



Studie warnt vor drohender hausärztlicher Unterversorgung

Die aktuelle Studie des Bosch Health Campus zeichnet für die hausärztliche Versorgung bis zum Jahr 2040 ein ernstes, jedoch gestaltbares Szenario. Ohne strukturelle Veränderungen könnten bundesweit etwa 12.100 Hausarztsitze unbesetzt bleiben, und nahezu 35 Prozent der Kreise wären unterversorgt oder von Unterversorgung bedroht. Die Analyse macht zugleich deutlich, dass eine Kombination aus verstärktem hausärztlichem Nachwuchs, interprofessioneller Versorgung, Prävention, kooperativen Praxisformen sowie Telemedizin die Versorgungslücke erheblich verkleinern kann. Entscheidend ist, die Primärversorgung als langfristige Strukturreform zu begreifen und nicht lediglich als Instrument zur Terminsteuerung einzusetzen.

Die vom IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung erarbeitete Studie schreibt die bundesweite Entwicklung der hausärztlichen Versorgung bis 2040 fort. Berücksichtigt werden unter anderem Altersabgänge, medizinischer Nachwuchs, Zuwanderung, Arbeitszeitentwicklung, Bevölkerungsstruktur und regionale Standortpräferenzen. Die Ergebnisse sind daher keine exakte Vorhersage, sondern zeigen, welche Lage unter plausiblen Annahmen entstehen kann.

Die Ausgangsdaten geben gleichwohl Anlass zur Sorge. Von den 2024 verfügbaren rund 51.400 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten werden nach der Modellrechnung bis 2040 etwa 28.400 altersbedingt ausscheiden. Zwar steigt das Interesse an der Allgemeinmedizin wieder, doch Nachwuchs und zuwandernde Ärzte können die Abgänge voraussichtlich nicht vollständig ersetzen. Hinzu kommt, dass jüngere Ärztinnen und Ärzte häufiger Anstellung und Teilzeit bevorzugen.

- **Alternde Bevölkerung erhöht den Versorgungsbedarf**

Die Zahl der Einwohner dürfte bis 2040 leicht zurückgehen. Gleichwohl nimmt der hausärztliche Bedarf nach der Studie zu, weil der Anteil älterer und häufig mehrfach erkrankter Menschen wächst. Die Zahl der rechnerisch bis zur Grenze der Überversorgung zu besetzenden Hausarztsitze steigt deshalb gegenüber 2024 um acht Prozent auf rund 60.900.

Dieser wachsende Bedarf trifft auf sinkende Kapazitäten. Für 2040 werden rund 12.100 unbesetzte Sitze und eine um fünf Prozent niedrigere Hausarztichte erwartet. Der Befund zeigt, dass eine reine Ausweitung der Zahl der Studienplätze zwar wichtig, wegen langer Ausbildungszeiten und veränderter Arbeitsmodelle aber keine allein ausreichende Antwort sein kann.

- **Gut jeder dritte Kreis in kritischer Lage**

Besonders problematisch ist die regionale Verteilung. In 19 Prozent der Kreise könnte der hausärztliche Versorgungsgrad unter 75 Prozent fallen; weitere 15 Prozent lägen zwischen 75 und 80 Prozent. Demgegenüber würden 33 Prozent der Kreise die rechnerische Grenze zur

Überversorgung erreichen. Die Spannweite reicht nach der Projektion regional von erheblichen Verlusten bis zu deutlichen Zuwächsen der Hausarztichte.

Die Autoren unterstreichen damit, dass bundesweit ausreichender Nachwuchs allein keine flächendeckende Versorgung garantiert. Er muss auch dort ankommen, wo Altersabgänge, große Entfernungen und eine ältere Bevölkerung zusammenwirken. Benötigt werden regionale Strategien, die Ausbildung, Weiterbildung, Arbeitsbedingungen, digitale Anbindung und Lebensqualität gemeinsam berücksichtigen.

- **Versorgungslücke mit mehreren Hebeln verringern**

Die Studie untersucht anhand des Bundeslandes Baden-Württemberg exemplarisch, wie beeinflussbare Faktoren zusammenwirken können. Dazu zählen mehr Medizinerinnen und Mediziner in der hausärztlichen Versorgung, ein geringerer Rückgang des Arbeitsumfangs, mehr nichtärztliche Kapazitäten, größere kooperative Praxisformen, ein sinnvoller Einsatz der Telemedizin sowie wirksame Prävention und eine höhere Gesundheitskompetenz. Die Modellrechnung zeigt, dass die Effekte in der Summe eine Versorgungslücke grundsätzlich schließen können.

Die Annahmen sind nicht eins zu eins auf jede Region übertragbar, zumal sich die Rahmenbedingungen der Bundesländer Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg hinsichtlich Bevölkerungsstruktur, Siedlungsdichte und regionaler Erreichbarkeit stark unterscheiden. Sie verdeutlichen aber, dass es keinen einzelnen Königsweg gibt. Fällt ein Beitrag geringer aus, müssen andere Maßnahmen umso stärker wirken. Zugleich können sich die Faktoren verstärken: Interprofessionelle Teams und verlässliche Anstellungsmodelle können die hausärztliche Tätigkeit für den Nachwuchs attraktiver machen.

- **Digitale Steuerung allein greift zu kurz**

Kritisch bewertet die Studie eine Reform, die Primärversorgung im Wesentlichen auf digitale Ersteinschätzung und Überweisung reduziert. Eine solche Zugangssteuerung könne Fehl- und Überinanspruchnahme begrenzen, schaffe aber noch keine zusätzliche Versorgung. Wo Haus- und Facharztkapazitäten fehlen, wird auch ein digital vermittelter Termin nicht verfügbar.

Die Autoren schlagen deshalb eine leistungsfähige erste Versorgungsebene vor, die viele Anliegen selbst abschließend behandelt. Digitale Verfahren, Telemedizin und sektorenübergreifend nutzbare Informationen sollen diese Struktur unterstützen. Ihr Nutzen entsteht vor allem dann, wenn sie in verlässliche persönliche Versorgung, gemeinsame Arbeitsabläufe und regionale Netzwerke eingebettet sind.

- **Regionale Knotenpunkte und verlässliche Finanzierung**

Primärversorgungseinrichtungen sollen nach dem Konzept eng mit Fachärzten, Krankenhäusern, Pflege, Therapieberufen, sozialen Diensten und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kooperieren. Multiprofessionelle Teams können insbesondere für ältere, multimorbide und chronisch kranke Menschen ein kontinuierliches Case- und Care-Management übernehmen. Dafür sind neue Kompetenzregelungen und eine Vergütung erforderlich, die Teamleistungen und Koordination anerkennt.

Die Studie fordert schließlich Planungssicherheit für Investitionen in Personal, Räume, Technik und Kooperation. Modellprojekte könnten den notwendigen Strukturwandel anstoßen, reichten aber nicht aus. Für eine flächendeckende Wirkung müssten erfolgreiche Ansätze dauerhaft in der Regelversorgung verankert und regional angepasst werden.

Weitere Informationen und die vollständige Studie sind zu finden unter dem nachfolgenden Weblink: www.bosch-health-campus.de.

Anmerkung:

Die Studie bestätigt den dringenden Handlungsbedarf, eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen sicherzustellen. Städte, Gemeinden und Landkreise können regionale Netzwerke initiieren und ihre Kenntnisse der örtlichen Bedarfe einbringen. Der gesetzliche Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung muss jedoch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitssystems verbleiben. Es wäre nicht tragbar, fehlende Versorgungskapazitäten oder wirtschaftliche Risiken neuer Zentren auf bereits hoch belastete kommunale Haushalte zu verlagern. Interprofessionelle Teams und Gesundheitszentren sind geeignete Ansätze, müssen jedoch dauerhaft aus dem Gesundheitssystem finanziert und an die unterschiedlichen Bedingungen städtischer und ländlicher Räume angepasst werden. Bund, Länder und Selbstverwaltung sind deshalb gefordert, Kommunen verbindlich an der regionalen Planung zu beteiligen, ohne ihnen neue ungedeckte Aufgaben zu übertragen.

In Sachsen-Anhalt, dem Bundesland mit einer vergleichsweise stark alternden Bevölkerungsstruktur, wird dem zunehmenden Versorgungsbedarf landesseitig u. a. mit der Landarztquote begegnet. Sie eröffnet Studieninteressierten auch ohne Spitzen-Abiturnote den Zugang zum Medizinstudium, sofern sie sich verpflichten, nach Studium und Weiterbildung in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf in Sachsen-Anhalt tätig zu werden. Das Land hat die Quote im Mai 2026 für das Wintersemester 2026/27 ausgeweitet.

Mit der im Mai 2026 vorgenommenen Novellierung des Land- und Amtsarztgesetzes Sachsen-Anhalt (LAAG LSA) wird zudem die Zuständigkeit für die Land- und Amtsarztquote vom Land auf die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KV) übertragen. Ziel ist es, die Verfahren von der Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber bis zur späteren Tätigkeit in Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf stärker aus einer Hand zu organisieren. Die KV übernimmt damit eine Aufgabe, die eng mit ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung verbunden ist. Die entsprechende Verordnung zur Sicherstellung der hausärztlichen und amtsärztlichen Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Sachsen-Anhalt (LAAVO LSA) wurde im Juni 2026 überarbeitet verabschiedet.

Mit der Landarztquote und den angepassten gesetzlichen Regelungen sollen sowohl zusätzlicher hausärztlicher Nachwuchs gewonnen als auch die Versorgung gezielt dort gestärkt werden, wo in Sachsen-Anhalt aufgrund der demografischen Entwicklung ein besonderer Bedarf besteht – eine Aufgabe, die aus kommunaler Sicht dauerhaft durch das Gesundheitssystem und nicht durch die Kommunen abgesichert werden muss.

(Quelle: DStGB-Aktuell 3026-08)