

Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen

Das unterschätzte Problem

Hedwig François-Kettner

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einer tiefen und vielschichtigen Krise. Zunehmende Versorgungsengpässe, lange Wartezeiten auf Arzttermine – insbesondere für gesetzlich Versicherte –, regionale Unterschiede im Zugang, immer teurer werdende Pflege und regelmäßige Lieferengpässe bei wichtigen Medikamenten prägen den Alltag vieler Menschen in Deutschland. Die Vorteile, die Privatversicherte oftmals genießen, vergrößern die Kluft zwischen den Versicherten weiter: In vielen Praxen wird ihre Behandlung aufgrund höherer Honorierung bevorzugt, wodurch das Zwei-Klassen-System in der Versorgungswirklichkeit deutlich spürbar bleibt. Die Organisation und Steuerung der Versorgung gestaltet sich zunehmend schwierig – gerade an den Übergängen zwischen ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung nehmen Reibungsverluste, Wartezeiten und Qualitätseinbußen zu. Gleichzeitig steigen die Kosten für das Gesamtsystem immer weiter an, ohne dass sich die Versorgung der Bevölkerung spürbar verbessert.

International hat das deutsche System seinen früheren Nimbus der Vorbildhaftigkeit verloren: Während in Fragen von Qualität, Patientensicherheit und Ergebnisorientierung andere Länder Vorreiter sind, erreicht Deutschland bestenfalls Mittelmaß – bei zum Teil deutlich höheren Ausgaben. Die vielfach als Allheilmittel angepriesene Digitalisierung hat bisher zumeist den Dokumentationsaufwand erhöht und die bürokratische Belastung verstärkt, statt für spürbare Entlastung zu sorgen oder die Versorgung tatsächlich

patientenzentrierter zu machen. Der Fachkräftemangel ist längst Realität: In nahezu allen Berufsgruppen fehlen Menschen, die offen gebliebenen Stellen werden zur Bedrohung vor allem in der Pflege. Mangelhafte Teamarbeit, fehlende sektorenübergreifende Kooperation und ein starker Rückgang der intrinsischen Motivation prägen das Berufsbild von Ärztinnen, Ärzten, Pflegenden und weiteren medizinischen Berufen.

Während in Deutschland in den letzten 20 Jahren vor allem zu Über- und Fehlversorgung diskutiert wurde, etwa über unnötige Operationen, Überdiagnostik oder Therapien ohne nachweislichen Nutzen, ist mit der „offenen“ Unterversorgung nun ein neues Phänomen in den Mittelpunkt gerückt: Immer mehr Menschen sind von medizinischer Versorgung ausgeschlossen oder erleben, dass sie dringend notwendige Leistungen nicht mehr oder nicht mehr rechtzeitig erhalten.

Grundlagen und Begriffsbestimmungen

Unterversorgung liegt dann vor, wenn ein individuell, professionell und wissenschaftlich anerkannter Versorgungsbedarf existiert, der entweder verweigert wird, nicht oder nur unzumutbar erreichbar zur Verfügung gestellt wird. Bisher war weitgehend Konsens, dass es für eine Behandlung oder präventive Maßnahme einen nachgewiesenen, evidenzbasierten Nutzen gibt und diese für die Betroffenen zugänglich sein müsste. Unterversorgung ist also nicht subjektiv, sondern an objektiven Kriterien zu messen, etwa

bestehenden Leitlinien, Ergebnissen aus Metaanalysen und systematischen Reviews oder an pflegerischen Expertenstandards die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Kontrollinstanzen anerkannt sind.

Historisch gab es in der Bewertung von Versorgung lange eine vormals klare Trennung: Überversorgung liegt dort vor, wo mehr behandelt wird, als notwendig wäre, Fehlversorgung bezeichnet Leistungen mit mehr Schaden als Nutzen. In Systemen wie dem deutschen, die von einem vergleichsweise reichen und umfassenden Angebotskatalog geprägt sind, wurde Unterversorgung lange Zeit nicht als drängendes Problem empfunden – ein Irrtum, der sich in der Transformation von gesellschaftlichen Strukturen, dem demografischen Wandel und immer neuen Herausforderungen nun offenbart.

Neue Relevanz der Unterversorgung

Erst mit den Veränderungen der letzten beiden Jahrzehnte wurde Unterversorgung spür- und messbar. Dabei gibt es für die Entwicklung mehrere Ursachen: Der Zuwachs der älteren Bevölkerung, die Zunahme chronischer und komplexer Erkrankungen, die immer stärkere soziale Spaltung innerhalb der Gesellschaft und eine durchdemokratisierte Patientenlientel, die legitimerweise Anspruch auf Gleichbehandlung und Qualität erhebt. Hinzu kommen Veränderungen im Berufsethos und im Arbeitsverhalten der Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden – Teilzeitmodelle und Arbeitszeitverkürzungen steigen, Übernahme und Weiterführung bestehender Einzelpraxen werden weniger, einzelkämpferische Strukturen überdauern, innovative Kooperationsmodelle dringen nur zögerlich vor. Das System steht damit vor einem Paradigmenwechsel: Was früher als individuelles Problem einer Person oder eines Arztes galt, ist heute ein gesamt-

gesellschaftliches, politisches und systematisches Defizit.

Fehlende Terminkapazitäten, monatelange Wartezeiten, die Schließung von Haus- und Facharztpraxen, die Konzentration von Fachärzten und Spezialkliniken auf wirtschaftlich profitable Regionen, die personelle Erosion vor allem im Pflegebereich – all dies ist das Ergebnis eines Zusammenspiels von Versäumnissen, Fehlanreizen und gesellschaftlichen Entwicklungen.

Das System steht damit vor einem Paradigmenwechsel: Was früher als individuelles Problem einer Person oder eines Arztes galt, ist heute ein gesamtgesellschaftliches, politisches und systematisches Defizit.



Systematik der Unterversorgung

Es werden drei Typen von Unterversorgung differenziert, die sich überlappen und oft gemeinsam auftreten.

Erstens: Patienten haben keinen Zugang zu Leistungen, entweder weil sie darüber nicht informiert sind, die Leistung am Ort nicht stattfindet oder sie räumlich, sozial oder finanziell nicht erreichbar ist.

Zweitens: Zugang besteht zwar, aber die Leistungen werden qualitativ unzureichend, fehlerhaft oder nicht leitlinienkonform erbracht.

Drittens: Zugang und fachlich korrekte Leistungserbringung sind im

Prinzip gegeben, aber durch strukturelle Eigenschaften des Systems werden Leistungen verknappt – diese werden etwa gar nicht indiziert, die Systemlogik führt zur Priorisierung von Profileistungen oder Kooperationsdefiziten.

Die erste Form der Unterversorgung ist meist auf Zugangsbarrieren zurückzuführen. Diese können informativer Art sein (Unkenntnis der Patienten), geografisch (zu weite Entfernungen zur nächsten Praxis/einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung), sozial (sozial schwache, schlecht gebildete oder ausgegrenzte Gruppen bleiben außen vor), finanziell (Eigenanteile oder fehlender Versicherungsschutz) oder organisatorisch (keine interdisziplinäre Zusammenarbeit, fehlende Termine bei Spezialisten, keine Lotsenfunktion im Gesundheitssystem).

Typischer für die zweite Form sind Beispiele wie die Konzentration auf bestimmte Diagnostik- und Therapiemodelle, die Zeit sparen oder besser vergütet sind, aber es häufig an tatsächlicher Zuwendung, sorgfältiger Aufklärung und partizipativer Entscheidungsfindung mangelt. Besonders Menschen mit mehreren chronischen Leiden, ältere Menschen oder sozial schwächere Gruppen bleiben auf der Strecke. Qualitätsdefizite werden weder erhoben noch gesteuert oder konsequent abgestellt.

Die dritte Form besteht zumeist infolge einer dysfunktionalen Struktur, beispielsweise, wenn eine – eigentlich vorhandene – Leistung durch Systemsteuerung oder Fehlanreize unterdrückt wird. Offensichtliche Beispiele sind der Trend zur Zentralisierung von Krankenhausleistungen, die als Qualitätsgewinn deklariert wird, aber den Zugang für viele verschlechtert, oder die weitgehende organisatorische und finanzielle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Zugangsprobleme als Kern von Unterversorgung

Längst sind die Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen empirisch nachweisbar – besonders stark ausgeprägt ist die strukturelle Unterversorgung in den Bereichen Hausärztliche Versorgung, Spezialfachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Pflege und Arzneimittelversorgung.

In der hausärztlichen Versorgung stieg die Gesamtzahl der Ärzteschaft seit 1990 zwar deutlich, der Zuwachs breitete sich jedoch ungleichmäßig aus: Besonders die Hausärzte wurden nicht mehr.

Fast ein Drittel der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte steht kurz vor dem Ruhestand, zahlreiche Praxen im ländlichen Raum blieben bei altersbedingter Aufgabe unbesetzt.



Gleichzeitig nimmt in diesen Regionen die Zahl älterer und oft chronisch mehrfach erkrankter Menschen zu, wodurch die Notwendigkeit einer kontinuierlichen, wohnortnahen ärztlichen Versorgung weiterwächst. Forschung und Befragungen zeigen, dass lange Wartezeiten auf einen Termin mittlerweile für die Mehrheit der Bevölkerung zum Alltag gehören; beinahe jeder dritte Patient erlebt Schwierigkeiten, überhaupt noch als neuer Patient aufgenommen zu werden.

Im Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung bestehen weitere Zugangsengpässe: Für komplexe, seltene oder zeitintensive Fälle fehlen die Ressourcen, weil das Vergütungssystem auf Standardfälle getrimmt ist. Fachärzte konzentrieren sich räumlich auf wirtschaftsstarke urbane Regionen, während in der Fläche kaum spezialisierte ärztliche Versorgung zur Verfügung steht. Die für schnelle Terminvermittlung geschaffenen Servicestellen bringen wenig Entlastung, da sie sich auf reine Terminvermittlung beschränken, aber strukturelle Probleme wie die unzureichende Facharztdichte, Unterschiede im Versichertenstatus oder außerbudgetäre Zusatzleistungen nicht adressieren. GKV-Patienten berichten von Wartezeiten, die ein Mehrfaches gegenüber Privatversicherten betragen, selbst innerhalb einer Region. Um den Zugang dennoch – zumindest für „Dringendes“ – zu kompensieren, suchen viele Patienten die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf, obwohl ihre Versorgung eigentlich ambulant möglich und geboten wäre. Das wiederum bindet wertvolle Kapazitäten im stationären Sektor und belastet Pflege, Notaufnahme und Rettungsdienste zusätzlich.

In der Krankenhausversorgung ist die Konsequenz aus aktuellen Reformbemühungen die zunehmende Zentralisierung von Leistungen, die Reduktion von Krankenhausbudgets und die Bündelung von Angeboten auf immer weniger Standorte. Die daraus entstehenden Qualitätsgewinne sind umstritten: Größere Einheiten behandeln zwar mehr Patienten bestimmter Diagnosen, aber der Zugang verschlechtert sich zumindest für den ländlichen oder peripher wohnenden Anteil der Bevölkerung erheblich. Die ökonomische Logik zwingt viele Krankenhäuser, insbesondere Mehrfacherkrankte, Hochrisikopatienten oder Menschen mit

geringen klinischen „Deckungsbeiträgen“ zu meiden. Risikoselektion – das Vermeiden von komplexen, meist schlecht vergüteten Fällen – ist systemisch gewollt und wird durch Vorhaltebudgets weiter verstärkt. Der Dokumentationsaufwand nimmt stetig zu, während die tatsächliche Zeit für ärztliche und pflegerische Leistung sinkt.

Im Pflegebereich ist der Mangel an Pflegekräften längst auch für Laien erkennbar. Tausende ambulante und stationäre Einrichtungen mussten schließen, weil sie keine Fachkräfte mehr finden. Viele Heime setzen Aufnahmestopps oder führen Wartelisten. Die finanzielle Belastung durch Eigenanteile und die Beteiligung an den Pflegekosten ist für immer mehr Familien nicht mehr zu stemmen. Besonders Ostdeutschland und ländliche Regionen in Ost und West sind betroffen. Die Qualität der Pflege variiert nicht nur zwischen Einrichtungen, sondern ist auch regional sehr unterschiedlich. Besonders auffällig ist der hohe Anteil potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte aus Pflegeheimen, Rückverlegungen nach kurzen stationären Behandlungen sowie die hohe Prävalenz von Stürzen, Wunden und Medikationsfehlern. Der Anteil der Pflegebedürftigen wird in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen – Prognosen rechnen mit mehr als 6 Millionen Betroffenen im Jahr 2050. Das System droht unter diesem wachsenden Druck weiter auseinanderzubrechen.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung ist die Liste der Lieferengpässe inzwischen lang. In der Öffentlichkeit war das Fehlen von fiebersenkendem Saft für Kinder besonders sichtbar, aber ähnliche Engpässe betreffen sogar Basistherapeutika in der Krebsbehandlung, Antibiotika oder lebenswichtige Präparate bei chronischen Erkrankungen. Ursächlich dafür sind fehlerhafte Anreizsysteme auf dem weltweiten

Generikamarkt, Produktionsverlagerungen ins Ausland, geringes wirtschaftliches Interesse an Altsubstanzen sowie Konzentration auf hochprofitable Nischenpräparate. Preiserhöhungen, Vorratshaltung und Rabattverträge sind als Steuerungsinstrument nur eingeschränkt wirksam.

Fehlversorgung und Qualitätsrisiken

Unterversorgung tritt selten isoliert auf, sondern bildet oft mit Fehlversorgung und Überversorgung eine gefährliche Allianz. Wo Personal fehlt, werden Leistungen oft nur noch formal, aber nicht mehr wirklich qualitätsgesichert angeboten. Die Qualitätsdiskussion konzentriert sich auf Einzelindikatoren und ist in weiten Teilen auf Operationsleistungen beschränkt; chronisch Kranke, geriatrische Patienten oder psychosozial benachteiligte Gruppen tauchen in diesen Messsystemen kaum auf. Die kombinierte Über-, Unter- und Fehlversorgung äußert sich auch dadurch, dass eigentlich notwendige oder nachweislich hilfreiche Leistungen massiv durch sogenannte IGeL-Angebote verdrängt werden, während immer mehr Zeit und Ressourcen in individuell zu vergütende Zusatzleistungen und Diagnostik fließen. Solche Maßnahmen dienen zum Teil als Eintrittskarte in eine „reguläre“ Versorgung und führen regelmäßig zu sozialer Selektion.

Nicht zuletzt hat die Corona-Krise die Erkenntnisse und Standards im Bereich Qualität und Patientensicherheit erheblich erschüttert. Während zuvor Patientenorientierung und Patient Report Outcomes im Mittelpunkt standen, sind diese Themen zunehmend aus der Prioritätenliste verschwunden. Maßnahmen zum Schutz von Patientensicherheit, wie Meldesysteme für unerwünschte Ereignisse oder transparente Ergebnisse, wurden zurückgefahren oder in Krisenlagen ignoriert. Die Dominanz von Standardisie-

rung, pauschaler Digitalisierung und zentralen Qualitätsparametern untergräbt die Orientierung an individuellen Bedarfen und erhöht die Anfälligkeit für systeminterne Abwehrmechanismen, die individuelle und gesellschaftliche Verluste an Empathie, Mitmenschlichkeit und sozialer Rechtsstaatlichkeit sichtbar machen.

Systemische Ursachen der Unterversorgung

Die Analyse zeigt: Es sind vor allem systemische Defizite, die die Unterversorgung bestimmen und verstärken. Das beginnt bei der starken Trennung der Versorgungssektoren – ambulant, stationär, Notfall, Pflege – und der Fehlanreize, die in den Finanzierungs- und Vergütungssystemen angelegt sind. Das duale Krankenversicherungssystem sorgt für systematisch unterschiedliche Bedingungen zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Die PKV gibt pro Versicherten in der ambulanten Versorgung deutlich mehr aus, private Behandlungen werden bevorzugt. Der daraus resultierende Anreiz zur Niederlassung in attraktiven Regionen oder zur Spezialisierung auf besser vergütete Leistungen führt zu einer Verschärfung des Stadt-Land-Gefälles wie auch die soziale Selektion.

**In Ballungszentren
und
wohlhabenden
Stadtvierteln
ist die
Versorgungsdichte
zu hoch, während
in armen oder
ländlichen
Regionen Mangel
herrscht.**



Als ein weiteres Problem wird das Einzelpraxissystem mit seiner Betonung auf Eigentum, Selbständigkeit und individuellen wirtschaftlichen Erfolg gesehen. Hier werden Veränderungen nur selten angestoßen, der Nachwuchs zieht Praxisgründungen oft nicht mehr in Betracht. Gerade auf dem Land führt das dazu, dass nach dem Ausscheiden eines Arztes kein Nachfolger gefunden wird; ein Versorgungsnetz oder Verbundstrukturen fehlen meist, vor allem in Gegenden mit geringer Wirtschaftskraft.

Auch der gesellschaftliche Wandel und die Erwartungen der jungen Generation wirken: Ärztinnen und Ärzte, Therapeut:innen und Pflegenden fordern berechtigterweise bessere Arbeitsbedingungen, weniger Bürokratie, verlässliche Planbarkeit, familiäre Vereinbarkeit und Mitbestimmung. Sie übernehmen weniger oft ganze Praxen oder Arbeiten zu ungünstigen Bedingungen. Der Nachwuchs bleibt zunehmend aus, während die Anforderungen durch Multimorbidität, Chronifizierungen, wachsende Präventionsbedarfe und eine komplexer werdende Gesellschaft steigen.

Lösungsperspektiven

Unterversorgung ist keine Randerscheinung mehr, sondern für viele Menschen Alltag. Ihre Auswirkungen sind vielfältig: Menschen werden ohne Versorgung gelassen, ihre Krankheit verschlechtert sich oder sie erleben eine Verschlechterung ihrer Lebensqualität, können nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen oder werden früher pflegebedürftig oder sterben sogar eher. Die Lösung von Unterversorgung verlangt nach einem grundsätzlichen Wandel in der Organisation, Steuerung und Bewertung der Gesundheitsversorgung.

Im Zentrum muss die Überwindung der sektoralen Trennung stehen: Nur durch einen echten

Ausbau kooperativer, vernetzter und interdisziplinärer Modelle kann die steigende Komplexität bewältigt werden. Versorgungsmodelle, die verschiedene Akteure – Hausärzte, Spezialisten, Pflegeexperten, Sozialarbeit und Prävention – zusammenbringen und Leistungen auf den individuellen Bedarf ausrichten, haben Priorität. Insbesondere in ländlichen Regionen brauchen Vorbilder wie medizinische Versorgungszentren oder regional verankerte Verbünde mit Expertenangeboten aller erforderlichen Berufe Vorrang.

Pflegekräftemangel muss durch mehr Ausbildung, bessere Bezahlung, innovative Modelle (z.B. Community Health Nurse, Gesundheitslotsen, Subsidiarität und Delegationen) nachhaltig und intelligent beantwortet werden. Chronisch erkrankte und ältere Menschen sollen koordiniert und bedarfsgerecht versorgt werden, was gezielte Präventions- und Rehabilitationsangebote und eine Stärkung von Telemedizin und digitaler Unterstützung erforderlich macht. Digitalisierung darf Bürokratie nicht verstärken oder menschliche Nähe ersetzen, sondern muss echte Erleichterung und Zugang

bieten – gerade für Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten.

Im Pharmabereich müssen faire, verlässliche Lieferketten, eine diversifizierte Produktion in Europa sowie intelligente Preis- und Vergütungssysteme für Versorgungssicherheit sorgen. Auch unpopuläre, aber nachhaltige Lösungen wie bevorratende Apotheken und ein gezieltes Risikomanagement sind nötig.

Der politische Gestaltungswille ist gefordert, Bürokratie zu minimieren, Innovationen ohne Überforderung und Fehlnutzung zu ermöglichen und weniger profitable, aber dringend notwendige Bereiche zu stabilisieren. Regionale und soziale Unterschiede in der Versorgung müssen auf der Zielsetzung sozialstaatlicher Daseinsvorsorge aktiv ausgeglichen werden. Nicht zuletzt braucht es eine ehrliche und offene gesellschaftliche Debatte, wie Ressourcen – bei selbstverständlich steigender Demografie und Technisierung – sinnvoll gesteuert werden. Patientenorientierung darf kein Sonntagswort bleiben, darf keine beruflichen Egoismen bedienen, sondern braucht Zusammenwirken, Empathie und Zielorientierung.

Fazit

Deutschland muss sich dem Problem der Unterversorgung stellen. Es reicht nicht, das bestehende System weiter zu verwalten, die Defizite mit immer neuen Einzelreformen, Digitalisierungsversuchen oder bürokratischen Maßnahmen zu kaschieren. Entscheidend ist, dass strukturelle Engpässe, systemische Fehlanreize und gesellschaftliche Bedürfnisse zusammen gedacht und behandelt werden. Es gibt keine kurzfristigen Lösungen, aber eine klare gesellschaftliche Verpflichtung, sichere, erreichbare und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für alle Menschen dauerhaft zu ermöglichen. ■



Hedwig François-Kettner
Pflegemanagerin und Beraterin,
ehem. Vorsitzende des
Aktionsbündnis
Patientensicherheit, Berlin

Der vorliegende Artikel ist die gekürzte und überarbeitete Version des Papiers der Autorengruppe Gesundheit.

Das vollständige Paper finden Sie hier:



DOI:10.3936/ALDM217