmals verschärften bürokratischen Anforderungen. Dies führt zwangsläufig dazu, dass personelle und zeitliche Ressourcen von der unmittelbaren medizinischen und pflegerischen Versorgung abgezogen werden. Rüegg-Stürm¹⁶ warnte in diesem Zusammenhang bereits vor der Gefahr einer „Traumatisierung“ der Organisationskulturen in Medizin und Pflege. Diese manifestiert sich insbesondere dann, wenn die traditionell hohe intrinsische Motivation des ärztlichen und pflegerischen Personals – als Reaktion auf fachfremde Anforderungen und strukturelle Überforderung – durch eine zynisch-resignative Haltung ersetzt wird. Die Folgen sind nicht nur eine zunehmende Personalfluktuation, sondern auch eine weitere Verschärfung der systemischen Probleme.

2. Die Rechtliche Konditionierung des Personalproblems

Betrachten wir ergänzend zu der zuvor skizzierten Problematik, wie insbesondere das Recht nicht nur eigene, zunächst durchaus berechnete Ansprüche formuliert, die jedoch paradoxe Nebenfolgen nach sich ziehen, indem sie das Spannungsfeld der inkommensurablen Logiken von Medizin, Ökonomie und Politik weiter zuspitzen.

Aus arbeitsrechtlicher Sicht stellt beispielsweise die Einführung eines gesetzlich verbindlichen Mindestlohns Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen vor erhebliche Herausforderungen. Zwar ist der Mindestlohn sozialpolitisch sinnvoll und rechtlich unumgänglich, er erzeugt aber wirtschaftlichen Druck auf Einrichtungen, die im Rahmen des DRG-Systems und der Abrechnungskataloge ohnehin knapp kalkulieren müssen.

Das Tarifrecht verschärft diese Situation zusätzlich. Tarifverträge, die ursprünglich für stabile Beschäftigungsverhältnisse und angemessene Vergütungen sorgen sollten, stehen heute häufig im Widerspruch zur wirtschaftlichen Realität der Krankenhäuser. Da die Tarifabschlüsse regelmäßig über den Refinanzierungsmöglichkeiten liegen, befinden sich die Häuser in der paradoxen Situation, einerseits Personal abbauen oder Abteilungen schließen zu müssen, um Kosten zu sparen, andererseits aber die neuen Tarifverträge umsetzen zu müssen.

Im Bereich des Arbeitszeitrechts wird das Spannungsfeld zwischen rechtlichen Vorgaben und medizinischer Praxis besonders deutlich. Die europarechtlichen Vorgaben zur wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 48 Stunden (einschließlich Bereitschaftsdienst) sind aus arbeitsmedizinischer Sicht nachvollziehbar. In der Praxis führt dies jedoch zu einer drastischen Verknappung der verfügbaren Personalressourcen, die gerade in Zeiten des Personalmangels kaum zu bewältigen ist. Die vor-

geschriebenen Ruhezeiten, Höchstarbeitszeiten und Pausenregelungen zwingen die Krankenhäuser zu aufwendigen Schichtsystemen, die die Arbeitsorganisation und Personalplanung zusätzlich erschweren und bürokratisieren, zumal dann insbesondere den Ärzten faktisch weiterhin in nicht unerheblichem Umfang inoffizielle (und unbezahlte) Mehrarbeit abverlangt wird, um die Arbeit überhaupt leisten zu können.

Das Berufsrecht der Gesundheitsberufe (Approbationsordnung, Pflegeberufgesetz etc.) verlangt spezifische Qualifikationen und Prüfungen, die einerseits eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen sollen, andererseits aber die Rekrutierung und den Einsatz flexibler Arbeitskräfte erschweren. Gerade angesichts des Personalmangels in peripheren Regionen verschärft dies das Problem der Besetzung offener Stellen, da die vorgeschriebenen Qualifikationen kurz- und mittelfristig nicht erfüllt werden können.

Das Sozialrecht wiederum verlangt die Einhaltung umfangreicher formaler Vorgaben bei der Abrechnung von Gesundheitsleistungen und führt damit zu einer erheblichen Zunahme bürokratischer Tätigkeiten. Im Haftungs- und Arztrecht entsteht zusätzlicher Druck durch die ständige Sorge vor juristischen Konsequenzen, woraus zunehmend eine „defensive Medizin“ resultiert. Dies führt dazu, dass unnötige Diagnostik oder Therapien durchgeführt werden, deren Nutzen medizinisch fragwürdig ist¹⁷. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Recht zwar berechnete Anforderungen formuliert und durchzusetzen sucht, dadurch aber zusätzliche Belastungen schafft, welche die ohnehin angespannte Lage weiter zuspitzen.

II. Die Personalproblematik in Zahlen: Es wird nicht besser.

1. Unbesetzte Stellen, Verdichtung der Arbeit und Burnout

Ein Blick auf die demografischen Entwicklungen macht deutlich, dass sich die skizzierten Herausforderungen in Hinsicht auf die Personalproblematik in Zukunft weiter verschärfen werden. Bereits heute besteht eine erhebliche Versorgungslücke: Die Zahl der fehlenden Pflegekräfte liegt bereits im sechsstelligen Bereich. Prognosen gehen davon aus, dass sich diese Lücke bis 2034 auf rund 350.000 unbesetzte Stellen ausweiten wird und bis 2049 auf knapp 700.000 ansteigen könnte.¹⁸ Bereits heute berichten 97 Prozent der Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten von erheblichen Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Pflegestellen.¹⁹ Gleichzeitig ist das vorhande-

14 Vgl. T. Kotlorz, 12 210 Seiten für die Kliniken, 2025.

15 K. Blum/M. Filser/R. Heber/A. Leysen/S. Löffert/A. K. Parloh u.w., Krankenhaus Barometer. Umfrage 2023, Düsseldorf.

16 J. Rüegg-Stürm, Die Prozessqualität ist die Grundlage. Wege zu einer besseren Kosteneffizienz von Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt, 104 (50), 2007, A 3464 (3464 ff.).

17 Siehe bereits M. L. DeKay/D. A. Asch, Is the defensive use of diagnostic tests good for patients or bad?, Medical Decision Making, 18(1), 1998, 19–28.

18 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_03_23_12.html (Abruf: 29.3.2025).

19 V. Penter/K. Blum/L. Schuhmacher, BDO/DKI-Studie 2023 „Personalnotstand im Krankenhaus – Quo vadis?“, S. 10.

ne Personal vielfach an der Belastungsgrenze: Über 60 Prozent der Pflegekräfte berichten laut dem BARMER-Pflegesurvey²⁰ von massiven Erschöpfungssymptomen bis hin zum Burnout – ein Anstieg um rund 50 Prozent im Vergleich zur Situation vor der COVID-19-Pandemie. Rund 40 Prozent denken konkret über einen vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf nach. Diese Entwicklungen deuten auf eine sich selbst verstärkende Dynamik hin, in der Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und psychische Belastungen in einer wechselseitigen Verschränkung stehen.²¹ Getrieben wird diese Entwicklung nicht zuletzt durch die fortschreitende Verdichtung der Arbeitsprozesse im Krankenhausbetrieb: Zwischen 1991 und 2019 hat sich die durchschnittliche Verweildauer stationär behandelter Patienten von 14 auf 7,2 Tage fast halbiert. Gleichzeitig wurde die Zahl der Krankenhausbetten von rund 660.000 auf rund 490.000 reduziert. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Fälle jedoch um rund 33 Prozent an.²²

Auch die Nachwuchsgewinnung erweist sich zunehmend als problematisch. Der Pflegeberuf verliert an Attraktivität – nicht nur wegen der Arbeitsbedingungen, sondern auch mit Blick auf Anerkennung, Karrierechancen und Vergütung. 2023 konnten nur 55 Prozent der Ausbildungsplätze für Pflegefachkräfte besetzt werden. In anderen Gesundheitsberufen zeigt sich ein ähnliches Bild: Bei Physiotherapeuten lag die Quote bei 62 Prozent, bei medizinisch-technischen Laborassistenten bei 59 Prozent, bei Hebammen bei 53 Prozent und bei Orthoptisten bei 50 Prozent. Besonders kritisch ist die Lage bei den medizinisch-technischen Assistenten für Funktionsdiagnostik mit nur 43 Prozent.²³

2. Prognosen

Die vorangehenden Zahlen verdeutlichen, dass der Personalmangel im Gesundheitswesen nicht allein auf aktuelle Arbeitsüberlastungen oder den demografischen Wandel zurückzuführen ist, sondern auch Ausdruck einer tiefgreifenden und anhaltenden Attraktivitätskrise der Gesundheitsberufe ist, die sich ohne strukturelle und politische Gegenmaßnahmen in den kommenden Jahren weiter verschärfen dürfte. Dies gilt umso mehr, als sich die Altersstruktur der Bevölkerung – nicht zuletzt aufgrund des medizinischen Fortschritts – zunehmend in Richtung einer alternden Gesellschaft verschiebt, was in vielen medizinischen Fachgebieten einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen erwarten lässt. Prognosen für den Zeitraum 2019 bis 2030 gehen von flächendeckenden Steigerungen aus – insbesondere in der Geriatrie mit einem erwarteten Zuwachs von 17,7 Prozent, gefolgt von der Inneren Medizin (7,8 Prozent) und der Herzchirurgie (7,6 Prozent).²⁴ Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht zeichnen sich erhebliche Belastungen ab: Je nach Variante der Bevölkerungsvorausberechnung (insbesondere in Abhängigkeit von Zuwanderung und Geburtenrate) variieren die Prognosen der Gesundheitsausgaben pro Kopf ein wenig. Im Jahr 2021 lagen sie bei rund 4.000 € pro Kopf. Bis 2050 wird je nach Szenario ein Anstieg auf etwa 11.000 bis 12.000 € erwartet – fast eine Verdreifachung.²⁵ Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist in einer mittleren Variante mit einem Anstieg des Anteils von derzeit rund 9 Prozent auf bis zu 11 Prozent zu rechnen. Diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass der Ressourcendruck im Gesundheitswesen langfristig nicht nachlassen, sondern sich sowohl in finanzieller als auch in personeller Hinsicht weiter verschärfen wird. Der gegenwärtige

Personalmangel erscheint damit nicht (nur) als temporäre Fehlentwicklung, sondern als Ausdruck einer strukturellen Schieflage, die tief im gesellschaftlichen Wandel und der Logik moderner Gesundheitsversorgung verankert ist.²⁶

III. Die Quadratur des Kreises: zum strukturellen Dilemma des Personalmangels im Gesundheitswesen

Die gegenwärtige Krise des Gesundheitswesens lässt sich nicht mehr als reines Kapazitätsproblem begreifen, sondern erweist sich bei genauerem Hinsehen als Ergebnis einer tiefgreifenden, strukturell verankerten Verschränkung von inkompatiblen Systemlogiken und demographischen Entwicklungen. Um es noch einmal zusammenzufassen: Mit dem medizinischen Fortschritt steigen die Erwartungen an Diagnostik und Therapie kontinuierlich, was zusätzliche Ressourcen erfordert, die aus ökonomischer Sicht nicht refinanzierbar sind. Die Politik reagiert mit Steuerungsmaßnahmen, die auf ökonomischer und rechtlicher Ebene ansetzen, aber neue bürokratische Anforderungen und Kontrollsysteme erzeugen. Als Folge dieses sich selbst verstärkenden Regulierungsregimes verliert das medizinische Personal nicht nur faktisch an Zeit, sondern auch psychologisch an Autonomie und Motivation. Die Folge: Personalmangel, verstärkt durch Überlastung, führt zu weiterem Personalmangel – ein Circulus vitiosus. Verschärft wird dies durch die demografische Entwicklung einer alternden Gesellschaft, die sich politisch aber zunehmend schwertut, die Personalprobleme in der Alten- und Krankenpflege durch eine offen gestaltete Zuwanderung zu lösen. Die Organisationen der Alten- und Krankenpflege werden daher in Zukunft vermutlich nicht in ihrer alten Konfiguration fortbestehen können. Wahrscheinlicher ist ein tiefgreifender Wandel, der ihren institutionellen Charakter und ihre gesellschaftliche Verankerung grundlegend verändert.

1. Zukunftsszenarien

Angesichts dieser Entwicklungen sind etwa mit Blick auf die Situation der Pflege verschiedene Zukunftsszenarien denkbar: Es könnte ein Szenario eintreten, das mit Blick auf südamerikani-

- 20 M. Beer/C. Fuhrken, Pflegestudie 2.0. Ressourcen- und Belastungsanalyse von Pflegekräften, 2023, S. 14 ff.
- 21 M. Beer/C. Fuhrken/L. Böhling, Pflegestudie 2.0. Wiederholte Ressourcen- und Belastungsanalyse bei Pflegekräften, 2023, S. 29 ff.
- 22 R. Minz/D. Grüttnert/M. von Heusinger-Lender, Krankenhaus 2030 – Was sich ändern muss, Gefäßchirurgie, 28(2), 2023, 98–107 (99 ff.).
- 23 R. Minz/D. Grüttnert/M. von Heusinger-Lender, Krankenhaus 2030 – Was sich ändern muss, Gefäßchirurgie, 28(2), 2023, 98–107 (105).
- 24 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318712/umfrage/krankenhäuser-entwicklung-der-fallzahlen-nach-fachbereichen/> (Abruf: 29.3.2025).
- 25 G. Zeddes, Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben. Wirtschaftsdienst, 103(6), 2023, 424–426.
- 26 Vgl. zum Status quo, den Prognosen und dem Vergleich mit anderen europäischen Ländern auch Karagiannis et al., Die Gesundheit der Zukunft: Wie wir das System wieder fit machen: Wie wir das System wieder fit machen – Das Gesundheitssystem in Deutschland ... Probleme und Lösungsansätze aus Expertensicht, 2025. Der Vergleich mit anderen Ländern (z.B. Spanien, Norwegen, Großbritannien) mit ähnlicher demographischer Entwicklung bestätigt die These, dass eine aufwendigere bürokratische Steuerung und ein ausgeklügeltes ökonomisches Anreizsystem nicht zwangsläufig zu einer guten Versorgung (im Sinne von Lebensdauer und Lebensqualität) führen. Die Probleme liegen vielmehr in der Art der Organisation und in den Fehlanreizen, die mit den rechtlichen und ökonomischen Steuerungsversuchen einhergehen.

sche Verhältnisse mit Beck als „Brasilianisierung“ bezeichnet werden kann, d.h. der „Einbruch des Prekären, Diskontinuierlichen, Flockigen, Informellen in die westlichen Bastionen der Vollbeschäftigungsgesellschaft“²⁷. Der alte Wohlfahrtsstaat würde zunehmend durch soziale Spaltung ausgehöhlt, etwa wenn nur noch eine Minderheit mit ausreichenden Mitteln für privat finanzierte Pflege zur Verfügung stünde und sich die Mehrheit in prekären Pflegeverhältnissen einrichten müssten. Alternativ könnten sich genossenschaftlich organisierte Pflege-modelle etablieren, in denen Bürger Eigeninitiative zeigen und gemeinschaftlich füreinander sorgen, was allerdings mit einer Deprofessionalisierung der Pflege einhergehen würde. Ein weiteres Szenario sieht die Aufrechterhaltung der wohlfahrtsstaatlichen Pflege durch Zuwanderung und Wirtschaftswachstum mit einem hohen Anteil ausländischer Arbeitskräfte vor. Auch der technische Fortschritt und die Einführung eines Bürgergeldes könnten die Pflege neu definieren und teilweise aus den traditionellen Institutionen herauslösen. Schließlich könnten Pflege und Medizin stark technologisiert und von KI und Robotik dominiert werden, wobei auch hier die monetären Folgekosten des technischen Fortschritts wohl eher unterschätzt werden dürften, zumal sich auch hier gesetzliche Anforderungen (z.B. an die Patientensicherheit), wirtschaftliche Verwertungsinteressen (Erwirtschaftung von Patent- und Entwicklungskosten) und neue Ansprüche an die Pflege gegenseitig hochschaukeln dürften.

Darüber hinaus ist ein Szenario denkbar, in dem der Generationenvertrag zunehmend aufgekündigt wird: Die jüngere Generation könnte aufgrund steigender finanzieller und sozialer Belastungen nicht mehr bereit oder in der Lage sein, die Versorgung der Älteren im gewohnten Umfang zu übernehmen.

Dies würde entweder zu einem drastischen Abbau öffentlicher Pflegeleistungen oder zu einer deutlichen Verschärfung der Zugangsbedingungen zu öffentlich finanzierter Pflege führen, was die sozialen Konflikte zwischen Jung und Alt weiter verschärfen könnte.²⁸ Ein weiteres damit verbundenes Szenario ist die Ausweitung der Euthanasie. Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BVerfG, die den freiwilligen Suizid in Deutschland grundsätzlich ermöglicht hat, könnte die gesellschaftliche Akzeptanz und praktische Unterstützung für ein selbstbestimmtes Lebensende zunehmen. Diese Option könnte nicht nur als individuelle Selbstbestimmung, sondern möglicherweise auch als eine Art gesellschaftlicher Druck wahrgenommen werden, der durch Kosteneinsparungen und Ressourcenenlastungen gefördert wird.

2. Medizin und Recht im Wandel der Zeit

In Hinblick auf die Plausibilität der vorangehenden Szenarien ist zu bedenken, dass der moderne Wohlfahrtsstaat historisch aus spezifischen politischen, rechtlichen und ökonomischen Konstellationen hervorging, die mittlerweile jedoch in dieser Form nicht mehr gegeben sind.²⁹ Insbesondere in Bezug auf die Medizin brachte die moderne Gesellschaft eine klare institutionelle Ordnung hervor, in der ärztliche Behandlung als objektiv, neutral und auf wissenschaftlicher Evidenz basierend verstanden wurde. Diese Konstellation beruhte auf der Gründung des modernen Krankenhauses im preußischen Nationalstaat, welches Ärzte und Patienten zumeist als anonyme Akteure gegenüberstellte und so den Patienten zum bloßen Körper-

objekt reduzierte, während der Arzt als Träger objektiven Wissens galt. Die Institutionalisierung dieses medizinischen Wissens war historisch abhängig von einer politischen und ökonomischen Stabilisierung, die durch wohlfahrtsstaatliche Sozialversicherungssysteme gesichert wurde. Die dadurch entstehende Vertrauensbasis erlaubte es Patienten, die teils erheblichen physischen und psychischen Belastungen medizinischer Eingriffe hinzunehmen.

Spätestens nach den Gräueltaten des Nationalsozialismus und der Einführung des Nürnberger Kodex von 1947, der das Prinzip des „informed consent“ verbindlich machte und den Patienten als autonomes Subjekt in den Mittelpunkt rückte, geriet diese moderne Konstellation jedoch in eine erste Krise. Ärzte konnten nun nicht mehr ausschließlich objektive Instanzen medizinischer Wissensanwendung sein, sondern hatten zunehmend die subjektive Perspektive und Entscheidungshoheit ihrer Patienten zu berücksichtigen, was von nun an auch den Ausgangspunkt medizinrechtlicher Überlegungen bildete.³⁰

Mit der Entwicklung zur reflexiven Moderne nahm diese Komplexität weiter zu. Nach Beck, Giddens und Lash³¹ ist die reflexive Moderne dadurch gekennzeichnet, dass Prozesse und Funktionszusammenhänge, die zuvor als objektiv und eindeutig regulierbar erschienen, nun selbst zum Gegenstand gesellschaftlicher Reflexion werden. Der biologische Körper, vormals als triviale, linear zu behandelnde Maschine gedacht, erweist sich in seinen Reaktionen auf medizinische Interventionen als zunehmend komplex, widersprüchlich und nichtlinear. Diese Unsicherheiten potenzieren sich durch die zunehmende gesellschaftliche Reflexion der medizinischen Praxis bzw. ihrer Organisation und ihrer Mitglieder, deren Rationalität und Motive nicht mehr unhinterfragt bleiben, sondern immer wieder durch andere gesellschaftliche Positionen (ökonomische Interessen, politische Erwartungen, rechtliche Vorgaben, massenmediale Diskurse) in Frage gestellt werden. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – bedingt durch den Wandel der Arbeit, durch veränderte globale Konstellationen und durch Verschiebungen in der Altersstruktur – in Zukunft nicht mehr in der bisher gewohnten Weise gesichert sein wird.

27 U. Beck, (1999), *Schöne neue Arbeitswelt. Vision Weltbürgerschaft*, 1999, 7.

28 So weist Dietrich vollkommen darauf hin, dass unter veränderten Rahmenbedingungen, „auch eine Wiederbelebung vergangener Problembearbeitungen (ist) nicht ausgeschlossen“ sei: „Die Hyperboreer stürzten ihren Alten nach einem Festmahl von einem Felsen bekränzt ins Meer. Die Troglodyten am Roten Meer erwürgten zur Arbeit unfähige Mitglieder mit Ochsenchwänzen. Die Kaspier ließen ihre Siebzighährigen verhungern. [...] Dies ist nur eine knappe Deklination zukünftig möglicher oder historisch belegter, Problembearbeitungen über den Umgang mit dem Alter, wenn sowohl Familie als auch Pflegesystem nicht die Funktion übernehmen.“ (C. Dietrich, *Systemtheoretische Entmystifikation der Pflege. Was ist Pflege und was steckt dahinter?*, 2024, S. 325).

29 W. Vogd (2017), *The Professions in Modernity and the Society of the Future – Continuity in Discontinuity?*, erschienen in: *Professions and Professionalism. Professions and Professionalism (Online Journal)*, 7(1), 2017, 1–15.

30 J. Vollmann/R. Winau, *History of informed medical consent*, 1996, *Lancet*, 347, 410.

31 U. Beck/A. Giddens/S. Lash, *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, 1994.

3. Kann das Medizinrecht seine eigene Paradoxie reflektieren?

Das Medizinrecht steht damit vor der Situation, einerseits dem Erbe der Moderne verpflichtet zu sein, d.h. in seinen Regelungen Sicherheit und Eindeutigkeit gewährleisten zu wollen, und andererseits mit den Folgen einer funktional differenzierten Gesellschaft konfrontiert zu sein, die reflektieren muss, dass die Leistungen ihrer Funktionssysteme mit paradoxen Effekten einhergehen, d.h. mehr Verrechtlichung nicht automatisch zu mehr Legitimität und besserer Praxis führt. Damit stellt sich die Frage, ob sich das Medizinrecht in Zukunft seinen eigenen Paradoxien stellen kann, d.h. dem Problem, dass die Ausweitung der eigenen Funktionsbezüge mit adversen Effekten ein-

hergehen kann, auf die aber nur das Recht selbst in seiner Dogmatik und Rechtsauslegung eine Antwort finden kann (und muss). Wäre es etwa denkbar, rechtliche Normsetzung reflexiver zu gestalten oder stärker an praxisorientierte Logiken anzuschließen?

Prof. Dr. Werner Vogd

Lehrstuhl für Soziologie

Universität Witten/Herdecke

Fakultät für Gesundheit



Prof. Dr. Karsten Scholz*

(Finanzielle) Risiken von Kapazitätsengpässen und -unterschreitungen im stationären Bereich

GESR0080709

Wer über rechtliche Risiken von Kapazitätsengpässen und -unterschreitungen im Krankenhaus nachdenkt, identifiziert eine ganze Reihe davon. Führen die Kapazitätsengpässe dazu, dass der medizinische Standard unterschritten wird, kommt im Schadensfall eine zivilrechtliche Haftung, aber auch eine strafrechtliche Verantwortung sowohl der handelnden Ärzte als auch der Entscheidungsträger in der Klinikleitung in Betracht. Aus dem Blickwinkel der Qualitätssicherung ist ein Leistungserbringungsverbot in Erwägung zu ziehen und in finanzieller Hinsicht kommt ein Abrechnungsausschluss oder jedenfalls eine Kürzung des Vergütungsanspruchs in Betracht. Fehlt es an qualifiziertem ärztlichen Personal, gerät die Zulassung der ärztlichen Weiterbildungsstätte in Gefahr und der Leitende Arzt kann seine Weiterbildungsbefugnis verlieren.

Der nachfolgende Beitrag stellt die einschlägigen Regelungen zunächst vor und versucht, diese und ihre Rechtsfolgen aus sich heraus zu interpretieren. Daran anschließend wird anhand der bisherigen Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit dargestellt, welche Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung der Vorgaben in Betracht kommen. Daraus lässt sich ableiten, dass die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken avisierten Nachbesserungen der jüngsten Krankenhausreform auch diese Fragestellung in den Blick nehmen sollte.

I. Reputationsschaden sowie Organisationspflichten

Zu den vorgenannten rechtlichen Risiken tritt in der Regel ein Reputationsschaden hinzu. Über einen frühen Fall von Personalmangel an einer geburtshilflichen Klinik berichtete neben (Boulevard-)Printmedien am 28.1.2004 auch „Stern TV“¹. In einem niedersächsischen Krankenhaus wurden mehrere Schwangere unmittelbar vor der Geburt ihrer Kinder an die

Klinik einer anderen Stadt verwiesen, weil die ärztliche Versorgung jeweils nicht sichergestellt war und das Krankenhaus seinem ihm krankenhausplanungsrechtlich zugewiesenen Versorgungsauftrag vorübergehend nicht nachkommen konnte. Der berechtigte Vorwurf ging damals dahin, die Schwangeren nicht rechtzeitig über die Situation informiert und sie erst nach Einsetzen der Wehen am Empfang des Krankenhauses an ein anderes Versorgungskrankenhaus in einer anderen Stadt verwiesen zu haben. Darin lag ein eklatanter Organisationsfehler, der nach dem Patientenrechtegesetz den Vorwurf eines Behandlungsfehlers begründen kann. In BT-Drucks. 17/10488, 20 heißt es, dass der medizinische Standard auch die Pflicht zur allgemein ordnungsgemäßen Organisation erfordert. Sowohl in personeller als auch in organisatorischer Hinsicht bedürfe es einer ausreichenden Planung.

Krankenhäuser tun im Rahmen von Compliance-Maßnahmen gut daran, sich unter juristischer Beteiligung darauf vorzubereiten, wie bei kurzfristigen einzelnen Personalausfällen oder auch dann verfahren wird, wenn z.B. während einer Infektionswelle für mehrere Tage weniger Personal zur Verfügung steht. Das kann bedeuten, dass Stationen vorübergehend geschlossen werden müssen oder die Notaufnahme bei den Rettungsdienstorganisationen abgemeldet wird. Gleichwohl müssen aber auch dann Patienten aufgenommen werden, wenn andere Krankenhäuser ebenfalls nicht aufnahmebereit sind und eine standard-

* Bei dem Beitrag handelt es sich um die Aufsatzfassung des Vortrags, den der Verfasser am 12.3.2025 beim 10. Bucerius-Medizinrechtstag in Hamburg gehalten hat.

1 <https://www.presseportal.de/pm/6514/521445> (zuletzt aufgerufen am 9.6.2025).