

17. April 2026

Stärkung der Primärversorgung im ländlichen Raum durch gezielten Aufbau von Kapazitäten

Executive Summary

In ländlichen Räumen verdichten sich strukturelle Probleme der Gesundheitsversorgung: Hausarztpraxen werden nicht nachbesetzt, kleinere Kliniken schließen. Entfernungen zu verbleibenden Versorgungsangeboten nehmen zu, unzureichende Verkehrsanbindung erschwert die Erreichbarkeit zusätzlich (1). Gleichzeitig steigen Morbidität und Versorgungsbedarf. Individuelle Lösungsansätze wie die stärkere Einbindung nichtärztlichen Personals oder telemedizinische Anwendungen können punktuell entlasten, bleiben jedoch ohne klare rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen begrenzt wirksam.

Die Herausforderungen im ländlichen Raum sind daher weniger ein Mangel an Lösungen als Ausdruck struktureller Defizite im Gesamtsystem und erfordern eine systematische Neuausrichtung der Primärversorgung. Zentrale Ursache für die aktuelle Problematik in Deutschland ist eine Fehlallokation ärztlicher Ressourcen zwischen stationärem und ambulantem Sektor, urbanen und ländlichen Räumen, ärztlichen Fachgebieten sowie ein unzureichender Einsatz nicht-ärztlichen Personals.

Der ländliche Raum ist dabei kein Sonderfall, sondern der Prüfstein für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems. Internationale Erfahrungen und nationale Analysen zeigen übereinstimmend, dass eine starke Primärversorgung zentral ist: Für eine gute medizinische Versorgung im ländlichen Raum braucht es zukünftig hausärztlich geleitete Primärversorgungspraxen mit interprofessionellen Teams, die einen Großteil der Behandlungsanlässe direkt abschließen und Zugang sowie Kontinuität in der Versorgung sichern (2-5).

Die erforderliche Weiterentwicklung der flächendeckenden Primärversorgung in Deutschland kann nur durch gezielte Allokation ärztlicher Ressourcen gelingen. Dies bedarf kleinräumiger Daten zu Versorgungsbedarfen und -angeboten sowie einer gezielten Schwerpunktsetzung im Medizinstudium, verbunden mit einer bedarfsorientierten Steuerung der Weiterbildung (6,7). Zudem braucht es gezielte Maßnahmen zum Auf- und Ausbau interprofessioneller Praxisteams. Adäquate strukturelle und regulatorische Rahmenbedingungen sind essenziell, um diese Entwicklung gezielt voranzubringen.

Zentrale Positionen der DEGAM:

1. Hausärztlicher Kapazitätsaufbau im ländlichen Raum erfordert bedarfsorientierte Steuerung

International erfolgreiche Modelle zeigen, dass eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung eine gezielte, bedarfsorientierte Steuerung von Ausbildung, Weiterbildung und Niederlassung voraussetzt. Grundlage hierfür ist eine systematische Planung von haus- und kinderärztlichen sowie gebietsärztlichen Kapazitäten, die sich an regionalen Faktoren wie Altersstruktur und Morbidität orientiert. Eine solche Steuerung ist – analog zu vielen anderen Ländern – auch im deutschen System grundsätzlich umsetzbar und stellt eine zentrale Voraussetzung für die Sicherstellung der Versorgung dar (6,7).

2. Sicherstellung der Primärversorgung beginnt in der Ausbildung

Bereits im Medizinstudium muss die zentrale Rolle der hausärztlichen Primärversorgung deutlich stärker verankert werden. Einzelmaßnahmen wie Landarztquoten können hierzu beitragen, sind jedoch allein nicht ausreichend. Vielmehr müssen Inhalte und Schwerpunkte des Medizinstudiums stärker als bisher auf die Erfordernisse der (zukünftigen) Versorgung und hier insbesondere stärker als bisher auf den ambulanten Sektor und insbesondere auf die Primärversorgung ausgerichtet werden.

3. Regionale Versorgungsstrukturen erfordern systematische Vernetzung

In der Region aktive Hausarztpraxen und weitere Versorgungsakteure (Pflege, Gebietsärzte, Physiotherapie, Hebammen, Sozialdienst, ÖGD, auch: Ehrenamt) sind vielerorts bislang kaum vernetzt. Um gemeinsam regional passende Lösungsansätze zu entwickeln, Bedarfe zu erfassen und Ressourcen gezielt zu nutzen, braucht es eine strukturierte Zusammenarbeit aller Beteiligten. Kommunen und ÖGD sollten daher eine aktive Rolle bei der Initiierung und Unterstützung lokaler Netzwerke übernehmen. Geeignete Instrumente hierfür sind beispielsweise kommunale Gesundheitskonferenzen oder digitale regionale Versorgungsplattformen, die eine kontinuierliche und strukturierte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure ermöglichen.

4. Erreichbarkeit und Zugang zur hausärztlichen Versorgung sicherstellen

Für vulnerable Gruppen erschweren längere Wege und eingeschränkte Mobilität die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung erheblich. Digitale Angebote können unterstützen, kommen jedoch nicht für alle Personen und Anliegen infrage. Erreichbarkeit muss daher durch regional angepasste, multimodale Versorgungsansätze sichergestellt werden – beispielsweise durch Fahrdienste, aufsuchende Versorgung, telemedizinisch unterstützte Sprechstunden mit nicht-ärztlichem Praxispersonal sowie telekonsiliarische Einbindung von Gebietsärzten. Die hierfür erforderlichen Voraussetzungen im Zulassungs- und Vergütungssystem sind zu schaffen.

5. Sinnvolle Aufgabenteilung in multiprofessionellen Teams ist im ländlichen Raum unverzichtbar

Medizinisches Fachpersonal innerhalb der Primärversorgungspraxis muss systematisch entsprechend der jeweiligen Kompetenzen in die Aufgaben in der Patientenversorgung und -koordination eingebunden werden, je nach Qualifizierung bis zu eigenverantwortlicher Tätigkeit in definierten Bereichen. So wird eine umfassende, hochwertige Versorgung gesichert und ärztliche Arbeitszeit gezielt eingesetzt.

6. Digitale Instrumente unterstützen – ersetzen aber keine professionelle Primärversorgung

Digitale Instrumente können Versorgungsprozesse effizienter gestalten und ärztliche Expertise besser verfügbar machen. Ärztliche Versorgung und Steuerung bei komplexen Erkrankungen oder Multimorbidität lassen sich allerdings nicht digital ersetzen. Eine leistungsfähige hausärztlich geleitete Primärversorgung vor Ort bleibt daher unverzichtbar und bildet die Grundlage, in die digitale Instrumente sinnvoll integriert werden müssen (8,9).

Die DEGAM fordert:

1. Bedarfsorientierte Steuerung ärztlicher Kapazitäten im regionalen Kontext implementieren

Die Planung ärztlicher Kapazitäten sollte auf kleinräumigen, morbiditäts- und altersadjustierten Bedarfsanalysen basieren und durch verbindliche regionale Zielzahlen für Weiterbildungsstellen und Vertragsarztsitze operationalisiert werden, unter Berücksichtigung telemedizinischer Versorgungsanteile. Hierfür sind entsprechende Steuerungsinstrumente wie Kontingentierung, Anreiz/Fördermaßnahmen etc. gesetzlich zu verankern.

Gleichzeitig sind Zulassungsregelungen (z. B. Versorgungsgrade, Sitzvergabe, Bedarfsplanung) sowie bauliche und regulatorische Anforderungen an Praxisstandorte zu vereinfachen, regional zu flexibilisieren und langfristig planbar zu gestalten.

2. Primärversorgung strukturell in Studium und Weiterbildung verankern

Die Approbationsordnung sowie die Weiterbildungsordnungen sind so weiterzuentwickeln, dass verpflichtende, longitudinal integrierte Ausbildungsanteile in der hausärztlichen Primärversorgung verbindlich implementiert und finanziell abgesichert werden.

3. Regionale Versorgungsnetzwerke systematisch aufbauen und koordinieren

Kommunen und Öffentlicher Gesundheitsdienst müssen gesetzlich beauftragt und finanziell ausgestattet werden, um regionale Versorgungsnetzwerke aufzubauen, kontinuierlich zu moderieren und datenbasiert weiterzuentwickeln; hierfür sind verbindliche Kooperationsstrukturen (z. B. regionale Gesundheitskonferenzen), gemeinsame digitale Plattformen sowie Instrumente zur regionalen Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung zu etablieren.

4. Erreichbarkeit durch regionale Modelle und Vergütung sichern

Die Erreichbarkeit von Primärversorgung ist durch regional definierte, multimodale Versorgungsmodelle (z. B. aufsuchende Versorgung, Fahrdienste, telemedizinisch unterstützte Sprechstunden mit Praxispersonal, telekonsiliarische Einbindung von Gebietsärzten) sicherzustellen; hierfür sind spezifische Vergütungsziffern, flexible Zulassungsregelungen sowie sektorenübergreifende Finanzierungsmodelle zu schaffen.

5. Multiprofessionelle Praxisteams stärken und vergüten

Der Einsatz multiprofessioneller Praxisteams kann wesentlich zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum beitragen. Voraussetzung sind klar definierte, qualifikationsgerechte Aufgaben- und Kompetenzprofile, die auch die eigenständige Übernahme definierter Versorgungsaufgaben durch entsprechend qualifizierte Berufsgruppen ermöglichen und rechtlich absichern. Die Vergütungssystematik ist so weiterzuentwickeln, dass teambasierte Versorgungsmodelle abgebildet und die Anstellung sowie der Einsatz entsprechend qualifizierter Fachkräfte angemessen berücksichtigt werden.

6. Digitale Instrumente strukturell in Versorgungsprozesse integrieren

Digitale Anwendungen (z. B. Telekonsile, digitale Fallakten, strukturierte Ersteinschätzung) sind verbindlich in die Versorgungsprozesse der Primärversorgung einzubetten, interoperabel auszugestalten und durch geeignete Vergütungs- und Anreizsysteme zu fördern. Telemedizinische Versorgungsanteile sind dabei auch systematisch in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, können aber die hausärztliche Steuerfunktion nicht ersetzen.

Literatur

1. Van den Berg N, Fleßa S, Hoffmann W: Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Bundeszentrale für politische Bildung 2021. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum | Ländliche Räume | bpb.de
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
3. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Realising the potential of primary health care. Paris: OECD Publishing; 2020.
5. Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *Ann Fam Med.* 2014;12(2):166–171.
6. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Berlin: SVR
7. Donner-Banzhoff N, Gerlach FM. Ein Vorschlag zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung im Kontext einer reformierten Krankenhausfinanzierung. *Gesundheitswesen.* 2024;86(5):394-397. doi: 10.1055/a-2189-2209.
8. Greenhalgh T, Rosen R, Shaw SE, Byng R, Faulkner S, Finlay T, et al. Planning and evaluating remote consultation services: a new conceptual framework incorporating complexity and practical ethics. *BMJ Qual Saf.* 2024;33(9):573–586.
9. Digitale Ersteinschätzung: wirksam und sicher nur im hausärztlich geleiteten Steuerungssystem
Positionspapiere & Stellungnahmen - DEGAM

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9
10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de

Stand: 17. April 2026