



**Bosch Health
Campus**

der Robert Bosch Stiftung



Studie

Primärversorgung 2035+

Gesundheit vor Ort neu gestalten –
Perspektiven für Baden-Württemberg,
Impulse für Deutschland

In Kooperation mit:

iGES
Institut

Vorwort

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht vor tiefgreifenden Veränderungen. Der demografische Wandel mit zunehmendem Fachkräftemangel und einer steigenden Anzahl älterer Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen stellt das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen. Gleichzeitig wächst die Erkenntnis, dass Gesundheit stärker gefördert, Prävention ausgebaut und Versorgung konsequenter an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet werden muss.

Besonders deutlich zeigen sich diese Herausforderungen in der Primärversorgung. Sie bildet das Fundament eines leistungsfähigen Gesundheitssystems und ist für die meisten Menschen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Fragen. Zugleich geraten die bestehenden Versorgungsstrukturen zunehmend unter Druck. Schon heute ist absehbar, dass die Versorgung der Zukunft nicht allein durch die traditionellen Modelle der hausärztlichen Versorgung sichergestellt werden kann.

Gefragt sind neue Ansätze: multiprofessionelle Teams, eine stärkere Vernetzung medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Angebote sowie Versorgungsstrukturen, die sich konsequent an den Bedürfnissen der Menschen vor Ort orientieren. International zeigen zahlreiche Beispiele, dass starke Primärversorgungssysteme nicht nur die Gesundheitsversorgung sicherstellen, sondern auch zu mehr Chancengerechtigkeit, höherer Versorgungsqualität und einer effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen beitragen können.

Mit der Auflage des Förderprogramms „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ hat die Robert Bosch Stiftung bereits 2016 wegweisende Impulse für eine moderne Primärversorgung gesetzt. Der Bosch Health Campus führt dieses Engagement seit seiner Gründung im Jahr 2022 konsequent fort – durch innovative Modellprojekte, wissenschaftliche Analysen und die aktive Mitgestaltung gesundheitspolitischer Debatten. Viele der entwickelten Ideen finden heute Eingang in Reformdiskussionen zur zukünftigen Ausgestaltung der Primärversorgung in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund haben wir die Studie „Primärversorgung 2035+: Gesundheit vor Ort neu gestalten – Perspektiven für Baden-Württemberg, Impulse für Deutschland“ in Auftrag gegeben. Sie knüpft an die 2021 veröffentlichte Studie „Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“ an und entwickelt deren Analysen vor dem Hintergrund der bestehenden fachlichen, strukturellen und gesundheitspolitischen Entwicklungen weiter.

Baden-Württemberg dient dabei als exemplarischer Betrachtungsraum. Die Studie analysiert regionale Entwicklungen, identifiziert innovative Praxisbeispiele und richtet den Blick auf die Frage, wie zukunftsfähige Primärversorgung konkret vor Ort gestaltet werden kann. Dabei nimmt sie nicht nur die hausärztliche Versorgung in den Blick, sondern betrachtet Primärversorgung als integriertes Gesamtsystem – von multiprofessionellen Versorgungsmodellen und Primärversorgungszentren bis hin zu den politischen, rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen ihrer Umsetzung.

Unser Ziel ist es, einen fundierten Beitrag zur Diskussion darüber zu leisten, wie Primärversorgung in Baden-Württemberg und ganz Deutschland langfristig gesichert und weiterentwickelt werden kann. Die vorliegende Studie versteht sich als Impuls für Politik, Selbstverwaltung, Wissenschaft und Praxis, gemeinsam neue Wege für eine zukunftsfähige Versorgung zu gestalten.

Denn die Zukunft der Gesundheitsversorgung entscheidet sich vor Ort – dort, wo Menschen leicht zugängliche, koordinierte und bedarfsgerechte Unterstützung benötigen. „Primärversorgung 2035+“ ist deshalb nicht nur eine Studie über die Zukunft der Versorgung – sie ist ein Plädoyer dafür, die Zukunft jetzt zu gestalten.

Bosch Health Campus
Stuttgart, im Juli 2026

Danksagungen

Die vorliegende Studie konnte nur durch die Unterstützung unserer Partnerinnen und Partner entstehen, denen wir an dieser Stelle herzlich danken möchten.

Unser besonderer Dank gilt dem IGES Institut für die Durchführung der Studie. Mit seinen Analysen, Modellrechnungen und einer Konzeption der Szenarien hat das Institut eine fundierte Grundlage geschaffen, um die zukünftige Entwicklung der Primärversorgung einzuordnen und Perspektiven für Baden-Württemberg und Deutschland aufzuzeigen.

Ebenso danken wir der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg e.V. für die Bereitstellung von Daten und Auswertungen sowie den konstruktiven Austausch im Rahmen der Studienerstellung. Diese Informationen waren eine wichtige Grundlage für die Analyse der zukünftigen Versorgungssituation.

Ferner danken wir Herrn Alexander Mittlmeier (Maulburg/Eimeldingen), Frau Brunner, Frau Kuch, Frau Schoch, Herrn Dr. med. Martin Ulbricht und Frau van Beek (Zell unter Aichelberg) sowie Herrn Teske (Stuttgart) für ihre Bereitschaft zur Auskunft über ihre Arbeit.

Besonders herzlich bedanken wir uns bei den Mitgliedern des Sounding Boards. Sie haben die Entwicklung der Studie mit großem Engagement begleitet, zentrale Fragestellungen kritisch reflektiert und den Entstehungsprozess durch wertvolle Anregungen, Hinweise und Diskussionen bereichert. Ihre Expertise und ihre unterschiedlichen Perspektiven haben wesentlich dazu beigetragen, die Ergebnisse zu schärfen und praxisnah weiterzuentwickeln.

- **Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth**
Bundesvorsitzende, Hausärztinnen- und Hausärzteverband e.V.
- **Anne-Katrin Gerhardt**
Stellvertretende Vorsitzende, Landespflegerat Baden-Württemberg e.V.
- **Prof. Dr. Stefanie Joos**
Ärztliche Direktorin, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Universitätsklinikum Tübingen
- **Dr. Doris Reinhardt**
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)
- **Prof. Dr. Gottfried Roller**
Leiter Landesgesundheitsamt, Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg

Für diese Unterstützung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit danken wir allen Beteiligten sehr herzlich.

Bosch Health Campus

Stuttgart, im Juli 2026

Inhalt

1	Einleitung	10
1.1	Das Jahr der Gesundheitsreformen	10
1.2	Primärversorgung in Deutschland: Forderung und Förderung	10
1.3	2026 – „Neustart in der Primärversorgung“?	12
1.4	Aufbau der Studie	13
2	Entwicklung und Perspektiven der hausärztlichen Versorgung	14
2.1	Langfristig abnehmende hausärztliche Versorgungskapazitäten	14
2.2	Veränderung der Einflussfaktoren seit 2019	15
2.3	Hausärztliche Versorgungssituation in 2024/2025	16
2.4	Prognose bis 2040 und Vergleich zur letzten Prognose 2021	17
2.4.1	Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen	18
2.4.2	Prognoseergebnisse	22
2.4.3	Sensitivität der Prognoseergebnisse	28
3	Aktuelle hausärztliche Betriebs- und Organisationsformen in Baden-Württemberg	29
3.1	Hausärztliche und hausarztzentrierte Versorgung	29
3.2	Betriebsstrukturen der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg	31
3.3	Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)	34
3.4	Einsatz von Praxisassistenten (NäPa, VERAH®)	35
3.5	Einsatz von akademisch qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen der HzV	37
3.6	Fazit	38
4	Impulse	39
4.1	Interprofessionalität und Versorgungsintegration als Voraussetzungen eines umfassenden Leistungsangebots	39
4.2	Primärversorgung in Baden-Württemberg – drei Beispiele	40
4.2.1	Praxis Mittlmeier, Maulburg und Eimeldingen, Kreis Lörrach	40
4.2.2	Gartenpraxis Dr. Ulbricht, Zell unter Aichelberg, Landkreis Göppingen	40
4.2.3	PORT Gesundheitszentrum Bosch Health Campus, Stuttgart	41

5	Szenarien zur künftigen Primärversorgung in Baden-Württemberg	43
5.1	Einflussfaktoren und Konstruktionsprinzipien der Szenarien	43
5.2	Basis-Szenario: Was passiert, wenn nichts passiert?	45
5.3	Veränderungen des Bedarfs (Szenarien 1a und 1b)	47
5.4	Erhöhung der ärztlichen Kapazitäten (Szenarien 2a und 2b)	48
5.5	Ausweitung der interprofessionellen Versorgung (Szenario 2c)	49
5.6	Effizienzsteigerungen durch kooperative Betriebsformen und Telemedizin (Szenarien 2d und 2e)	49
5.7	Szenario 3: Die Lücke kann geschlossen werden	50
6	Diskussion und Empfehlungen	52
	Literaturverzeichnis	54
	Abbildungen	07
	Tabellen	07
	Zusammenfassung	08
	Impressum	57

Abbildungen

Abbildung 1	Alterstruktur der Hausärzte, 2009 bis 2025	15
Abbildung 2	Methodisches Vorgehen bei der Prognose der regionalen hausärztlichen Kapazitäten	18
Abbildung 3	Prognostizierte Veränderung der Hausarztdichte (2040 ggü. 2024) nach Kreisen in %	24
Abbildung 4	Hausärztliche Unterversorgung (Versorgungsgrad <75%), weitere freie Hausarztsitze (Versorgungsgrad bis <110%) und Überversorgung (Versorgungsgrad = 110%) nach Kreisen	25
Abbildung 5	Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad im Jahr 2040	27
Abbildung 6	Entwicklung der hausärztlichen Versorgungskapazitäten je 100.000 Einwohner bzw. Einwohner ab 65 Jahren, Bund und Baden-Württemberg (Jahre 2015, 2020, 2025), Indexdarstellung (2015 = 100), Ziffern am Säulenfuß: hausärztliche VZÄ pro 100.000 Einwohner	30
Abbildung 7	Hausärztliche Kapazitäten in Baden-Württemberg nach Personen bzw. hausärztlichen Stellen (Jahre 2015, 2020, 2025)	33
Abbildung 8	Anzahl hausärztlicher Hauptbetriebsstätten und HzV-Praxen (Anteil der HzV-Praxen), (Jahre 2015, 2020, 2025)	34
Abbildung 9	Hausärztliche Hauptbetriebsstätten in Baden-Württemberg gesamt und mit Abrechnungsgenehmigung NÄPa (absolut und Anteil an allen Hauptbetriebsstätten)	36
Abbildung 10	HzV-Praxen in Baden-Württemberg gesamt und mit Abrechnungsgenehmigung VERAH® (absolut und Anteil an allen HzV-Praxen)	37
Abbildung 11	In den Szenarien 1a bis 2e modellierte Einflussfaktoren auf die Größe der Versorgungslücke im Jahr 2040	47
Abbildung 12	Kombinierte Wirkung der Effekte der sieben Einzelszenarien	51

Tabellen

Tabelle 1	Zentrale Modellparameter und Prognoseannahmen	20
Tabelle 2	Zentrale Ergebnisse der Simulation	23
Tabelle 3	Sensitivität der Prognoseergebnisse bezüglich Variation der Modellparameter und Prognoseannahmen	28
Tabelle 4	Situation im Jahr 2025 und Basis-Szenario für das Jahr 2040	46

Zusammenfassung

Die Bundesregierung hat für 2026 eine Reform der Primärversorgung angekündigt. Vor diesem Hintergrund liefert die vorliegende Studie aktuelles Zahlenmaterial und konzeptionelle Impulse, die dazu beitragen sollen, dass die längst überfälligen Weichenstellungen erfolgen. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, aber die zentralen Ergebnisse und Feststellungen sind für die Bundesebene gleichermaßen relevant.

Der in manchen Regionen bereits bestehende und zukünftig aller Voraussicht nach zunehmende Hausärztemangel ist bereits seit längerem Thema vieler Analysen und Diskussionen. Bei Einführung eines leistungsfähigen Primärversorgungssystems würde sich die Rolle der hausärztlichen Versorgung ändern, so dass das Thema der verfügbaren Kapazitäten noch stärker ins Blickfeld rücken wird.

Im ersten Teil der Studie (Abschnitt 2) wird die bundesweite Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten untersucht und eine Projektion der Entwicklung bis zum Jahr 2040, differenziert nach Stadt- und Landkreisen, vorgelegt.

Im Jahr 2025 war bereits mehr als jeder dritte noch praktizierende Hausarzt 60 Jahre alt oder älter. Zudem sind die effektiven hausärztlichen Kapazitäten seit Jahren rückläufig: Während die Personenzahl an Hausärzten noch leicht zunimmt, geht die Zahl gemessen in Vollzeitäquivalenten zurück. Zuletzt waren bundesweit rund 4.400 Hausarztsitze unbesetzt. Nach der hier präsentierten Prognoserechnung (vgl. Abschnitt 2.4) werden im Jahr 2040 rund 12.000 Hausarztstellen (ein Fünftel aller Sitze) unbesetzt sein, und die Hausarztdichte wird um 5 % abnehmen. Gegenüber der letzten Prognose von vor fünf Jahren fällt dieser Rückgang zwar nicht ganz so kräftig aus, weil mittlerweile absehbar ist, dass in etwas größerem Umfang ärztlicher Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen wird und die Hausärzte zu einem zunehmenden Teil im Rentenalter noch arbeiten. Von Ärzten der nachkommenden Generationen werden allerdings zunehmend flexiblere Arbeitsmodelle mit Tätigkeit in Anstellung und in Teilzeit präferiert. Dies hat zur Folge, dass der seit Jahren stetig rückläufige Teilnahmeumfang je Hausarzt auch zukünftig

weiter abnehmen wird. Im Ergebnis wird im Jahr 2040 fast ein Fünftel der Kreise – davon viele in ländlichen Regionen gelegen – hausärztlich unterversorgt sein (Versorgungsgrad <75 %), und weitere 15 % der Kreise werden sich nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen (Versorgungsgrad 75 % bis 80 %), während in großstädtischen Regionen zumeist alle verfügbaren Hausarztstellen besetzt sein werden.

Neben den personellen Kapazitäten beeinflussen auch die Organisations- und Betriebsformen der Praxen die Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgungsebene. Im zweiten Teil der Studie (Abschnitt 3) werden die entsprechenden Entwicklungen in Baden-Württemberg im Zeitraum 2015 bis 2025 untersucht. Für diese Analysen konnten Daten genutzt werden, die von der Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurden.

Einleitend wird gezeigt, dass die hausärztlichen Kapazitäten bezogen auf die Bevölkerung insgesamt bzw. ab dem Alter von 65 Jahren in Baden-Württemberg stärker gesunken sind als im Bundesgebiet. Bei den Praxisstrukturen zeigen sich ein leichter Rückgang des Anteils der Einzelpraxen an den hausärztlichen Vertragsarztsitzen (auf 70 % im Jahr 2025) und eine entsprechende Zunahme der Berufsausübungsgemeinschaften (26 %) und Medizinischen Versorgungszentren (4 %). Ferner zeigt sich ein deutlicher Anstieg der angestellt tätigen Hausärztinnen und Hausärzte (von 11 % im Jahr 2015 auf 28 % im Jahr 2025). Zudem spielt in diesem Bundesland die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV, § 73b SGB V) eine dominierende Rolle: 2025 nahmen 72 % der Hausarztpraxen an der HzV teil.

Von besonderem Interesse mit Blick auf die Entwicklung zu einem interprofessionell arbeitenden Primärversorgungssystem ist die Verbreitung der Mitwirkung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen. In Baden-Württemberg verfügten 2025 knapp ein Drittel der Praxen über die Abrechnungsgenehmigung für eine Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPa), die Zahl der als NäPa tätigen Personen lag bei fast 1.600. Noch deutlich ausgeprägter ist der Einsatz der analogen „Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®)“ im Rahmen der HzV:

Im Jahr 2025 waren in etwa 65 % der HzV-Praxen fast 3.600 Personen als VERAH® tätig. Seit 2023 gibt es im Rahmen der HzV auch vertragliche Regelungen zum Einsatz von akademisch qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Im zweiten Quartal 2026 waren 104 solche Mitarbeitenden in 91 Praxen tätig.

Abgesehen von den Statistiken zeigen auch konkrete Beispiele aus der hausärztlichen Versorgung Baden-Württembergs, dass wesentliche Elemente einer umfassender verstandenen Primärversorgung bereits in der Praxis realisiert werden. Dies gilt insbesondere für die Aspekte der interprofessionellen Versorgung und der Vernetzung mit anderen Akteuren der gesundheitlichen und sozialen Versorgung im jeweiligen Einzugsgebiet. In Abschnitt 4 werden zwei Praxen aus ländlichen Regionen und das PORT Gesundheitszentrum am Bosch Health Campus in Stuttgart vorgestellt.

Aus der in Abschnitt 2 prognostizierten weiteren Abnahme der hausärztlichen Kapazitäten bis 2040 resultiert eine Lücke in Bezug auf die Deckung des künftigen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung. In Abschnitt 5 wird zunächst in einem Basisszenario der Umfang der Versorgungslücke abgeschätzt (operationalisiert als hausärztliche Fallzahl, die nicht erbracht werden kann). Anschließend werden sieben einzelne Einflussfaktoren analysiert, die grundsätzlich beeinflussbar sind und zu einer Verkleinerung oder Vergrößerung der absehbaren Versorgungslücke beitragen können: Auf der Bedarfsseite werden eine Verminderung durch wirksame Prävention in Verbindung mit gesteigerter Gesundheitskompetenz sowie eine Erhöhung der Versorgungslast durch Verlagerung von Versorgungsaufgaben aus der sekundären (spezialfachärztlichen) Versorgung in die Primärversorgung betrachtet. Auf der Seite der Versorgungskapazitäten werden eine Steigerung des Anteils der Hausärzte an den Medizinabsolventen, ein geringerer Rückgang des Teilnahmeumfangs, eine Zunahme der Interprofessionalität, eine Zunahme der kooperativen Versorgungsformen sowie ein erhöhter Anteil von telemedizinisch erbrachten Versorgungsleistungen analysiert. Abschließend wird in einem Szenario demonstriert, dass ein Schließen der drohenden Versorgungslücke möglich ist, wenn Handlungsmöglichkeiten auf möglichst vielen Ebenen ergriffen werden.

In den Schlussfolgerungen wird festgehalten, dass eine Lösung der Probleme infolge der abnehmende Hausärztezahlen am ehesten von einer konsequenten Umsetzung der Kernfunktionen einer umfassenden Primärversorgung zu erwarten ist. In der laufenden Diskussion über das angekündigte Gesetz zur Einführung einer Primärversorgung ist oftmals eine starke Einengung auf den Aspekt einer besseren Steuerung von Patienten in die spezialfachärztliche Versorgung – meist unter dem Stichwort der digitalen Ersteinschätzung – festzustellen. Stattdessen käme es vor allem darauf an, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die künftige Primärversorgung besser als heute in der Lage ist, den überwiegenden Teil der gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung abschließend zu behandeln. Um dies zu erreichen, müssen die Rahmenbedingungen für eine stärker interprofessionelle und mit den regionalen Strukturen kooperierende Versorgung geschaffen werden.

1 Einleitung

1.1 Das Jahr der Gesundheitsreformen

2026 wird ein Jahr wichtiger Veränderungen im Gesundheitswesen: Im März wurde das Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform verabschiedet, im April wurden die Gesetze zur Reform der Notfallversorgung und zur GKV-Beitragssatzstabilisierung vom Kabinett auf den Weg gebracht. Zum Jahresende ist ein weiteres Gutachten der „FinanzKommission Gesundheit“ angekündigt. Der erste Bericht der Kommission mit Schwerpunkt auf kurzfristig realisierbaren Maßnahmen bildete die Grundlage für den politischen Prozess, der in das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mündete. Der zweite Kommissionsbericht soll Vorschläge für mittel- bis langfristig umsetzbare grundlegende Strukturreformen unterbreiten.

Als ein wichtiger Reformschritt wurde bereits im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode die Einführung eines „verbindlichen Primärarztsystems“ angekündigt, das zu „einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und [...] einer schnelleren Terminvergabe“ führen soll (Koalitionsvertrag 2025, S. 106). Zur Mitwirkung an der Erarbeitung eines künftigen „Primärversorgungssystems“ hat das Bundesgesundheitsministerium im Januar 2026 einen Dialogprozess mit Fachleuten und Stakeholdern des Gesundheitswesens begonnen. Bei der Pressekonferenz bezeichnete Gesundheitsministerin Nina Warken das Vorhaben als eine „der zentralen Strukturreformen im deutschen Gesundheitssystem“ (Bundesgesundheitsministerium 2026).

2026 könnte somit auch das Jahr werden, in dem die seit langem geforderten Weichenstellungen für eine Stärkung und Weiterentwicklung der Primärversorgung in Deutschland erfolgen. Doch wie stehen die Chancen, dass tatsächlich die Rahmenbedingungen geschaffen werden, die erforderlich sind, um den wissenschaftlich anerkannten Kernfunktionen einer leistungsfähigen Primärversorgung in stärkerem Maße Geltung zu verschaffen?

1.2 Primärversorgung in Deutschland: Forderung und Förderung

Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der ambulanten, insbesondere hausärztlichen, Versorgungsstrukturen hin zu einer Primärversorgung nach internationalem Vorbild wird von Fachleuten seit langem betont. Der Sachverständigenrat Gesundheit hat sich in mehreren Gutachten immer wieder damit befasst: Im Sondergutachten 2009 wurde ausgehend von einer Würdigung der bevorstehenden Herausforderungen infolge des demografischen Wandels sowie einer Analyse internationaler Vorbilder die „Fortentwicklung der traditionellen Hausarztpraxis zu einer ‚Primärversorgungspraxis (PVP)‘“ gefordert und bezüglich zahlreicher Teilaspekte konzeptionell beschrieben (SVR Gesundheit 2009, Abschnitt 8.2). Das Gutachten 2014 – u. a. zu Perspektiven der Versorgung in ländlichen Regionen – hat die damalige Empfehlung aufgegriffen und konstatiert, dass zwischenzeitlich zwar vielversprechende Ansätze entstanden sind, dass solche „Einzelanstrengungen“ jedoch nicht ausreichen und es „darüber hinausgehender und grundlegenderer Neuorganisationen“ bedarf (SVR Gesundheit 2014, S. 598, Textziffer 676).

Empfohlen wurde daher die „Förderung einer hausarztzentrierten Primärversorgung“, einschließlich der Einführung von Selbstbeteiligungen bei Inanspruchnahme von höheren Versorgungsstufen ohne Überweisung durch den koordinierenden Hausarzt (SVR Gesundheit 2014, S. 606, Textziffer 688). Speziell mit Blick auf die wachsenden Probleme der Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung in ländlichen Regionen entwirft das Gutachten das Modell „lokaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)“, in denen neben (haus-)ärztlichen auch pflegerische, therapeutische und soziale Versorgungsangebote gebündelt werden sollten. LGZ könnten als „praxisgestützter“ Typus aus der ambulanten, insbesondere hausärztlichen, Versorgung oder als „klinikgestützter“, aber sektorenübergreifend arbeitender Typus aus (ehemaligen) Krankenhausstandorten entwickelt werden (SVR Gesundheit 2014, S. 612, Textziffer 708).

Das Sachverständigenratsgutachten 2024 greift die früheren Empfehlungen erneut auf und empfiehlt die „Etablierung eines Primärarztsystems“ mit „flächen-deckender Registrierung von Versicherten bei hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxen“. Die Entwicklung „hin zu interprofessionellen Versorgungsteams“ soll durch Veränderungen der ambulanten Vergütungssystematik vorangetrieben, für eine vernetzte Versorgung sollen „Primärversorgungszentren, intersektorale Zentren sowie Pflegekompetenzzentren“ etabliert werden. Als zentrales Element wird die „interprofessionelle Zusammenarbeit im Team“ hervorgehoben, die durch den breiten und indikationsübergreifenden „Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen“ weiterentwickelt werden soll (SVR Gesundheit 2024, S. 33, Textziffern 41 bis 44).

Die Forderung des Sachverständigenrates nach „grundlegender Neuorganisation“ wurde vor allem durch die Robert Bosch Stiftung aufgegriffen, die 2017 das Förderprogramm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ initiierte. Das Programm unterstützt an zahlreichen Standorten in Deutschland lokale Versorgungsstrukturen, die sich entsprechend den „PORT-Kriterien“ zu Primärversorgungszentren entwickeln wollen. Diese Kriterien entsprechen den wissenschaftlich und international anerkannten Charakteristika einer leistungsfähigen Primärversorgung. PORT-Zentren sollen

- hinsichtlich ihres Leistungsspektrums auf den regionalen Bedarf abgestimmt sein,
- in multiprofessionellen Teams „auf Augenhöhe“ zusammenarbeiten,
- eine patientenzentrierte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ umsetzen,
- die Versorgungskoordination an Schnittstellen gewährleisten,
- die Patientinnen und Patienten beim Selbstmanagement ihrer Gesundheitsprobleme aktiv unterstützen,
- die regionale Einzugsbevölkerung im Hinblick auf deren gesundheitliche und soziale Bedarfe, insbesondere auch hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung, in den Blick nehmen,

- mit den kommunalen und regionalen Akteuren der gesundheitlichen und sozialen Versorgung (z. B. dem öffentlichen Gesundheitsdienst) zusammenarbeiten sowie
- die Potenziale von E-Health und Digitalisierung erschließen.¹

Das PORT-Programm hat somit einen klaren Fokus auf der Organisationsentwicklung von Versorgungseinrichtungen, die aufgrund ihrer personellen Zusammensetzung, der etablierten Prozesse und Kooperationsstrukturen, der technischen Voraussetzungen sowie der Steuerungsanreize in der Lage sind, die fünf „Kernfunktionen“ von Primärversorgung in höherem Maße zu gewährleisten: (1) erste Kontaktstelle bei allen gesundheitlichen Problemen, die keiner Notfallversorgung bedürfen, (2) kontinuierliche und (3) patientenzentrierte Versorgung, (4) umfassendes Leistungsangebot mit dem Ziel, die überwiegende Mehrzahl der Versorgungsanlässe abschließend zu versorgen sowie (5) Bevölkerungsbezug und regionale Vernetzung (Allen et al. 2025). Durch diese konzeptionelle Verankerung unterscheidet es sich von den zahlreichen Maßnahmen zur Unterstützung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, die auf gesetzlicher Grundlage vor allem von den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen und umgesetzt werden und bei denen es primär um die (Nach-)Besetzung von Vertragsarztsitzen geht.

Von besonderer Bedeutung für eine funktionierende Primärversorgung – das zeigen die internationalen Erfahrungen sowie die Erkenntnisse aus dem PORT-Programm gleichermaßen – sind vor allem zwei Schlüsselfaktoren:

1. Multiprofessionell zusammengesetzte und interprofessionell („auf Augenhöhe“) arbeitende Teams, die ihre Tätigkeit auf Grundlage einer expliziten Aufgabenverteilung organisieren.
2. Versorgungsintegration, d.h. Kooperation und Vernetzung der hausärztlichen Versorgung mit den relevanten Akteuren der gesundheitlichen und sozialen Versorgung im jeweiligen regionalen Kontext.

1 Bosch Health Campus. PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. <https://www.bosch-health-campus.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail> (Aufruf am 01.07.2026).

Der Grad der Realisierung dieser Schlüsselfaktoren ist entscheidend dafür, inwieweit eine kontinuierliche, umfassende und personenzentrierte Versorgung und Versorgungskoordination umgesetzt werden können. Mit Blick auf beide Aspekte werden zahlreiche Erprobungen, Modellvorhaben und Forschungsprojekte durchgeführt (Zimmermann und Pruskil 2025). Wie weit entfernt die gegenwärtigen Rahmenbedingungen von der Ermöglichung einer umfassenden Primärversorgung jedoch noch immer sind, zeigt ein aktuelles Gutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, das die rechtlichen Fragen im Hinblick auf „Etablierung und Betrieb von Primärversorgungszentren“ beleuchtet (Pitz 2025). Der Autor identifiziert zahlreiche Restriktionen und Risiken, die multiprofessionelles Arbeiten sowie eine stärkere Versorgungsintegration nach wie vor behindern und durch Änderungen im Sozialrecht bzw. im ärztlichen Berufsrecht adressiert werden müssten. Als zentraler Punkt sind ferner die Vergütungsstrukturen, vor allem in der vertragsärztlichen Versorgung, zu nennen, die die Entfaltung einer Primärversorgung hemmen.

1.3 2026 – „Neustart in der Primärversorgung“?

Im Vorfeld der angekündigten Gesetzgebung für ein künftiges Primärversorgungssystem haben bereits zahlreiche Organisationen und Akteure Positionen und Stellungnahmen zu dessen Ausgestaltung veröffentlicht. Einigkeit besteht dabei im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Strukturreform. Unterschiede zeigen sich in Aspekten der Ausgestaltung bzw. der Prioritäten.

In vielen Stellungnahmen wird mit Blick auf die Primärversorgung vor allem eine andersartige Steuerung des Zugangs der Versicherten zur Versorgung hoch priorisiert. Von der Einführung und möglichst verbindlichen Nutzung eines strukturierten digitalen Ersteinschätzungsverfahrens wird eine wirksamere Steuerung bzw. Hinleitung von Patientinnen und Patienten zu den geeigneten Versorgungsangeboten bzw. – mehr oder weniger ausgesprochen – auch eine Verminderung der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung erwartet (GKV-Spitzenverband 2025).

Demgegenüber betont die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) die Notwendigkeit eines systematischen Aufbaus bzw. einer Steuerung der personellen Kapazitäten, des Ausbaus der multiprofessionellen Zusammenarbeit und der Vernetzung in den regionalen Strukturen. Digitale Instrumente werden als wichtige Unterstützung, aber nicht als der eigentliche Schlüsselfaktor in Bezug auf die Koordination der Versorgung gesehen (DEGAM 2026).

Weitere, teilweise kontrovers diskutierte Aspekte sind die Verbindlichkeit der Steuerung durch ein primärärztliches System, also die Notwendigkeit oder Incentivierung der Einschreibung bei einer primärversorgenden Praxis, sowie die Sanktionierung von unkoordinierter Inanspruchnahme der höheren Versorgungsebenen. Unterschiedliche Ansichten gibt es ferner zur Verankerung in den kollektiv- oder selektivvertraglichen Strukturen des Gesundheitssystems. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) existieren – insbesondere in Baden-Württemberg – im selektivvertraglichen Bereich bereits erprobte Strukturen, die Elemente einer Primärversorgung umfassen und z. B. mit Blick auf die multiprofessionelle Versorgung weiterentwickelt werden.² Auf der anderen Seite wird argumentiert, dass durch eine (auch) kollektivvertragliche Ausgestaltung die erforderliche Verbreitung und Verbindlichkeit eher erreicht werden kann (SVR Gesundheit 2024, S. 265, Textziffer 616).

Anknüpfend an das Konzept der PORT-Zentren hat die Robert Bosch Stiftung 2021 eine Studie mit dem Titel „Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann“ publiziert (Robert Bosch Stiftung 2021). Angesichts der aktuellen Pläne der Bundesregierung für ein „Primärversorgungsgesetz“ könnte dieser Neustart in 2026 beginnen, sofern die Weichen tatsächlich in Richtung einer Primärversorgung im eigentlichen Sinne gestellt werden (Bosch Health Campus 2026). Eine Reduktion von unkoordinierter und nicht gerechtfertigter Inanspruchnahme zählt zwar zu den wichtigen Zielen des Aufbaus einer Primärversorgung. Die bisweilen zu beobachtende Einengung auf diesen Aspekt bzw. die „Verminderung der Wartezeit

² Vgl. das „HÄPPI-Versorgungskonzept“ des Hausärztinnen- und Hausärzterverbands (HÄV 2024).

auf Facharzttermine“ birgt jedoch das Risiko, dass zu kurz gesprungen wird.

In einem kürzlich publizierten Beitrag internationaler Primärversorgungsfachleute wurde die Befürchtung geäußert, dass zunehmend „primary care lite models“ implementiert werden, die den Aspekt der „ersten Kontaktstelle bei allen gesundheitlichen Problemen“ mit Hilfe digitaler Gatekeeper umsetzen, aber die Aspekte der umfassenden, kontinuierlichen und koordinierten Versorgung vernachlässigen und daher den Problemen einer alternden multimorbiden Bevölkerung nicht gerecht werden (Allen et al. 2025).

1.4 Aufbau der Studie

Die vorliegende Studie knüpft mit einer aktualisierten Analyse und Projektion der hausärztlichen Versorgungssituation in Deutschland zum einen an die Arbeit aus 2021 (Robert Bosch Stiftung 2021) an. Zum anderen werden die beiden oben genannten Schlüsselfaktoren – Interprofessionalität und Versorgungsintegration – näher beleuchtet.

Dazu werden zunächst die vergangene Entwicklung und die zukünftigen Perspektiven der hausärztlichen Versorgung in den Fokus genommen. Es wird aufgezeigt, wie sich die zentralen Einflussfaktoren der hausärztlichen Versorgungskapazitäten in den letzten Jahren entwickelt haben (Abschnitte 2.1 und 2.2). Anschließend wird die aktuelle Versorgungssituation beleuchtet sowie das Vorgehen und die Ergebnisse einer Prognose zur weiteren Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2040 dargestellt, wobei auch ein Vergleich zu den Ergebnissen aus der letzten Prognose von vor fünf Jahren angestellt wird (Abschnitt 2.3 und 2.4).

Abschnitt 3 gibt einen Überblick zur Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit besonderer Sicht auf die Praxisstrukturen sowie die Verbreitung von multiprofessionellen Versorgungsansätzen. Grundlage sind Daten, die freundlicherweise von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und von der HZV-Datenstelle der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG (HÄVG AG) für Baden-Württemberg zur Verfügung gestellt wurden.

Abschnitt 4 lenkt die Aufmerksamkeit auf Schlüsselfaktoren der Primärversorgung. Nach einem kurzen konzeptionellen Abriss werden drei Einrichtungen der Primärversorgung in Baden-Württemberg vorgestellt, die beispielhaft die Relevanz und die Potenziale einer interprofessionellen und bevölkerungsbezogenen Versorgung aufzeigen.

Die im Abschnitt 2.4 dargestellte Projektion der Hausärztezahlen deutet auf eine erhebliche Versorgungslücke im Jahr 2040 hin. In Abschnitt 5 werden unterschiedliche Möglichkeiten zur Verminderung bzw. Schließung dieser Lücke untersucht. In sieben einzelnen sowie einem kombinierten Szenario werden anhand eines einfachen Simulationsmodells die Potenziale der verschiedenen Handlungsansätze abgeschätzt.

Den Abschluss bilden ein übergreifendes Fazit sowie Empfehlungen mit Blick auf die aktuelle Diskussion zur Einführung eines Primärversorgungssystems.

2 Entwicklung und Perspektiven der hausärztlichen Versorgung

2.1 Langfristig abnehmende hausärztliche Versorgungskapazitäten

Die Zahl der vertragsärztlich tätigen Hausärzte hat sich zwischen den Jahren 2009 und 2025 in der Zählung nach Personen um etwa 4 % erhöht. Dies ist der bei weitem geringste Anstieg aller Arztgruppen. Der Aufwuchs der Zahl der vertragsärztlich tätigen Ärzte in den übrigen Fachgruppen betrug im selben Zeitraum 36 %³ (KBV 2026).

Hausärzte wählen vermehrt flexiblere Arbeitsformen

Ein weiterer bedeutsamer Trend besteht darin, dass sich auch die Hausärzte zunehmend für flexiblere Arbeitsformen entscheiden (können). Dies ist zum einen die Arbeit in einem Teilzeitmodell und zum anderen – häufig eng damit verknüpft – die Arbeit in Anstellung, anstatt sich eigenunternehmerisch als Praxisinhaber unter Übernahme eines vollen Versorgungsauftrages niederzulassen. Einen solchen vollen Versorgungsauftrag hatten im Jahr 2025 nur noch knapp 69 % der Hausärzte inne (2009: rund 94 %). Der Anteil der in Teilzeit tätigen Hausärzte (halber Versorgungsauftrag oder Anstellung mit weniger als 30 Stunden pro Woche) belief sich 2025 auf rund 16 % gegenüber rund 2 % im Jahr 2009 (KBV 2026).

Die Zahl der angestellt tätigen Hausärztinnen und Hausärzte hat sich – sicher auch aufgrund der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 signifikant erweiterten Möglichkeiten zur Berufsausübung als Angestellte – zwischen 2009 und 2025 von 2.800 auf 15.700 mehr als verfünffacht. Im Jahr 2009 war erst jeder 19. hausärztlich Tätige in Anstellung tätig, im Jahr 2025 bereits mehr als jeder vierte (KBV 2026).

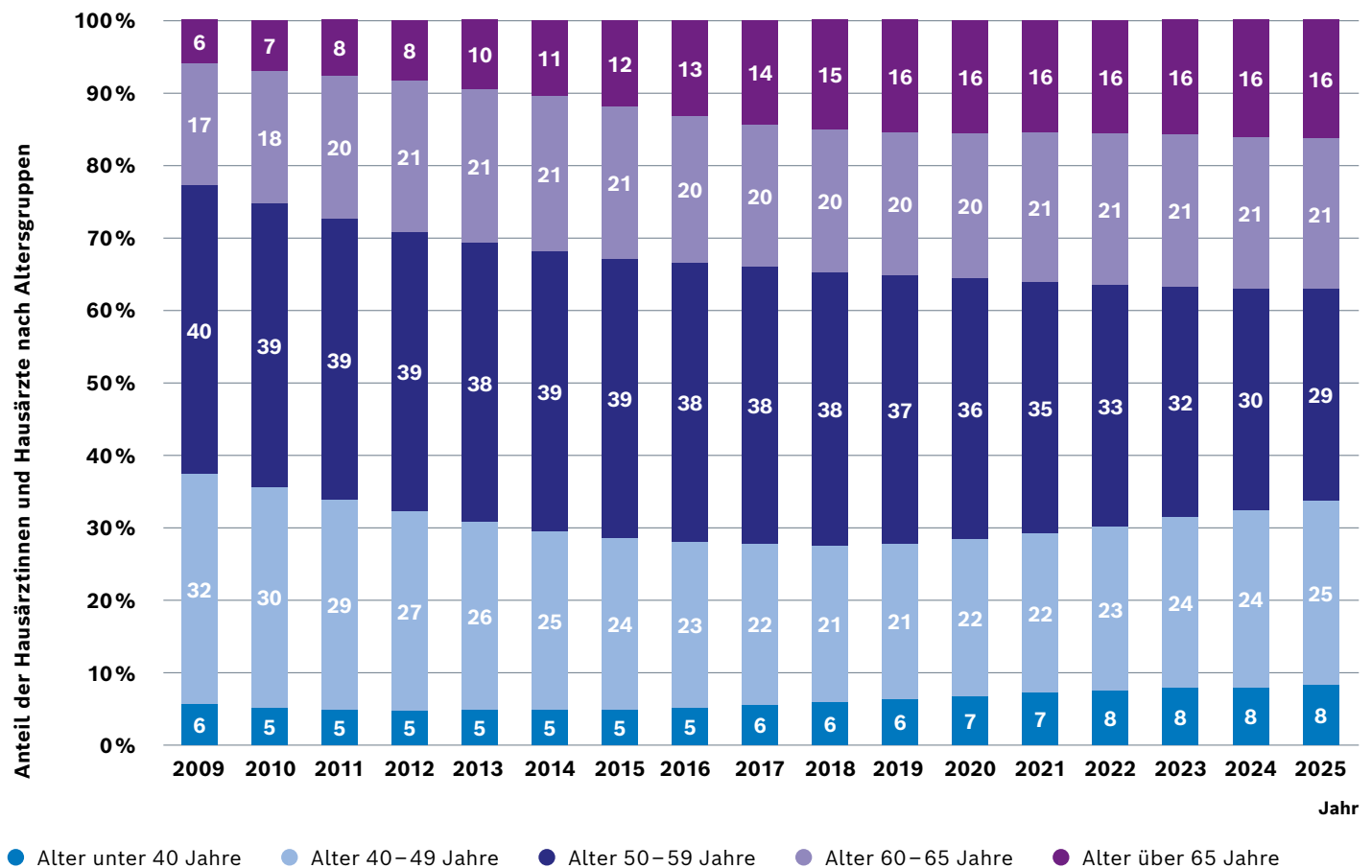
Der zwischen 2009 und 2025 kaum nennenswerte Zuwachs der Zahl der Hausärzte und die erhebliche Zunahme des Anteils der in Teilzeit tätigen Hausärzte haben insgesamt zu einer Verringerung des Volumens der von den Hausärzten erbrachten Arbeitsstunden geführt.

So ist der durchschnittliche Teilnahmeumfang der Hausärzte von knapp 99 % im Jahr 2009 auf nur noch knapp 92 % im Jahr 2025 zurückgegangen (KBV 2026).

Langfristig zunehmendes Durchschnittsalter der Hausärzte

Das Durchschnittsalter der Hausärzte hat sich zwischen den Jahren 2009 und 2025 von 52,6 Jahren auf 55,0 Jahre erhöht. Der Anteil der Hausärzte, der auf die Altersgruppe der über 65-Jährigen entfällt, ist im selben Zeitraum – bei zuletzt verlangsamtem Anstieg – von 6,0 % auf 16,5 % gestiegen (+175 %). Dies bedeutet, dass sich jeder sechste Hausarzt in einem Alter befindet, in dem üblicherweise der Ruhestand beginnt oder absehbar erwogen wird. Zudem ist jeder fünfte Hausarzt zwischen 60 und 65 Jahre alt (Anteil 2009: 16,8 %, Anteil 2025: 20,7 %) und somit nicht mehr weit von einem möglichen Ruhestand entfernt (vgl. Abbildung 1) (KBV 2026). Insgesamt war im Jahr 2025 mehr als jeder dritte Hausarzt 60 Jahre oder älter (37 %), was absehbar zu einer erheblichen Verschärfung der Probleme bei der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (in der Fläche) führen wird. In einem Alter von bis zu 49 Jahren waren im Jahr 2025 nur noch etwa 33 % der Hausärzte (2009: ca. 38 %) (KBV 2026).

³ Ohne Berücksichtigung der psychologischen Psychotherapeuten ermittelt.

Abbildung 1: Altersstruktur der Hausärzte, 2009 bis 2025


Anmerkung: Abweichungen von 100% sind auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen

Quelle: eigene Darstellung IGES auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV 2026)

2.2 Veränderung der Einflussfaktoren seit 2019

Zuletzt Alterung der Hausärzteschaft allerdings gebremst

Allerdings zeigt sich auch, dass die Alterung der Hausärzte in den vergangenen etwa fünf Jahren merklich gebremst wurde. Während der Anteil der Altersgruppen „60–65 Jahre“ und „über 65 Jahre“ zuletzt nicht weiter angestiegen ist, hat zwar die Gruppe in den mittleren Altern 50–59 Jahre weiter abgenommen, gleichzeitig nimmt aber auch der Anteil der jüngeren Hausärzte in den Altersgruppen bis 49 Jahre seit einigen Jahren stetig zu (Abbildung 1). In der Folge ist das Durchschnittsalter der Hausärzte in den vergangenen Jahren von 55,4 Jahre (2020) auf 55,0 Jahre (2025) leicht zurückgegangen (KBV 2026).

Zunehmende Erwerbsbeteiligung im Alter

Gleichzeitig nimmt die Erwerbsbeteiligung der hausärztlich Tätigen im Alter weiter zu, denn die Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten zunehmend noch im Rentenalter, sodass sich das durchschnittliche Alter des Eintritts in den Ruhestand erhöht. Der Anteil der noch aktiven Hausärzte im Alter von über 65 Jahren steigt bereits seit mehreren Jahren an. Zuletzt hat er weiter leicht zugenommen von 40% im Jahr 2019 auf 41% im Jahr 2024 (jeweils Schätzungen auf Basis von Daten der KBV). In der Folge zeigt sich in der Prognose (siehe Abschnitt 2.4.2), dass zukünftig voraussichtlich ein geringerer Anteil der gegenwärtig noch praktizierenden Hausärzte aus der Versorgung ausscheiden wird als noch in der letzten Prognose. Die Prognose aus dem Jahr 2021 ergab, dass in den kommenden 15 Jahren ein Anteil von 58% aller Hausärzte ausscheiden wird, während ein

Ergebnis der aktuellen Prognose ist, dass bis zum Jahr 2040 rund 54 % aller Hausärzte nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung stehen werden.

Zunehmend hausärztlicher Nachwuchs verfügbar

Zudem stand zuletzt auch vermehrt Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Zahl der Studierenden der Humanmedizin in Deutschland nahm in den Jahren 2019 bis 2024 um 3 % pro Jahr zu. Dies liegt unter anderem daran, dass an mehreren Standorten (Brandenburg, Thüringen) neue Studiengänge der Humanmedizin gegründet wurden. Demgegenüber betrug der Anstieg über den Zeitraum, der der letzten Prognose zugrunde lag (Jahre 2014 bis 2019), nur 2 % pro Jahr. Am aktuellen Rand zeichnet sich also eine zunehmende Dynamik bei der Medizinstudierendenzahl ab, der langfristige Trend ist allerdings mit einer Zunahme in Höhe von 2,5 % pro Jahr seit 2011 weiterhin ungebrochen.

Des Weiteren ist seit einigen Jahren ein Trend zu beobachten, dass der ärztliche Nachwuchs sich wieder zunehmend für eine Tätigkeit im hausärztlichen gegenüber dem fachärztlichen Versorgungsbereich entscheidet, wenn auch immer noch zu einem vergleichsweise geringen Teil (KBV 2023). Der Anteil der Facharztanerkennungen, der auf das Fachgebiet der Allgemeinmedizin entfällt, ist von 12 % im Jahr 2019 auf 14 % im Jahr 2024 gestiegen (BÄK 2026).

Allerdings weiterhin rückläufiger Teilnahmeumfang

Mehrere relevante Faktoren des Umfangs der verfügbaren hausärztlichen Kapazitäten haben sich somit in den vergangenen fünf Jahren in eine Richtung entwickelt, dass diese Kapazitäten gemäß der aktuellen Prognose zukünftig umfänglicher verfügbar sein dürften als noch gemäß der letzten Prognose. Allerdings verbleibt noch ein Faktor, für den dies nicht zutrifft und der in die entgegengesetzte Richtung auf eine zukünftig weiter abnehmende Verfügbarkeit hausärztlicher Kapazitäten deutet, und zwar der Teilnahmeumfang der Hausärzte an der Versorgung.

Die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte ist zwar in den vergangenen Jahren in der Zählung nach Personen leicht gestiegen (siehe oben). Zudem wird die Hausärzteschaft seit einigen Jahren im Durchschnitt wieder etwas jünger, weil eine zunehmende Zahl an Nachwuchsärzten in die Versorgung kommt. Allerdings werden von den Ärzten der nachkommenden Generationen vermehrt neue und flexiblere Arbeits(zeit)modelle (Anstellung, Teilzeit) präferiert. In der Folge ist der Teilnahmeumfang im Durchschnitt aller Hausärzte (ältere Generationen im Bestand und Nachwuchs) seit vielen Jahren rückläufig (siehe auch Abschnitt 2.1). In den vergangenen fünf Jahren ist der durchschnittliche Teilnahmeumfang (approximativ in Vollzeitäquivalenten/Person) der Hausärzte weiter von 94 % im Jahr 2019 auf 92 % im Jahr 2024 zurückgegangen.

2.3 Hausärztliche Versorgungssituation in 2024/2025

Insgesamt zuletzt abnehmende hausärztliche Kapazitäten

Alle aufgezeigten Entwicklungen der relevanten Einflussfaktoren zusammengenommen ergaben zuletzt eine leichte Abnahme der hausärztlichen Kapazitäten. Während die Anzahl der Hausärzte in Personenzählung von 54.819 (2019) auf 55.435 (2024) leicht zugenommen hat, haben die hausärztlichen Kapazitäten gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) von 51.672 im Jahr 2019 auf 51.437 im Jahr 2024 geringfügig abgenommen.

In der Folge ist die Hausarztdichte, gemessen als Anzahl der Hausärzte (in VZÄ) je 100.000 Einwohner der Bevölkerung zwischen den Jahren 2019 und 2024, von bundesweit 63 Hausärzten je 100.000 Einwohner auf 62 leicht zurückgegangen. Im Bundesland Baden-Württemberg lag die Hausarztdichte auf einem etwas niedrigeren Niveau, und der Rückgang war in diesem Zeitraum etwas stärker ausgeprägt. Die Hausarztdichte ging in Baden-Württemberg von 60 Hausärzten je 100.000 Einwohner im Jahr 2019 auf 58 im Jahr 2024 zurück.

Darüber hinaus war in den vergangenen Jahren stets eine beträchtliche Zahl an Vertragsarztsitzen in der hausärztlichen Versorgung unbesetzt. In den Jahren 2019/2020⁴ traf dies bundesweit noch auf eine Zahl von 3.570 Hausarztsitzen zu. Bis zu den Jahren 2024/2025 ist die Zahl der unbesetzten Hausarztsitze auf 4.442 angestiegen (knapp ein Viertel mehr). Dies entspricht 8% aller Hausarztsitze. In Baden-Württemberg ist die Zahl der unbesetzten Hausarztsitze überdurchschnittlich stark von 692 im Jahr 2020 auf 1.088 im Jahr 2025 um insgesamt 57% angestiegen.

Auch rechnerischer Versorgungsgrad leicht rückläufig

Diese Entwicklung hat schließlich auch Auswirkungen auf den Versorgungsgrad gehabt, der gemäß der vertragsärztlichen Bedarfsplanung das Verhältnis aus tatsächlich tätigen Hausärzten zur benötigten Soll-Zahl der Hausärzte abbildet (siehe Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA, 2026). Der Versorgungsgrad wird offiziell von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur auf der Ebene der Mittelbereiche als relevanter regionaler Ebene der hausärztlichen Bedarfsplanung festgestellt. Wird für eine rein rechnerische Ermittlung des bundesweit durchschnittlichen Versorgungsgrads die gesamte Ist-Zahl der Hausärzte zur gesamten Soll-Zahl ins Verhältnis gesetzt, ist der hausärztliche Versorgungsgrad von 101% in den Jahren 2019/2020 auf 100% in den Jahren 2024/2025 leicht zurückgegangen. In Baden-Württemberg fiel der Rückgang des rechnerischen Versorgungsgrads der hausärztlichen Versorgung im gleichen Zeitraum von 102% auf 95% ungleich kräftiger aus.

Aktuell die geringsten Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung Baden-Württembergs weisen die Mittelbereiche Donauessingen (68%), Eberbach (71%), Balingen (73%), Bad Saulgau (70%) und Vaihingen (64%) auf (Stand 11.02.2026, vgl. KVBW 2026). Mit einem Versorgungsgrad von unter 75% läge gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie in diesen Planungsregionen zumindest rechnerisch hausärztliche Unterversorgung vor.

2.4 Prognose bis 2040 und Vergleich zur letzten Prognose 2021

Vor dem Hintergrund der Entwicklung der relevanten Einflussfaktoren der hausärztlichen Versorgungskapazitäten in der langen Frist (Abschnitt 2.1) sowie in den vergangenen fünf Jahren seit der letzten Prognose (Abschnitt 2.2) wird in diesem Abschnitt der Fokus auf die weitere zukünftige Entwicklung gelegt und den folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie werden sich die hausärztlichen Kapazitäten im vertragsärztlichen Bereich⁵ bis zum Jahr 2040 entwickeln?
- Welche regionalen Entwicklungen, insbesondere mit Blick auf Baden-Württemberg, sind dabei zu berücksichtigen?
- Inwiefern unterscheiden sich die Ergebnisse von der letzten Projektion vor fünf Jahren, bei der ebenfalls über einen Zeitraum von etwa 15 Jahren vorausgeschaut wurde (damals bis 2035)?

Zur Analyse dieser Fragestellungen wurde eine Prognose der Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2040 vorgenommen, der das gleiche Simulationsmodell zugrunde liegt, das bereits in der letzten Prognose verwendet wurde.⁶

5 Betrachtet wird dabei – wie bereits in den vorangehenden Kapiteln – ausschließlich der vertragsärztliche Bereich. Der rein privatärztliche Bereich hat in der hausärztlichen Versorgung hingegen eine nur sehr geringe Bedeutung und kann daher an dieser Stelle vernachlässigt werden.

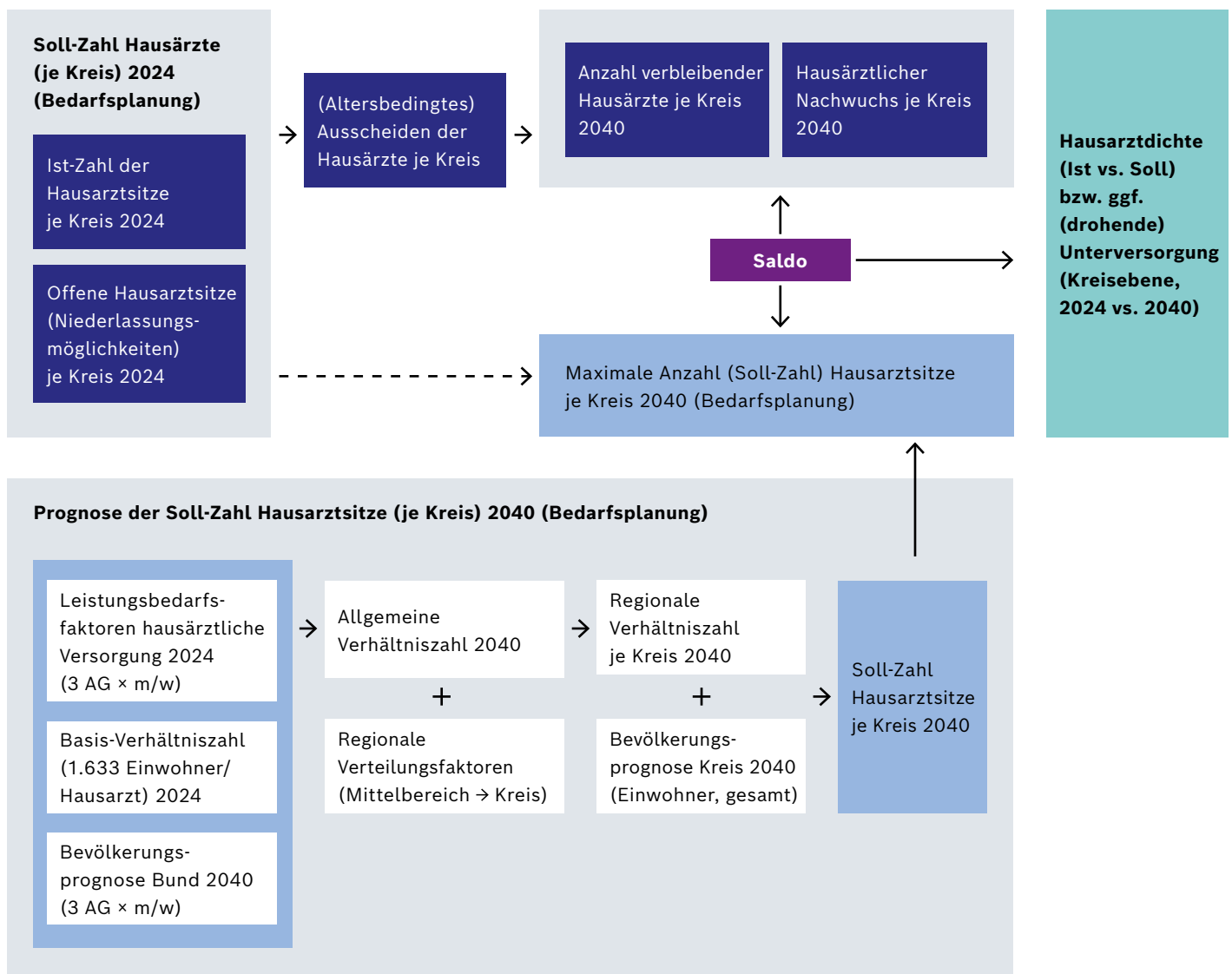
6 Genauer gesagt handelt es sich nicht um eine Prognose, in der geschätzt wird, wie die Entwicklung wahrscheinlich verlaufen wird, sondern eher um eine Projektion bzw. eine Modellrechnung. Annahmebasiert wurde untersucht, welche Kapazitäten voraussichtlich zur Verfügung stehen werden, wenn bestimmte Entwicklungen berücksichtigt werden bzw. Annahmen zutreffen („Was passiert, wenn ...?“). Zur Vereinfachung wird im Folgenden dennoch von einer „Prognose“ gesprochen.

4 Über die Kassenärztlichen Vereinigungen hinweg unterscheiden sich die Zeitpunkte des Datenstands an dieser Stelle.

2.4.1 Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen

Das Simulationsmodell besteht im Wesentlichen aus einer Prognose der zur Verfügung stehenden hausärztlichen Kapazitäten auf der einen Seite und der Anzahl der bis zur Grenze der Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze auf der anderen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Methodisches Vorgehen bei der Prognose der regionalen hausärztlichen Kapazitäten



Anmerkung: AG = Altersgruppe

Quelle: eigene Darstellung IGES

Als regionale Ebene wurden nach Einschätzung der Datenverfügbarkeit die 400 amtlichen (Land-)Kreise und kreisfreien Städte gewählt.⁷

Im Einzelnen erfolgte eine Prognose

- des Ersatz- bzw. Nachbesetzungsbedarfs, der sich infolge des (meist altersbedingten) Ausscheidens von Hausärzten ergibt,
- des zusätzlichen Bedarfs an Hausärzten, der sich aus freien Hausarztsitzen bis zur Grenze der Überversorgung (Versorgungsgrad von 110%) ergibt, und
- des ärztlichen Nachwuchses, der zur Besetzung der bereits gegenwärtig unbesetzten bzw. zukünftig fre werdenden Hausarztsitze zur Verfügung stehen wird.

Aus der Gegenüberstellung des Besetzungsbedarfs und des Nachwuchses ergibt sich ein Saldo von im Jahr 2040 unbesetzten Hausarztsitzen, sofern der Besetzungsbedarf größer ausfällt als die Anzahl der für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Ärztenachwuchses. Der Ersatz- bzw. Nachbesetzungsbedarf wurde anhand einer Simulation des altersbedingten Ausscheidens der Hausärzte (oberer Teil der Abbildung 2) prognostiziert. Dafür wurden Daten zur Altersstruktur der Hausärzte nach Altersgruppen im Jahr 2025 auf Kreisebene aus dem Bundesarztregister bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angefragt und von dieser freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Zentrale Annahmen der Hausärzteprognose

Auf dieser Grundlage sowie auf Basis von aggregierten Daten zur Entwicklung der Altersstruktur der Hausärzte in Deutschland in den vergangenen Jahren (KBV 2026) wurde der Anteil der Hausärzte im Alter von 65 Jahren oder älter, die noch aktiv sind, auf etwa 41 % im Jahr 2024 geschätzt.⁸ In einer Basisvariante der Prognose wurde davon ausgegangen, dass dieser Anteil bis zum Jahr 2040 unverändert bleiben wird (Tabelle 1). Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurde darüber hinaus betrachtet, welche Auswirkungen mit einem abnehmenden Anteil verbunden wären (vgl. Abschnitt 2.4.3).

⁷ In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung wird die hausärztliche Versorgung ausgehend von den sog. Mittelbereichen geplant. Die Mittelbereiche bilden den Verflechtungsraum um ein Mittelzentrum ab und umfassen oft mehrere Gemeinden. Ein Kreis wiederum umfasst oft zwei oder drei Mittelbereiche. Insofern handelt es sich bei der Prognose auf Kreisebene an dieser Stelle um eine Näherung, die tendenziell ein konservatives Bild der Verbreitung von Unterversorgung zeichnet. Für eine Prognose auf Ebene der Mittelbereiche lagen im Rahmen dieser Studie keine hinreichend differenzierten Daten vor.

⁸ Dieser Anteil wurde geschätzt, indem die Anzahl der Hausärzte in der Altersgruppe 65+ im Jahr 2024 auf die entsprechende Anzahl der 50–59-Jährigen im Jahr 2008 bezogen wurde. Dabei wurde angenommen, dass mit letzterer Altersgruppe näherungsweise die entsprechende Kohorte der Hausärzte in einem Alter abgebildet wird, bevor es zu altersbedingten Austritten in relevantem Umfang kommt.

Tabelle 1: Zentrale Modellparameter und Prognoseannahmen

Beschreibung des Parameters/der Annahme in der Basisvariante	Wert
Durchschnittlicher Teilnahmeumfang (Anrechnungsfaktor der Bedarfsplanung) der Nachwuchshausärzte im Jahr 2040 (ggü. 0,92 bei Bestandshausärzten in 2024)	0,87
Anteil Nachwuchsärzte für hausärztliche Versorgung (ggü. 8,2% bis 9,6% in Jahren 2019–2024)	9,2%
Anteil der im Alter 65+ noch aktiven Hausärzte (entspricht Anteil in 2024)	41%
Städtische Regionen werden ländlichen grundsätzlich vorgezogen (anhand 5 Regionstypen nach BBSR). Allerdings berücksichtigt, dass hausärztlich interessierter Nachwuchs deutlich öfter ländliche Regionen und Kleinstädte in Erwägung zieht als fachärztlich interessierter (vgl. KarMed-Studie).	
Fördermaßnahmen der KVen wirken: Innerhalb eines Regionstyps werden unterversorgte Kreise bevorzugt.	

Quelle: eigene Schätzung IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie; KarMed-Studie: van den Bussche et al. (2019)

Der zusätzliche Bedarf an Hausärzten, also die über den Ersatz- bzw. Nachbesetzungsbedarf hinaus benötigte Zahl an Hausärzten (bis zu einem Versorgungsgrad von 110%, ab dem offiziell Überversorgung vorliegt), wurde prognostiziert, indem die Soll-Zahl für einen Versorgungsgrad von 110% je Planungsbereich im Jahr 2040 bestimmt wurde (unterer Teil der Abbildung 2). Dafür wurde das Vorgehen zur Bestimmung der regionalen Verhältniszahl (Einwohner/Hausarzt) je Planungsbereich gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (G-BA 2026) zugrunde gelegt. Diese sieht seit dem Jahr 2019 einen regionalen Verteilungsfaktor zur Berücksichtigung von regionalen Unterschieden bei der Morbidität (Morbiditätsfaktor) vor. In der Prognose wurde davon ausgegangen, dass dieser bis 2040 unverändert bleibt.

Veränderungen bei der Soll-Zahl der maximal zu besetzenden Hausarztsitze bis zum Jahr 2040 ergeben sich allerdings aufgrund von demografischen Entwicklungen. Diese wurden im Rahmen der Fortschreibung der Verhältniszahl auf Ebene der einzelnen Kreise berücksichtigt. Dafür wurden die Ergebnisse der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder als Ausgangspunkt

zugrunde gelegt.⁹ Für einige Kreise wurden die verfügbaren amtlichen Vorausberechnungen um eigene Projektionen des IGES Instituts ergänzt.¹⁰

Schließlich wurde eine Aggregation der prognostizierten Soll-Zahl für das Jahr 2040 von der hausärztlichen Planungsebene (Mittelbereiche) auf die Kreisebene vorgenommen, wobei in solchen Fällen, in denen die Zuordnung regional nicht trennscharf ist, grundsätzlich die Mittelbereiche bevölkerungsproportional den Kreisen zugeordnet wurden.

9 Für den Bund insgesamt wurde dabei die „mittlere“ Variante (G2L2W2) und für die Länder vorwiegend ebenfalls die „mittlere“ Variante zugrunde gelegt. Die Variante G2L2W2 geht von einer moderaten Entwicklung aus: Geburtenrate 1,47 Kinder je Frau im Jahr 2070, Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2070 für Jungen 84,5, für Mädchen 87,7 Jahre und langfristiger (Außen-)Wanderungssaldo +250.000 Personen netto pro Jahr. Im Ergebnis ergibt sich für den Bund insgesamt eine über den Projektionszeitraum rückläufige Einwohnerzahl (83,4 Mio. in 2025 und 81,2 Mio. in 2040) (vgl. Destatis 2026).

10 Nicht für alle Länder lagen regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnungen bis zum Jahr 2040 auf Kreisebene vor. Sofern Vorausberechnungen fehlten, wurde auf Grundlage von verfügbaren Vorausberechnungen für die Jahre 2030 oder 2035 eine Fortschreibung bis 2040 vorgenommen.

Modellierung des hausärztlichen Nachwuchses

Die zukünftige Entwicklung des Umfangs des verfügbaren ärztlichen Nachwuchses wurde auf Basis von Daten der amtlichen Statistik der Studierenden nach Hochschulstandort prognostiziert.¹¹ Anhand von Daten zur Anzahl der Studierenden der Humanmedizin an den einzelnen Hochschulstandorten in Deutschland wurde die Entwicklung der vergangenen etwa 15 Jahre in Bezug auf die einzelnen Hochschulstandorte für Humanmedizin bis zum Jahr 2040 fortgeschrieben.¹² Für die zeitliche Bestimmung der Anzahl der Absolventen der Humanmedizin wurde eine Dauer des Studiums von Studienbeginn bis Berufsstart von 15 Jahren (Studium und Facharztweiterbildung) unterstellt.¹³ Zudem wurde die Entwicklung der aus dem Ausland (netto) zuwandernden Ärzte berücksichtigt.

Bei der Prognose der hausärztlichen (Nachwuchs-) Kapazitäten und ihrer regionalen Verteilung wurde berücksichtigt, dass sich die Vorstellungen des ärztlichen Nachwuchses von ihren Arbeitsbedingungen über den Prognosezeitraum mit hoher Wahrscheinlichkeit verändern werden (vgl. bspw. die Befragung von Bertelsmann Stiftung und infas 2025 sowie die Ergebnisse des letzten Berufsmonitorings Medizinstudierende in Jacob et al. 2023).

Einen wesentlichen Modellparameter in diesem Zusammenhang stellt der Anteil der Absolventen dar, die sich für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung im vertragsärztlichen Bereich entscheiden. Dieser Anteil hat sich seit dem Jahr 2011 zwischen schätzungsweise 6,0 % und 9,6 % bewegt, mit einem zuletzt ansteigenden

Trend.¹⁴ In der Prognose wurde konservativ angenommen, dass der anhaltende Trend zur hausärztlichen Tätigkeit erhalten bleibt, sich allerdings nicht uneingeschränkt weiter fortsetzt. Es wurde in einer Basisvariante angenommen, dass sich bis zum Jahr 2040 jedes Jahr ein Anteil von 9,2 % aller Nachwuchsärzte für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entscheidet (vgl. Tabelle 1).¹⁵ Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurde darüber hinaus betrachtet, welche Auswirkungen mit einem weiter zunehmenden Anteil für die hausärztliche Versorgung verbunden wären (vgl. Abschnitt 2.4.3).¹⁶

Teilnahmeumfang der Hausärzte weiter rückläufig

Ein weiterer relevanter Modellparameter, der ebenfalls eine trendmäßige Entwicklung aufweist, ist der Teilnahmeumfang der (Nachwuchs-)Hausärzte. Der durchschnittliche Teilnahmeumfang (gemessen in dem Umfang wie in der Bedarfsplanung berücksichtigt) der Hausärzte ist in den vergangenen Jahren stetig leicht zurückgegangen, von 0,99 VZÄ/Hausarzt im Jahr 2009 auf 0,92 VZÄ/Hausarzt im Jahr 2025 (KBV 2026). Mit einem trendmäßig seit einigen Jahren zunehmenden Anteil der in Teilzeit tätigen (Bestands-)Hausärzte ist davon auszugehen, dass auch der durchschnittliche Teilnahmeumfang der Nachwuchshausärzte zukünftig weiter rückläufig sein wird. Unterstellt wurde in der Basisvariante der Prognose ein Rückgang von 0,92 VZÄ/Hausarzt auf 0,87 VZÄ/Hausarzt bis zum Jahr 2040, bezogen auf die Bestands- und die Nachwuchshausärzte im Durchschnitt

11 Vgl. www.bildungsmonitoring.de/bildung/online (Aufruf am 01.07.2026).

12 Dabei musste der Anteil der Studierenden der Gesundheitswissenschaften herausgerechnet werden. Diese Daten lagen nur bundeslandgenau vor, für einzelne Standorte wurde eine Schätzung vorgenommen.

13 Erkenntnisse aus der Literatur deuten darauf hin, dass dieser Zeitraum durch längere Auszeiten des Nachwuchses (Elternzeit etc.) zunehmend länger wird, vgl. z. B. die KarMed-Studie (van den Bussche et al. 2019). Einen Zeitraum von 15 Jahren bei Prognosen über einen ähnlichen Zeitraum haben vergleichbare Studien ebenfalls angenommen, z. B. eine Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) (Lipovsek et al. 2024) und eine Studie der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) (Thomsen et al. 2020).

14 Der Anteil von 9,6 % an allen Absolventen im Jahr 2024 übersetzt sich in einen Anteil von 14 %, der gemäß Bundesärztekammer von allen Facharztanerkennungen zuletzt auf die Hausärzte entfiel (BÄK 2026). Hausärztlich tätige Internisten sind darin enthalten. Der Unterschied zwischen den beiden Anteilen ist darauf zurückzuführen, dass in dem Anteil von 9,6 % aller Absolventen auch solche Absolventen enthalten sind, die keine Facharztweiterbildung abschließen.

15 Dies entspricht dem durchschnittlichen Anteil in den Jahren 2022 bis 2024.

16 Hinweise für einen weiter zunehmenden Anteil von Nachwuchsärzten, die sich für die hausärztliche Versorgung entscheiden könnten, liegen mit den Ergebnissen des letzten Berufsmonitorings Medizinstudierende 2022 vor. Demnach gaben rd. 11 % der befragten Studierenden an, dass sie sich für eine Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden würden (vier Jahre zuvor waren es noch 9 %), und für nur noch 15 % kommt eine solche Facharztweiterbildung definitiv nicht in Frage (zuvor 18 %) (Jacob et al. 2023).

(vgl. Tabelle 1).¹⁷ Im Rahmen von Sensitivitätsanalysen wurde zudem betrachtet, welche Auswirkungen mit einem darüber hinausgehend weiteren Rückgang des Teilnahmeumfangs, für den Hinweise in Befragungen vorliegen, verbunden wären (vgl. Abschnitt Tabelle 1).¹⁸

Bezüglich der regionalen Verteilung der Nachwuchsärzte wurden folgende Annahmen getroffen:

- Je nach Bundesland bleiben ca. 60 % bis 80 % der Medizinabsolventen für den Berufsstart in dem Bundesland des Studienorts, der Rest verteilt sich auf andere Bundesländer und das Ausland.¹⁹
- Städtische Regionen werden ländlichen grundsätzlich vorgezogen.²⁰

- Allerdings wurde berücksichtigt, dass hausärztlich interessierter Nachwuchs deutlich öfter ländliche Regionen und Kleinstädte in Erwägung zieht als spezialistisch interessierter.²¹
- Die Fördermaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese bereits seit einigen Jahren zur Bekämpfung des Hausärztemangels auf dem Land umsetzen, entfalten zumindest ansatzweise Wirkung: Es wurde angenommen, dass innerhalb eines Regionstyps (städtisch/ländlich) der Nachwuchs unterversorgte Kreise wegen der Fördermaßnahmen bevorzugt.

2.4.2 Prognoseergebnisse

Im Jahr 2024 haben 51.437 Hausärzte (in Vollzeit-äquivalenten, VZÄ, entsprechend Teilnahmeumfang²²) an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilgenommen (siehe Tabelle 2 und vgl. auch die entsprechende Zahl der Veröffentlichung zum Bundesarztregister, KBV 2026).

17 Dabei wurde der jahresdurchschnittliche Rückgang des Teilnahmeumfangs um 0,5 % zwischen den Jahren 2009 und 2024 zugrunde gelegt und bei Fortschreibung des Teilnahmeumfangs unterstellt. Implizit berücksichtigt ist damit, dass ein zunehmender Teil der Hausärzte in Zukunft voraussichtlich in Anstellung anstatt als Vertragsarzt und damit mit einer durchschnittlich geringeren Wochenarbeitszeit arbeiten wird.

18 In einer Befragung durch infas im Auftrag der Bertelsmann Stiftung gaben Hausärzte, die bislang keine Ruhestandspläne haben, an, dass sie bis zum Jahr 2030 ihre wöchentliche Arbeitszeit im Durchschnitt um zweieinhalb Stunden (von derzeit 44 Wochenstunden) reduzieren möchten (Bertelsmann Stiftung und infas 2025). In einer weiteren Befragung in diesem Rahmen gaben Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, die sich überwiegend vorstellen können, in der hausärztlichen Versorgung tätig zu sein, zu 40 % an, dass sie in einem Angestelltenverhältnis tätig sein möchten, und ebenfalls nur noch 40 % gaben an, dass sie in Vollzeit tätig sein möchten.

19 Gemäß einer Studie des ifo-Instituts (Haußen und Übelmesser 2015) bleiben 65 % aller Absolventen (alle Studiengänge) für den ersten Job im Uni-Bundesland (variiert von 34 % in Bremen bis 79 % in Bayern), nur 7,5 % gehen zurück ins Abi-Bundesland. Es wurde davon ausgegangen, dass bei den Absolventen, die sich für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden, der Anteil, der im Uni-Bundesland bleibt, leicht überdurchschnittlich ausfällt. In der aktuelleren infas-Befragung gaben knapp die Hälfte aller Hausärzte sowie knapp zwei Drittel aller Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung an, dass für sie die Nähe zum Ausbildungs- oder Heimatort ein wesentliches Standortkriterium darstellt (Bertelsmann Stiftung und infas 2025).

20 Die Verteilung nach städtischen und ländlichen Regionen wurde anhand der fünf Regionstypen des Konzepts der Großstadregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung umgesetzt. (BSR 2026)

21 Vom hausärztlich interessierten Nachwuchs möchten 8 % in ländliche Regionen gehen und 14 % in Kleinstädte (<20.000 Einwohner). Im Vergleich dazu sind es 2 % bzw. 6 % bei den fachärztlich Interessierten. Vgl. die KarMed-Studie (van den Bussche et al. 2019). Aus der infas-Befragung geht hervor, dass der Bezug zum ländlichen Raum letztlich ausschlaggebend für die Standortentscheidung (städtisch vs. ländlich) ist. Der Anteil der Hausärzte, die sich für eine Tätigkeit im ländlichen Raum entschieden haben, fällt sechsmal so groß aus, wenn sowohl in der Jugend als auch während der Ausbildung ein Teil der Zeit auf dem Land verbracht wurde (60 %), verglichen mit Hausärzten, die bislang nicht längere Zeit auf dem Land gelebt haben (10 %) (Bertelsmann Stiftung und infas 2025).

22 Hausärzte wurden stets in dem Umfang gezählt, wie sie in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Dabei werden neben Vertragsarztsitzen auch Arztstellen für Hausärzte in Anstellung anteilig mit ihrer Arbeitszeit berücksichtigt. Somit handelt es sich um eine Art Vollzeitäquivalent, das vor allem Teilzeittätigkeit, implizit also den Teilnahmeumfang, berücksichtigt. Im Folgenden werden keine reinen „Personenzahlen“ dargestellt. Die Begriffe „Arztsitze“ und „Arztstellen“ werden synonym verwendet.

Tabelle 2: Zentrale Ergebnisse der Simulation

Ergebnisparameter	Wert
Hausärzte	
Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte (VZÄ) in Deutschland (im Jahr 2024)	51.437
Anzahl der unbesetzten Hausarztsitze (VZÄ) (im Jahr 2024/2025) (entspricht 8 % aller Hausarztsitze)	4.442
Anzahl der Hausärzte (VZÄ), die bis 2040 altersbedingt ausscheiden werden (entspricht 55 % aller Hausärzte)	28.355
Anzahl der Nachwuchsärzte und netto zugewanderten Ärzte (VZÄ), die bis 2040 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen werden	25.736
Anzahl der bis zur Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze (VZÄ) im Jahr 2040 (+8 % ggü. 2024)	60.925
Anzahl der Hausarztsitze (VZÄ), die im Jahr 2040 unbesetzt bleiben werden (entspricht 20 % aller Hausarztsitze)	12.108
Hausarzttdichte (Anzahl der Hausärzte in VZÄ je 100.000 Einwohner)	
im Jahr 2024	62
im Jahr 2040	58
Veränderung (2040 ggü. 2024)	-5 %
Regionen (400 Kreise)	
Anzahl der Kreise, die im Jahr 2040 hausärztlich unterversorgt (Versorgungsgrad <75 %) wären (entspricht 19 % aller Kreise)	75
Anzahl der Kreise mit unbesetzten Hausarztsitzen (entspricht 48 % aller Kreise)	193
Anzahl der Kreise mit hausärztlicher Überversorgung (entspricht 33 % aller Kreise)	132

Quelle: eigene Prognose IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

4.442 Hausarztsitze waren in den Jahren 2024/2025 unbesetzt (hier variiert der Stichtag zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen). Das sind 8 % aller planmäßigen Sitze (bis zur Überversorgung). Die Prognose ergibt, dass bis zum Jahr 2040 rund 28.300 Hausärzte bzw. 55 % altersbedingt ausscheiden werden. Demgegenüber werden aber nur rund 25.700 Nachwuchsärzte – inkl. netto zugewandeter Ärzte – an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Zahl der bis zur Überversorgung maximal zu besetzenden Hausarztsitze wird um 8 % auf 60.925

zunehmen, vor allem aufgrund der Alterung der Bevölkerung, während die Gesamtzahl der Einwohner in Deutschland im Jahr 2040 mit 81,2 Mio.²³ unterhalb des Niveaus

²³ In den Bevölkerungsdaten auf Kreisebene, die der Prognose zugrunde liegen, ergibt sich ein deutlich geringerer Rückgang der Gesamtzahl der Einwohner, weil die Bevölkerungsvorausberechnungen der einzelnen Statistischen Landesämter für die Kreisebene mitunter auf einem deutlich älteren Datenbestand beruhen.

im Basisjahr (83,6 Mio. in 2024) liegen wird.²⁴ Im Jahr 2024 betrug die korrespondierende Zahl 56.580 Soll-Sitze für einen Versorgungsgrad von 110%.

Große Anzahl der Sitze bleibt unbesetzt und Hausarzt-dichte nimmt ab

Insgesamt ergeben sich damit 12.108 Hausarztsitze, die im Jahr 2040 unbesetzt bleiben werden. Das sind 20% der dann maximal zu besetzenden Sitze. Gegenüber der letzten Prognose (10.851 bzw. 19%) sind Zahl und Anteil der unbesetzten Sitze etwas gestiegen, was vor allem auf die demografisch bedingte Zunahme der benötigten Sitze und den rückläufigen Teilnahmeumfang je Hausarzt zurückzuführen ist.

Die Hausarzt-dichte sinkt nach unseren Berechnungen bis zum Jahr 2040 um insgesamt 5% auf 58 Hausärzte je 100.000 Einwohner (von 62 im Jahr 2024), auch hier in VZÄ gezählt, also unter Berücksichtigung von Teilzeit-tätigkeit.²⁵ Damit fällt der Rückgang der Hausarzt-dichte (-5%) geringer aus als noch in der letzten Prognose (-9%), vorrangig weil mittlerweile davon auszugehen ist, dass zukünftig in etwas größerem Umfang ärztlicher Nachwuchs für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen wird, als noch vor fünf Jahren anzunehmen war.

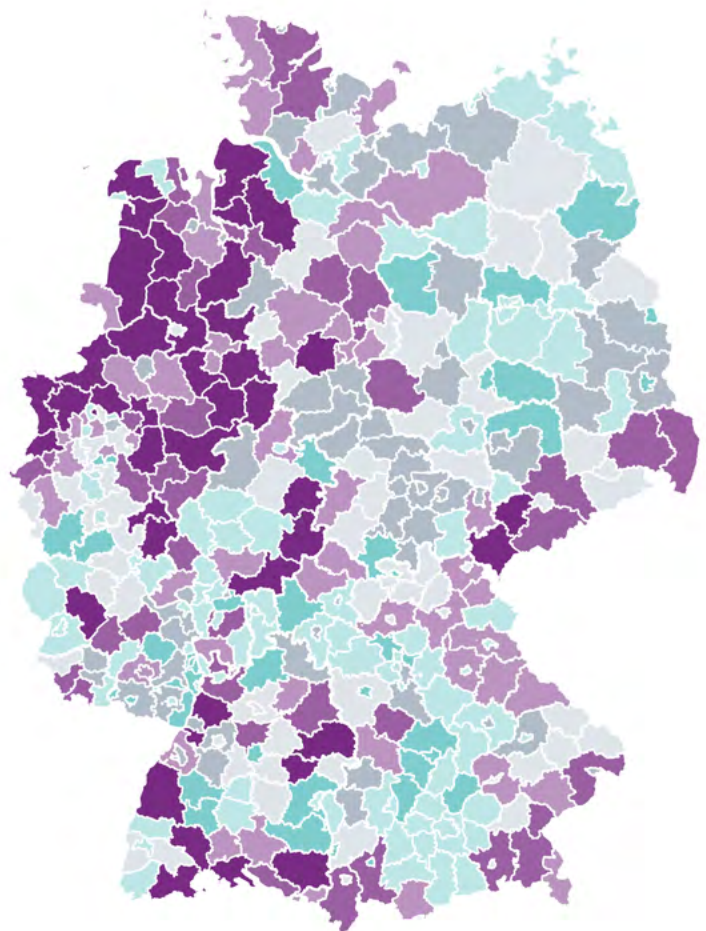
Bei der Entwicklung der Hausarzt-dichte bis zum Jahr 2040 gemäß den Prognoseergebnissen zeigt sich eine erhebliche regionale Variation auf Ebene der (Land-) Kreise und kreisfreien Städte (Abbildung 3).

Abbildung 3: Prognostizierte Veränderung der Hausarzt-dichte (2040 ggü. 2024) nach Kreisen in %

■	< -30	(40)
■	≥ -30 bis < -20	(41)
■	≥ -20 bis < -10	(57)
■	≥ -10 bis < 0	(62)
■	≥ 0 bis < 10	(66)
■	≥ 10 bis < 20	(93)
■	≥ 20	(41)

Anmerkung: In der Legende bezeichnet die Zahl in Klammern die Anzahl der Kreise, die in die jeweilige Größenklasse fallen.

Quelle: eigene Prognose IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie



24 Hingegen wäre rein rechnerisch eine Zahl von nur 18.458 Nachwuchs-ärzten (bzw. 72% aller verfügbaren Nachwuchsärzte) bereits ausreichend, um in allen Kreisen einen Versorgungsgrad von 75% im Jahr 2040 zu erreichen und somit hausärztliche Unterversorgung in allen Regionen zu verhindern, wenn es noch umfänglicher gelänge, die Nachwuchsärzte in die von Unterversorgung bedrohten Regionen zu bewegen.

25 Eine Studie des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Sie prognostiziert einen Rückgang der Zahl der Hausärzte bis zum Jahr 2040 um 2,5%.

Insgesamt ergibt sich eine Bandbreite der Veränderung der Hausarztichte, die von einem Rückgang von bis zu 50 % (vorrangig in Teilen Nordrhein-Westfalens, Niedersachsens und Baden-Württembergs) bis hin zu einer Zunahme von bis zu 40 % (z. B. in Teilen Bayerns und von Rheinland-Pfalz) reicht. In Baden-Württemberg wird die Hausarztichte überdurchschnittlich stark zurückgehen von 58 im Jahr 2024 auf 51 Hausärzte je 100.000 Einwohner im Jahr 2040. Von einem besonders kräftigen Rückgang werden der Ortenaukreis sowie die Landkreise Karlsruhe, Konstanz, Lörrach und Ravensburg betroffen sein. Auch bereits gemäß der letzten Prognose wäre die Hausarztichte in Baden-Württemberg mit 15 % stärker zurückgegangen als im Bundesdurchschnitt (-9 %), wobei die Kreise in diesem Bundesland im Vergleich zueinander ähnlich betroffen waren.

Zu einer kräftigen Zunahme der Hausarztichte kommt es generell, wenn in einer Region gegenwärtig viele Hausarztsitze unbesetzt sind, die bis 2040 voraussichtlich besetzt werden, und relativ wenige Hausärzte altersbedingt ausscheiden.

Abbildung 4: Hausärztliche Unterversorgung (Versorgungsgrad <75 %), weitere freie Hausarztsitze (Versorgungsgrad bis <110 %) und Überversorgung (Versorgungsgrad = 110 %) nach Kreisen

- Unterversorgung (Versorgungsgrad <75 %) (75)
- weitere freie Sitze (Versorgungsgrad 75 % bis 110 %) (193)
- keine freien Sitze (Versorgungsgrad = 110 %) (132)

Anmerkung 1: In der Legende bezeichnet die Zahl in Klammern die Anzahl der Kreise, die in die jeweilige Größenklasse fallen.

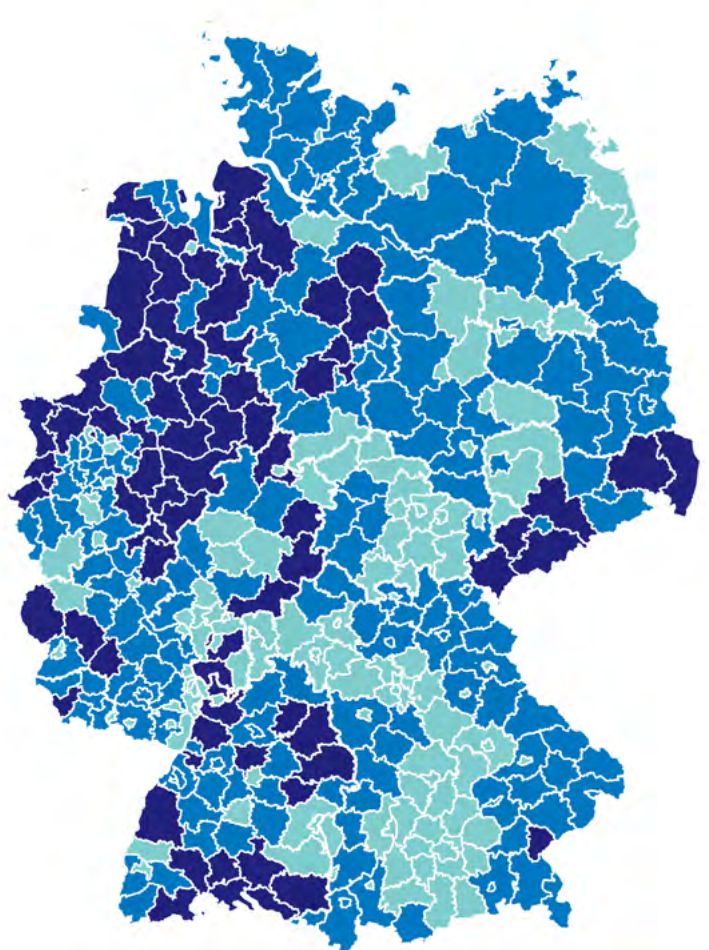
Anmerkung 2: Es handelt sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen zum hausärztlichen Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 2.4.1 zum methodischen Vorgehen und Datengrundlagen).

Quelle: eigene Prognose IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

Knapp ein Fünftel der Kreise hausärztlich unterversorgt

Der durchschnittliche hausärztliche Versorgungsgrad in Deutschland sinkt von 100 % (2024/2025) auf 88 % (2040). In der letzten Prognose ergab sich ein Rückgang in ähnlichem Umfang (von 101 % in 2019/2020 auf 90 % in 2035). In Baden-Württemberg fällt der Rückgang des Versorgungsgrads von durchschnittlich 95 % im Jahr 2024 auf nur noch 78 % im Jahr 2040 kräftiger aus.

Insgesamt 75 der 400 amtlichen Kreise in Deutschland (das sind 19 %) wären dann im Jahr 2040 hausärztlich unterversorgt, da sie einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufwiesen (die gleiche Zahl an Kreisen ergab sich auch bereits vor fünf Jahren). Sie befinden sich oftmals in ländlichen Regionen und verteilen sich über fast alle KV-Regionen bzw. Bundesländer (Abbildung 4).



Generell zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen den Kreisen, die von Unterversorgung betroffen wären (Abbildung 4), und den Kreisen mit dem stärksten Rückgang der Hausarztdichte (vgl. Abbildung 3). In 193 Kreisen werden darüber hinaus weitere Hausarztsitze unbesetzt bleiben, da der Versorgungsgrad zwischen 75 % und unter 110 % liegt (199 Kreise in der letzten Prognose).

Hingegen werden in großstädtischen Regionen zumeist alle verfügbaren Hausarztstellen besetzt sein. In den verbleibenden 132 Kreisen wird es keine freien Hausarztsitze geben, da ein Versorgungsgrad von 110 % erreicht wird.²⁶ Die Zahl der zukünftig an der Grenze zur Überversorgung befindlichen Kreise fällt damit etwas größer aus als noch in der letzten Prognose (127).

Von den 44 Kreisen Baden-Württembergs wären 15 Kreise unterversorgt (34 %), in weiteren 20 Kreisen (46 %) gäbe es noch unbesetzte Hausarztsitze bis zu einem Versorgungsgrad von 110 %, und 9 Kreise (20 %) wären an der Grenze zur hausärztlichen Überversorgung.

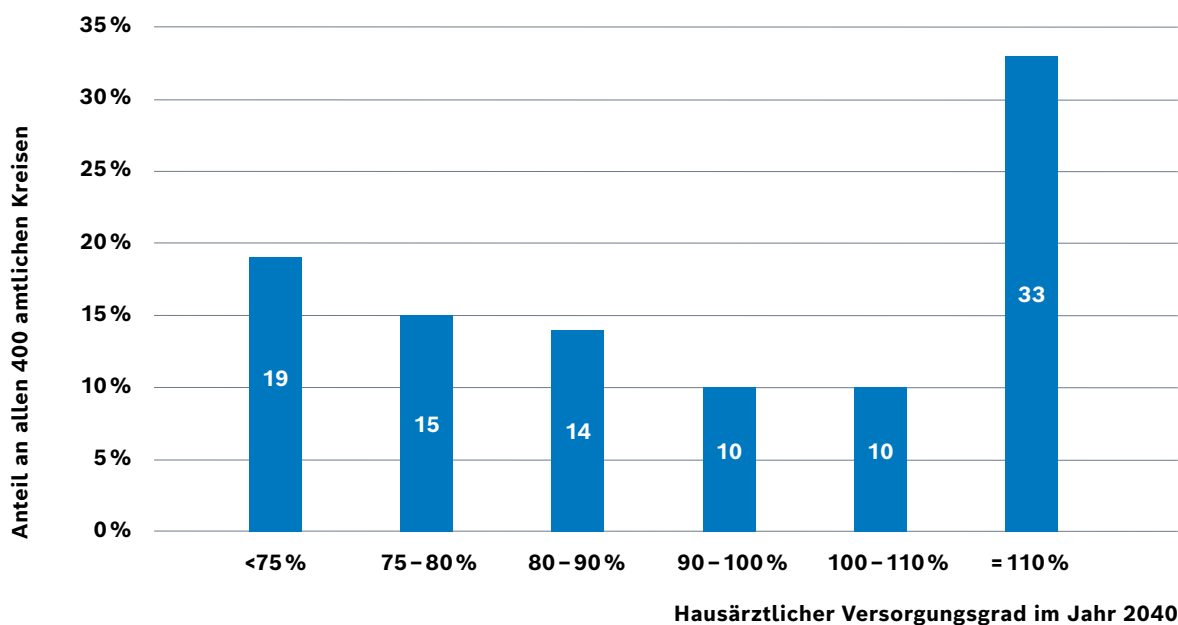
Es sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei generell um rechnerische Versorgungsgrade handelt. Rein formell wird der hausärztliche Versorgungsgrad von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur auf Ebene der Mittelbereiche festgestellt. Insofern handelt es sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen des hausärztlichen Versorgungsgrads (vgl. Abschnitt „Methodisches Vorgehen und Datengrundlagen“). Für eine Betrachtung auf Ebene der Mittelbereiche lagen im Rahmen dieser Studie keine hinreichend differenzierten Daten vor.

Aber auch ein Drittel der Kreise hausärztlich überversorgt

Eine weitere Aufschlüsselung der Verteilung der Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad zeigt, dass sich über die 75 Kreise (19 %) mit Unterversorgung hinaus zudem 15 % der Kreise im Jahr 2040 mit einem Versorgungsgrad zwischen 75 % und 80 % nahe der hausärztlichen Unterversorgung bewegen werden (in der letzten Prognose traf dies noch auf ein Fünftel der Kreise zu) (Abbildung 5). Insgesamt werden damit annähernd 35 % aller Kreise Deutschlands im Jahr 2040 entweder hausärztlich unterversorgt sein oder sich nahe der Unterversorgung befinden. Demgegenüber werden 10 % der Kreise mit einem Versorgungsgrad von zwischen 100 % und 110 % nahe der Überversorgung liegen, und ein Drittel der Kreise (33 %) wird bereits die Grenze zur hausärztlichen Überversorgung erreicht haben.

²⁶ In der Prognose wurde angenommen, dass Hausarztsitze nur bis zu einem Versorgungsgrad von 110 %, der Grenze zur Überversorgung, besetzt werden können. Damit wurde das zukünftige Auftreten von Überversorgung (Versorgungsgrad >110 %) ausgeschlossen. Dabei wurde ferner unterstellt, dass die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie die weiteren Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abbau von Überversorgung im hausärztlichen Bereich bis zum Jahr 2040 wirksam sein werden.

Abbildung 5: Kreise nach dem hausärztlichen Versorgungsgrad im Jahr 2040



Anmerkung: Es handelt sich hier um von der Ebene der Mittelbereiche auf die Ebene der Kreise aggregierte Schätzungen zum hausärztlichen Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 2.4.1 zum methodischen Vorgehen und Datengrundlagen).

Quelle: eigene Prognose IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

2.4.3 Sensitivität der Prognoseergebnisse

Eine kombinierte Variation der zentralen Modellparameter der Simulation hat eine insgesamt ähnliche Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten zum Ergebnis (Tabelle 3).

Tabelle 3: Sensitivität der Prognoseergebnisse bezüglich Variation der Modellparameter und Prognoseannahmen

	Parameter	Wert	Veränderung der Hausarzttdichte 2040 gegenüber 2024
1	Teilnahmeumfang	0,70	-5 %
	Anteil hausärztlich Tätiger	12 %	
	Anteil der im Alter 65+ noch aktiven Hausärzte	35 %	
2	Teilnahmeumfang	0,80	-4 %
	Anteil hausärztlich Tätiger	11 %	
	Anteil der im Alter 65+ noch aktiven Hausärzte	30 %	

Quelle: eigene Schätzung IGES auf Basis der Datengrundlagen der Studie

Ein Rückgang der Hausarzttdichte bis zum Jahr 2040 von ebenfalls 5 % für Deutschland insgesamt (vgl. die zentralen Hauptergebnisse in Tabelle 2) ergibt sich, wenn davon ausgegangen wird, dass der durchschnittliche Teilnahmeumfang der Nachwuchshausärzte bis auf 0,70 VZÄ/Hausarzt zurückgeht²⁷ (anstatt 0,87), der Anteil der im Alter von 65 Jahren oder älter noch aktiven Hausärzte gleichzeitig auf 35 % abnimmt²⁸ (statt bei 41 % unverändert bleibt) und der Anteil der Nachwuchsärzte, die sich für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entscheiden, auf 12 % zunehmen wird (und

nicht mit 9,2 % in etwa auf dem Niveau des Jahres 2024 bleiben wird).

Die Hausarzttdichte geht etwas weniger stark zurück (-4 %), wenn von einem gegenüber dem ersten Sensitivitätsszenario schwächeren Rückgang des Teilnahmeumfangs (auf 0,80) sowie einer Abnahme des Anteils der älteren noch aktiven Hausärzte auf 30 % und gleichzeitig von einem Anstieg des Anteils der Ärzte, die sich für die hausärztliche Versorgung entscheiden, auf 11 % ausgegangen wird.

27 Für einen weitergehenden Rückgang des Teilnahmeumfangs sprechen ein zunehmender Wunsch nach Teilzeitarbeit der Nachwuchsärzte und ein anhaltend zunehmender Anteil der Hausärzte an der Versorgung; vgl. bspw. die Befragung von Bertelsmann Stiftung und infas (2025) sowie die Ergebnisse des letzten Berufsmonitorings Medizinstudierende (Jacob et al. 2023). Die bifg-Studie (Wende et al. 2025) unterstellt einen Rückgang der durchschnittlichen hausärztlichen Wochenarbeitszeit von 35,7 Std. auf 32,4 Std. bis zum Jahr 2040 (-9 %).

28 Ein abnehmender Anteil der Hausärzte im Alter von 65 Jahren oder älter, die noch aktiv sind, könnte mit einem zunehmenden Trend zur Anstellung einhergehen. Vgl. KarMed-Studie (van den Bussche et al. 2019).

3 Aktuelle hausärztliche Betriebs- und Organisationsformen in Baden-Württemberg

3.1 Hausärztliche und hausarztzentrierte Versorgung

Die hausärztliche Versorgung wird vor dem Hintergrund der zunehmenden Sicherstellungsprobleme vor allem als Problemfeld und die hausärztliche Tätigkeit oftmals als besonders beschwerlich und wenig attraktiv im Hinblick auf die beruflichen Vorstellungen der jüngeren Generation von Ärztinnen und Ärzten dargestellt. Der kontinuierlich sinkende Anteil der im hausärztlichen Versorgungsbereich (einschließlich Kinder- und Jugendmedizin) tätigen Ärztinnen und Ärzte an allen Vertragsärzten scheint diesen Eindruck zu bestätigen: Zu Beginn der 1990er Jahre waren noch etwa 60 % im hausärztlichen Bereich tätig (SVR Gesundheit 2014, S. 379, Tabelle 39), 2025 betrug der Anteil nur noch etwa 41 %²⁹ (jeweils inklusive Kinder- und Jugendmedizin).

Die hausärztlichen Kapazitäten sind von entscheidender Bedeutung für die weitere Entwicklung der Primärversorgung. Insofern sind weitere Maßnahmen, die zu einer Steigerung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit beitragen, dringend erforderlich. Im Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung haben die verschiedenen Fördermaßnahmen der zurückliegenden Jahre (Zich et al. 2023) – z. B. die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin oder die finanzielle und fachliche Förderung der Weiterbildung – offenbar zu einer Trendwende geführt: Der Anteil der Facharztanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin an allen Facharztanerkennungen hatte 2010 mit nur noch 10,4 % einen Tiefstand erreicht. In 2025 hat sich die Zahl der neuen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner demgegenüber fast verdoppelt (auf 2.147 gegenüber 1.085 in 2020), und der Anteil ist auf 13,3 % gestiegen.³⁰

Mit Blick auf eine umfassender verstandene Primärversorgung ist der Faktor der (haus-)ärztlichen Kapazitäten – d. h. der in diesem Bereich tätigen Personenzahl bzw. der für die Versorgung verfügbaren hausärztlichen Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) – sehr wichtig, aber nicht allein entscheidend. Die Organisation der Versorgung innerhalb der und durch die Praxen, insbesondere die Aufgabenverteilung unter den Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen, sind Faktoren, die in der hausärztlichen Versorgung an Bedeutung gewonnen haben. Eine wichtige Rolle spielt dabei die 2004 gesetzlich eingeführte Hausarztzentrierte Versorgung (HzV, § 73b SGB V). Die Verträge zwischen der AOK Baden-Württemberg und dem Hausärztinnen- und Hausärzteverband bzw. deren Hausärztlicher Vertragsgemeinschaft (HÄVG) haben diese Versorgungsform entscheidend geprägt und bis heute ist Baden-Württemberg das Land, in dem die HzV besonders stark verbreitet ist.

In den folgenden Abschnitten werden strukturelle Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg untersucht, die sich als Bausteine, Vorstufen oder Voraussetzungen für eine umfassendere Primärversorgung verstehen lassen. Diese Entwicklungen zeigen auch, dass viele Hausärztinnen und Hausärzte die bereits bestehenden Möglichkeiten nutzen, ihre Praxen in Richtung von arbeitsteiligen, multidisziplinären regionalen Versorgungszentren zu entwickeln. Für die Analysen haben die KVBW und die HÄVG AG eigens Datenauswertungen zur Verfügung gestellt.

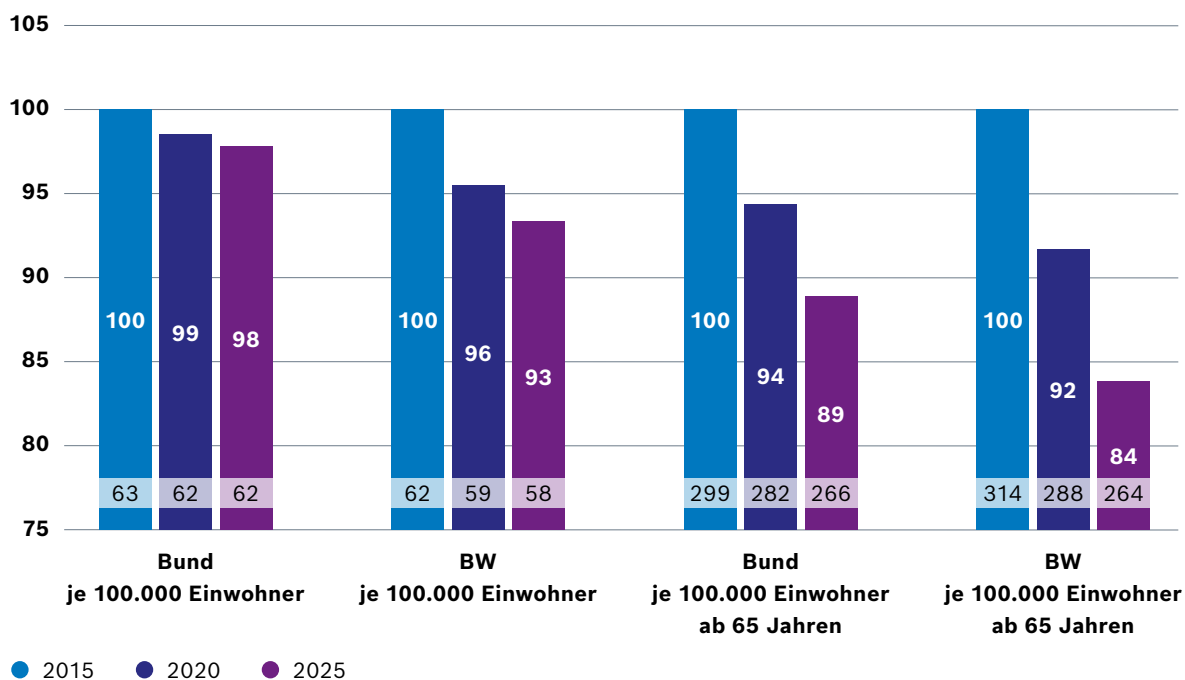
Als Ausgangspunkt für die Diskussion der strukturellen Veränderungen gibt Abbildung 6 für das zurückliegende Jahrzehnt (2015 bis 2025) ein zusammenfassendes Bild der Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten je 100.000 Einwohner auf Bundesebene und in Baden-Württemberg. Dargestellt sind die Hausarztzahlen nach Bedarfsplanungsgewichten. Das bedeutet, dass nichtvollzeitige Tätigkeiten berücksichtigt werden, was mit dem Konzept der Vollzeitäquivalente vergleichbar ist. Die ärztlichen Kapazitäten werden auf die Gesamtbevölkerung des jeweiligen Jahres bezogen und

29 Berechnung IGES nach Bundesarztregister 2025 (Tabelle 1.0). <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/bundesarztregister> (Aufruf am 01.07.2026).

30 Ärzttestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2025. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErzttestatistik_2025.pdf (Aufruf am 01.07.2026).

zusätzlich auf die Bevölkerung ab 65 Jahren, die bekanntlich zunimmt und einen besonders hohen Versorgungsbedarf hat. Um die Entwicklungsdynamik leichter erkennbar zu machen, wurde für die Säulengrafik eine Indexdarstellung gewählt, d. h., die Werte der Jahre 2020 und 2025 wurden auf den Wert des Jahres 2015 (= 100) bezogen. Die berechneten Raten pro 100.000 Einwohner sind an der jeweiligen Säule ausgewiesen.

Abbildung 6: Entwicklung der hausärztlichen Versorgungskapazitäten je 100.000 Einwohner bzw. Einwohner ab 65 Jahren, Bund und Baden-Württemberg (Jahre 2015, 2020, 2025), Indexdarstellung (2015 = 100), Ziffern am Säulenfuß: hausärztliche VZÄ pro 100.000 Einwohner



Anmerkung: Hausärztliche Versorgungskapazitäten nach Bedarfsplanungsgewichten; Bevölkerung 2025 gem. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes
BW = Baden-Württemberg

Quelle: eigene Berechnungen IGES nach Bundesarztregister und Statistischem Bundesamt

Grundsätzlich ist die in Abbildung 6 dargestellte Entwicklung sowohl auf Bundesebene als auch in Baden-Württemberg (BW) durch zwei gegenläufige Trends determiniert: Die Bevölkerung ist in diesem Zeitraum gewachsen (Bund von 82,2 Mio. auf 83,4 Mio., Baden-Württemberg von 10,9 Mio. auf 11,2 Mio.) und die hausärztliche Kapazität ist gemessen in Vollzeitäquivalenten gesunken (Bund von 51.765 auf 51.399, BW von 6.765 auf 6.519). In Baden-Württemberg sind beide Trends stärker ausgeprägt als im Bund, weshalb die in Abbildung 6 gezeigte Entwicklung jeweils ungünstiger als auf Bundesebene ist: Die hausärztlichen Kapazitäten, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, gingen seit 2015 in Baden-Württemberg um etwa 7 % zurück, auf Bundesebene nur um 2%. Bedingt durch das besonders starke Wachstum der Bevölkerung ab 65 Jahren ist der Rückgang der Kapazitäten pro 100.000 Einwohner dieses Altersbereichs noch deutlich ausgeprägter. Auch hier verlief die Entwicklung in Baden-Württemberg ungünstiger als im Bundesdurchschnitt (Rückgang um 16 % gegenüber 11 % auf Bundesebene). Ursache für die im Vergleich zum Bund ungünstigere Entwicklung ist zum einen der stärkere Rückgang der hausärztlichen Kapazitäten (-3,6% in BW gegenüber 0,7% auf Bundesebene). Zum anderen hat ein stärkeres Bevölkerungswachstum in BW dazu beigetragen (Gesamtbevölkerung: +3,2% in BW gegenüber +1,5% Bund; Bevölkerung ab 65 Jahren: +14,9% in BW gegenüber +11,7% Bund).

3.2 Betriebsstrukturen der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg

Nicht zuletzt aufgrund der sich abzeichnenden Probleme in der Sicherstellung der ambulanten Versorgung wurden bereits seit den 1990er Jahren zahlreiche Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgenommen und Förderungen initiiert, die auf eine Weiterentwicklung der Praxisstrukturen – von der traditionell dominierenden Einzelpraxis hin zu größeren kooperativen Betriebsstrukturen – sowie die Erweiterung der Möglichkeiten zur Arbeitsteilung innerhalb der Praxisteams zielten.

Die Analysen dieses Abschnitts beruhen auf Datenauswertungen, die die KVBW freundlicherweise zur Verfügung

gestellt hat. Folgende Merkmale werden betrachtet:

- **Praxisform bzw. Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung: Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

Einzelpraxen werden durch eine/-n zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene/-n Ärztin oder Arzt geführt. BAG sind ein Zusammenschluss von mehreren zugelassenen Ärzten zur gemeinsamen Berufsausübung, ggf. auch an unterschiedlichen Orten. MVZ sind Versorgungseinrichtungen, die stets unter ärztlicher Leitung stehen müssen und in denen sowohl zugelassene Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte tätig sein können. MVZ können neben Vertragsärzten auch von zugelassenen Krankenhäusern, Kommunen, bestimmten gemeinnützigen Trägern sowie Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet werden. MVZ können als fachgruppengleiche (z. B. rein hausärztliche) oder als fachgruppenübergreifende MVZ betrieben werden. Mit Blick auf die Primärversorgung ist es von besonderem Interesse, welchen Stellenwert die kooperativen Praxisformen (BAG, MVZ) in der hausärztlichen Versorgung haben bzw. welche Unterschiede zwischen den Praxisformen z. B. hinsichtlich der Beschäftigung von angestellten Ärztinnen und Ärzten und des Einsatzes von Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) bestehen.

- **Vertragsarztsitze (Hauptbetriebsstätten) und Leistungsorte**

Vertragsärzte bzw. MVZ können zusätzlich zu ihrem hauptsächlichen Praxisstandort (Hauptbetriebsstätte) unter bestimmten Voraussetzungen Zweigpraxen (Nebenbetriebsstätten) betreiben. Zweigpraxen müssen von der zuständigen KV genehmigt werden. Die KV prüft dabei insbesondere, ob dadurch die Versorgung der Versicherten an einem weiteren Ort verbessert wird, ohne die Versorgung am Hauptsitz zu beeinträchtigen. Wegen der Möglichkeit des Betriebs von Zweigpraxen kann die Zahl der Leistungsorte höher sein als die Zahl der Hauptbetriebsstätten.

Die Gründung von Zweigpraxen, in denen z. B. angestellte Ärztinnen und Ärzte arbeiten, kann eine Möglichkeit sein, das Versorgungsangebot in

Regionen aufrechtzuerhalten, in denen es nicht gelingt, Vertragsarztsitze zu besetzen.

- **Zulassung und Anstellung**

Eine – zumindest vorübergehende – Tätigkeit in Anstellung wird von einer wachsenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten gegenüber einer eigenen Zulassung als Vertragsarzt bevorzugt. Bestehende Praxen oder MVZ können durch die Beschäftigung von angestellten Ärztinnen und Ärzten ihren Beitrag zur Bewältigung der Versorgungsaufgaben ausweiten.

- **Kapazität nach Bedarfsplanungsgewichten (Umfang der Zulassung bzw. Arbeitszeit)**

Teilzeitbeschäftigung ist nicht nur bei angestellten Ärztinnen und Ärzten möglich, auch vertragsärztliche Zulassungen können auf die Hälfte bzw. drei Viertel eines regulären Versorgungsauftrags beschränkt werden. In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung wird der Umfang von Zulassungen bzw. die Arbeitszeit angestellter Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt. Die tatsächlich verfügbare ärztliche Kapazität ist daher nicht aus der Kopfzahl der Ärztinnen und Ärzte, sondern aus der Zahl der Bedarfsplanungsgewichte abzuleiten, vergleichbar dem personalwirtschaftlichen Konzept der Vollzeitäquivalente. Zur Unterscheidung von der Zählung nach Personen sprechen wir von „hausärztlichen Stellen“.

Hauptbetriebsstätten (Vertragsarztsitze) und Zweigpraxen

Von 2015 bis 2025 hat die Zahl der hausärztlichen Hauptbetriebsstätten – operationalisiert durch die Zahl der Vertragsarztsitze – in Baden-Württemberg um 19 % abgenommen (von 5.003 auf 4.054). Eine Kompensation dieser Abnahme durch zusätzliche Leistungsorte (Zweigpraxen) hat nur in geringem Maße stattgefunden: Im Jahr 2015 gab es 36 Praxen mit zwei und sechs mit drei oder mehr Leistungsorten. In 2025 hat sich die Zahl der Praxen mit zwei Leistungsorten auf 53 und mit drei oder mehr Leistungsorten auf acht erhöht. Die Gesamtzahl der hausärztlichen Leistungsorte – also unter Berücksichtigung der Zweigpraxen – ist in diesem Zeitraum damit marginal weniger stark zurückgegangen (um 18,4 %, von 5.055 auf 4.125).

Verteilung der Vertragsarztsitze nach Praxisformen

Im gleichen Zeitraum hat sich eine eher geringfügige Veränderung bei der Verteilung der Vertragsarztsitze nach Praxis- bzw. Teilnahmeformen vollzogen: In 2015 entfielen 74 % der Vertragsarztsitze auf Einzelpraxen (BAG 25 %, MVZ 1 %), in 2025 ist der Anteil der Einzelpraxen auf 70 % gesunken (BAG 26 %, MVZ 4 %). Der Anteil der kooperativen Praxisbetriebsformen hat sich somit etwas erhöht.

Zweigpraxen werden ganz überwiegend von den Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) betrieben: Bei den insgesamt 61 Praxen mit zwei oder mehr Leistungsorten in 2025 handelt es sich bei 42 um BAG, bei 13 um MVZ und bei nur sechs um Einzelpraxen.

Hausärztliche Kapazitäten

Im Jahr 2025 waren 7.056 Personen als zugelassene oder angestellte Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung Baden-Württembergs tätig. Die Zahl liegt damit auf annähernd gleichem Niveau wie 2015 (7.079), aber etwas niedriger als 2020 (7.112).

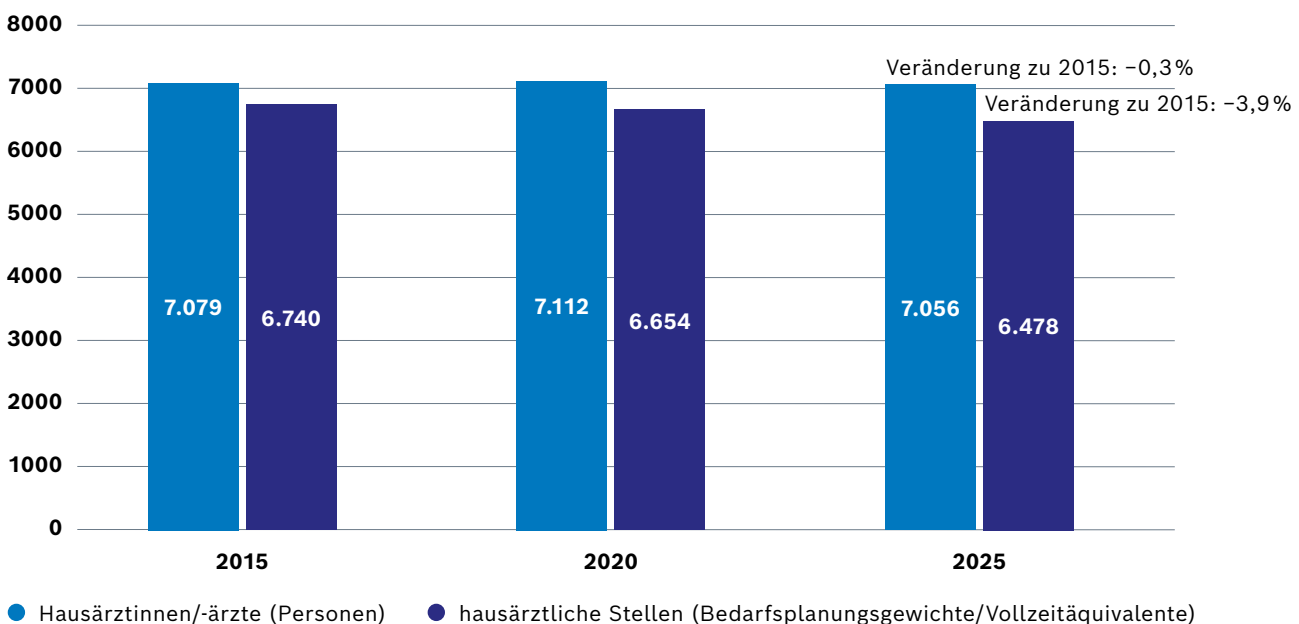
Eine größere Veränderung hat sich beim Anteil der angestellten bzw. zugelassenen Hausärzte vollzogen: 2015 waren 89 % der hausärztlich tätigen Personen zugelassene Vertragsärzte, 2025 nur noch gut 72 %, d.h. der Anteil der angestellt tätigen Personen ist von 11 % auf fast 28 % gestiegen.

Werden nicht die Personen betrachtet, sondern die hausärztlichen Stellen, so ist der Anteil der Angestellten an der gesamten hausärztlichen Kapazität (nach Bedarfsplanungsgewichten) in diesem Zeitraum von 8 % auf knapp 23 % gestiegen. Der Unterschied zur Zählung nach Personen ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil von Teilzeittätigkeit bei den Angestellten höher ist als bei den zugelassenen Hausärztinnen und -ärzten.

Der Anteil der angestellten Ärztinnen und Ärzte an den hausärztlichen Stellen ist in den MVZ erwartungsgemäß besonders hoch: Zwischen 2015 und 2025 ist er von etwa 77 % auf 88 % gestiegen. In den Einzelpraxen und BAG verlief die Entwicklung auf niedrigerem Niveau nahezu parallel mit einem Anstieg von etwa 7 % in 2015 auf 19 % (BAG) bzw. 20 % (Einzelpraxen) in 2025.

Der oben (Abschnitt 3.1, Abbildung 6) bereits angesprochene Rückgang der hausärztlichen Kapazitäten zeigt sich erst bei Betrachtung der Ärztezahlen nach hausärztlichen Stellen (Bedarfsplanungsgewichten), also bei Berücksichtigung von Teilzulassungen und Teilzeittätigkeiten. Nach den – von den für Abbildung 7 ausgewerteten Zahlen des Bundesarztregisters leicht abweichenden – Zahlen der KVBW ist die Kapazität hier von 2015 (6.740) bis 2025 (6.478) um fast 4 % zurückgegangen. Ursache ist bei annähernd gleichbleibender Personenzahl die Zunahme von Teilzeittätigkeiten. Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten im Überblick.

Abbildung 7: Hausärztliche Kapazitäten in Baden-Württemberg nach Personen bzw. hausärztlichen Stellen (Jahre 2015, 2020, 2025)



Quelle: eigene Darstellung IGES nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) (2026)

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass sich auf der Ebene der Betriebsstrukturen die erwarteten Veränderungen – stärkere Verbreitung von kooperativen Praxisformen, wachsender Anteil von angestellten Ärzten, Zunahme von Teilzeittätigkeiten – zeigen. In geringem Umfang hat auch die Leistungserbringung an mehreren Leistungsorten zugenommen.

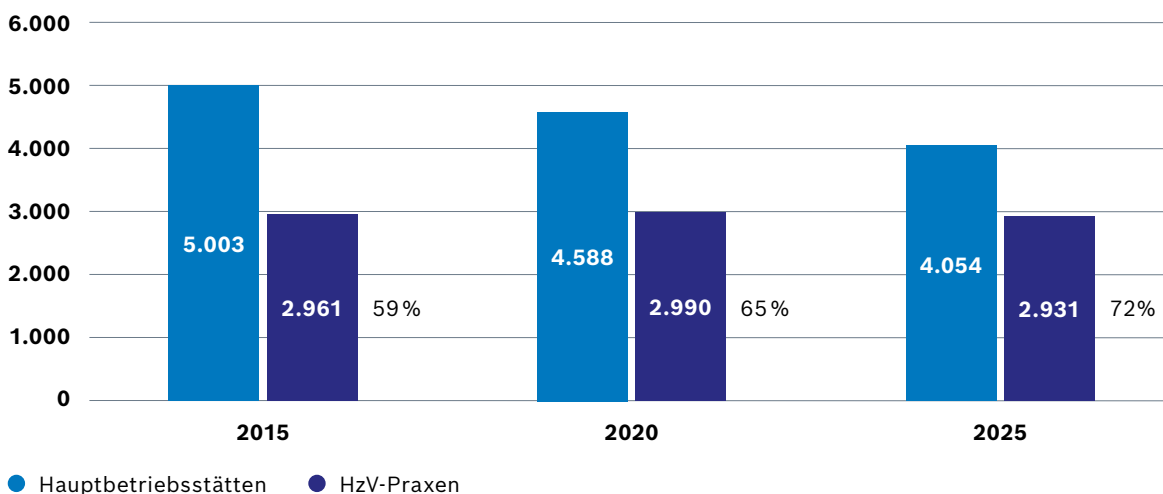
3.3 Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

Mit der Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV, § 73b SGB V) wurde eine Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung initiiert, die in ihrer aktuellen Form bereits Regelungen und Elemente umfasst, die für eine umfassendere Primärversorgung erforderlich bzw. konstitutiv sind. Die betrifft neben der Wahl einer primär anzusprechenden Hausarztpraxis und dem Gebot, die spezialfachärztliche Versorgungsebene nur nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch zu nehmen, auch Details wie bspw. die in bestimmten HzV-Verträgen geltenden Vergütungsregelungen (z. B. kontaktunabhängige quartals- und/oder jahresbezogene Pauschalen). Auch die kooperative Versorgung durch Hausärzte und nichtärztliche Berufsgruppen ist in HzV-Verträgen systematischer abgebildet. Dies gilt nicht nur für den Einsatz der „Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®)“ (vergleichbar den „Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa)“ im Bundesmantelvertrag), sondern auch für akademisch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe.

In Baden-Württemberg wird im Vergleich zu anderen Bundesländern ein besonders großer Anteil der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der HzV erbracht, was nicht zuletzt daran liegen dürfte, dass die AOK Baden-Württemberg und ihre Vertragspartner auf ärztlicher Seite (Hausärztliche Vertragsgemeinschaft, HÄVG, MEDI) diese Versorgungsform, u. a. auch durch angegliederte Verträge zur spezialfachärztlichen Versorgung, besonders konsequent umgesetzt und weiterentwickelt haben.

In Abbildung 8 sind die Zahl und der Anteil der in Baden-Württemberg nach den von der HÄVG AG zur Verfügung gestellten Daten an der HzV teilnehmender Hausarztpraxen an den hausärztlichen Hauptbetriebsstätten (nach den Daten der KVBW) dargestellt.

Abbildung 8: Anzahl hausärztlicher Hauptbetriebsstätten und HzV-Praxen (Anteil der HzV-Praxen), (Jahre 2015, 2020, 2025)



Quelle: eigene Darstellung IGES nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der HÄVG AG (2026)

Bei einer von 2015 bis 2025 nahezu konstanten Zahl von HzV-Praxen ist ihr Anteil an allen hausärztlichen Praxen (Hauptbetriebsstätten) in Baden-Württemberg deutlich gestiegen (von 59 % auf 72 %), weil die Zahl der Hausarztpraxen in diesem Zeitraum um etwa ein Fünftel gesunken ist. Die Beteiligung der unterschiedlichen Praxisformen an der HzV ist bei den BAG überdurchschnittlich ausgeprägt (85 % Beteiligung), Einzelpraxen und MVZ nehmen zu 68 % bzw. 66 % an der HzV teil.

Wie stark die HzV in Baden-Württemberg verankert ist, lässt sich unter Rückgriff auf das aktuelle Gutachten von Schreyögg et al. (2026) zur Evaluation der HzV-Verträge der Techniker Krankenkasse verdeutlichen. Dort (Seite 6) ist angegeben, dass etwa 10.000 Ärztinnen und Ärzte an den evaluierten Verträgen beteiligt waren, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Länder Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt in die Evaluation nicht einbezogen waren. Werden die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in diesen drei KV-Bezirken herausgerechnet, so entsprechen 10.000 an den HzV-Verträgen der TK beteiligte Ärzte einem Anteil von etwa 22 % der in den einbezogenen 14 KVen laut Bundesarztregister hausärztlich Tätigen (ca. 46.000).

3.4 Einsatz von Praxisassistenten (NäPa, VERAH®)

Im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist seit 2009 der Einsatz von „Praxisassistenten“ – auch als „Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa)“ bezeichnet – geregelt (Delegationsvereinbarung, Anlage 8 zum BMV-Ä). NäPa sind befugt „ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des Vertragsarztes“ zu erbringen³¹. Für die Rolle als NäPa kommen Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte in Betracht, die zusätzlich über eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer

Hausarztpraxis verfügen und eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 der Delegationsvereinbarung erworben haben. Für die Leistungen der NäPa stehen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eigene Gebührenordnungspositionen zur Verfügung.

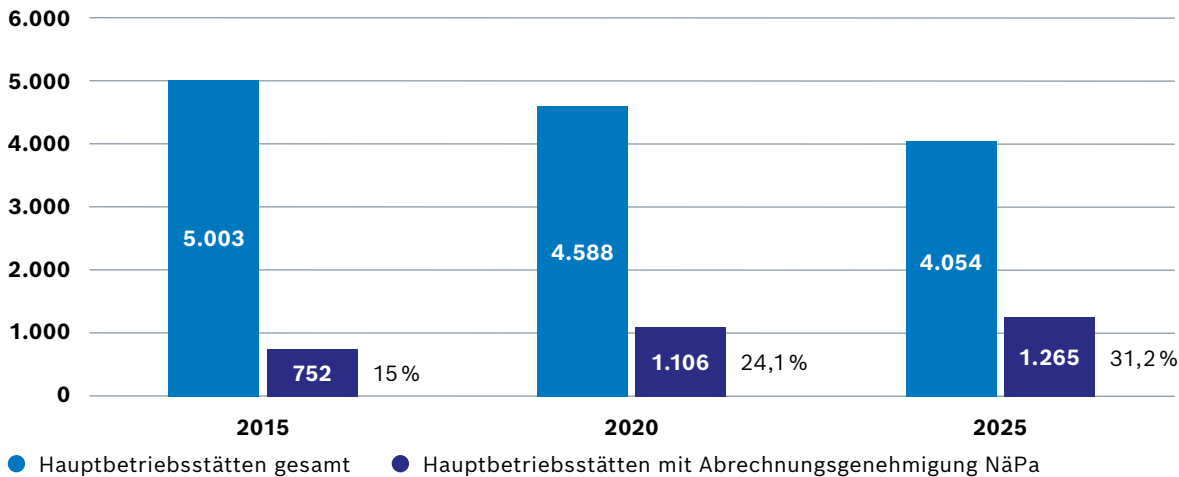
Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband hat eine vergleichbare Qualifikation unter dem Namen „Versorgungssassistent in der Hausarztpraxis (VERAH®)“ etabliert (Schwill et al. 2026). Personen mit einer Ausbildung als VERAH® können seit 2015 auch als NäPa eingesetzt werden.

NäPa und VERAH® lassen sich somit als seit längerem existierende formal geregelte Formen einer stärker arbeitsteiligen Organisation der hausärztlichen Versorgung verstehen. Der Einsatz von NäPa durch die Praxen ist an bestimmte Voraussetzungen und eine Genehmigung der KV gebunden, so dass sich ermitteln lässt, wie viele Hausarztpraxen wie viele NäPa einsetzen.

Abbildung 9 zeigt die Entwicklung der Zahl der Hauptbetriebsstätten (Vertragsarztsitze) insgesamt sowie mit einer Genehmigung der KVBW zur Abrechnung der Leistungen von NäPa. Der Anteil Praxen, die NäPa einsetzen, hat sich von 2015 bis 2025 mehr als verdoppelt.

31 Vgl. § 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte, Anlage 8, Delegationsvereinbarung i. d. F. vom 17.07.2023. https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-08-delegationsvereinbarung/08_Delegation.pdf (Aufruf am 01.07.2026).

Abbildung 9: Hausärztliche Hauptbetriebsstätten in Baden-Württemberg gesamt und mit Abrechnungsgenehmigung NÄPa (absolut und Anteil an allen Hauptbetriebsstätten), (Jahre 2015, 2020, 2025)



Quelle: eigene Darstellung IGES nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) (2026)

Der Anteil Praxen, die über eine NÄPa-Abrechnungsgenehmigung verfügen, lag 2025 in den Einzelpraxen bei 26%, in den BAG bei 44% und in den MVZ bei 39%. Werden die MVZ nach „fachgruppengleichen“ und „fachgruppen-übergreifenden“ MVZ differenziert, so zeigt sich ein ausgeprägter Unterschied: Die rein hausärztlichen MVZ verfügen zu 79% über eine NÄPa-Abrechnungsgenehmigung, die fachgruppenübergreifenden dagegen nur zu 3%.

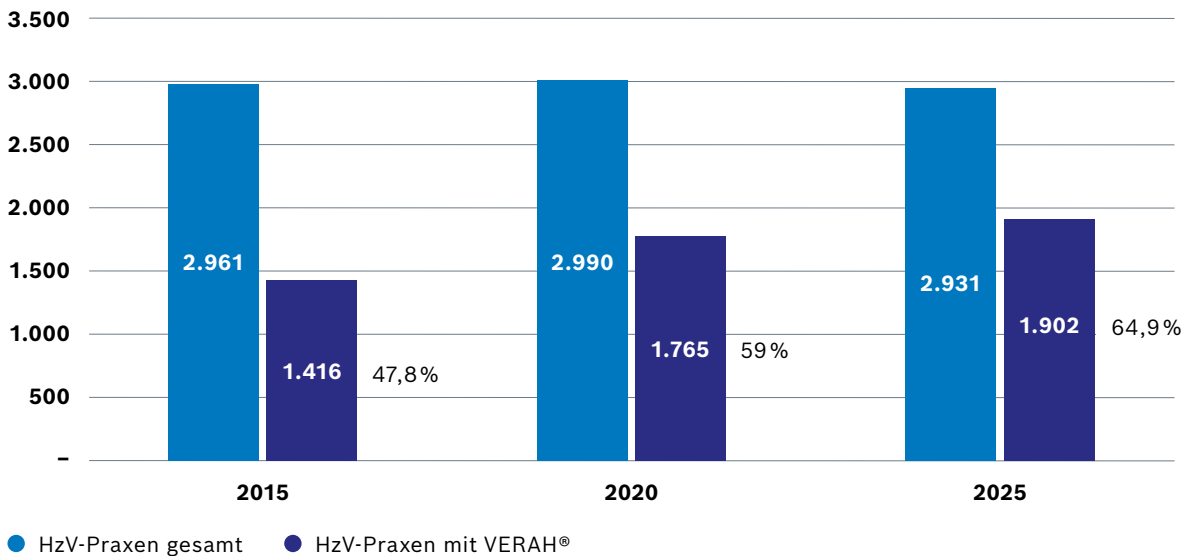
Die Zahl der als NÄPa tätigen Personen in den baden-württembergischen Hausarztpraxen ist von 906 im Jahr 2015 auf 1.578 in 2025 (+74%) gestiegen. Wird die Personenzahl der NÄPa auf die Hauptbetriebsstätten mit einer Abrechnungsgenehmigung bezogen, so waren im Jahr 2025 etwa 1,25 NÄPa in einer Praxis tätig (2015: 1,20). Die höchste „NÄPa-Dichte“ wiesen 2025 die fachgruppengleichen MVZ mit Abrechnungsgenehmigung auf (1,6 NÄPa), gefolgt von den BAG (1,4 NÄPa) und den Einzelpraxen (1,2 NÄPa).

Knapp ein Drittel (31%) der Hausarztpraxen in BW setzt also Praxisassistentinnen und -assistenten ein, denen die Hausärzte ein erweitertes Spektrum von Versorgungsaufgaben vor allem im Zusammenhang mit Hausbesuchen bzw. mit der Betreuung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen übertragen können.

Bei der Bewertung dieses Anteils ist zu berücksichtigen, dass zum einen die Praxen bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich der Fallzahlen erfüllen müssen. Zum anderen müssen auch entsprechend qualifizierte bzw. zu der Weiterbildung bereitwillige Mitarbeitende zur Verfügung stehen. Der stärkere Einsatz von NÄPa in den BAG und fachgruppengleichen MVZ lässt sich als Hinweis interpretieren, dass größere und stärker kooperativ angelegte Praxisformen hier eine Vorreiterfunktion haben.

Im Rahmen der HzV können die beteiligten Praxen die „Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis (VERAH®)“ einsetzen. Nach den HzV-Verträgen sollen die VERAH® ärztlich delegierte Aufgaben übernehmen und u. a. ein Case Management im Rahmen der Versorgung von chronisch kranken Versicherten durchführen.

Abbildung 10: HzV-Praxen in Baden-Württemberg gesamt und mit Abrechnungsgenehmigung VERAH® (absolut und Anteil an allen HzV-Praxen), (Jahre 2015, 2020, 2025)



Quelle: eigene Darstellung IGES nach Daten der HÄVG AG (2026)

Im Jahr 2025 erfüllten 65% der an der HzV teilnehmenden Praxen die Voraussetzungen für den Einsatz von VERAH®, d. h., sie verfügten über mindestens eine mitarbeitende Person mit der vorgesehenen Weiterbildung (Abbildung 10). Im Jahr 2015 lag dieser Anteil noch bei 48%. Die Zahl der für die VERAH®-Rolle qualifizierten Personen hat sich in diesem Zeitraum fast verdoppelt, von etwa 1.850 im Jahr 2015 auf fast 3.600 in 2025.

In der HzV ist der Einsatz von Nichtärztlichen Praxisassistentinnen also deutlich stärker verbreitet, als der Einsatz von NÄPa in der hausärztlichen Regelversorgung und die Zahl der Mitarbeitenden, die als VERAH® arbeiten können, ist mehr als doppelt so groß wie die Zahl der NÄPa.

3.5 Einsatz von akademisch qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen der HzV

Die Möglichkeit, auch Personen aus akademisch qualifizierten Gesundheitsberufen einzusetzen bzw. für deren Einsatz zusätzliche Vergütungen beanspruchen zu können, ist erst in jüngerer Zeit in die HzV aufgenommen worden.

Dafür in Frage kommen nach den Vertragsunterlagen „Physician Assistants oder vergleichbare (staatlich anerkannte) akademische Qualifikationen nichtärztlicher Gesundheitsberufe“ (AOK Baden-Württemberg, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, MEDI Verbund 2025, Anlage 12). Somit sind akademisch qualifizierte Pflegeberufe ebenfalls eingeschlossen.

Nach den Daten der HÄVG AG konnten im Jahr 2023 in Baden-Württemberg 17 HzV-Praxen einen vertraglich vorgesehenen Zuschlag für akademisch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe abrechnen. In diesem Jahr waren auch genau 17 Personen in dieser Rolle beschäftigt. Ende 2025 waren es bereits 59 Praxen und 67 Personen und im zweiten Quartal 2026 war die Zahl auf 91 Praxen und 104 beschäftigte Personen gestiegen. Der deutliche Anstieg ab 2025 dürfte damit zusammenhängen, dass die Zahl der HzV-Praxen wächst, die an dem vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband entwickelten „HÄPPI-Modell“ teilnimmt (von 36 zum Jahresende 2025 auf 59 Praxen im zweiten Quartal 2026).

„HÄPPI“ steht für „Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell“. Ziel dieses Versorgungskonzepts ist explizit eine stärker arbeitsteilige Versorgung: „Unter der Verantwortung und Leitung der Hausärztinnen und Hausärzte übernimmt ein Team, bestehend aus akademisierten und nichtakademisierten Fachkräften, zusätzliche Aufgaben in der Patientenversorgung. Hausärztinnen und Hausärzte können sich so stärker auf die Fälle konzentrieren, bei denen ihre ärztliche Kompetenz zwingend erforderlich ist“ (HÄV 2026).

3.6 Fazit

Zusammenfassend ist mit Blick auf das analysierte Jahrzehnt 2015 bis 2025 in Baden-Württemberg ein deutlicher Rückgang der Praxisstandorte zu konstatieren, der durch die leicht wachsende Zahl von Zweigpraxen nicht kompensiert wurde. Die Verteilung nach Betriebsformen hat sich in diesem Zeitraum mit einem leichten Rückgang des Anteils der Einzelpraxen und einer entsprechenden Zunahme vor allem der Medizinischen Versorgungszentren nur leicht verändert.

Die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte ist mit etwas über 7.000 Personen nahezu konstant geblieben. Die hausärztlichen Kapazitäten sind jedoch wegen des sinkenden Teilnahmeumfangs an der vertragsärztlichen Versorgung um fast 4 % zurückgegangen. Eine Ursache dafür könnte der deutliche Anstieg des Anteils der angestellten Hausärztinnen und Hausärzte auf 28 % im Jahr 2025 sein.

Die Zahl der an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmenden Praxen ist von 2015 bis 2025 auf etwa gleichem Niveau geblieben, was bei der insgesamt sinkenden Zahl von Hausarztpraxen zu einem kontinuierlichen Anstieg des Anteils der HzV-Praxen auf 72 % im Jahr 2025 geführt hat. Die Beteiligung an der HzV liegt damit in Baden-Württemberg weit über dem Bundesdurchschnitt.

Mit Blick auf das für die Primärversorgung besonders relevante Thema der Interprofessionalität wurde der Einsatz von „Nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa)“ und „Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis

(VERAH®)“ untersucht. Der Anteil von Praxen, die über eine Abrechnungsgenehmigung für NäPa verfügen bzw. die im Rahmen der HzV VERAH® einsetzen können, hat in dem betrachteten Jahrzehnt deutlich zugenommen. Vor allem in der HzV spielen die VERAH® eine wichtige Rolle, fast zwei Drittel der Praxen können sie einsetzen (NäPa: etwa ein Drittel der Praxen) und die Zahl der als VERAH® qualifizierten Personen hat sich seit 2015 auf knapp 3.600 Personen fast verdoppelt.

Eine neue Entwicklung im Rahmen der HzV ist die Möglichkeit, auch akademisch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe einzusetzen bzw. den Einsatz auf Ebene der Vergütung abzubilden. Bei den hier relevanten Gesundheitsberufen handelt es sich z. B. um Physician Assistants, Advanced Practice Nurses sowie Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler. Die Auswertungen zeigen, dass deren Einsatz zwar bisher noch selten ist, aber in der HzV stark zunimmt.

4 Impulse

Noch im Jahr 2026 soll nach Verlautbarung des Bundesgesundheitsministeriums ein Gesetz zur Einführung eines Primärversorgungssystems vorgelegt bzw. beschlossen werden. Dabei wird inzwischen betont, dass es sich nicht – wie noch im Koalitionsvertrag für die laufende Legislatur zu lesen – um ein „Primärarztsystem“, sondern um ein „Primärversorgungssystem“ handeln soll.

Über die wesentlichen Elemente und Charakteristika von „Primärversorgung“ besteht unter Fachleuten seit langem Konsens. Nicht zuletzt in den Publikationen zum PORT-Programm der Robert Bosch Stiftung bzw. des Bosch Health Campus finden sich umfangreiche Darstellungen, auf die an dieser Stelle verwiesen werden kann (z. B. Robert Bosch Stiftung 2021; Bosch Health Campus 2026). Mit Blick auf die laufende Diskussion über die Weiterentwicklung der bestehenden – vor allem hausärztlichen – Versorgungsstrukturen zu einem Primärversorgungssystem sollen jedoch zwei Kernelemente nochmals hervorgehoben werden.

4.1 Interprofessionalität und Versorgungsintegration als Voraussetzungen eines umfassenden Leistungsangebots

Die hausärztliche Versorgung ist vor allem bezüglich der rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen nach wie vor stark arztzentriert. Die Notwendigkeit der Transformation zu einer interprofessionellen, d. h. verschiedene Gesundheitsberufe einbeziehenden Versorgungsebene ist inzwischen jedoch weitgehend anerkannt.

Gleichwohl bleibt zu klären, was Interprofessionalität konkret bedeuten soll bzw. welche Aufgaben und Funktionen damit verbunden sind. Zugespitzt formuliert kann der Einsatz von nichtärztlichen Berufsgruppen primär als „Arztentlastung“ und Instrument zur Effizienzsteigerung von hausärztlichen Versorgungseinrichtungen verstanden werden – oder als Möglichkeit zur Erweiterung der Versorgungsmöglichkeiten sowie der Wirksamkeit von interprofessionellen Teams im Sinne eines umfassenderen Verständnisses von Primärversorgung. Hausärztliche Tätigkeit ist grundsätzlich nicht nur „Medizin“, sondern muss sich mit vielfältigen sozialen, psychosozialen und/

oder pflegerischen Problemen der Patienten auseinandersetzen. In einem „arzt-“ bzw. „medizinzentrierten“ System besteht die Gefahr, dass dies aufgrund der Rahmenbedingungen eher als Störfaktor oder unbezahlte Mehrarbeit empfunden wird. Die von anderen Berufsgruppen in ein interprofessionelles Team eingebrachten spezifischen Kompetenzen eröffnen dagegen die Möglichkeit einer umfassenderen patientenzentrierten Problembearbeitung im Sinne der „Comprehensive Care“, die zu den Kerncharakteristika der Primärversorgung zählt.

Dies führt unmittelbar zum Aspekt der Versorgungsintegration. Die hausärztliche Versorgung ist zwar das Kernelement von Primärversorgung, aber Primärversorgung ist keineswegs nur hausärztliche Versorgung. Internationale Konzepte sehen neben der „Familienmedizin“ auch Apotheken und Zahnärzte, Pflegedienste, psychosoziale und soziale Dienste als Teile der Primärversorgung. Das bedeutet nicht, dass all diese Funktionen in einer Organisation oder unter einem Dach vereint werden müssen. Es müssen jedoch geeignete Formen der Kooperation, einschließlich der Möglichkeit zum Austausch von kundenbezogenen Informationen, geschaffen werden. Art und Ausmaß der gebotenen oder möglichen Integration von Versorgungsangeboten können überwiegend nur lokal, d. h. ausgehend vom Bedarf der Einzugsbevölkerung und den bereits vorhandenen Strukturen, entwickelt werden.

Eine stärkere Versorgungsintegration dürfte in den sektoralisierten Strukturen noch schwieriger zu realisieren sein als eine Stärkung der Interprofessionalität. Voraussetzung sind in jedem Fall Rahmenbedingungen bzw. ein strukturell verankertes Konzept von „Primärversorgung“, in dem Interprofessionalität und Versorgungsintegration zu den zentralen Elementen zählen.

Im Folgenden werden drei Beispiele aus der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg vorgestellt, die zeigen, dass die Primärversorgung in Baden-Württemberg an einzelnen Orten bereits in stärker ausgebauter Form umgesetzt wird. An diesen Beispielen sind auch die Bedeutung und das Potenzial von Interprofessionalität und Versorgungsintegration ablesbar, insofern sie von den tatsächlichen Versorgern schon heute, trotz wenig förderlicher Rahmenbedingungen, praktiziert werden.

4.2 Primärversorgung in Baden-Württemberg – drei Beispiele

4.2.1 Praxis Mittlmeier, Maulburg und Eimeldingen, Kreis Lörrach

Alexander Mittlmeier ist Allgemeinmediziner und ärztlicher Psychotherapeut. Er betreibt im Landkreis Lörrach seit 2019 eine Hausarztpraxis in Maulburg (4.500 Einwohner) und seit 2025 eine Zweigpraxis in Eimeldingen (2.500 Einwohner). Neben fünf weiteren Ärztinnen und Ärzten arbeiten zwei Pflegefachpersonen, zwei ausgebildete Physiotherapeutinnen, vier Medizinische Fachangestellte, eine Auszubildende und eine angehende Praxismanagerin an den beiden Standorten. Die Praxis ist akademische Lehrpraxis der Uni Freiburg und nimmt auch am Innovationsfondsprojekt PRIMA teil, bei dem es um die Erprobung des Einsatzes von Pflegefachpersonen in Hausarztpraxen geht.

Die Praxen in Maulburg und Eimeldingen werden ausdrücklich als „interdisziplinäre Teampraxen“ geführt. Die beiden Pflegefachpersonen haben zuvor in der Altenpflege gearbeitet und betreuen als zusätzliche Ansprechpartnerinnen vor allem ältere multimorbide Patientinnen und Patienten. Dabei spielen die Versorgung von chronischen Wunden und die Durchführung von Hausbesuchen eine wichtige Rolle. Herr Mittlmeier beschreibt das Aufgabenspektrum zusammenfassend als „geriatriisches Fallmanagement“ und schätzt vor allem die Selbständigkeit und den besonderen fachlichen Blick der Kolleginnen. Die Aufgabenschwerpunkte anderer Gesundheitsprofessionen, wie bspw. Physician Assistants und NÄPa/VERAH®, sieht er vor allem bei den jüngeren Patientengruppen mit vorwiegend akuten Behandlungsanlässen.

Die Hausarztpraxen arbeiten stark digitalisiert. Unter anderem wird eine App eingesetzt, die eine direkte Kommunikation der Patientinnen und Patienten mit ihren Ärzten und Pflegefachpersonen ermöglicht und regen genutzt wird. Auch von der Praxis versorgte Pflegeheime sind in die digitale Kommunikation eingebunden. Aktuell werden Arbeitsprozesse umgestaltet, um den wachsenden Anteil von telemedizinischen Leistungen besser bewältigen zu können.

Herr Mittlmeier vertritt das Ärztenetz Dreiländereck e.V. in der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Landkreises Lörrach und hat an der Entwicklung eines digitalen Kompasses für mehr Orientierung im Gesundheits- und Sozialwesen des Landkreises mitgewirkt (www.gesundsozial.digital). Ferner unterstützt die Praxis den Landkreis bei der Werbung um ärztlichen Nachwuchs durch Praktikumsplätze für Studierende.

Herr Mittlmeier könnte sich für seine Praxis ein noch breiteres Spektrum von Angeboten im Sinne einer erweiterten Primärversorgung vorstellen: Die als Physiotherapeutinnen ausgebildeten Kolleginnen können ihre spezifischen Qualifikationen unter den aktuellen Rahmenbedingungen nur sehr begrenzt in der hausärztlichen Versorgung einsetzen. Ein deutlich ausbaufähiges Aufgabenfeld für die interprofessionelle Versorgung wäre die Prävention. Herr Mittlmeier erbringt im engen Rahmen seiner zeitlichen Möglichkeiten auch Leistungen der psychotherapeutischen Grundversorgung. Dies sind Beispiele für Versorgungsangebote, für die es einen hohen Bedarf gibt, der im Rahmen einer neu definierten Primärversorgung adressiert werden könnte. In den kommenden Jahren möchte Herr Mittlmeier daher die Entwicklung seiner Praxen zu einem Primärversorgungszentrum vorantreiben. Voraussetzung dafür ist die Anpassung der Rahmenbedingungen, die aktuell teilweise noch erhebliche Hindernisse darstellen: Die formalen Kompetenzen der nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen sollten eine eigenständige Rolle in der Versorgung ermöglichen. Dazu müsste auch gehören, dass sie bestimmte Verordnungen und Bescheinigungen eigenständig abzeichnen dürfen. Ferner ist auf der Ebene der Vergütungssystematik eine systematische Abbildung der Teamleistungen erforderlich.

Kontakt: www.hausarztpraxis-maulburg.de

4.2.2 Gartenpraxis Dr. Ulbricht, Zell unter Aichelberg, Landkreis Göppingen

Die Hausarztpraxis von Dr. Martin Ulbricht hat ihren Hauptsitz in Zell unter Aichelberg, einem Ort mit etwa 3.000 Einwohnern im Landkreis Göppingen. In der Praxis arbeiten seit etwa einem Jahr eine weitere Ärztin sowie vier Pflegefachkräfte und drei Medizinische Fachangestellte, darunter eine mit Weiterbildung als Nichtärztliche

Praxisassistentin (NäPa). Neben den Patientinnen und Patienten am Hauptstandort versorgt das Team der „Gartenpraxis“ seit elf Jahren vorwiegend wohnungslose Menschen im benachbarten Landkreis Esslingen. Dazu dient ein zum Praxisraum umgebauter LKW, der jeden Mittwoch drei Orte anfährt, an denen Menschen mit und ohne Krankenversicherung eine hausärztliche Versorgung erhalten.

Zwei der vier Pflegefachpersonen fahren auch in der „mobilen Arztpraxis“ mit. Alle vier versorgen Patienten im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts PRIMA der KV Baden-Württemberg, das vor allem auf ältere, chronisch kranke Patienten abzielt, bei denen Hausbesuche eine wichtige Rolle spielen: „Wenn die älteren Patienten früher wegen eines akuten Problems angerufen haben, konnten wir ihnen nur sagen, kommen Sie in die Praxis oder gehen Sie ins Krankenhaus. Heute fährt eine Krankenschwester zu den Patienten nach Hause und kann das Problem in den meisten Fällen lösen. Wir haben in solchen Fällen jetzt viel weniger Krankenhausaufnahmen. Auch Angehörige trauen sich die Versorgung ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder viel eher zu, seit sie die stärkere Unterstützung durch die Pflegefachpersonen haben“, erläutert Dr. Ulbricht und fügt hinzu: „Die Patienten melden sich bei Problemen eher bei der Pflegekraft, weil sie das als niedrigschwellig empfinden, dadurch kann man früher intervenieren.“

Auch bei der Versorgung der wohnungslosen Menschen ist die interprofessionelle Versorgung von zentraler Bedeutung. Die Pflegefachpersonen haben einen eigenen professionellen Blick auf die komplexen gesundheitlichen und psychosozialen Probleme und bauen langfristige Beziehungen zu den besonders gefährdeten und benachteiligten Menschen auf. Auch die Kollegin mit der Qualifikation als NäPa macht Hausbesuche und nimmt eine wichtige Rolle bei der Versorgung der DMP-Patienten ein. Dr. Ulbricht erwartet von seinem Team, dass regelmäßig wiederkehrende Aufgaben eigenständig bearbeitet werden und dass alle Teammitglieder „red flags“ – also Warnsignale – sicher erkennen. Um dies sicherzustellen, geht das Team der Gartenpraxis zu Fortbildungen gemeinsam in Klausur, bei welchen bspw. Untersuchungstechniken geübt werden.

Dr. Ulbricht sieht den Haupteffekt der interprofessionellen Arbeit weniger in der Möglichkeit, zusätzliche Patienten behandeln zu können, als vielmehr in einer Qualitätssteigerung. Neben der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten ist auch die Zufriedenheit der Patienten deutlich gestiegen, die mit der Pflegefachperson jederzeit elektronisch kommunizieren können. Umso wichtiger wäre es, dass die Rahmenbedingungen in der hausärztlichen Versorgung so angepasst werden, dass die intensivierte Versorgung von „instabilen“ Patientinnen und Patienten durch Pflegefachkräfte auch in der Regelversorgung möglich wird und nicht mit dem Ende von Forschungsprojekten ausläuft.

Kontakt: gartenpraxis-ulbricht@hotmail.com

4.2.3 PORT Gesundheitszentrum Bosch Health Campus, Stuttgart

In der hausärztlichen Praxis des PORT Gesundheitszentrums sind eine Internistin und ein Allgemeinarzt tätig. Das Team umfasst ferner drei Medizinische Fachangestellte sowie zwei Community Health Nurses (CHN), also Pflegefachkräfte mit einem Hochschulabschluss, der insbesondere für populationsbezogene Versorgungsaufgaben qualifiziert. Die Praxis ist Teil des Medizinischen Versorgungszentrums des Robert Bosch Krankenhauses, an dessen Standort in der Stuttgarter Innenstadt das PORT Gesundheitszentrum angesiedelt ist und zu dem auch eine allgemeinchirurgische Praxis gehört. Für die Verwaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitszentrums sowie das zugehörige Projekt des Bosch Health Campus ist ein Manager verantwortlich.

Seit 2025 arbeitet damit auch in Stuttgart am Bosch Health Campus der Robert Bosch Stiftung eine Einrichtung, die das von der Robert Bosch Stiftung seit 2017 an insgesamt zwölf Standorten in Deutschland geförderte Konzept der „Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ umsetzt. Das Team des PORT-Zentrums bietet daher nicht nur eine interprofessionelle hausärztliche Versorgung im engeren Sinne, sondern verfolgt explizit einen quartiers- bzw. bevölkerungsbezogenen Ansatz. In der Aufbauphase vor Eröffnung des Zentrums wurden zunächst Kooperationen zu den relevanten Stellen und Akteuren der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung in dem

ca. 22.000 Einwohner umfassenden Einzugsgebiet aufgebaut. Durch die Kontakte, die die beiden CHN auf der Arbeitsebene geknüpft haben, können sie für Patienten des PORT-Zentrums ein breites Spektrum von Hilfen in Wohnortnähe organisieren, die die medizinische Versorgung ergänzen. Umgekehrt werden aus dem regionalen Netzwerk zunehmend Klienten zwecks Abklärung und Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Fragestellungen an das PORT Gesundheitszentrum verwiesen. In einem Projekt mit der Stadt Stuttgart wird die Kooperation mit den Sozialen Diensten im Sinne des „Social Prescribing“ systematisch weiterentwickelt.

Eine Folge dieser Öffnung in den Sozialraum ist, dass etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten des PORT Gesundheitszentrums durch andere Praxen hausärztlich versorgt werden und nur die Unterstützung durch die CHN bzw. die übrigen Angebote des Zentrums zur Beratung, Prävention und zum Selbstmanagement in Anspruch nehmen. Dies ist möglich, weil die Stellen der beiden CHN durch den Bosch Health Campus finanziert werden. Unter den betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Vertragsarztpraxis bzw. der Hausarztzentrierten Versorgung wäre eine gemeindebezogene Primärversorgung, die sich vor allem an den gesundheitlichsozialen Bedarfen der Einzugsbevölkerung orientiert, bisher nicht darstellbar.

Dieses Ziel einer koordinierenden und möglichst umfassenden Versorgung soll weiter ausgebaut werden. Ein vielfältiges Kursangebot z.B. zur Sturzprophylaxe und Ernährung ist bereits etabliert. In Kürze wird eine Psychologin im PORT-Zentrum Beratungen und Kurz-Interventionen für Menschen in Krisensituationen anbieten. Um die Einzugsbevölkerung noch besser erreichen zu können bzw. „Schwellenängste“ vor dem Aufsuchen eines Krankenhauses abzubauen, wird ein leerstehendes Ladenlokal angemietet, in dem Beratungen und Gruppenangebote realisiert werden können.

Neben dem Schwerpunkt der gemeindeorientierten Versorgung ist die Verortung an einem Krankenhaus eine Besonderheit des PORT-Zentrums in Stuttgart. Dies bietet zum einen die Möglichkeit, gemeinsam Angebote zu entwickeln, bei denen spezielles fachliches Knowhow und das Wissen über die Implementierbarkeit in der

ambulanten Versorgung zusammengeführt werden (z. B. zur Sturzprophylaxe). Zum anderen erfolgt eine gegenseitige Beratung und Unterstützung im Einzelfall: Das PORT-Zentrum wird durch das Krankenhaus bei entsprechendem Hilfebedarf in die Entlassung und Wiedereingliederung von stationär behandelten Patienten einbezogen, sofern sie in dem Quartier wohnhaft sind. Umgekehrt berät das Krankenhaus das PORT-Zentrum in Bezug auf die ambulante Weiterversorgung einzelner Patienten.

Die Verknüpfung von hausärztlicher und gemeindebezogener Versorgung ist nur in einem interprofessionellen Team, eingebettet in ein lokales Netzwerk von Kooperationspartnern, und bisher nur mit einer Zusatzfinanzierung aus Fördermitteln möglich. Ziel sollte es sein, Primärversorgungszentren mit einer Reichweite und einem Aufgabenzuschnitt wie das Stuttgarter PORT Gesundheitszentrum – vergleichbare Einrichtungen existieren auch in Hamburg-Veddel und Berlin-Neukölln – in den regulären Strukturen des deutschen Gesundheitssystems betreiben zu können.

Kontakt: <https://www.port-gesundheitszentrum.de/de>

5 Szenarien zur künftigen Primärversorgung in Baden-Württemberg

Der Entwurf und die Analyse von Szenarien ist eine etablierte Methode, die im Bereich der Politikanalyse (z. B. Technikfolgenabschätzung) sowie von Unternehmen im Kontext der strategischen Planung eingesetzt wird. Als „Szenario“ wird ein konsistentes und plausibles Bild einer möglichen oder wahrscheinlichen Zukunft in Bezug auf ein bestimmtes Thema oder Merkmal (z. B. hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg) bezeichnet. Wichtigstes Element von Szenarien sind die berücksichtigten und modellierten Einfluss- oder Treiberfaktoren, von denen das jeweilige Zukunftsbild unmittelbar abhängt (Moniz 2006; Wright et al. 2020). Die Treiberfaktoren können mehr oder weniger stark durch politische Maßnahmen, technologische und ökonomische Entwicklungen, Veränderungen von Verhaltensweisen oder Präferenzen der Bevölkerung usw. gestaltet oder beeinflusst werden. Szenarioanalysen sind ein Instrument, um die möglichen Folgen von Entscheidungen und Gestaltungsoptionen transparent zu machen oder die Folgen des Eintritts von bestimmten Ereignissen und Entwicklungen zu modellieren.

In den folgenden Abschnitten werden in Bezug auf die primäre gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg im Jahr 2040 unterschiedliche Szenarien entworfen. Ausgangspunkt sind die in Abschnitt 2.4 dargestellten Ergebnisse der Projektion der hausärztlichen Kapazitäten im Jahr 2040. Daraus wird ein „Basis-Szenario“ der Versorgungssituation abgeleitet, das sich ergeben würde, wenn die Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten wie vorhergesagt eintritt und keine anderen Einflüsse den Verlauf beeinflussen (Abschnitt 5.2).

Anschließend werden verschiedene Gestaltungs- und Entwicklungsoptionen skizziert, die das „Basis-Szenario“ verändern würden, wenn sie umgesetzt werden bzw. eintreten. Diese Szenarien stellen Vereinfachungen dar und erheben nicht den Anspruch von Vorhersagen, sondern sollen die Diskussion über erforderliche Weichenstellungen in Bezug auf die Primärversorgung in Baden-Württemberg (und ganz Deutschland) befördern, indem sie die Potenziale verschiedener Handlungs-

optionen verdeutlichen. Als eine wesentliche Limitation ist hervorzuheben, dass die Szenarien die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg nur als Aggregat betrachten und die Problematik der regionalen Verteilung der Versorgungskapazitäten außer Betracht lassen müssen.

Im folgenden Abschnitt 5.1 werden die in den Szenarien zur Primärversorgung in Baden-Württemberg im Jahr 2040 berücksichtigten Einflussfaktoren sowie die Konstruktionsprinzipien der Szenarien erläutert. In den folgenden Abschnitten 5.3 bis 5.6 werden die potenziellen Effekte von sieben Einflussfaktoren (Szenarien 1a bis 2e) zunächst einzeln dargestellt. Szenario 3 in Abschnitt 5.7 verdeutlicht, dass eine Bewältigung der absehbaren Versorgungsprobleme in Baden-Württemberg durch eine Kombination der zuvor einzeln betrachteten Entwicklungen und Maßnahmen möglich ist.

5.1 Einflussfaktoren und Konstruktionsprinzipien der Szenarien

Entscheidend für die Qualität bzw. Angemessenheit der gesundheitlichen Versorgung ist das Verhältnis zwischen dem Bedarf bzw. der Nachfrage der Bevölkerung nach gesundheitlichen Versorgungsleistungen und der Fähigkeit des Gesundheitssystems, diesen Bedarf mit der gebotenen Leistungsqualität zu befriedigen. Die Versorgungssituation in Bezug auf die Primärversorgung im Jahr 2040 wird also zum einen davon abhängen, wie sich der Bedarf der Bevölkerung an entsprechenden Versorgungsleistungen entwickeln wird. Zum anderen ist die Fähigkeit des im Jahr 2040 existierenden Primärversorgungssystems zur „Produktion“ der erforderlichen Leistungen nach Art, Menge und Qualität entscheidend.

Für die Entwicklung und Analyse der Szenarien werden folgende – mehr oder weniger stark vereinfachende – Annahmen bzw. Festlegungen getroffen:

- Den **Bedarf bzw. die Nachfrage der Bevölkerung** operationalisieren wir durch die Zahl der hausärztlichen Behandlungsfälle („Fälle“). Ein Fall umfasst in der vertragsärztlichen Versorgung alle Behandlungskontakte

zu einem Vertragsarzt während eines Quartals. Ein Fall kann also mehrere, über drei Monate verteilte, Kontakte umfassen.

Im ersten Quartal 2025 wurden von den hausärztlichen Praxen in Baden-Württemberg im Durchschnitt 962 Behandlungsfälle je vollem Arztsitz („Vollzeitäquivalent“, VZÄ) abgerechnet (KVBW 2025). Bezogen auf das Gesamtjahr 2025 betrug die „Gesamtleistung“ der 6.478 Hausärztinnen und Hausärzte (VZÄ) somit 24,9 Mio. Behandlungsfälle.

Gleichzeitig waren 2025 in Baden-Württemberg über 1.000 hausärztliche Vertragsarztsitze nicht besetzt, die gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie hätten besetzt werden können. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie erlaubt die Besetzung von Vertragsarztsitzen bis zu einem Versorgungsgrad von 110 %. Für die Zwecke der Bedarfsschätzung im Rahmen der Szenarien korrigieren wir dies auf einen Versorgungsgrad von 100 %. Im Jahr 2025 wäre ein Versorgungsgrad von 100 % bei 6.798 hausärztlichen VZÄ erreicht worden, wovon 320 VZÄ nicht besetzt waren (Ist-VZÄ: 6.478).

Unter der Annahme, dass die vertragsärztliche Bedarfsplanung den Versorgungsbedarf der Bevölkerung zutreffend abbildet, musste der den 320 unbesetzten VZÄ entsprechende Versorgungsbedarf entweder durch bestehende Hausarztpraxen bzw. andere Gesundheitseinrichtungen gedeckt werden oder blieb ungedeckt. Wird die obige durchschnittliche Fallzahl zugrunde gelegt, dann ergäben sich etwa 1,2 Mio. Fälle, die verlagert oder nicht erbracht wurden. Zusammen mit den tatsächlich geleisteten 24,9 Mio. Fällen resultierte für 2025 somit ein Gesamtbedarf an hausärztlichen Leistungen von ca. 26,2 Mio. Fällen. Im Basis-Szenario (Abschnitt 5.2) wird entsprechend dieser Logik der primäre Versorgungsbedarf der Bevölkerung im Jahr 2040 abgeleitet. In Bezug auf die Fähigkeit der Primärversorgungseinrichtungen zur Bereitstellung der erforderlichen Leistungen (Fälle) betrachten wir folgende Komponenten, die deren „Produktivität“ determinieren:

- Die **(haus)ärztlichen Kapazitäten** bzw. deren Entwicklung bis 2040. Grundlage des Basis-Szenarios sind die in Abschnitt 2.4.2 beschriebenen Entwicklungen bis 2040. In weiteren Szenarien werden zwei Faktoren modelliert, die sich grundsätzlich beeinflussen lassen: die Quote der Medizinabsolventen, die sich für die Allgemeinmedizin bzw. die hausärztliche Versorgung entscheiden, sowie der Teilnahmeumfang an der vertragsärztlichen Versorgung (d. h. der Anteil an Teilzeittätigkeit).
- Das Ausmaß der **interprofessionellen Versorgung**. In den Abschnitten 3.4 und 3.5 wurde dargestellt, in welchem Umfang nichtärztliche Gesundheitsberufe bereits aktuell in den Hausarztpraxen arbeiten. Deren Beitrag zur „Produktivität“ der Praxen im Jahr 2025 wird in einem ersten Schritt berechnet. Daraus lässt sich ableiten, welche Produktivitätszuwächse bis 2040 möglich wären, wenn die Zahl der Personen steigt, die als NÄPa/VERAH®, Pflegefachperson, Advanced Practice Nurse oder Physician Assistant in der Primärversorgung tätig sind.
- Effizienzsteigerungen durch größere, kooperative **Betriebs- und Organisationsformen**. In Abschnitt 3.2 wurde bezüglich der Betriebsformen über eine leichte Zunahme des Anteils der kooperativen Betriebsformen (BAG, MVZ) berichtet. Unter der Hypothese, dass die größeren Betriebsformen effizienter arbeiten können, z. B. weil sie eher in der Lage sind, administrative Aufgaben zu bündeln (z. B. bei Praxismanagern), wird eine weitere Zunahme des Anteils von größeren Primärversorgungseinrichtungen mit entsprechenden Produktivitätsgewinnen modelliert.
- Anteil **telemedizinischer Leistungserbringung**. Die Rahmenbedingungen zur telemedizinischen Leistungserbringung (Videosprechstunden) sind 2025 durch eine neue Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Anlage 31c) sowie Anpassungen der Abrechnungsbestimmungen infolge der Bestimmungen des Digital-Gesetzes (DiGiG) verbessert worden. Eine Zunahme des Anteils der telemedizinischen Behandlungen würde zu einer Entlastung führen, insofern diese Behandlungsform effizienter ist.

Neben den genannten Einflussfaktoren auf die „Produktivität“ der Primärversorgungseinrichtungen im Jahr 2040 werden zwei Faktoren betrachtet, die den Bedarf an Primärversorgungsleistungen beeinflussen können:

- Auswirkungen verbesserter **Prävention und Gesundheitskompetenz** in Verbindung mit dem Einsatz **digitaler Instrumente** zur Ersteinschätzung und Beratung. In der aktuellen Diskussion über den Einsatz digitaler Ersteinschätzungsinstrumente wird u. a. angenommen, dass dadurch eine Reduktion der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen erreicht werden kann, weil bei entsprechenden Beschwerdekongstellationen den anfragenden Versicherten eine Selbsthilfe empfohlen werden kann. Zu einer Reduktion des Behandlungsbedarfs kann ferner eine konsequentere Umsetzung von präventiven und die Gesundheitskompetenz der Versicherten fördernden Maßnahmen beitragen.
- **Verlagerung von Versorgungsaufgaben in die Primärversorgung**, die aktuell noch in Praxen der spezialfachärztlichen Versorgung erbracht werden. Charakteristisch für die ambulante Versorgung in Deutschland ist eine ausgeprägte Rolle der spezialfachärztlichen ambulanten Versorgung. Viele Versorgungsanlässe, die in anderen europäischen Ländern durch die Primärversorgungsebene behandelt werden, werden in Deutschland von z. B. Orthopädinnen/Orthopäden, HNO-Ärztinnen/-Ärzten, Hautärztinnen/-ärzten usw. versorgt. Die unzureichend gesteuerte Inanspruchnahme der spezialfachärztlichen Versorgung wird häufig als ein Kardinalproblem des Gesundheitssystems beschrieben. In den Szenarien wird daher angenommen, dass es durch eine wirksamere Steuerung nicht nur zu einer Reduktion der Inanspruchnahme der Primärversorgung kommt, sondern auch zu einer stärkeren Inanspruchnahme durch Patienten, die aktuell noch Spezialfachärztinnen/-ärzte aufsuchen. Für Letztere wird angenommen, dass sie im Durchschnitt mehr genuin ärztliche Aufmerksamkeit erfordern, so dass die derartige Verlagerung von Versorgungsaufgaben in höherem Maße primärärztliche Kapazitäten bindet.

5.2 Basis-Szenario: Was passiert, wenn nichts passiert?

Das Basis-Szenario soll die Situation beschreiben, die sich ergeben würde, wenn die in Abschnitt 2.4.2 dargestellte Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2040 eintritt und der Bedarf an Primärversorgungsleistungen entsprechend der demografischen Entwicklung steigt.

- Nach der Projektion werden im Jahr 2040 in Baden-Württemberg 5.964 Hausärztinnen und Hausärzte (VZÄ) tätig sein, also 514 weniger als 2025 (6.478).

Der zusätzliche Bedarf an hausärztlicher Versorgung im Jahr 2040 lässt sich aus dem Projektionsergebnis zur Zahl der 2040 unbesetzten Hausarztsitze ableiten, da die vertragsärztliche Bedarfsplanung auch die demografische Entwicklung berücksichtigt.

- Im Jahr 2040 könnten in Baden-Württemberg 1.731 zusätzliche Hausarztsitze (VZÄ) bis zu einem Versorgungsgrad von 100 % besetzt werden.
- Aus den besetzten und den unbesetzten Hausarztsitzen errechnet sich bei konstanter Annahme einer durchschnittlichen Fallzahl von 962 Fällen pro Quartal (Wert des Quartals 1/2025) im Basis-Szenario ein Versorgungsbedarf von 29,6 Mio. Fällen für das Jahr 2040. Das entspricht gegenüber 2025 einem Mehrbedarf von knapp 3,5 Mio. Fällen.

In den Abschnitten 3.4 und 3.5 wurde über den Stand der Mitwirkung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen an der hausärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg berichtet. Bei der bisherigen Darstellung der „Produktivität“ der Hausärzte im Jahr 2025 (962 Fälle pro Quartal) wurde deren Beitrag zur Versorgung rechnerisch nicht ausdrücklich berücksichtigt. Dies wird nachgeholt, um in folgenden Szenarien den Effekt einer stärker interprofessionellen Versorgung modellieren zu können.

In Bezug auf den jeweiligen Versorgungsbeitrag werden folgende Annahmen getroffen:

- NÄPa/VERAH®: Die Mitarbeit erhöht die Produktivität einer ärztlichen VZÄ um 20 %, d. h. infolge der Delegation von Aufgaben an eine NÄPa/VERAH® (je VZÄ) kann eine Ärztin/ein Arzt 20 % mehr Fälle behandeln.
- Pflegefachpersonen: Die Mitarbeit erhöht (je VZÄ) die Produktivität einer ärztlichen VZÄ um 40 %.
- Akademisch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsprofessionen (z. B. Advanced Practice Nurse, Physician Assistant): Die Mitarbeit erhöht (je VZÄ) die Produktivität einer ärztlichen VZÄ um 60 %.

Eine aktuelle Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hat den Anteil der ärztlichen Aufgaben, die an andere Gesundheitsberufe delegiert werden können, auf bis zu 65 % geschätzt (Hildebrandt et al. 2026). Die hier getroffenen Annahmen wären demnach eher als konservative Schätzungen zu sehen.

In Abschnitt 3.4 wurde berichtet, dass 2025 in Baden-Württemberg 3.600 Personen als VERAH® bzw. NÄPa und 70 Personen im Rahmen der HzV mit einer akademischen Qualifikation tätig waren. Darüber hinaus wird angenommen, dass etwa 20 Personen mit einer pflege-

fachlichen Qualifikation in den Hausarztpraxen tätig waren. Für die drei Personengruppen werden folgende Arbeitszeitanteile angenommen: VERAH®/NÄPa durchschnittlich 70 % einer Vollzeitstelle, Pflegefachpersonen ebenfalls 70 %, akademisch qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsprofessionen 80 %.

Unter Zugrundelegung dieses Mengengerüsts sowie der obigen Annahmen zur Produktivität errechnet sich für 2025 eine Gesamtzahl von 543 „äquivalenten nichtärztlichen VZÄ“, die an der Erstellung der hausärztlichen Gesamtleistung von 24,9 Mio. Fällen beteiligt waren. Werden diese 543 VZÄ zu den 6.478 ärztlichen VZÄ des Jahres 2025 addiert, so errechnet sich eine korrigierte „interprofessionelle Produktivität“ von 888 Fällen pro Quartal bzw. 3.550 Fällen pro Jahr (24,9 Mio. Fälle, dividiert durch 7.021 interprofessionelle VZÄ).

Tabelle 4 zeigt die Situation im Jahr 2025 sowie das Basis-Szenario 2040 in einer Übersicht. Für 2040 ist der in Abschnitt 2.4.2 projizierte Rückgang der ärztlichen Kapazitäten eingesetzt, wogegen die nichtärztlichen Kapazitäten auf dem Niveau des Jahres 2025 konstant gehalten sind.

Tabelle 4: Situation im Jahr 2025 und Basis-Szenario für das Jahr 2040

		2025	Basis-Szenario 2040
1	Primärversorgungsbedarf („hausärztliche Fälle“)	26,2 Mio.	29,6 Mio.
Versorgungskapazität			
2	Ärztliche VZÄ	6.478	5.964
3	Äquivalente VZÄ durch nichtärztliche Berufsgruppen	543	543
4	Interprofessionelle VZÄ gesamt	7.021	6.508
5	Produktivität je interprofessionelle VZÄ (Fälle pro Jahr)	3.550	3.550
6	Primärversorgungskapazität gesamt (Fälle pro Jahr)	24,9 Mio.	23,1 Mio.
7	Versorgungslücke (Differenz der Werte in Zeile 6 und Zeile 1) (Fälle pro Jahr)	-1,3 Mio.	-6,5 Mio.

Anmerkung: Angaben zu den genutzten Datenquellen finden sich in den vorangehenden Abschnitten

Quelle: eigene Darstellung IGES

In den folgenden Szenarien wird jeweils der Effekt einer definierten „Stellschraube“ auf die Reduktion der für 2040 prognostizierten Versorgungslücke von etwa 6,5 Mio. hausärztlichen Fällen modelliert (Abbildung 11). Im Mittelpunkt der Diskussion der Szenarien sollte

jeweils die Frage stehen, ob es möglich bzw. plausibel ist, die beschriebene Veränderung des betreffenden Einflussfaktors zu erreichen (oder ggf. sogar eine noch stärkere Veränderung).

Abbildung 11: In den Szenarien 1a bis 2e modellierte Einflussfaktoren auf die Größe der Versorgungslücke im Jahr 2040



Quelle: eigene Darstellung IGES

5.3 Veränderungen des Bedarfs (Szenarien 1a und 1b)

Im Basis-Szenario wird entsprechend der aktuellen Ausgestaltung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung eine Zunahme des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung infolge des bis 2040 prognostizierten demografischen Wandels angenommen.

Ein niedrigerer Bedarf an hausärztlichen Fällen könnte sich ergeben, wenn bis dahin in stärkerem Maße Präventionsmaßnahmen wirksam werden und eine gewachsene Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine niedrigere Inanspruchnahme von professioneller medizinischer Hilfe bzw. eine Verlagerung auf digitale Hilfsangebote ermöglichte. In einem ausgebauten, d.h. auch regionale Public-Health-Aufgaben berücksichtigenden Primärversorgungssystem spielten Prävention

und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle. In die Umsetzung entsprechender Maßnahmen kann das Personal der Primärversorgungszentren einbezogen sein, gleichzeitig dürften Kooperationen mit anderen Akteuren innerhalb regionaler Netzwerke eine große Rolle spielen. Als Unterstützung könnten die aktuell diskutierten digitalen Ersteinschätzungsinstrumente wirken, die bei entsprechenden Konstellationen auch eine Steuerung in die „Selbstversorgung“ bzw. zu Hilfs- und Beratungsangeboten außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung leisten müssten.

- **Szenario 1a:** Wird pauschal angenommen, dass 5 % des Versorgungsbedarfs durch verbesserte Prävention, Gesundheitskompetenz und digitale Steuerung im Jahr 2040 vermieden werden können, dann reduzierte sich die Versorgungslücke im Jahr 2040 auf 5,0 Mio. Fälle (statt 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

Bei der Bewertung dieser Annahme ist zu berücksichtigen, dass die Bevölkerung im Jahr 2040 im Durchschnitt älter ist als 2025, so dass es herausfordernder als heute sein wird, die Inanspruchnahme um 5 % zu senken.

Es ist sinnvoll, die Primärversorgung im Gesamtkontext der Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung zu betrachten. In Szenario 1b werden beispielhaft potenzielle Auswirkungen einer Verlagerung von Versorgungsaufgaben innerhalb des Gesamtsystems berücksichtigt: Explizites Ziel für den Krankenhausbereich ist eine stärkere Ausschöpfung des Potenzials einer ambulanten Versorgung bei Behandlungsanlässen, die nur in besonderen Konstellationen einer vollstationären Behandlung bedürfen. Es wäre plausibel, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgungsebene durch eine Ambulantisierung von aktuell noch stationären Behandlungen stärker in Anspruch genommen wird. Dies könnte wiederum zur Konsequenz haben, dass Behandlungsfälle, die aktuell noch vielfach in spezialfachärztlichen Praxen behandelt werden, sich in stärkerem Maße in die Primärversorgung verlagern.

Die skizzierten Verlagerungen von Versorgungsaufgaben würden in der Primärversorgung zu einem höheren Anteil von Fällen führen, die genuin ärztliche Kompetenzen erfordern. Das bedeutet rechnerisch, dass je nach Anteil der „verlagerten Fälle“ die hausärztlichen Kapazitäten

stärker gebunden sind und die Zahl der pro Jahr insgesamt leistbaren Fälle sinkt. Eine darüber hinausgehende Erhöhung der in der Primärversorgung zu leistenden Fallzahl wird nicht angenommen, da davon ausgegangen wird, dass die fachärztlich versorgten Fälle, um die es hier geht, gleichzeitig auch bzw. ohnehin auch (regelmäßig) hausärztlich bzw. auf der Primärversorgungsebene versorgt werden.

- **Szenario 1b:** Unter der Annahme, dass 25 % der Fälle in der Primärversorgung im Jahr 2040 eine im Durchschnitt um 20 % höhere ärztliche Arbeitszeit beanspruchen, sinkt die im Jahr 2040 vom Primärversorgungssystem in Baden-Württemberg leistbare Fallzahl um etwa 1,0 Mio. Fälle, d. h. die Versorgungslücke wüchse auf fast 7,6 Mio. Fälle (statt 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

5.4 Erhöhung der ärztlichen Kapazitäten (Szenarien 2a und 2b)

In der Projektion der hausärztlichen Kapazitäten bis zum Jahr 2040 sind zwei aus der Entwicklungsdynamik bis 2025 abgeleitete Annahmen getroffen, die grundsätzlich beeinflussbar sind. So dürfte eine umfassender ausgebaute, interprofessionelle und regional integrierte Primärversorgung bei angehenden Ärztinnen und Ärzten höhere Attraktivität genießen. Dies umso mehr, wenn die Primärversorgung innerhalb des Gesundheitssystems eine relevante Steuerungsfunktion bekäme. Weitere wichtige Handlungsoptionen sind eine umfassendere Abbildung der haus- bzw. primärärztlichen Tätigkeit im Medizinstudium und die weitere Optimierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.

- **Szenario 2a:** Der Anteil der Absolventen des Medizinstudiums, der sich für eine Tätigkeit in der haus- bzw. primärärztlichen Versorgung entscheidet, wächst bis 2040 auf 11 % (statt der in der Projektion angenommenen 9,2 %). Dies hätte zur Folge, dass 6.252 ärztliche VZÄ zur Verfügung stünden (288 mehr als im Basis-Szenario). Die Versorgungslücke im Jahr 2040 säne auf 5,5 Mio. Fälle (statt 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

Ein weiterer Einflussfaktor wäre ein weniger starkes Absinken des Teilnahmeumfangs der Ärztinnen und Ärzte an der Versorgung als in der Projektion angenommen. Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind bei Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit im Durchschnitt deutlich älter als z.B. ihre Kolleginnen und Kollegen in Frankreich. Das hat neben einem stringenteren System der Weiterbildung zum Teil auch mit den deutlich besseren Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Frankreich zu tun (Zich et al. 2023). Verbesserungen an dieser Stelle könnten u.U. auch zu einem geringeren Anteil an Teilzeittätigkeit führen.

- **Szenario 2b:** Der Teilnahmeumfang der Ärztinnen und Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung sinkt von 92 % in 2025 bis 2040 auf 90 % (statt der in der Projektion angenommenen 87 %). Dies würde zu einer Erhöhung der ärztlichen Kapazität auf 6.170 VZÄ (206 mehr als im Basis-Szenario) und einer Reduktion der Versorgungslücke auf 5,8 Mio. Fälle führen (statt 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

5.5 Ausweitung der interprofessionellen Versorgung (Szenario 2c)

Bei der Entwicklung des Basis Szenarios (Abschnitt 5.2) wurde der Beitrag der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu den 2025 geleisteten hausärztlichen Fällen abgeschätzt. Nach dieser Berechnung ließen sich 2025 etwa 7,7 % der geleisteten hausärztlichen Fälle den in Baden-Württemberg tätigen NÄPa, VERAH®, Pflegefachpersonen und akademisch qualifizierten Gesundheitsberufen zurechnen. Im Basis-Szenario wird die Zahl der nichtärztlichen Gesundheitsprofessionen konstant gehalten, wogegen die ärztliche Kapazität sinkt, mit der Folge, dass der Anteil der nichtärztlichen Berufsgruppen an den in 2040 insgesamt leistbaren Fällen steigt (auf 8,3 %).

Eine deutliche Ausweitung der interprofessionellen Versorgung – also der Mitwirkung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen an der medizinischen Versorgung – gilt als ein Schlüsselfaktor für die Bewältigung der künftigen Herausforderungen. Das folgende Szenario 2c ist ausdrücklich nicht als eine „Prognose“ zu verstehen, wie viele Personen aus welchen Berufsgruppen bis 2040

in der Primärversorgung arbeiten werden. Es dient lediglich der Einschätzung der Größenordnung des Effekts, den eine Ausweitung der interprofessionellen Versorgung haben könnte. Auch die Annahmen zum jeweiligen „Produktivitätsbeitrag“ der drei modellierten Gruppen (vgl. Abschnitt 5.2) sind nur als beispielhafte Rechengrößen zu verstehen.

In Szenario 2c wird angenommen, dass die Zahl der in Baden-Württemberg als NÄPa/VERAH® arbeitenden Personen bis 2040 um nochmals 50 % gegenüber 2025 zunimmt (von 3.600 auf 5.400, bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 70 % einer VZÄ). In Bezug auf Pflegefachpersonen wird angenommen, dass deren Zahl gegenüber 2025 um das Zehnfache wächst (auf 200 Personen bei 70 % Arbeitszeitanteil). Für die akademisch qualifizierten Berufsgruppen wird ebenfalls eine Steigerung um den Faktor 10 angenommen (auf 700 Personen mit Arbeitszeitanteil 80 %). Unter Zugrundelegung der in Abschnitt 5.2 eingeführten „Produktivitätsfaktoren“ (NÄPa/VERAH® 20 % einer Arzt-VZÄ, Pflegefachpersonen 40 %, akademisch Qualifizierte 60 %) errechnet sich die Konstellation des Szenarios 2c.

- **Szenario 2c:** Aufgrund der Ausweitung der interprofessionellen Versorgung stehen zusätzlich zu den 5.964 ärztlichen VZÄ in Baden-Württemberg 1.148 äquivalente VZÄ nichtärztlicher Berufsgruppen zur Verfügung. Auf die nichtärztlichen Mitarbeitenden entfällt in 2040 ein Anteil von 16,1 % der geleisteten Fälle. Die Versorgungslücke sinkt dadurch auf 4,4 Mio. Fälle (gegenüber 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

5.6 Effizienzsteigerungen durch kooperative Betriebsformen und Telemedizin (Szenarien 2d und 2e)

In der hausärztlichen Versorgung dominierten 2025 in Baden-Württemberg mit einem Anteil von 70 % der Hauptbetriebsstätten weiterhin die Einzelpraxen. Das Ziel einer möglichst wohnortnahen Versorgung ist mit zahlreichen Einzelpraxen eher erreichbar als mit wenigen größeren Praxisbetrieben. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass die Zahl der Einzelpraxen weiter zurückgeht und der Anteil der sog. kooperativen Betriebsformen –

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – (weiterhin) zunimmt.

Größere Praxisbetriebe haben Vorteile sowohl hinsichtlich der Möglichkeit zur Bündelung von Aufgaben (z. B. Administration) als auch in Bezug auf die Ausbildung von Spezialisierungen und damit ein breiteres Leistungsspektrum. Auf der anderen Seite wird auch berichtet, dass Einzelpraxen aufgrund des unternehmerischen Engagements der Inhaberinnen bzw. Inhaber produktiver sind als größere Betriebe mit überwiegend angestellten Ärztinnen und Ärzten. In Szenario 2d wird angenommen, dass die Produktivität pro VZÄ in kooperativen Betriebsformen um 10 % höher ist als in einer Einzelpraxis.

- **Szenario 2d:** Bis 2040 steigt der Anteil der kooperativen Betriebsformen (BAG, MVZ) in der Primärversorgung auf 50 % (gegenüber 30 % in 2025). Aufgrund der um 10 % höheren Produktivität dieser größeren Praxisbetriebe liegt die Versorgungskapazität um ca. 0,45 Mio. Fälle höher, so dass die Versorgungslücke in 2040 etwa 6,0 Mio. Fälle beträgt (gegenüber 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

Das Angebot und die Nutzung von Videosprechstunden haben in der Pandemie ausgehend von einem niedrigen Niveau stark zugenommen, wobei der Schwerpunkt auf psychotherapeutischen Leistungen lag (Heuer et al. 2023). Bis 2025 galt zunächst eine Begrenzung der Leistungen, die per Videosprechstunde erbracht werden durften, auf 30 % des Leistungsvolumens. Diese gesetzliche Begrenzung wurde im Rahmen der Neuregelungen durch das Digital-Gesetz (Di-GiG) aufgehoben. Nach den Abrechnungsbestimmungen können Vertragsärzte und -psychotherapeuten aktuell bis zu 50 % ihrer Patienten im Quartal ausschließlich per Video behandeln. Für Patienten, die in dem Quartal auch einen persönlichen Kontakt hatten, gilt keine Obergrenze.

Nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen des EBM werden die jeweiligen Gebührenordnungspositionen um 20 % abgesenkt, wenn ein Patient in dem Quartal nur telemedizinisch behandelt wird, also kein persönlicher Kontakt stattfindet.

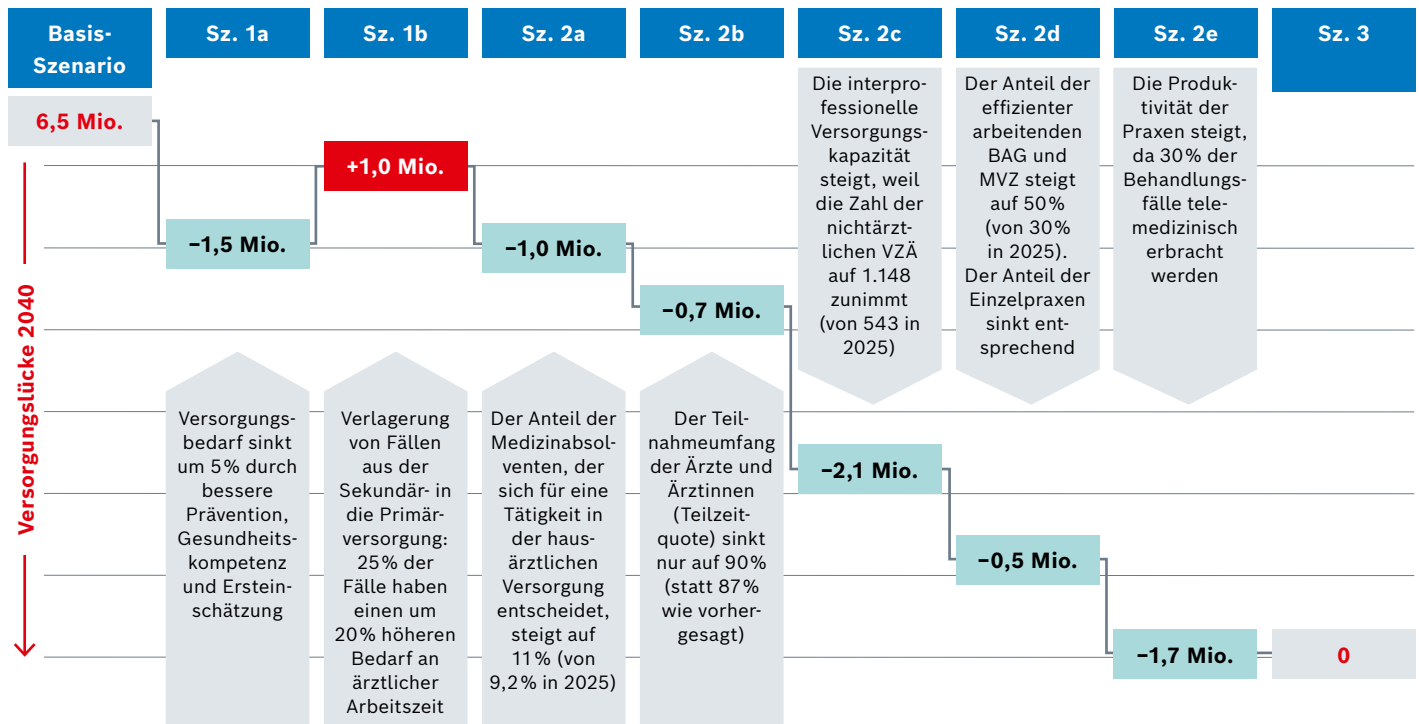
Daran anknüpfend wird in Szenario 2e angenommen, dass fünf telemedizinische Fälle den gleichen Aufwand verursachen wie vier Fälle mit Präsenzkontakt.

- **Szenario 2e:** Im Jahr 2040 werden 30 % der Fälle in der Primärversorgung ausschließlich telemedizinisch behandelt.³² Wegen der um 20 % effizienteren Leistungserbringung bei telemedizinischen Fällen steigt die Produktivität je VZÄ auf 3.817 Fälle pro Jahr (gegenüber 3.550 im Basis-Szenario). Aufgrund der erhöhten Produktivität sinkt die Versorgungslücke in Baden-Württemberg auf 4,8 Mio. Fälle (gegenüber 6,5 Mio. im Basis-Szenario).

5.7 Szenario 3: Die Lücke kann geschlossen werden

Werden die in den Einzelszenarien 1a bis 2e modellierten Effekte (vgl. Abschnitte 5.3 bis 5.6) in einem einzigen Szenario zusammengeführt, dann kann die Versorgungslücke des Basis-Szenarios von 6,5 Mio. Fällen durch Summierung der Einzeleffekte vollständig geschlossen werden (Abbildung 12).

³² Zum Anteil telemedizinischer Leistungen in der hausärztlichen Versorgung im Jahr 2025 liegen keine Daten vor. Er wird als sehr gering angenommen, insofern die bereits zitierte Untersuchung von Heuer et al. (2023) festgestellt hat, dass vor allem psychotherapeutische Leistungen telemedizinisch erbracht werden.

Abbildung 12: Kombinierte Wirkung der Effekte der sieben Einzelszenarien


Anmerkungen: BAG: Berufsausübungsgemeinschaften; VZÄ: Vollzeitäquivalente

Quelle: eigene Darstellung IGES

Die Größenordnung der berücksichtigten Einzeleffekte ist von den getroffenen Annahmen sowie der Wahrscheinlichkeit bzw. den Erfolgsaussichten der fachlichen oder politischen Maßnahmen abhängig, die ergriffen werden müssten, um überhaupt einen Effekt zu erzielen. Die Effekte sind einerseits teilweise austauschbar, d. h., der Ausfall oder die Verminderung eines Effekts lässt sich durch Verstärkung eines oder mehrerer anderer Effekte kompensieren (z. B. kann eine unzureichende Steigerung der ärztlichen Kapazitäten in gewissen Grenzen durch mehr Interprofessionalität ausgeglichen werden). Zum anderen bestehen vermutlich auch Abhängigkeiten zwischen den Einflussfaktoren: Möglicherweise wird die Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung für angehende Ärztinnen und Ärzte umso attraktiver, je interprofessioneller sie organisiert ist.

Resümierend ist festzuhalten, dass mehrere Stellschrauben existieren, um der für 2040 drohenden Verschlechterung des Versorgungsangebots aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der hausärztlichen Kapazitäten entgegenzuwirken. Nach den hier getroffenen Annahmen wären besonders starke Wirkungen von einer Ausweitung der interprofessionellen Versorgung, der Zunahme telemedizinischer Leistungserbringung sowie von einer moderaten Reduktion des Versorgungsbedarfs durch verbesserte Prävention und Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu erwarten.

6 Diskussion und Empfehlungen

Die Einführung eines Primärversorgungssystems ist weit mehr als eine organisatorische Reform des Zugangs zur Gesundheitsversorgung. Sie erfordert eine grundlegende Weiterentwicklung der ersten Versorgungsebene und damit eine langfristige gesundheitspolitische Strategie. Kurzfristig angelegte Reformen, die vor allem auf die Stabilisierung der GKV-Financen und die Begrenzung der Ausgaben zielen, werden diesem Anspruch nicht gerecht.

Ausgangspunkt einer solchen Reform muss daher eine klare gesundheitspolitische Zielbestimmung sein: Soll Primärversorgung in erster Linie den Zugang zur fachärztlichen Versorgung steuern und begrenzen? Oder soll sie als eigenständige, leistungsfähige Versorgungsebene weiterentwickelt werden, die gesundheitliche Anliegen der Bevölkerung möglichst umfassend, kontinuierlich und koordiniert versorgt und in der Regel fallabschließend behandelt?

Mit dieser Entscheidung ist zugleich zu klären, welche Probleme ein Primärversorgungssystem tatsächlich lösen soll und welchen Mehrwert es für die Bevölkerung schaffen kann. Die Beschleunigung der Vermittlung fachärztlicher Termine allein greift als Reformziel zu kurz. Sie adressiert weder die Ursachen ungesteuerter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen noch die strukturellen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft, des zunehmenden Fachkräftemangels und regionaler Versorgungsengpässe. Insbesondere in hausärztlich unterversorgten Regionen kann eine bessere Terminvermittlung im fachärztlichen Bereich die Versorgungsprobleme nicht lösen, wenn entsprechende Kapazitäten dort ebenfalls nicht ausreichend vorhanden sind.

Vor diesem Hintergrund greift eine Einengung der Primärversorgung auf eine reine Steuerungsfunktion – etwa durch Hausärztinnen und Hausärzte oder digitale Ersteinstrumente – zu kurz. Sie ist nicht geeignet, die absehbaren Versorgungsengpässe sowie Fehl- und Überinanspruchnahmen unterschiedlicher Versorgungsebenen zu beseitigen. Eine Primärversorgung, die sich im Wesentlichen auf die Steuerung oder Begrenzung des Zugangs zur spezialisierten Sekundärversorgung beschränkt, dürfte zudem in der Bevölkerung nur auf geringe Akzeptanz stoßen. Akzeptanz entsteht vielmehr dort, wo Primärversorgung einen erkennbaren Mehrwert

für die Bevölkerung bietet: durch eine wohnortnahe, koordinierte und kontinuierliche Versorgung, die gesundheitliche Anliegen weitgehend eigenständig löst und notwendige spezialisierte Leistungen gezielt einbindet. Die zentrale Reformaufgabe besteht daher nicht in einer optimierten Steuerung des bestehenden Systems, sondern im Aufbau einer leistungsfähigen Primärversorgungsstruktur als tragende erste Versorgungsebene. Nur so kann sie den künftigen Versorgungsanforderungen gerecht werden und einen spürbaren Mehrwert für die Bevölkerung schaffen. Daraus ergeben sich die folgenden **gesundheitspolitischen Empfehlungen**:

- **Zielbild entwickeln und Primärversorgung strukturell stärken**

Bund, Länder, Selbstverwaltung sowie alle relevanten Akteure und Verbände sollten sich auf ein verbindliches Leitbild verständigen, das Primärversorgung als eigenständige erste Versorgungsebene definiert und ihre Aufgaben klar beschreibt. Dabei ist Primärversorgung ausdrücklich auch als zentrale Plattform für Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung zu verstehen.

Ziel ist der konsequente Aufbau zu einer Versorgungsebene, die den überwiegenden Teil gesundheitlicher Anliegen eigenständig und möglichst fallabschließend versorgt, Behandlungsverläufe langfristig begleitet und die notwendige Weiterbehandlung systematisch koordiniert.

- **Interprofessionelle Versorgung konsequent ermöglichen**

Berufsrecht, Leistungsrecht und Vergütung sind so weiterzuentwickeln, dass multiprofessionelle Teams mit erweiterten Kompetenzen sektorenübergreifend zusammenarbeiten können.

Diese multiprofessionelle Ausgestaltung ist nicht allein als Kompensation hausärztlicher Versorgungslücken zu verstehen. Sie bildet vielmehr eine notwendige Antwort auf veränderte Versorgungsbedarfe, insbesondere bei älteren, multimorbiden und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten, die neben hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung vor allem ein kontinuierliches Case- und Care-Management benötigen, das

in vielen Fällen durch andere Gesundheitsprofessionen im Versorgungsteam besonders wirksam erbracht werden kann.

- **Integrierte Versorgungsstrukturen gezielt fördern**

Primärversorgungseinrichtungen sollten eng mit Fachärztinnen und Fachärzten, Krankenhäusern, Pflege, Therapie, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie sozialen Diensten zusammenarbeiten und zugleich verbindliche Knotenpunkte in integrierten Versorgungsnetzwerken bilden.

Hierfür sind geeignete Finanzierungs-, Kooperations- und Governance-Strukturen erforderlich, die verbindliche Zusammenarbeit absichern, Schnittstellen reduzieren und gemeinsame Versorgungsverantwortung ermöglichen. Ziel ist eine sektorenübergreifende abgestimmte Versorgung, die sich konsequent am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Menschen orientiert.

- **Digitalisierung als Instrument der Versorgungsverbesserung ausgestalten**

Digitale Ersteinschätzungsverfahren, Telemedizin, interoperable IT-Infrastrukturen sowie sektorenübergreifend nutzbare Patienten- und Behandlungsinformationen sind zentrale Bestandteile einer leistungsfähigen Primärversorgung, können diese jedoch nicht ersetzen.

Insbesondere digitale Zugangssteuerungsinstrumente und stärker vernetzte digitale Prozesse reichen für sich genommen nicht aus, um eine tragfähige Primärversorgung zu etablieren. Sie sind vielmehr unterstützende Elemente einer umfassend ausgestalteten Versorgungsstruktur und dienen der Prozessverbesserung innerhalb der Primärversorgung, nicht jedoch ihrer konzeptionellen Substitution.

- **Verlässliche Rahmenbedingungen für Investitionen schaffen**

Der Aufbau einer leistungsfähigen Primärversorgung erfordert langfristige regulatorische und finanzielle Planungssicherheit. Leistungserbringende – ob einzelne Hausärztinnen und Hausärzte, Primärversorgungszentren oder andere Versorgungspartner – müssen darauf vertrauen können, dass Investitionen

in neue Versorgungsformen, Personal und Infrastruktur nachhaltig ermöglicht und unterstützt werden.

Dies gilt nicht nur für finanzielle Investitionen, sondern auch für Entscheidungen zur beruflichen Tätigkeit in der Primärversorgung insgesamt.

- **Verbindlichkeit für Versicherte herstellen**

Ein funktionsfähiges Primärversorgungssystem setzt eine verbindliche Einschreibung bei einer Primärversorgungseinrichtung sowie geeignete Anreiz- und Steuerungsmechanismen voraus, die den Zugang konsequent über die Primärversorgungsebene organisieren.

Dazu gehören insbesondere verbindliche Versorgungsmodelle sowie Regelungen, die eine Inanspruchnahme außerhalb der Primärversorgungsebene entsprechend berücksichtigen. Internationale Erfahrungen – etwa das französische Modell des *médecin traitant* – zeigen, dass eine solche Verbindlichkeit die Versorgungskoordination verbessert und zugleich gesellschaftlich akzeptiert werden kann.

Schlussfolgerung

Die Einführung eines Primärversorgungssystems ist als Strukturreform zu verstehen, die die erste Versorgungsebene so ausrichtet, dass sie den überwiegenden Teil gesundheitlicher Anliegen der Bevölkerung wohnortnah, koordiniert, kontinuierlich und in hoher Qualität versorgen kann. Gelingt dieser Perspektivwechsel, kann Primärversorgung zu einem zentralen Baustein eines leistungsfähigen, patientenorientierten und langfristig tragfähigen Gesundheitssystems werden.

Literaturverzeichnis

Allen LN, Rasanathan K, Mash R, Uribe MV, Martinez-Bianchi V, Kidd M. Models of global primary care post-2030. Lancet Prim Care 2025. <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100027>

AOK Baden-Württemberg, Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, MEDI Verbund (2025). Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg vom 08.05.2008 i. d. F. vom 01.07.2025 gemäß § 73b SGB V, Anlage 12 vom 01.10.2025 Vergütung und Abrechnung. https://www.haevbw.de/01-Content/HZV/03-vertragsunterlagen/aok/honoraranlage/10_2025_10_01_Anlage%2012_final_V2.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Bertelsmann Stiftung und infas (2025). Befragung „Wie wollen Hausärztinnen und -ärzte zukünftig arbeiten?“. Bertelsmann Stiftung und Institut für Gesundheitsversorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Philipps-Universität Marburg. Tabellenband – Erstellt vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Tabellenband: Befragung „Wie wollen Hausärztinnen und -ärzte zukünftig arbeiten?“ (Aufruf am 01.07.2026)

Bosch Health Campus (2026). Positionspapier: Ein integriertes Primärversorgungssystem für Deutschland. https://www.bosch-health-campus.de/sites/default/files/publications/pdf/2026-04/BHC%20Positionspapier-Primaerversorgung_WEB_final.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Bundesärztekammer [BÄK] (2026). Ärztestatistik. Mehrere Jahrgänge. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2025> (Aufruf am 01.07.2026)

Bundesgesundheitsministerium (2026). Start des Dialogprozesses zur Erarbeitung eines Primärversorgungssystems. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/start-des-dialogprozesses-zur-erarbeitung-eines-primaerversorgungssystems-pm-27-01-2026> (Aufruf am 01.07.2026)

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] (2026). Großstadtregionen. www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/regionen/Grossstadtregionen/Grossstadtregionen.html?nn=2544954 (Aufruf am 01.07.2026)

DEGAM (2026). Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Stärkung der Primärversorgung im ländlichen Raum durch gezielten Aufbau von Kapazitäten. https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapier_neues_verzeichnis/2026_degam_sn_primaerversorgungssystem_land.pdf (Aufruf am 01.07.2026).

Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] (2026). Bedarfsplanungs-Richtlinie – Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Letzte Änderung: 19.02.2026. <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> (Aufruf am 01.07.2026)

GKV Spitzenverband (2025). Primärversorgung: Patientenorientierte Koordination in der ambulanten Versorgung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20250625_Positionspapier-Primaerversorgung.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

HÄV (2024). Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV). HÄPPI-Versorgungskonzept. https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2024/2024_07_15_HAEPPi_Konzeptpapier_lang.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

HÄV (2026). Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV). HÄPPI – ein zukunftsorientiertes, berufsübergreifendes Versorgungsangebot. <https://www.haev.de/themen/haeppi> (Aufruf am 01.07.2026)

Haußen T, Übelmesser S (2015). Mobilität von Hochschulabsolventen in Deutschland. Ifo Dresden berichtet. 2/2015. https://www.ifo.de/DocDL/ifoDD_15-02_42-50.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Heuer J, Osterwald A, Akmatov MK, Holstiege J, Kohring C, Dammertz L, Bätzing J (2023). Telemedizin als alternativer Zugang zu vertragsärztlicher ambulanter Versorgung – Trends im Zeitraum 2017 bis 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Bericht Nr. 23/06. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/136/VA-23-06-Telemedizin_Finale.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Hildebrandt H, Schliffke M, Renner S, Sturm H, Wendel P (2026). Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). DOI 10.11586/2026026. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/delegation-im-praxisteam-ein-starker-hebel-fuer-die-sicherung-der-versorgung> (Aufruf am 01.07.2026)

Jacob R, Kopp J, Schwan L, Sattler L (2023). Berufsmonitoring Medizinstudierende 2022. Kassenärztliche Bundesvereinigung. https://www.kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/Berufsmonitoring%20Medizinstudierende/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2022.pdf (Aufruf am 22.06.2026)

Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] (2026). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Mehrere Jahrgänge. <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/bundesarztregister> (Aufruf am 01.07.2026)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg [KVBW] (2025). Fallwerte, Fallzahlen für das Quartal I-2025. <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=5028> (Aufruf am 01.07.2026)

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg [KVBW] (2026). Stand der Bedarfsplanung – Berichtserstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion gemäß Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg. Stand 11. Februar 2026. Fortschreibung des Bedarfsplans vom 22. August 2025, hier: 3. Planungsblätter, einschl. fünf Mittelbereiche für Hausärzte im Ostalbkreis. <https://www.kvbawue.de/praxis/vertraege-recht/bekanntmachungen/bedarfsplanung> (Aufruf am 01.07.2026)

Koalitionsvertrag (2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode. https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Lipovsek J, Schulz M, Hering R, Czihal T, Kroll LE (2024). Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland – Aktualisierung 2024. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. <https://doi.org/10.20364/fb3-24.01> (Aufruf am 01.07.2026)

Moniz AB (2006). Scenario-Building Methods as a Tool for Policy Analysis. In: Rihoux B, Grimm H (eds) Innovative Comparative Methods for Policy Analysis. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/0-387-28829-5_9

Pitz A (2025). Etablierung und Betrieb von Primärversorgungszentren. Juristisches Kurzgutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Gesundheit/210725_1426_Gutachten_PVZ_final.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Robert Bosch Stiftung (2021). Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. https://www.bosch-health-campus.de/sites/default/files/publications/pdf/2026-04/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Schreyögg J, Stargardt T, Neumann-Böhme S, Meyrer J, Fonteyne R, Werner E (2026). Evaluation der TK HzV-Bund-Verträge – Evaluationsbericht. Hamburg Center for Health Economics (hche). <https://www.tk.de/resource/blob/2218020/ab1f758366ae089f43df86cf64e10e27/hche-evaluation-der-tk-hzv-bund-vertraege-data.pdf> (Aufruf am 01.07.2026)

Schwill S, Mühlenfeld H-M, Mamay P, Seewald VK, Hirrich S, Blumenthal-Beier M, Buhlinger-Göpfarth N (2026). Versorgungsassistenz in der hausärztlichen Versorgung – eine Strukturanalyse in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen (ZEFQ). <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2026.03.011>

Statistisches Bundesamt [Destatis] (2026). Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre. Ergebnisse der 16. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Basis: 31.12.2024). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/annahmen_ergebnisse_16te_kBv.html (Aufruf am 01.07.2026)

SVR Gesundheit (2009). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Abschnitt 8.2. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf> (Aufruf am 01.07.2026)

SVR Gesundheit (2014). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. S. 598 (Textziffer 676). https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Bundestagsdrucksache_2014.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

SVR Gesundheit (2024). Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. Fachkräfte im Gesundheitswesen. S. 33 (Textziffern 41 bis 44). https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Thomsen S, Ingwersen K, Weilage I (2020). Ärztebedarf in Niedersachsen 2035. Modellrechnungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen – Endbericht. <https://research.uni-hannover.de/en/publications/%C3%A4rztebedarf-in-niedersachsen-2035-modellrechnungen-zur-sicherstel/> (Aufruf am 01.07.2026)

van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, Nehls S, Selch S, Kocalevent RD, Scherer M (2019). Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). Zeitschrift für Allgemeinmedizin 95 (1/2019), S. 9–13. <https://link.springer.com/article/10.3238/zfa.2019.0009-0013> (Aufruf am 01.07.2026)

Wende D, Bobeth C, Schulte C, Rößler M (2025). Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040. Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg). <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2025.002> (Aufruf am 01.07.2026)

Wright D, Stahl B, Hatzakis T (2020). Policy scenarios as an instrument for policymakers. Technological Forecasting and Social Change, 154, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2020.119972>

Zich K, van den Bussche H, Nolting H-D (2023). Untersuchung zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin im internationalen Vergleich. Berlin: IGES Institut. https://www.iges.com/sites/igesgruppe/iges/content/e2622/e2634/e7046/e7071/e7072/e7074/attr_objs7076/IGES_FrderungderWBAMimint.Vergleich_2023_11_29_pubc_ger.pdf (Aufruf am 01.07.2026)

Zimmermann T, Pruskil S (2025). Modelle, Konzepte, neue Wege der Primärversorgung in Deutschland. Public Health Forum 2025, 33(4): 282–287. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2025-0106>

Impressum

Herausgegeben von

Bosch Health Campus GmbH
Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen
Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart
www.bosch-health-campus.com
(Auftraggeber der Studie)

Verantwortlich

Dr. Katja Vonhoff, Bosch Health Campus GmbH

Kontakt am Bosch Health Campus

Irina Cichon
irina.cichon@bosch-health-campus.com

Cordula Hoffmanns
cordula.hoffmanns@bosch-health-campus.com

Autoren

Hans-Dieter Nolting
Dr. Richard Ochmann
Karsten Zich

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
studien@iges.com

2., aktualisierte Auflage, August 2026

Zitationshinweis

Bosch Health Campus (Hrsg.) (2026). „Primärversorgung 2035+. Gesundheit vor Ort neu gestalten – Perspektiven für Baden-Württemberg, Impulse für Deutschland“. Stuttgart.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Bosch Health Campus GmbH
**Robert Bosch Centrum für
Innovationen im Gesundheitswesen**

Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart | Germany

www.bosch-health-campus.com