



Nr. 1, 2025

Hausärztliche Versorgung der Zukunft

Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen

- In den kommenden Jahren führen eine „Ruhestandswelle“ und geringere Wochenarbeitszeiten zu sinkenden hausärztlichen Kapazitäten
- Der hausärztliche Nachwuchs wird dies nur teilweise kompensieren können
- Die daraus resultierenden Versorgungsengpässe werden – im Osten wie im Westen – vor allem ländliche und strukturschwache Regionen treffen
- Auch ländliche Regionen können für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sein
- Die Mehrheit der Kommunen ist heute schon aktiv, um hausärztliche Stellen zu besetzen
- Eine gute hausärztliche Gesundheitsversorgung flächendeckend aufrechtzuerhalten ist möglich, wenn die Hausärzteschaft entlastet wird

Autor



Dr. Johannes Leinert
Senior Project Manager
johannes.leinert@
bertelsmann-stiftung.de

Wie ist es um die hausärztliche Gesundheitsversorgung vor Ort bestellt und wie wird sie sich künftig entwickeln?

Die Bertelsmann Stiftung und das Institut für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Universität Marburg haben dazu Ende 2024 und Anfang 2025 Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung befragt. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) hat u.a. auf dieser Datenbasis eine Vorausberechnung der hausärztlichen Versorgung 2040 auf kommunaler Ebene vorgenommen. Zudem hat der Health Transformation Hub, eine Kooperation von Bertelsmann Stiftung und BSt Gesundheit gGmbH, Gemeinden und Landkreise zur hausärztlichen Versorgung vor Ort befragt. Auf den folgenden Seiten sind die wichtigsten Ergebnisse dieser fünf empirischen Projekte zusammengefasst.

Ein Viertel der Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland plant, die eigene Tätigkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre aufzugeben. Diejenigen, die ihren Beruf weiter ausüben möchten, wollen ihre Wochenarbeitszeit bis 2030 durchschnittlich um zweieinhalb Stunden reduzieren. Da der Nachwuchs diese Entwicklungen nur teilweise kompensieren kann, droht sich die Zahl der fehlenden Hausärztinnen und -ärzte in den kommenden fünf Jahren zu verdoppeln. Schon heute sind über 5.000 Hausarztsitze unbesetzt.

Ruhestandswelle zeichnet sich ab

24 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte wollen ihre hausärztliche Tätigkeit innerhalb der nächsten fünf Jahre beenden. Dieser Anteil ist in der Hausärzteschaft bei Angestellten und Selbstständigen nahezu gleich groß. Ein Blick auf die Altersverteilung zeigt, dass es sich dabei vorrangig um Ruhestandspläne handelt: 92 Prozent derjenigen, die in den kommenden fünf Jahren aufhören wollen, werden dann – also 2030 – älter als 60 Jahre, 78 Prozent älter als 65 Jahre sein.

Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten

Die repräsentative Befragung hat das infas Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung sowie des Instituts für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Universität Marburg von November 2024 bis Februar 2025 durchgeführt: Per Zufallsstichprobe aus dem Bundesarztregister wurde ein Fragebogen verschickt – der konnte alternativ auch online beantwortet werden. An der Befragung haben sich 3.687 Hausärztinnen und -ärzte beteiligt. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die Hausärzteschaft in Deutschland.

Von denen, die ihre Tätigkeit beenden möchten, kann sich aber eine große Mehrheit (60 Prozent) vorstellen, unter bestimmten Voraussetzungen länger im Beruf zu bleiben als geplant. Das gilt auch für die Altersgruppe 65+. Am häufigsten wird als Bedingung weniger Bürokratie genannt; viele wünschen sich auch kürzere und flexiblere Arbeitszeiten.

Wochenarbeitszeit sinkt

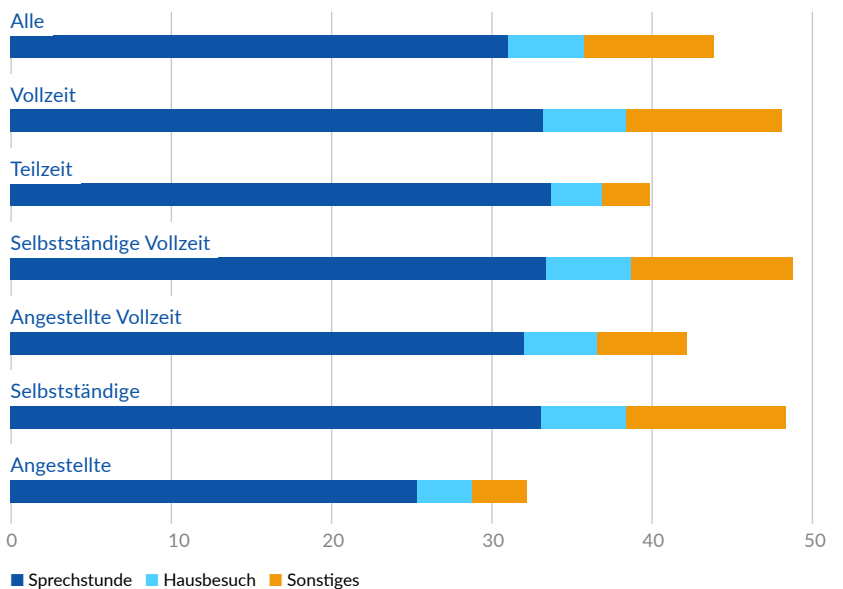
Im Schnitt arbeiten die befragten Hausärztinnen und -ärzte derzeit 44 Stunden pro Woche. Diese Wochenarbeitszeit liegt zehn Stunden über dem Durchschnitt aller Beschäftigten in Deutschland, ist jedoch im vergangenen Jahrzehnt deutlich gesunken: 2012 arbeitete die Hausärzteschaft laut Ärztemonitor der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch 57,6 Stunden pro Woche. Der Trend einer sinkenden Wochenarbeitszeit wird sich fortsetzen: Hausärztinnen und -ärzte, die keine Ruhestandspläne haben, wollen bis 2030 durchschnittlich gut zweieinhalb Stunden weniger wöchentlich arbeiten.

Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

Befragt wurden Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW), die zum Zeitpunkt der Befragung (Dezember 2024 bis Januar 2025) einen Weiterbildungsabschnitt in einer Arztpraxis absolvierten. Die Befragung wurde für die Bertelsmann Stiftung und das Institut für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Universität Marburg online vom Health Transformation Hub durchgeführt, einer Kooperation von Bertelsmann Stiftung und BSt Gesundheit gGmbH. Sie wurde von den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt, die den ÄiW oder den Weiterbildungspraxen in ihrer Region die Einladung zur Befragung und die Zugangsdaten zumailten. An der Befragung nahmen 685 ÄiW teil, von denen sich 544 in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden oder eine künftige Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung vorstellen können.

Derzeit arbeiten selbstständige Hausärztinnen und -ärzte im Durchschnitt 48 Stunden pro Woche und damit 16 Stunden mehr als angestellte (32 Stunden). Das liegt zu einem Großteil daran, dass viele Angestellte in Teilzeit tätig sind und damit ihren Durchschnittswert senken. Vollzeit-Angestellte arbeiten 42 Stunden pro Woche, Vollzeit-Selbstständige 49 Stunden. Davon entfällt bei Letzteren ein deutlich höheres Stundenkontingent auf Arbeiten jenseits der Patientenbetreuung, wie Anleitung des Praxisteams oder Verwaltungsarbeiten (siehe Abbildung 1). Für die „Zeit am Patienten“ wenden Vollzeit-Angestellte im Schnitt 38 Stunden wöchentlich auf, Vollzeit-Selbstständige 40 Stunden. Männer arbeiten 47 Stunden pro Woche, Frauen 41 Stunden. Auch diese Differenz ist maßgeblich auf die unterschiedlichen Teilzeitquoten zurückzuführen.

ABBILDUNG 1: **Wochenarbeitszeit von Hausärztinnen und Hausärzten**



Quelle: Eigene Darstellung

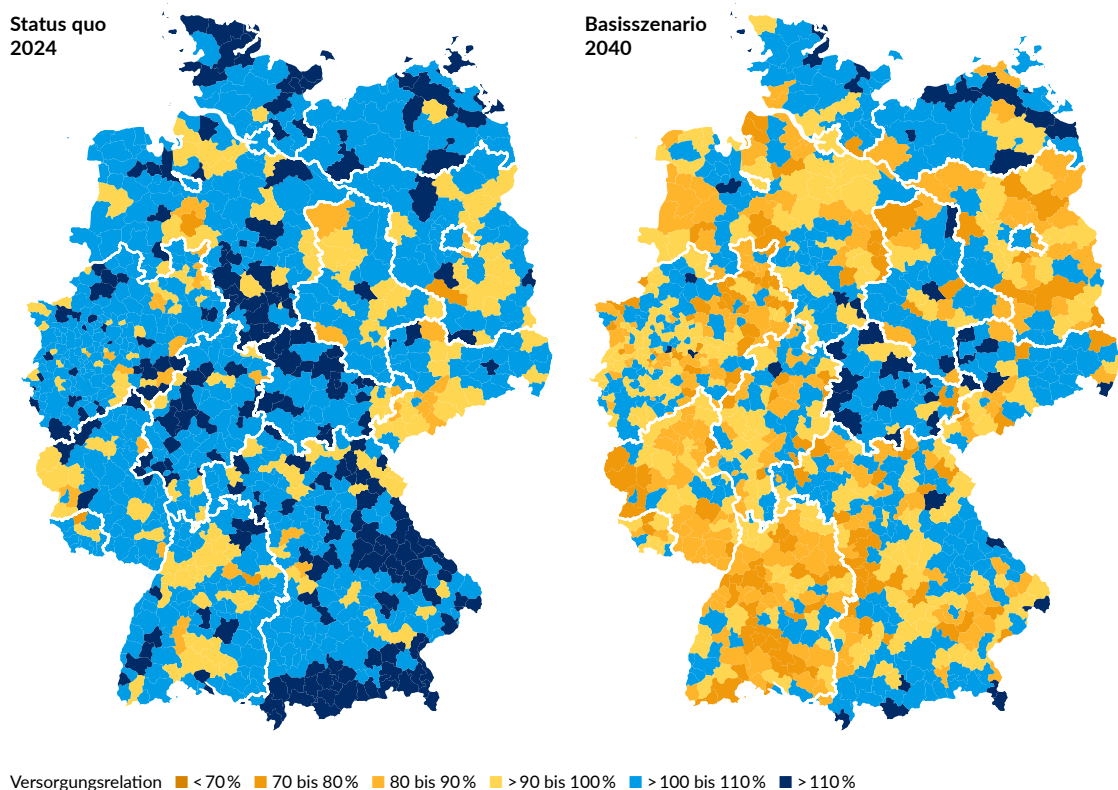
BertelsmannStiftung

Nachwuchs will mehr Teilzeit und eher angestellt arbeiten

Zukünftig wird die Teilzeitquote in der hausärztlichen Versorgung weiter steigen, wie eine Befragung des Nachwuchses zeigt: Nur noch vier von zehn befragten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW), die dazu schon eine Aussage treffen können, wollen langfristig Vollzeit arbeiten – in der derzeitigen Hausärzteschaft ist die Vollzeitquote doppelt so hoch. Zudem wollen vier von zehn befragten ÄiW langfristig angestellt arbeiten. Aktuell sind weniger als drei von zehn Hausärztinnen und Hausärzten als Angestellte tätig.

Beide Trends bedeuten, dass die nachrückende Generation in der hausärztlichen Versorgung in weiten Teilen mit einer deutlich geringeren Wochenarbeitszeit arbeiten wird als die in Ruhestand gehende Generation. Das heißt: Selbst wenn es gelingen sollte, alle Hausarztsitze nachzusetzen, die wegen der „Ruhestandswelle“ in den nächsten Jahren frei werden – die hausärztlichen Versorgungskapazitäten würden aufgrund des Arbeitzeiteffektes dennoch schrumpfen.

ABBILDUNG 2: Versorgungsrelation im Jahr 2024 und im Jahr 2040 im Basisszenario



Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

Prognose 2040: Versorgungsengpässe regional sehr unterschiedlich

Von Engpässen in der hausärztlichen Versorgung werden die Regionen bis 2040 sehr unterschiedlich betroffen sein, wie eine Projektion des BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) zeigt. Dazu wurden zum einen die hausärztlichen Kapazitäten für die Versorgung („Zeit am Patienten“) und zum anderen die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen bis 2040 auf regionaler Ebene prognostiziert. Das Verhältnis dieser beiden Werte bildet die „Versorgungsrelation“ – je größer diese Kennzahl, desto besser die hausärztliche Versorgung. Die regionale Verteilung der Versorgungsrelationen im Jahr 2024 bzw. 2040 für ein Basisszenario zeigt: Die Versorgungslage im Osten Deutschlands ist bereits heute angespannt und wird sich weiter verschlechtern (siehe Abbildung 2). Der Westen Deutschlands, heute noch überwiegend gut versorgt, wird sich dem Niveau des Ostens angleichen. Ursache dafür ist die demografische Entwicklung, die sich in West- und Ostdeutschland in unterschiedlichen Phasen befindet. Während

Projektion zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung 2040

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) hat erstmals eine kleinräumige Projektion für das künftige Angebot und die künftige Nachfrage nach hausärztlicher Versorgung 2040 erstellt. Berücksichtigt wurden aktuelle Trends der Bedarfsentwicklung der Bevölkerung und der Arbeitssituation der Ärzteschaft. Die zugehörige Datenbasis bildeten unter anderem die Ergebnisse der oben genannten Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie eine kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung der Bertelsmann Stiftung für den Wegweiser Kommune.

in Ostdeutschland schon heute ein hoher Versorgungsbedarf durch eine alternde Bevölkerung besteht und gleichzeitig viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gegangen sind, folgt der Westen dieser Entwicklung bis zum Jahr 2040.

Von diesem allgemeinen Trend ist der ländliche Raum besonders negativ betroffen. Denn nur ein (zu) geringer Anteil des hausärztlichen Nachwuchses entscheidet sich für solche Regionen, während das Durchschnittsalter der Bevölkerung gerade an diesen Orten besonders stark steigt. Die regionalen Unterschiede der Versorgungsrelation sind primär durch ein Stadt-Land-Gefälle zu erklären, weniger durch Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland.

Ergebnis dieser Vorausberechnung ist auch, dass die Versorgungslage sich bundesweit angleichen ließe, wenn es gelänge, einen relativ gerin-

gen Anteil des hausärztlichen Nachwuchses dafür zu gewinnen, in (drohend) unterversorgten Gebieten zu arbeiten.

Wichtige Standortkriterien auch im ländlichen Raum erfüllbar

Wonach entscheiden Hausärztinnen und Hausärzte, wo bzw. in welcher Praxis sie arbeiten? Die derzeitige Hausärzteschaft wurde gefragt, welche Kriterien bei der Entscheidung für die konkrete Praxis, in der sie aktuell arbeiten, wesentlich waren. Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

TABELLE 1: Kriterien für die Praxis- bzw. Standortwahl

	Hausärztinnen und Hausärzte							ÄiW
	Alle	Regionstyp		Geschlecht		Alter (Jahre)		
		Ländl.	Städt.	Frauen	Männer	<= 44	>= 65	
Praxisübernahme möglich	51 %	52 %	51 %	44 %	51 %	50 %	40 %	34 %
Nähe zum Ausbildungs- oder Heimatort*	49 %	51 %	48 %	52 %	48 %	58 %	39 %	65 %
Arbeitsklima	40 %	39 %	41 %	46 %	41 %	56 %	29 %	85 %
Verkehrsanbindung	26 %	17 %	35 %	29 %	35 %	33 %	19 %	43 %
Behandlungsspektrum	25 %	25 %	26 %	25 %	26 %	26 %	25 %	33 %
Räumlichkeiten, apparative Ausstattung	24 %	22 %	25 %	24 %	25 %	29 %	22 %	53 %
Wunschregion	23 %	24 %	21 %	18 %	21 %	24 %	27 %	19 %
Angestellt arbeiten möglich	22 %	21 %	23 %	32 %	23 %	41 %	16 %	58 %
Verdienstmöglichkeit	21 %	21 %	22 %	19 %	22 %	27 %	17 %	54 %
Teilzeitarbeit möglich	19 %	18 %	21 %	30 %	21 %	29 %	15 %	64 %
Kinderbetreuung, Schulen	16 %	16 %	17 %	18 %	17 %	23 %	12 %	38 %
Vertragsarztsitz (fast) nur dort verfügbar	16 %	16 %	16 %	14 %	16 %	6 %	18 %	5 %
Patientenklientel (z. B. Altersstruktur, soziale Schicht)	16 %	12 %	20 %	14 %	20 %	17 %	15 %	19 %
Sonstiges	16 %	16 %	15 %	16 %	15 %	14 %	18 %	5 %
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	15 %	10 %	20 %	16 %	20 %	17 %	16 %	42 %
Kulturelles Angebot, Einkaufsmöglichkeiten	11 %	5 %	17 %	10 %	17 %	11 %	12 %	16 %
Fachliche Weiterentwicklungsmöglichkeit	10 %	8 %	12 %	12 %	12 %	16 %	11 %	44 %
Finanzielle Niederlassungs- oder Weiterbildungsförderung	8 %	10 %	6 %	8 %	5 %	14 %	4 %	26 %
Privatversichertenanteil	5 %	2 %	7 %	4 %	7 %	3 %	3 %	8 %
Fallzahl**	3.643	1.972	1.651	1.927	1.709	803	523	547
Anzahl durchschnittlich genannter Kriterien	4,1	3,9	4,4	4,3	4,0	4,9	4,4	7,1

Mehrfachnennungen möglich

* In der ÄiW-Befragung wurden diese beiden Kriterien separat abgefragt. Die Nähe zum Heimatort wurde von 63 Prozent als wesentliches Kriterium benannt, die Nähe zum Ausbildungsort von 4 Prozent; teilweise gab es Doppelnennungen.

** ungewichtet. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die Fallzahlen zu beachten: Je kleiner diese sind, desto größer sind die Zufallsschwankungen und damit die Unschärfen, wenn aus diesen Zahlen eine Rangfolge abgeleitet wird.

wurden gefragt, welche Kriterien für sie ausschlaggebend sein werden, wenn sie sich nach ihrer Weiterbildung für eine Praxis entscheiden müssen. Aus einer Liste von 18 Kriterien haben sowohl die Hausärzteschaft insgesamt als auch verschiedene Subgruppen (Stadt vs. Land, Geschlecht, Alter) dieselben drei Kriterien am häufigsten genannt:

- › Möglichkeit der Praxisübernahme
- › Nähe zum Ausbildungs- oder Heimatort
- › Arbeitsklima

Für den medizinischen Nachwuchs spielt die Möglichkeit der Praxisübernahme eine geringere Rolle – dagegen wurde die Option, in Teilzeit zu arbeiten, besonders oft genannt. Die Top-3-Kriterien waren hier:

- › Arbeitsklima
- › Nähe zum Ausbildungs- oder Heimatort
- › Teilzeitarbeit möglich

Das ist eine gute Nachricht für ländliche und strukturschwache Gebiete. Denn die jeweils genannten Top-3-Kriterien können grundsätzlich auch in diesen Regionen erfüllt werden.

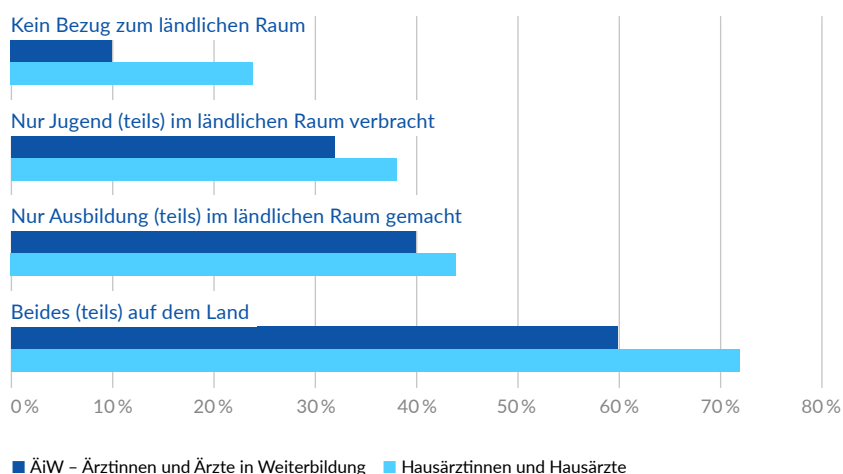
Der auffälligste Unterschied zwischen Hausärztinnen und -ärzten, die in städtischen vs. ländlichen Regionen arbeiten, ergibt sich beim Kriterium „Verkehrsanbindung“: Dieses war für 35 Prozent der städtischen, aber nur für 17 Prozent der ländlichen Gruppe wichtig. Betrachtet

man den Teil der Hausärzteschaft, für den die Verkehrsanbindung sehr wichtig war, ergibt sich ein qualitativ ähnliches Bild: Zwei Drittel dieser Gruppe haben sich für eine Praxis in einer städtischen Region entschieden, ein Drittel für eine Praxis in ländlicher Region.

Den entscheidenden Ausschlag für die Entscheidung „Stadt oder Land“ gibt aber möglicherweise ein ganz anderes Kriterium – nämlich der Bezug zum ländlichen Raum. Die Hausärzteschaft wie auch die ÄiW wurden nach zwei Bezugspunkten zum ländlichen Raum gefragt: Ob sie von ihrer Kindheit bis zum Studienbeginn ein oder mehrere Jahre in einer eher ländlich geprägten Region gelebt haben, und ob sie im Rahmen ihres Studiums (oder ihrer Facharztweiterbildung) eine oder mehrere Stationen in einer eher ländlichen Region hatten.

Diese Angaben, in Bezug zur aktuellen Praxis gesetzt, ergeben ein eindeutiges Bild: Von den Personen mit beiden Bezugspunkten hat sich ein rund drei- bis fünfmal so hoher Anteil für eine Praxis bzw. Weiterbildungspraxis im ländlichen Raum entschieden wie von denjenigen ohne Bezugspunkt. Zunächst einmal handelt es sich dabei zwar nur um eine Korrelation, doch die oben genannte Bedeutung des Standortkriteriums „Nähe zum Ausbildungs- oder Heimatort“ weist in die gleiche Richtung. Vieles spricht also dafür, dass Aus- oder Weiterbildungsstandorte im ländlichen Raum oder die gezielte Anwerbung von medizinischem Nachwuchs aus der Region geeignete Ansätze sind, um Hausärztinnen und Hausärzte für den ländlichen Raum zu gewinnen. Wenn kleinere Krankenhäuser auf dem Land geschlossen werden, steigt insofern die Bedeutung von (hausärztlichen) Ausbildungspraxen im ländlichen Raum.

ABBILDUNG 3: Anteil der Ärzteschaft, der auf dem Land arbeitet, nach Bezug zum ländlichen Raum



Quelle: Eigene Darstellung

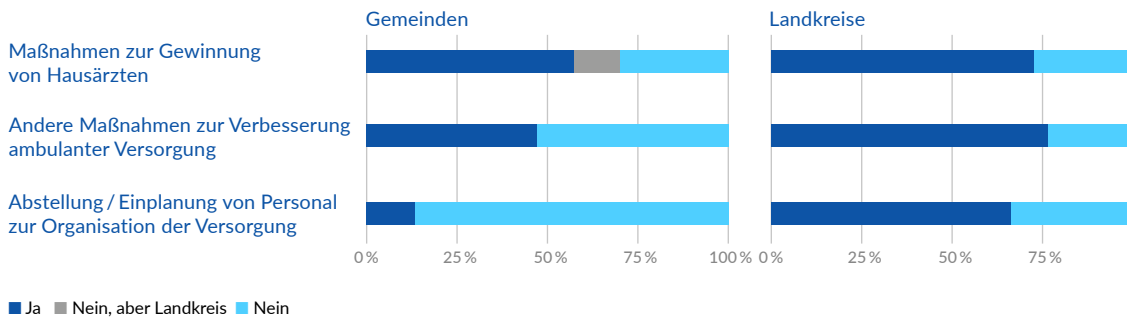
| BertelsmannStiftung

Was Kommunen tun, um die Versorgung vor Ort zu sichern

Der ländliche Raum ist in besonderem Maße von Engpässen in der hausärztlichen Versorgung betroffen. 13 Prozent der **sehr** ländlichen Gemeinden berichten, dass es bei ihnen keinen Hausarzt gibt. In den **eher** ländlichen Gemeinden sind es fünf Prozent, in den (eher oder sehr) städtisch geprägten Gemeinden drei Prozent.

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung – also der Auftrag, ein flächendeckendes, ambulantes Versorgungsangebot zu sichern – liegt zwar bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dennoch hat gut die

ABBILDUNG 4: Was Gemeinden und Landkreise zur Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung tun



Quelle: Eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

Hälfte der Gemeinden (54 Prozent) schon einmal Maßnahmen getroffen, um Hausärzte zu gewinnen – je ländlicher, desto häufiger: Sechs von zehn **sehr** ländlichen Gemeinden, fünf von zehn **eher** ländlichen Gemeinden und vier von zehn (eher oder sehr) städtischen Gemeinden waren in dieser Hinsicht bereits aktiv. Knapp die Hälfte der Gemeinden (47 Prozent) hat andere Maßnahmen ergriffen, um die ambulante Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Rund die Hälfte dieser Gemeinden nannte Maßnahmen zu Praxisräumen und Immobilieninfrastruktur. Sie unterstützen die ambulanten Leistungserbringer bei der Suche nach Praxisräumen, durch Bereitstellung oder Neubau von Praxisräumen oder durch deren Umbau oder Sanierung oder entsprechende finanzielle Hilfen. Oft genannt wurden auch die finanzielle oder organisatorische Unterstützung oder der Bau von Ärztehäusern, Gesundheitszentren oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ), teils in kommunaler oder genossenschaftlicher Trägerschaft. Personal für die Organisation der ambulanten Gesundheitsversorgung bzw. die Vernetzung der Akteure hat fast jede siebte Gemeinde (14 Prozent) abgestellt oder eingeplant, siehe Abbildung 4.

Bei den Landkreisen haben fast drei von vier (72 Prozent) schon einmal Maßnahmen ergriffen, um Hausärzte zu gewinnen; ähnlich viele (76 Prozent) haben andere Maßnahmen zur Aufrechterhaltung oder Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung vor Ort getroffen. Ein besonders häufig – von jedem vierten dieser Landkreise – genanntes Instrument ist die Gründung, Planung, Unterstützung oder der Betrieb von Zentren für die Gesundheitsversorgung, z.B. Medizinische Versorgungszentren (MVZ), regionale Gesundheitszentren oder kommunale Ärzte-

häuser. Ebenso oft werden Maßnahmen zur Vernetzung von Akteuren genannt. Zwei Drittel der Landkreise (66 Prozent) haben Personal ganz oder teilweise für die Organisation der ambulanten Gesundheitsversorgung bzw. die Vernetzung der Akteure abgestellt oder eingeplant.

Befragung von Gemeinden und Landkreisen

Die Befragung der Gemeinden und Landkreise war als Vollerhebung der Gemeinden ab 2.000 Einwohnern und der Landkreise angelegt. Sie wurde online vom Health Transformation Hub durchgeführt, einer Kooperation von Bertelsmann Stiftung und BSt Gesundheit gGmbH. Der Befragungszeitraum war November 2024 bis Februar 2025. Die Befragung wurde vom Deutschen Städte- und Gemeindebund bzw. vom Deutschen Landkreistag unterstützt. Beteiligt haben sich über 1.000 Gemeinden und gut 150 Landkreise. Das entspricht einer Teilnahmequote von rund 20 bzw. gut 50 Prozent.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Hausärztliche Versorgung durch Reformen sichern

Unterversorgten Kommunen kann es durch ihre Aktivitäten gelingen, die hausärztliche Versorgung zu erhalten oder zu verbessern – für die Bevölkerung vor Ort ein bedeutender Aspekt. Allerdings bleibt das grundlegende Problem hausärztlicher Engpässe bestehen. Auch würde das im Koalitionsvertrag geplante Primärarztsystem zusätzliche Herausforderungen schaffen. Demnach sollen die Hausärztinnen und -ärzte stärker als Dreh- und Angelpunkt agieren und den Zugang zu Facharztpraxen verbindlich koordinieren. Auch wenn es grundsätzlich notwendig und sinnvoll ist, die Patientenströme besser zu steuern: Übernehmen Hausärztinnen und Hausärzte diese Aufgabe, kostet sie das zusätzliche Zeit. Daher wird es wichtig sein, sie gleichzeitig an anderen Stellen so viel wie möglich zu entlasten.

Sinnvolle Digitalisierung

- › Eine Möglichkeit, Hausarztpraxen zu entlasten, besteht darin, Aufgaben wie Terminmanagement, Befundaustausch, Diagnostik und Behandlungsabläufe stärker zu digitalisieren. Das setzt jedoch voraus, dass die digitalen Lösungen im Praxisalltag stabil laufen. Denn 25 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte berichten, dass Softwareprobleme die Praxis- und Behandlungsabläufe ein- oder mehrmals am Tag beeinträchtigen.

Aufgabenübertragung

- › Es ist Zeit, neue Formen der fachübergreifenden Zusammenarbeit zu etablieren. Bestimmte Aufgaben könnten dann auf andere, nicht ärztliche Berufsgruppen im Gesundheitswesen übertragen werden – etwa speziell dafür ausgebildete medizinische Fachangestellte oder Pflegekräfte. Sieben von zehn befragten Hausärztinnen und -ärzten schätzen das damit verbundene Entlastungspotenzial als groß ein.

Patienten- und Versorgungssteuerung

- › Viele Patientinnen und Patienten finden sich im komplexen Gesundheitssystem nicht zurecht. Sie landen an der falschen Stelle, werden unnötig doppelt untersucht oder erscheinen in der Arztpraxis, obwohl sie eigentlich eine Sozialberatung benötigen. Mit einer klugen, bundeseinheitlich strukturierten Versorgungs- und Patientensteuerung kann zugleich diesen Menschen geholfen und die Ärzteschaft entlastet werden.

Da diese Entlastungsmöglichkeiten erst mittelfristig greifen, muss kurzfristig auf anderem Wege dafür gesorgt werden, dass die hausärztlichen Kapazitäten ausreichen – indem so viele Hausärztinnen und Hausärzte wie möglich dafür gewonnen werden, länger im Beruf zu bleiben.

SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen.

Innovation und Patientenzentrierung sind die Schlüssel für ein zukunftsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für Qualität und Sicherheit, nutzenstiftende Digitalisierung, Versorgungsstrukturen zugunsten integrierter regionaler Modelle und die gezielte Förderung von Gesundheitskompetenz ein.



Weitere Informationen:
www.bertelsmann-stiftung.de,
<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/versorgungsstrukturen-patientenorientiert-gestalten>

Impressum

© Bertelsmann Stiftung,
 Gütersloh
 Oktober 2025
 Herausgeber:
 Bertelsmann Stiftung
 Carl-Bertelsmann-Str. 256
 33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

Verantwortlich:
 Uwe Schwenk
 Director des Programms
 Gesundheit

Kontakt:
spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de
 Tel.: + 49 5241 81-81431

Text: Auswertung der „anderen Maßnahmen“ der Gemeinden (S. 7): KI-assistiert (ChatGPT)

Bildnachweis:
 © siro46 – stock.adobe.com (Titel), © Ansichtssache_Britta Schröder (S. 2)

Gestaltung: Dietlind Ehlers
 Druck: Giesemann Druck und Medienhaus

ISSN (Print): 2364-4788
 ISSN (Online): 2364-5970