

Weiterdenken

# Herausforderungen und Lösungsansätze der hausärztlichen Versorgung in ausgesuchten Regionen in NRW

Peter Enste, Jenny Wielga

## Zusammenfassung

Auch wenn die hier vorgestellten Ergebnisse nicht generalisierend sind, bieten die Erkenntnisse aus den Einzelinterviews für die beiden Beispielregionen in NRW ein konsistentes Bild: **Die hausärztliche Versorgung gerät an zahlreichen Stellen an ihre Belastungsgrenze.**

Die Ursachen sind **strukturell, demografisch und institutionell** – und sie verstärken sich gegenseitig. Sowohl ländliche Gebiete wie der Kreis Euskirchen als auch strukturschwache urbane Räume wie Gelsenkirchen sehen sich dabei mit besonderen Versorgungsherausforderungen konfrontiert: eine hohe Versorgungsnachfrage trifft auf ein schwindendes Angebot an Hausärzt:innen.

Zudem zeigen die Ergebnisse der Einzelinterviews beispielhaft, dass keine einzelne Maßnahme ausreicht, um diese komplexe Problematik zu bewältigen. Vielmehr bedarf es eines **ganzheitlichen** Ansatzes.

Gemeinsam ist allen Beteiligten insbesondere der Wunsch nach **Reformen, die Bürokratie abbauen, neue Versorgungsmodelle ermöglichen, Prävention stärken und die Niederlassung erleichtern.**

## Problemhintergrund: Die hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland

Bereits das 2014 erschienene Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „**Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche**“ hat die Stärkung der Allgemeinmedizin und hausärztlichen Versorgungsstrukturen als zentrale gesundheitspolitische Herausforderung für die kommenden Jahrzehnte definiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014). Auch wenn die Situation seit über einem Jahrzehnt bekannt ist, ist die Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung weiterhin eine Herausforderung.

Berücksichtigt man, dass im Jahr 2024 über 37 % der Hausärzt:innen in Deutschland 60 Jahre und älter waren und somit in den nächsten Jahren aus der Versorgungssituation ausscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass die Situation weiterhin herausfordernd bleibt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024b).

Wird darüber hinaus der **demografische Wandel** berücksichtigt, wodurch der Anteil an alten Menschen zunimmt, verschärft sich die Situation. Auch wenn Alter nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden kann, ist es dennoch eine zentrale Einflussgröße auf den Gesundheitszustand. Insbesondere der Anteil an multimorbiden Personen nimmt im Alter zu (Schmitz et al. 2023). Somit ist eine hohe Altersstruktur in der Bevölkerung ein Hinweis auf einen höheren Bedarf an Versorgungsangeboten.

Hinzu kommt, dass ein Teil der aktuellen Ärzteschaft eine **feste Anstellung** bevorzugt, da diese mit geringeren unternehmerischen Risiken und administrativen Belastungen verbunden ist. Gut planbare Arbeitszeiten geben mehr Raum für ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben (apoBank 2022). Parallel dazu wächst das Interesse an **kooperativen Praxisformen** wie Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren, die sowohl kollegialen Austausch als auch flexiblere Arbeitszeitmodelle ermöglichen. Diese veränderten Präferenzen erschweren insbesondere die **Nachfolgesuche für klassische Einzelpraxen** und erfordern eine Anpassung der bestehenden Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse der jüngeren Ärzt:innengeneration (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024a; Leinert 2025; Schillen et al. 2025). Dabei ist die Situation deutschlandweit nicht einheitlich. Besonders betroffen sind **ländliche und strukturschwache Gegenden** (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014; Schillen et al. 2023). Dies gilt insbesondere für NRW. Das wirft die Frage auf, welche Umstände die hausärztliche Versorgungssituation in ländlichen und strukturschwachen Regionen erschweren. Auch kommt die Frage auf, wie die Situation von Ärzteschaft und Politik bewertet wird und welche Lösungsansätze als vielversprechend angesehen werden.

Diesen Fragen wird in Orientierung an zwei Beispielregionen in NRW – dem **Kreis Euskirchen** als ländliche Region und der **Stadt Gelsenkirchen** als Stadt mit strukturschwachen Gebieten – im weiteren Verlauf nachgegangen. Die Ergebnisse von fünf Einzelinterviews mit verschiedenen Experten bieten erste Antworten auf die Fragen. Die Publikation ist im Nachgang zur Veranstaltung „**Stadt, Land,... Gesundheitsversorgung**“ entstanden, die vom Landesbüro NRW der Friedrich-Ebert-Stiftung am 14.05.2025 in Euskirchen organisiert wurde. Die hausärztliche Versorgung wird im Rahmen der vorliegenden Veröffentlichung als ein Baustein der Gesundheitsversorgung beleuchtet.

### Besondere Herausforderungen bei der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen – das Beispiel Kreis Euskirchen

Generell lässt sich ein höherer Altersdurchschnitt in ländlichen Gebieten als in urbanen Regionen beobachten. Der Anteil an Personen, die 65 Jahre oder älter waren, betrug im Jahr 2019 in dünn besiedelten Landkreisen 24 %. Im Vergleich dazu betrug der Anteil an über 65-Jährigen im Jahr 2019 in Großstädten 19,6 %. Zudem wird im zeitlichen Verlauf deutlich, dass der Anteil an über 65-Jährigen in dünn besiedelten Landkreisen stärker ansteigt als in Städten (DeStatis 2025). Im Kreis Euskirchen zum Beispiel lag der Anteil an über 65-Jährigen im Landkreis bei 23 % (Landesdatenbank NRW 2024). Der Unterschied zur Bevölkerungsstruktur im städtischen Raum wird besonders durch den Vergleich mit der Bundesstadt Bonn deutlich – hier lag der Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2023 bei 19 % (Bundesstadt Bonn 2023).

Die hausärztliche Struktur im Kreis Euskirchen ist zum jetzigen Zeitpunkt mit Versorgungsgraden um die 100 % noch als gesichert zu bezeichnen, wobei sich Unterschiede zwischen den Mittelbereichen (MB) des Kreises Euskirchen feststellen lassen, wie in Tabelle 1 deutlich wird.

Tab. 1

#### Hausärztliche Versorgungssituation Kreis Euskirchen

MB	Anzahl Hausärzt:innen	Versorgungsgrad	Freie Sitze
MB Euskirchen	69,25	94,3 %	12
MB Mechernich	19,5	106,2 %	1
MB Schleiden	37,25	103,6 %	2,5

Quelle: KVNO 2025

In der Tabelle wird zudem deutlich, dass es trotz des aktuell hohen Versorgungsgrades 15,5 freie Sitze für Hausärzt:innenpraxen im Kreis Euskirchen gibt, also knapp 16 Hausärzt:innen in dem Gebiet fehlen. Der Versorgungsgrad des MB Bonn liegt dazu im Vergleich bei 111,2 und 0 freien Sitzen (KVNO 2025). Neben der generell hohen Anzahl an freien Sitzen für Hausärzt:innen ist das Durchschnittsalter der Hausärzt:innen mit 55,1 Jahren recht hoch (57,4 Jahren bei den Hausärzten und 52,4 Jahren bei den Hausärztinnen (Marian und Vermöhlen 2023)). Somit kann davon ausgegangen werden, dass weitere Sitze für Hausärzt:innenpraxen in den nächsten Jahren frei werden.

Diese Entwicklung lässt insbesondere unter dem prognostizierten Zuwachs des Anteils der über 65-Jährigen im Kreis Euskirchen auf einen Handlungsbedarf schließen, um den aufkommenden Versorgungsbedarf sicherzustellen.

### **Besondere Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen – das Beispiel Gelsenkirchen**

Auch die Stadt Gelsenkirchen steht in den kommenden Jahren vor erheblichen Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung. Derzeit leben 267.733 Menschen in Gelsenkirchen und es zeichnen sich bereits heute Entwicklungen ab, die den zukünftigen Versorgungsbedarf maßgeblich beeinflussen werden. Insgesamt sind 20,25 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter, was etwa einem Fünftel der Gesamtbevölkerung entspricht. Der Anteil der Hochaltrigen (ab 80 Jahren) liegt bei 6,03 %. Mit der zunehmenden Zahl älterer Menschen wird auch hier der medizinische Versorgungsbedarf, insbesondere im hausärztlichen Bereich, deutlich ansteigen.

Neben der allgemeinen Alterung der Bevölkerung kommt in Gelsenkirchen noch eine andere Form von Versorgungsherausforderung hinzu. Die **SGB-II-Quote**, also der Anteil der Menschen, die Grundsicherung beziehen, liegt in Gelsenkirchen bei 23,2 % – und damit deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 8,2 % (Bundesagentur für Arbeit 2025). Einige Stadtteile, wie zum Beispiel Gelsenkirchen-Ückendorf (26,34 %), sind besonders betroffen. Armut, Arbeitslosigkeit und soziale Benachteiligung gehen oft mit gesundheitlichen Belastungen einher, die sich in einer **höheren Krankheitslast** niederschlagen können. Menschen in sozial schwächeren Stadtteilen haben häufig einen schlechteren Gesundheitszustand, höhere Prävalenzen chronischer Erkrankungen und eine geringere Inanspruchnahme präventiver Angebote.

Angesichts des insgesamt hohen Altersdurchschnitts, der sozialen Unterschiede und der bereits bestehenden Engpässe in der hausärztlichen Nachwuchsgewinnung ist zu erwarten, dass die hausärztliche Versorgung in Gelsenkirchen mittelfristig unter erheblichen Druck geraten wird.

Laut KVWL gibt es im MB Gelsenkirchen rund 146 Hausärzt:innen, der Versorgungsgrad liegt bei 99,6 %. Trotz des fast 100%igen Versorgungsgrades gibt es 14,5 freie Sitze in Gelsenkirchen (KVWL 2025). Gleichzeitig weist Gelsenkirchen den höchsten Anteil an Praktizierenden auf, die 70 Jahre und älter sind. Dies kann als deutliches Warnsignal für drohende Unterversorgung in den kommenden Jahren gewertet werden. Ohne gezielte Gegenmaßnahmen – etwa durch regionale Förderprogramme, Kooperationsmodelle zwischen Ärzt:innen, kommunale Gesundheitszentren oder die Stärkung von Teamarbeit in multiprofessionellen Praxen – könnte die wohnortnahe Versorgung zunehmend gefährdet sein.

### **Lösungsansätze zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung**

Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung findet sich in der Literatur ein Bündel verschiedener Maßnahmen, die sowohl strukturelle als auch personelle Aspekte adressieren.

Als ein zentraler Ansatzpunkt zählt zum Beispiel die **fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens**, die durch Telemedizin, elektronische Patient:innenakten und digitale Kommunikationswege zur Entlastung der Hausärzt:innen beitragen kann. Parallel dazu gewinnen **neue Versorgungsformen** wie Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Intersektorale Versorgungszentren (IVZ) zunehmend an Bedeutung, da sie durch gemeinschaftliche Ressourcennutzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit attraktivere Arbeitsbedingungen schaffen und die Versorgung effizienter gestalten können.

Eine weitere Möglichkeit zur Entlastung bietet die **Delegation ärztlicher Aufgaben an speziell qualifiziertes medizinisches Fachpersonal**, wodurch Ärzt:innen sich stärker auf komplexe medizinische Tätigkeiten konzentrieren können. Zudem kommt der **Nachwuchsförderung** eine besondere Bedeutung zu: Durch eine stärkere Integration hausärztlicher Inhalte ins Medizinstudium, die verpflichtende Einführung von Aufenthalten in Hausärzt:innenpraxen während der Ausbildung sowie ein qualitativ hochwertiges Weiterbildungsangebot im Bereich Allgemeinmedizin für Medizinabsolvent:innen kann das Interesse am Beruf des:der Hausärzt:in nachhaltig gesteigert werden.

Flankierend dazu ist ein **Ausbau der Medizinstudienplätze** erforderlich, um dem steigenden Bedarf an Ärzt:innen gerecht zu werden. Um den Beruf als Hausärzt:in darüber hinaus attraktiver zu gestalten, wird regelmäßig von Hausärzt:innen ein **Abbau der Bürokratie gefordert** (Wangler und Jansky 2024; Leinert 2025).

Ergänzend zu diesen übergreifenden Strategien hat das Land Nordrhein-Westfalen mit dem **Landarztgesetz** ein spezifisches Instrument geschaffen, das durch gezielte Fördermaßnahmen und Studienplatzquoten die Versorgung insbesondere in ländlichen und unterversorgten Regionen verbessern soll (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2021). Viele dieser Ansätze werden bereits verfolgt, einige häufig diskutiert – doch wie werden diese in der Praxis bewertet?



## Stimmen aus der Praxis – welche Herausforderungen werden genannt und wo werden Lösungen gesehen?

### Methodisches Vorgehen

Zur Erhebung relevanter Daten für die vorliegende Untersuchung wurden **fünf leitfadengestützte Expert:inneninterviews** durchgeführt. Befragt wurden zwei niedergelassene Hausärzte aus unterschiedlichen regionalen Kontexten (Kreis Euskirchen und Gelsenkirchen), der KVWL-Bezirksstellenleiter Gelsenkirchen, der Landrat des Kreises Euskirchen sowie ein Mitarbeiter des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz, der für die Umsetzung des Landarztgesetzes zuständig ist.

Die Interviews wurden als **Onlineinterviews** über die Videokonferenzplattform Zoom realisiert und mit Einverständnis der Befragten aufgezeichnet. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 45 Minuten. Im Anschluss an die Datenerhebung wurden sämtliche Audioaufzeichnungen vollständig transkribiert, um eine systematische Auswertung zu ermöglichen.

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials erfolgte mittels **qualitativer Inhaltsanalyse**. Dieses methodische Vorgehen ermöglichte es, relevante Themenkomplexe zu identifizieren, zentrale Aussagen zu strukturieren und die unterschiedlichen Perspektiven der Experten systematisch zu erfassen und miteinander in Beziehung zu setzen (Mayring 2022). Die Kategorien wurden induktiv, also aus dem vorliegenden Material, abgeleitet.

## Ergebnisse

Obwohl die Ausgangslagen der beiden untersuchten Regionen unterschiedlich erscheinen – Verdichtung im Ruhrgebiet, Flächenprobleme im ländlichen Raum –, zeigt sich ein einheitlicher Entwicklungstrend: **Steigender Versorgungsbedarf trifft auf schwindende Kapazitäten**. Dieser Befund zieht sich durch alle drei Perspektiven: die der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, die Sicht praktizierender Ärzte in beiden Regionen und die Einschätzung der kommunalpolitischen Ebene durch den Landrat des Kreises Euskirchen. Zusammen ergeben sie ein dichtes, vielschichtiges Bild darüber, wie Versorgungslücken entstehen, welche strukturellen Hürden sie verschärfen und welche Lösungsansätze derzeit diskutiert werden.

## Herausforderungen

### Versorgungssituation

In Gelsenkirchen arbeiten viele Praxen in Stadtteilen, in denen soziale und gesundheitliche Belastungen besonders ausgeprägt sind. Ein Hausarzt aus Gelsenkirchen beschreibt:

*„Wir haben hier eine besondere Situation, weil wir in einer strukturschwachen Region arbeiten. Es ist ein Stadtteil mit hohem Migrationsanteil, viele Patientinnen und Patienten sprechen schlecht Deutsch, viele leben von Sozialleistungen, der Gesundheitszustand ist oft schlecht. Es gibt viele chronisch Kranke, und manchmal denkt man, so etwas kann es gar nicht geben. Das ist echte Basisarbeit.“*

*(Hausarzt Gelsenkirchen)*

Diese besondere Mischung aus **sozialem Druck, Sprachbarrieren und chronischen Erkrankungen** verschärft die ohnehin hohe Arbeitslast.

Strukturelle Probleme werden auch im Kreis Euskirchen deutlich, wo der Landrat die ambulante ärztliche Versorgung als eines der Themen beschreibt, die die Bevölkerung am stärksten beschäftigen. Der Kreis gehört zu den Regionen in Nordrhein-Westfalen mit dem höchsten prognostizierten Bevölkerungswachstum: Über 200.000 Menschen leben bereits dort, und die Entwicklung zeigt weiter nach oben. Mit diesem Wachstum steigt auch der Bedarf an medizinischer Infrastruktur – Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Notdienste, Krankenhäuser. Zudem stellt die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung aufgrund großer Versorgungsgebiete und damit einhergehend langen Fahrtstrecken eine Herausforderung dar. Auch die hohe Altersstruktur der Hausärzt:innenschaft, gerade in den städteferneren Regionen Euskirchens, trägt zur

Verschärfung des Problems bei, wie der Landrat aus Euskirchen beschreibt:

*„[...] In Euskirchen sind fünf Hausarztsitze im gesamten Gebiet unbesetzt. Vor allem Probleme im Bad Nusser-Eifler-Bereich [...]. Ich glaube, man kann das im Norden leichter kompensieren, indem man eben ausweicht in andere Gebietskörperschaften in Richtung der Städte. Das geht im Süden nicht, weil da einfach die Fahrtstrecken andere sind. Und da haben wir auch das Thema der Demografie der vielen älteren Ärzte stärker als im Norden des Kreises.“*

*(Landrat Kreis Euskirchen)*

Der Landrat betont, dass der Kreis Euskirchen flächenmäßig sehr groß ist, sodass die Schließung einer einzigen Praxis für manche Orte eine Fahrtzeit von mehr als 30 Minuten bedeuten kann. Er hebt hervor, dass die Region den „Peak“ noch nicht erreicht habe: In den kommenden zehn Jahren wird eine Welle altersbedingter Praxisabgaben erwartet. Viele dieser Sitze sind schon heute schwer zu besetzen – die Zukunft könnte also noch deutlich schwieriger werden.

### **Hohe Altersstruktur Hausärzteschaft und Probleme bei der Nachbesetzung**

Wie bereits erwähnt nähert sich ein großer Teil der tätigen Hausärzt:innen selbst dem Rentenalter. Die Herausforderungen bei der Neubesetzung einer Praxis sind vielfältig, wie der KVWL-Bezirksstellenleiter aus Gelsenkirchen beschreibt. Viele Praxen befinden sich in **Wohnimmobilien aus den 1970er oder 1980er Jahren**, sind baulich überholt oder nicht barrierefrei. Die notwendige Sanierung wird schnell zur finanziellen Belastung: Eine aufwendige Renovierung, eine modernisierte technische Ausstattung oder die Umrüstung auf digitale Dokumentationssysteme sind kostspielig – und für junge Ärzt:innen oft ein Ausschlusskriterium.

### **Arbeitskulturelle Veränderung des Arztberufes**

Auch in organisatorischer Hinsicht hat sich die Berufsausübung gewandelt. Das **traditionelle Modell der Einzelpraxis verliert an Attraktivität**, da es keine ausreichenden Freizeitausgleiche, zu hohe administrative Belastung und geringe Flexibilität bietet. Der Wunsch nach Teilzeitmodellen, geregelten Arbeitszeiten und Teamstrukturen führt dazu, dass die gleiche Anzahl an berufstätigen Ärzt:innen heute weniger Wochenstunden realisiert.

### **Anspruchsdenken der Patient:innen**

Weiter beschreibt der KVWL-Bezirksstellenleiter einen tiefgreifenden Wandel in den Erwartungen der Patient:innen. Viele Menschen setzen voraus, dass Gesundheitsversorgung **rund um die Uhr** erreichbar ist – eine Erwartung, die sich zwar aus technischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Beschleunigungsprozessen erklärt, jedoch das System massiv belastet. Zudem berichtet er:

*„Viele Patienten kommen wegen Kleinigkeiten und sind nicht bereit zu sagen: ‚Das kann bis Montag warten‘. Dazu kommt, dass viele nicht mehr in der Praxis warten möchten und dann einfach sagen: ‚Ich gehe zum Notdienst‘. Das ist ein verbreitetes Problem, nicht nur hier in Gelsenkirchen.“*

*(KVWL Bezirksstellenleiter Gelsenkirchen)*

Die Sicht des Landarztes ergänzt dieses Bild um eine persönliche, alltagsnahe Perspektive. Er beschreibt Hausärzt:in als Tätigkeit, in dem die kontinuierliche Begleitung der Menschen das zentrale Element ist: „Im Prinzip begleitet man sie ihr ganzes Leben.“ Gleichzeitig wird deutlich, wie stark dieser Anspruch im täglichen Ablauf unter Druck gerät. Eine typische Konsultation dauert 15 Minuten und schließt Anamnese, Untersuchung, Aufklärung, Dokumentation und in vielen Fällen auch administrative Zusatzaufgaben ein. Bei etwa 40 Patient:innen am Tag entsteht ein enormer **Zeitdruck**, der die persönliche Beziehungsbildung, die eigentlich der Kern hausärztlicher Tätigkeit sein sollte, zunehmend erschwert.

### **Bürokratie**

Bürokratie ist eine der am häufigsten genannten Herausforderungen. Verordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Dokumentationspflichten, Qualitäts- und Abrechnungsaufgaben nehmen zu. Der Bezirksstellenleiter der KVWL Gelsenkirchen drückt sich hier sehr klar aus:

„Ein großes Problem ist die übermäßige Bürokratie. Wir haben zu viele Kontrollen und zu wenig Vertrauen. Statt alles mehrfach zu prüfen, sollte man stichprobenartig kontrollieren. So wie es jetzt läuft, bindet das unnötig Ressourcen, die anderswo dringend gebraucht werden. [...] Dieses Qualitätsmanagement, das ständige Nachhalten, die Audits, das ist in großen Unternehmen wie Mercedes oder Siemens sicher sinnvoll. Dort braucht man Strukturen, damit die Abläufe funktionieren. Aber für eine Arztpraxis mit fünf oder acht Angestellten ist das völlig überzogen.“

(KVWL Bezirksstellenleiter Gelsenkirchen)

Auch der Hausarzt aus Euskirchen macht deutlich, dass die bürokratischen Anforderungen einen großen Teil des Arbeitstages einnehmen und dies nicht zur Zufriedenheit beiträgt:

„Was einem weniger gefällt, ist die aufufernde Bürokratie. Ich habe hier stapelweise Anfragen von Krankenkassen und Versicherungen, zum Beispiel wegen Arbeitsunfähigkeit. Da hängen Sie jeden Tag noch mal zwei Stunden dran.“

(Hausarzt Euskirchen)

Viele der hier genannten Herausforderungen passen mit dem aktuellen Stand der Literatur zusammen. Doch welche Lösungsansätze werden von den Experten als hilfreich und zukunftssträftig erachtet?

## Lösungsansätze

### Abgabe von Aufgaben an nichtärztliches medizinisches Fachpersonal

Der Hausarzt aus Euskirchen formuliert es zugespitzt: „Man braucht Ärzte eigentlich hauptsächlich wegen der Krankenschreibung.“ Damit verweist er auf einen Kernkonflikt: Viele Aufgaben, die Hausärzt:innen heute erledigen müssen, könnten auch durch andere qualifizierte Gesundheitsberufe übernommen werden. Das Beispiel aus Gelsenkirchen zeigt, dass Delegation von Aufgaben ein wichtiger Entlastungsfaktor ist. Der Hausarzt aus Gelsenkirchen beschreibt:

„Dinge wie Blutabnahmen, Impfungen oder Patientenschulungen haben wir an unsere medizinischen Fachangestellten delegiert [...] Das entlastet uns enorm.“

(Hausarzt Gelsenkirchen)

### Stärkung der Gesundheitskompetenz und Prävention

Ein weiterer Aspekt ist die Stärkung der Patient:innensouveränität und der damit verbundenen Gesundheitskompetenz der Menschen. Der Hausarzt aus Euskirchen betont, wie wichtig „Erziehungsarbeit“ sei: Menschen zu vermitteln, dass nicht jede Beschwerde eine sofortige ärztliche Konsultation erfordert, sondern manches zunächst beobachtet oder durch **Selbstmanagement** gelöst werden kann. Diese Forderung unterstreicht der Bezirksstellenleiter der KVWL Gelsenkirchen:

„Außerdem müssen wir die Patientinnen und Patienten stärker sensibilisieren, damit sie medizinische Leistungen wirklich nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie notwendig sind.“

(KVWL Bezirksstellenleiter Gelsenkirchen)

Zudem kann eine Förderung der Gesundheitskompetenz nicht nur eine Reduzierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen fördern, sondern auch die Behandlung im Allgemeinen sehr unterstützen. Der Gelsenkirchener Hausarzt berichtet:

„Wenn jemand gut recherchiert, hilft das uns sehr. Auch wenn die Diagnose nicht immer stimmt, sind die Menschen dann besser vorbereitet und wissen, was im Vordergrund steht. Das spart Zeit bei der Anamnese und in der Diagnostik.“

(Hausarzt Gelsenkirchen)

Neben der Stärkung der Gesundheitskompetenz wird auch ein Bedarf gesehen, Präventionsleistungen mehr im System zu verankern. Der Hausarzt aus Euskirchen verdeutlicht:

„Wir haben ein gutes Gesundheitssystem, wenn es darum geht, auf Krankheiten zu reagieren. Aber wir haben eigentlich ein Krankheitssystem und kein Gesundheitssystem, weil wir uns viel zu wenig damit beschäftigen, wie man Krankheiten verhindern kann. Prävention wird auch nicht ausreichend honoriert.“

(Hausarzt Kreis Euskirchen)

## Digitalisierung

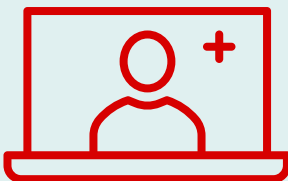
Viel Hoffnung steckt aktuell in der Digitalisierung. Im Kreis Euskirchen zeigt das Pilotprojekt „Teledoc“, wie telemedizinische Angebote Entlastung schaffen können, doch sie ersetzen keine dauerhafte ärztliche Präsenz.

### Teledoc

Das Projekt „Teledoc“ im Kreis Euskirchen stärkt die medizinische Versorgung in Pflegeheimen durch **moderne Telemedizin**. Besonders im ländlichen Raum sind regelmäßige Hausbesuche schwer zu organisieren, weil Ärzt:innen oft lange Anfahrtswege haben. Dadurch müssen Pflegeeinrichtungen bei gesundheitlichen Problemen ihrer Bewohner:innen häufig den Rettungsdienst rufen, selbst wenn keine echte Notlage vorliegt. „Teledoc“ bietet hier eine sichere und praxistaugliche Lösung: In den Heimen stehen Telemedizin-Stationen bereit, über die das Pflegepersonal eine Videoverbindung zur Hausarztpraxis herstellt.

Vitalwerte wie Blutdruck, Blutzucker oder Sauerstoffsättigung werden vor Ort gemessen und direkt an den:die Ärzt:in übermittelt. So können akute Situationen schnell eingeschätzt, Behandlungen abgestimmt und viele Krankenhausfahrten vermieden werden. Umgesetzt wird das Projekt gemeinsam vom Kreis Euskirchen, der AOK Rheinland/Hamburg und den Telemedizin-Expert:innen von „Docs in Clouds“.

Über den Selektivvertrag „**VisitON**“ wird der Mehraufwand für die Einrichtungen finanziert, und eine wissenschaftliche Begleitung sorgt dafür, dass die Erfahrungen ausgewertet und weiterentwickelt werden. Für die Bewohner:innen bedeutet „Teledoc“ mehr **Sicherheit** und eine **verlässliche ärztliche Betreuung** direkt im Heim. Pflegekräfte erhalten Unterstützung und Rückhalt bei medizinischen Entscheidungen, und Ärzt:innen können ihre Zeit gezielter einsetzen. Damit zeigt „Teledoc“, wie digitale Lösungen die Versorgung im ländlichen Raum spürbar verbessern können.



Auch wenn Digitalisierung häufig als Chance wahrgenommen wird, bringt sie auch Frustrationen mit sich. Während Rezepte und Dokumentationsprozesse zunehmend stabil funktionieren, wirkt die elektronische Patientenakte aus Sicht des Hausarztes aus Euskirchen derzeit eher wie ein „PDF-Sammelordner“, dessen Nutzen mit wachsendem Umfang abnimmt, weil Informationen schwer strukturiert auffindbar sind. Das Potenzial einer echten, intelligenten Patientenakte – mit übersichtlichen Verlaufsdaten, Medikationsplänen, Laborvergleichen und Entscheidungsunterstützungen – bleibt damit bislang unerreicht.

### Medizinische Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen

Kommunale oder durch Krankenhäuser betriebene Medizinische Versorgungszentren sind eine weitere häufig erwähnte mögliche Lösung, da diese den Flexibilisierungswünschen der Ärzt:innenschaft entgegenkommen.

*„Die Praxen werden nachbesetzt, nur anders als früher. Größere medizinische Versorgungszentren mit mehreren Kolleginnen und Kollegen werden sicher attraktiv bleiben, verändern aber die Versorgungslandschaft.“*

*(Hausarzt Gelsenkirchen)*

### Nachwuchsförderung und Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium

Ein weiterer Schlüsselfaktor wird in der Nachwuchsförderung sowie der Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium gesehen. Dazu wird in der Stadt Gelsenkirchen zum Beispiel dafür gesorgt, dass Ärzt:innen in Gelsenkirchen durchgängig Ausbildungsplätze finden:

*„Wir sorgen dafür, dass es keine Wartezeiten gibt und die Weiterbildung nahtlos verläuft. Das funktioniert seit vielen Jahren sehr gut und ist ein klarer Pluspunkt für den Standort Gelsenkirchen.“*

*(KVWL Bezirksstellenleiter Gelsenkirchen)*

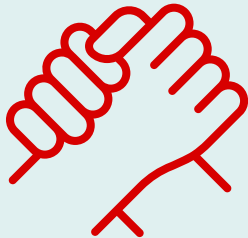
Zudem gibt es Strukturförderprogramme, die nicht nur den finanziellen Einstieg erleichtern, sondern auch sichtbar machen, dass die hausärztliche Tätigkeit attraktiv und zukunftsfähig sein kann. In Gelsenkirchen läuft zum Beispiel gerade das Projekt „**Praxis? Durchstarten!**“, um den jungen Ärzt:innen die Übernahme von hausärztlichen Praxen möglichst leicht zu gestalten.

## Praxis? Durchstarten!

Das Projekt „Praxis? Durchstarten!“ in Gelsenkirchen ist eine **gemeinsame Initiative** der Stadt Gelsenkirchen und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, um den zunehmenden Mangel an Hausärzt:innen in der Stadt zu begegnen. Besonders in den Stadtteilen Altstadt/Neustadt, Ückendorf und Bulmke-Hüllen besteht ein hoher Versorgungsbedarf, da viele dort niedergelassene Ärzt:innen kurz vor dem Ruhestand stehen.

Das Projekt richtet sich an Fachärzt:innen, die noch keine langjährige vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt haben. Sie können als sogenannte „Praxisdurchstarter:innen“ für sechs Monate in Vollzeit in einer erfahrenen **Mentor:innenpraxis** arbeiten und dort den hausärztlichen Alltag, Organisationsabläufe und Patientenversorgung kennenlernen. Ergänzend nimmt der:die teilnehmende Ärzt:in an **vorbereitenden Seminaren** teil, die wichtige Kenntnisse zur eigenen Niederlassung und Praxisführung vermitteln. Die Mentor:innenpraxen erhalten für die Beschäftigung des:der „Durchstarter:in“ eine finanzielle Förderung, um den Einstieg wirtschaftlich abzusichern.

Ziel des Projekts ist es, motivierte **Nachwuchsmediziner:innen** für eine **langfristige Tätigkeit** in Gelsenkirchen zu gewinnen und so die hausärztliche Versorgung in den kommenden Jahren zu sichern.



Auch auf Landesebene gibt es Bestrebungen, um Nachwuchs für den Beruf des:der Hausärzt:in zu gewinnen. Neben dem Ausbau von Medizinstudienplätzen ist vor allem das Landarztgesetz, das in NRW zum Wintersemester 2019/2020 eingeführt wurde, zu betonen. Der Mitarbeitende des Landesamtes für Gesundheits- und Arbeitsschutz schildert eine sehr gute Resonanz auf das Landarztgesetz – sowohl vonseiten der Praktiker:innen als auch von den Ärztekammern und den KVen in NRW:

„Also die Akzeptanz [für das Gesetz] in der Ärzteschaft ist hoch. Also tatsächlich auch in der Hausärzteschaft vor allen Dingen. Und da kriegen wir durchweg wirklich positive Resonanz. [...]. Und nicht zuletzt, wir hatten sehr, sehr, sehr viele Anfragen am Anfang seitens anderer Bundesländer [...].“

(LfGA - Mitarbeiter Landarztgesetz)

## Auf dem Weg zu einer nachhaltigen hausärztlichen Versorgung in NRW – Empfehlungen zur Optimierung der Situation

Die Ergebnisse der Experteninterviews zeigen deutlich, dass die Herausforderungen der hausärztlichen Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen in NRW vielfältig sind:

- eine alternde Bevölkerung,
- eine wachsende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen,
- zunehmende Bürokratisierung sowie
- veränderte Erwartungen des ärztlichen Nachwuchses an die Arbeitsbedingungen.

Auf Grundlage der identifizierten Problemfelder lassen sich mehrere Handlungsansätze ableiten, die – sinnvoll kombiniert – eine zukunftsfähige hausärztliche Versorgung ermöglichen können. Die folgenden Handlungsempfehlungen orientieren sich an den zentralen Bedarfen aus der Praxis, berücksichtigen regionale Unterschiede und fokussieren Lösungen, die kurz-, mittel- und langfristig Wirkung entfalten können.

Um die hausärztliche Versorgung langfristig zu stabilisieren, muss die **Niederlassung attraktiver gestaltet werden**. Junge Ärzt:innen wünschen sich flexible Arbeitsmodelle, Teilzeioptionen, Teamarbeit und verlässliche Rahmenbedingungen. Gleichzeitig schrecken hohe Investitionskosten – etwa für barrierefreie Umbauten, Modernisierungen oder die Übernahme veralteter Praxisimmobilien – viele potenzielle Nachfolger:innen ab. Deshalb braucht es öffentliche Investitionszuschüsse für Modernisierung und Barrierefreiheit, eine gezielte Förderung kooperativer Praxisformen wie Gemeinschaftspraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder kommunal unterstützte Modelle sowie eine Stärkung der regionalen Standortfaktoren, etwa durch ausreichende Kita- und Schulangebote, bezahlbaren Wohnraum und kulturelle Angebote.

So wird nicht nur der Arbeitsplatz attraktiver, sondern die gesamte Lebenssituation.

Ein weiterer zentraler Handlungsbereich ist der **Bürokratieabbau**. Hausärzt:innen verlieren täglich wertvolle Zeit durch Dokumentationspflichten, Formulare und administrative Nachweise. Viele dieser Aufgaben könnten entfallen, delegiert oder digital vereinfacht werden. Die Reduktion unnötiger Nachweispflichten, eine deutliche Ausweitung delegierbarer Tätigkeiten an qualifizierte MFA, VERAH oder andere nachqualifizierte Gesundheitsberufe sowie vereinfachte digitale Dokumentationsstandards würden unmittelbar Kapazitäten freisetzen und die medizinische Versorgung spürbar verbessern.

Darüber hinaus sollte **Telemedizin systematisch ausgebaut werden**. Besonders in ländlichen Regionen wird deutlich, dass Versorgungsengpässe entstehen, weil keine regelmäßige hausärztliche Betreuung gewährleistet werden kann. Telemedizinische Routinedienste, digitale Tools zur standardisierten Verlaufskontrolle und Befundübermittlung sowie telemedizinisch unterstützte Hausbesuchsmodelle können Ärzt:innen entlasten, Fahrtzeiten reduzieren und gleichzeitig die Versorgungsqualität erhöhen.

Ein weiterer Baustein betrifft die **Gesundheitskompetenz der Bevölkerung** und **strukturelle Steuerung**. Überanspruchnahme und häufige Arztwechsel belasten das System erheblich. Gleichzeitig fehlt ein verbindliches Steuerungselement, das Patient:innen an den passenden Versorgungspunkt führt. Öffentlichkeitskampagnen zur sinnvollen Inanspruchnahme, der Ausbau von Lotsen- und Triagemodellen – beispielsweise digitale Erstkontakte oder zentrale Anlaufstellen – sowie Anreize für eine kontinuierliche Hausärzt:innenbindung können hier wirksam gegensteuern und Ressourcen schonen.

Schließlich muss **Prävention** eine deutlich größere Rolle im Gesundheitswesen spielen. Viele Erkrankungen werden erst behandelt, wenn sie bereits komplex oder chronisch sind – ein strukturelles Defizit, dessen Folgen das gesamte Versorgungssystem belasten. Deshalb braucht es niedrigschwellige Präventionsprogramme in Kommunen, Kitas, Schulen und Betrieben, verbindliche Finanzierungswege für präventive hausärztliche Leistungen sowie eine stärkere Einbindung der kommunalen Gesundheitsämter in präventive Strategien. Digitale Präventionstools wie Apps, Monitoringangebote oder individuelle Risikocoachings können diese Maßnahmen sinnvoll ergänzen und die Bevölkerung dauerhaft stärken.

Auf Bundes- und Landesebene gibt es momentan sehr viele Bemühungen, das Gesundheitswesen zu reformieren. Wie sich diese Vorhaben auf die hausärztliche Versorgung auswirken, wird die Zukunft zeigen.

## Literaturverzeichnis

**apoBank (2022):** apoBank-Studie: „Niederlassen oder lieber lassen?“. Online verfügbar unter <https://newsroom.apobank.de/documents/apobank-studie-zur-niederlassung-426527>, zuletzt geprüft am 27.11.2025.

**Bundesagentur für Arbeit (2025):** Grundsicherung. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Online verfügbar unter [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Grundsicherung/Grundsicherung-Nav.html?Thema%3Dueberblick%26DR\\_Gebietsstruktur1%3Dd%26Gebiete\\_Region1%3DDeutschland%26DR\\_Region1%3Dd%26DR\\_Region1\\_d%3Dd%26mapHadSelection%3Dtrue](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Grundsicherung/Grundsicherung-Nav.html?Thema%3Dueberblick%26DR_Gebietsstruktur1%3Dd%26Gebiete_Region1%3DDeutschland%26DR_Region1%3Dd%26DR_Region1_d%3Dd%26mapHadSelection%3Dtrue), zuletzt geprüft am 01.12.2025.

**Bundesstadt Bonn (2023):** Bevölkerungsstatistik. Online verfügbar unter <https://www2.bonn.de/statistik/dl/ews/Bevoelkerungsstatistik2022.pdf>, zuletzt geprüft am 13.03.2026.

**DeStatis (2025):** Ältere Menschen in Stadt und Land. Hg. v. DeStatis. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/stadt-land.html>, zuletzt geprüft am 23.07.2025.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024a):** Bundesarztregister. Die Grundlage der Vertragsarztstatistiken. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/bundesarztregister#content6889>, zuletzt geprüft am 23.07.2025.

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024b):** Gesundheitsdaten. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden immer älter. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>, zuletzt geprüft am 13.03.2026.

**KVNO (2025):** Übersicht der hausärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung NORDRHEIN (Stand 15.09.2025). Online verfügbar unter [https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/bedarfplanung/anlagen\\_bedarfsplanung.pdf?v=1762497526](https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/bedarfplanung/anlagen_bedarfsplanung.pdf?v=1762497526), zuletzt geprüft am 01.12.2025.

**KVWL (2025):** Übersicht der hausärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (Stand 24.11.2025). Hg. v. KVWL. Online verfügbar unter [https://www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Niederlassungssuche/Niederlassungsmoeglichkeiten/Hausaerzte.pdf](https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Niederlassungssuche/Niederlassungsmoeglichkeiten/Hausaerzte.pdf), zuletzt geprüft am 01.12.2025.

**Landesdatenbank NRW (2024):** Kommunalprofil Kreis Euskirchen. Online verfügbar unter <https://statistik.nrw/sites/default/files/municipalprofiles/I05366.pdf>, zuletzt geprüft am 13.03.2026.

**Leinert, Johannes (2025):** Hausärztliche Versorgung der Zukunft. Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen. Hg. v. Bertelsmann Stiftung (SPOTLIGHT Gesundheit). Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-hausaerztliche-versorgung-der-zukunft>, zuletzt geprüft am 13.03.2026.

**Marian, Norman; Vermöhlen, Daniel. (2023):** Kreisstellenversammlung Euskirchen. Hausärzterverband Nordrhein e.V. Hausärzterverband Nordrhein e.V. Mechernich, 24.03.2023.

**Mayring, Philipp (2022):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021):** Erster Bericht zum Landarztgesetz gemäß § 7 LAG NRW. Online verfügbar unter <https://opal.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-6226.pdf>, zuletzt geprüft am 13.03.2026.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online verfügbar unter [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2014/Langfassung2014.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf), zuletzt geprüft am 13.03.2026.

**Schillen, Philip; Schmitten, Jürgen in der; Bolland, Johanna; Borchardt, Benjamin (2025):** Die zukünftige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung aus kommunaler Perspektive. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 87 (1), S. 38–46. DOI: 10.1055/a-2320-2740.

**Schillen, Philip; Schmitten, Jürgen in der; Danielzik, Katja; Hillal, Ellen; Moebus, Susanne; Dehnen, Alessia (2023):** Primärärztliche Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten der Bevölkerung sozial benachteiligter Stadtgebiete – eine Fallanalyse am Beispiel der Stadt Essen. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 85 (12), S. 1131–1139. DOI: 10.1055/a-2175-8290.

**Schmitz, Marie-Therese; Just, Johannes Maximilian; Weckbecker, Klaus; Schmid, Matthias; Münster, Eva (2023):** Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 85 (10), S. 871–877. DOI: 10.1055/a-2011-5423.

**Wangler, Julian; Jansky, Michael (2024):** Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland – Befunde einer quantitativen Befragung von Allgemeinmediziner\*innen. In: Bundesgesundheitsbl 67 (9), S. 998–1009. DOI: 10.1007/s00103-024-03896-4.

## Über die Autor:innen

**Peter Enste** ist Direktor des Forschungsschwerpunkt „Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität“ am Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen (IAT).

**Jenny Wielga** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft & Lebensqualität am IAT.



## Impressum

### Herausgeberin

Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.  
Godesberger Allee 149  
53175 Bonn  
[info@fes.de](mailto:info@fes.de)

### Herausgebende Abteilung

Landesbüro NRW

### Kontakt

Severin Schmidt  
[Severin.Schmidt@fes.de](mailto:Severin.Schmidt@fes.de)

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. (FES). Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der FES dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

März 2026  
© Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.

ISBN 978-3-98628-856-3

Weitere Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung finden Sie hier:  
[➔ www.fes.de/publikationen](http://www.fes.de/publikationen)



Landesbüro NRW