



©Pete (generiert mit KI) - stock.adobe.com

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Strukturelle Herausforderungen und integrierte Lösungsansätze

Von Charlotte Zamzow und Sevilay Hüsmen-Koecke

Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum steht an einem Wendepunkt. Durch den konsequenten Fokus auf Zugang, die Stärkung kooperativer Strukturen, die aktive Einbindung der kommunalen Ebene und die gezielte Integration telemedizinischer Angebote kann eine stabile und zukunftsfähige Versorgungslandschaft entstehen. Nicht durch ein einzelnes Instrument allein, sondern durch ein abgestimmtes Zusammenspiel aus Struktur, Technik und Verantwortung.

Keywords: Ländliche Versorgung, Strategie, Patientenversorgung

Der Zugang zur hausärztlichen Versorgung verschlechtert sich spürbar, Wege verlängern sich, Termine werden knapper, und vielerorts besteht Unsicherheit darüber, ob in der eigenen Region weiterhin eine verlässlich erreichbare ärztliche Anlaufstelle erhalten bleibt. Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zeigt damit deutliche Anzeichen struktureller Überlastung. Der demografische Wandel ist dabei nur ein Teil des Problems. Die Bevölke-

rung altert, chronische und multiple Erkrankungen nehmen zu, gleichzeitig nimmt die Zahl der in der ambulanten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte ab. Die Konzentration stationärer Leistungen durch Schließung oder Spezialisierung der Klinikstandorte verstärken den Druck. Was stationär wegfällt, muss ambulant aufgefangen werden, oft ohne, dass dafür ausreichende Strukturen vorhanden sind.

Besonders kritisch ist die Situation der hausärztlichen Grundversorgung. Viele Praxen im ländlichen Raum werden als Einzelpraxen geführt, mit hoher Arbeitsbelastung und unzureichenden Vertretungsmöglichkeiten. Freie Arztsitze bleiben zunehmend unbesetzt, da jüngere Medizinerinnen und Mediziner planbare Arbeitszeiten, moderne Teamstrukturen und eine gute Infrastruktur bevorzugen. Bedingungen, die vielerorts fehlen. Parallel steigt der Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung, die auf regelmäßige Betreuung, Koordination und Erreichbarkeit angewiesen ist.

Ländliche Regionen sind zusätzlich durch typische raumstrukturelle Faktoren geprägt. Große Entfernungen, eine geringe Bevölkerungsdichte und oft eingeschränkte ÖPNV-Angebote erschweren den Zugang zur medizinischen Versorgung. Für Menschen ohne eigenes Fahrzeug oder mit eingeschränkter Mobilität entstehen dadurch erhebliche Zugangsbarrieren, selbst für routinemäßige Arztkontakte. Auch in der digitalen Infrastruktur zeigt sich ein heterogenes Bild. Während manche Regionen gut angebunden sind, fehlt andernorts eine stabile Internet- oder Mobilfunkversorgung. Gleichzeitig unterscheiden sich die digitale Kompetenz und die Offenheit gegenüber neuen Anwendungen stark. Technik allein löst keine Probleme; sie muss erreichbar, verständlich und vertrauenswürdig sein.

Hinzu kommt die Fragmentierung des Gesundheitssystems. Ambulante Versorgung, stationäre Leistungen und Pflege folgen unterschiedlichen Logiken, Finanzierungsmechanismen und Dokumentationsanforderungen. Insbesondere an den Übergängen zwi-

schen Krankenhaus, hausärztlicher Weiterbehandlung und pflegerischer Versorgung kommt es zu Informationsverlusten, unklaren Zuständigkeiten und mangelnder Abstimmung. Koordinationsaufgaben werden dadurch häufig auf die Patientinnen und Patienten selbst oder ihre Angehörigen verlagert. Besonders bei chronischen oder komplexen Erkrankungen entstehen so Versorgungslücken im Sinne unterbrochener oder nicht ausreichend abgestimmter Behandlungsprozesse, die sich in Doppeluntersuchungen und vermeidbaren Krankenhausaufenthalten niederschlagen.

Das Kernproblem: Instabiler Zugang zur hausärztlichen Versorgung

Im Zentrum all dieser Entwicklungen steht eine entscheidende Frage: Wie verlässlich ist der Zugang zur hausärztlichen Versorgung? Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen eine zentrale Lotsen- und Koordinationsfunktion. Fallen Steuerung, Koordination und frühzeitige Versorgung weg, verlagern sich Behandlungsbedarfe zunehmend in Notaufnahmen und Krankenhäuser, sodass das gesamte Versorgungssystem unter Stress gerät. In vielen Regionen ist dieser Punkt längst erreicht. Praxen arbeiten an der Belastungsgrenze, Termine sind knapp, spontane Abklärungen kaum möglich. Schließt eine Praxis, weichen Patientinnen und Patienten in Nachbargemeinden aus und verschärfen dort die Situation weiter.

Um den Zugang zur Versorgung ganzheitlich zu verstehen, sollten vier Dimensionen unterschieden werden:

- Erreichbarkeit: Wie weit ist der Weg, wie gut die Verkehrsanbindung, wie mobil sind die Menschen?

- Steuerung: Wird in die passende Versorgungsstufe gelenkt oder landet man unnötig in der Notaufnahme?

Diese Dimensionen machen deutlich, dass Zugang mehr ist als räumliche Nähe zur Praxis. Fehlt eine verlässliche Steuerung, entstehen Wartezeiten und Ausweichbewegungen in Notaufnahmen, auch ohne stationären Behandlungsbedarf. Gleichzeitig bleibt die Nutzung ambulanter Ressourcen un-

Delegations- und Assistenzmodelle leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Qualifizierte Gesundheitsfachberufe aus Pflege, medizinischer Assistenz und Therapieberufen übernehmen standardisierte Tätigkeiten wie strukturierte Anamnesen, Basisdiagnostik, Medikationsabgleiche oder Verlaufserhebungen. Ärztinnen und Ärzte fokussieren sich auf komplexe Entscheidungen und Koordination. So werden knappe ärztliche Kapazitäten effizien-

„Diese Dimensionen machen deutlich, dass Zugang mehr ist als räumliche Nähe zur Praxis. Fehlt eine verlässliche Steuerung, entstehen Wartezeiten und Ausweichbewegungen in Notaufnahmen, auch ohne stationären Behandlungsbedarf. Gleichzeitig bleibt die Nutzung ambulanter Ressourcen ungleich verteilt und die Versorgungslandschaft wirkt auf viele Menschen unübersichtlich.“

gleich verteilt und die Versorgungslandschaft wirkt auf viele Menschen unübersichtlich. Der Zugang zur Versorgung wird deshalb als Leitprinzip verstanden, das sowohl strukturell als auch digital konsequent unterstützt werden sollte.

Kooperative und wohnortnahe Strukturen als Rückgrat

Ein nachhaltiger Lösungsansatz liegt im Aufbau kooperativer Versorgungsformen. Gesundheitszentren, Arztnetze und regionale Campusmodelle führen unterschiedliche Professionen und Angebote in einer gemeinsamen organisatorischen Struktur zusammen. Vertretungen werden planbarer, Verantwortung wird auf mehrere Schultern

ter eingesetzt und Versorgungskontinuität wird gestärkt. Zur operativen Klarheit dient ein definierter Delegationskorridor. Standardisierte Anamnesen, die Erhebung von Vitalparametern, strukturierte Medikationsabgleiche und Verlaufserhebungen können delegiert werden, während Diagnosestellung, Therapieentscheidung und Verordnung im ärztlichen Verantwortungsbereich verbleiben.

Ergänzt werden diese Modelle durch Case Management Strukturen, insbesondere für Menschen mit hohem Versorgungsbedarf. Klare Zuständigkeiten, feste Ansprechpartner und definierte Übergänge reduzieren Informationsverluste. Erfahrungen zeigen, dass dadurch Doppeluntersuchungen abnehmen, Krankenhausaufenthalte besser vorbereitet werden und somit die Versorgung insgesamt effizienter wird.

„Da kooperative Strukturen häufig in Mittelzentren angesiedelt sind, braucht es ergänzend wohnortnahe Angebote, wie zum Beispiel mobile Sprechstunden, Gesundheitskioske oder telemedizinisch angebundene Untersuchungsstationen. Entscheidend ist deren Einbindung in bestehende Versorgungsstrukturen.“

- Zeit: Wie lange dauert es, einen Termin zu bekommen? Gibt es kurzfristige Optionen?
- Orientierung: Wer ist zuständig – und wohin wendet man sich mit welchem Anliegen?

verteilt und die Attraktivität der Arbeit im ländlichen Raum steigt. Wo mehrere Professionen zusammenarbeiten, wird Versorgung planbarer – sowohl für Behandelnde als auch für Patientinnen und Patienten.

Da kooperative Strukturen häufig in Mittelzentren angesiedelt sind, braucht es ergänzend wohnortnahe Angebote, wie zum Beispiel mobile Sprechstunden, Gesundheitskioske oder telemedizinisch angebundene Untersuchungsstationen. Entscheidend ist deren Einbindung in bestehende Versorgungsstrukturen. Der kommunalen Ebene kommt dabei aufgrund ihrer Nähe zu regionalen Bedarfen und infrastrukturellen Gegebenheiten eine zentrale Rolle zu. Kommunen kennen regionale Bedarfe, infrastrukturelle Gegebenheiten und soziale Netzwerke. Sie stellen Räume bereit, moderieren Schnittstellen und ►

informieren die Bevölkerung über neue Angebote. Ein gemeinsamer Governance- und Finanzierungsrahmen mit klaren Regelungen zu Vergütung, Datenschutz, Haftung und Verantwortlichkeiten schafft die Grundlage

Telemedizinische Anwendungsfelder umfassen Telekonsile zwischen Haus- und Fachärzten, Verlaufskontrollen bei stabilen chronisch Erkrankten, digitale Befundweitergabe und Heimmonitoring mit klar definierten Alarm- und

„Kommunen können die Nutzung telemedizinischer Angebote unterstützen, indem sie zentrale Kontaktpunkte bereitstellen, etwa in Bürgerbüros, Bibliotheken, Apotheken oder Mehrgenerationenhäusern und niedrigschwellige Hilfe bei der Anwendung organisieren. Informationskampagnen, Schulungen und die Einbindung lokaler Multiplikatoren bauen Berührungsängste ab und fördern Vertrauen.“

dafür, dass solche Modelle nicht nur als zeitlich begrenzte Projekte, sondern als dauerhafte Bestandteile der Versorgungslandschaft etabliert werden. Für die Verstetigung empfiehlt sich ein schlanker Governance-Rahmen, der Verantwortlichkeiten, Dokumentationsanforderungen, Datenschutz und Vergütung in einer regionalen Vereinbarung bündelt und regelmäßige Abstimmungen zwischen den Akteuren vorsieht.

Telemedizin als integrierter Baustein eines Zugangsmodells

Telemedizin kann einen wichtigen Beitrag leisten, wenn sie als integrierter Baustein in einem übergreifenden Versorgungsmodell verstanden wird. Sie ersetzt nicht die hausärztliche Präsenzversorgung, erleichtert aber den Zugang, verkürzt Wege und macht vorhandene Kapazitäten besser nutzbar. Ein dreistufiges, zugangsorientiertes Modell bietet eine praktikable Struktur:

1. Digitale oder telefonische Erstein-schätzung anhand strukturierter Fragen, die Dringlichkeit und Handlungsbedarf einschätzt und Orientierung bietet.
2. Eine kurzfristige ärztliche Abklärung per Video oder Telefon, in der Diagnosen gestellt, Therapien eingeleitet und Verordnungen sowie Rezepte ausgestellt werden können.
3. Eine zielgerichtete Weiterleitung in die Präsenzversorgung, bevorzugt in regionale kooperative Strukturen, die Verlaufskontrollen und Nachsorge übernehmen. Für den Einstieg empfiehlt sich eine bewusst enge Auswahl von Indikationen und Zeitfenstern, die schrittweise angepasst werden, sobald Stabilität und Nachfrage dies nahelegen.

Eskalationsregeln. Voraussetzung sind stabile technische Systeme, benutzerfreundliche Anwendungen und eine strukturierte Einbettung in Abläufe und Dokumentationssysteme.

Für die Einführung empfiehlt sich ein bewusst begrenzter Einstieg mit klar umrissenen Anwendungsfällen und Zielgruppen. So lassen sich Prozesse erproben, Akzeptanz aufbauen und technische wie organisatorische Hürden schrittweise abbauen. Zur Steuerung kann ein konzeptionelles Zugangs-Dashboard dienen, das regelmäßig Kennzahlen zur Inanspruchnahme, zur zeitlichen Erreichbarkeit und zur technischen Stabilität zusammenführt, ohne eine starre Zielsystematik vorzugeben. Kommunen können die Nutzung telemedizinischer Angebote unterstützen, indem sie zentrale Kontaktpunkte bereitstellen, etwa in Bürgerbüros, Bibliotheken, Apotheken oder Mehrgenerationenhäusern und niedrigschwellige Hilfe bei der Anwendung organisieren. Informationskampagnen, Schulungen und die Einbindung lokaler Multiplikatoren bauen Berührungsängste ab und fördern Vertrauen.

Fahrplan für eine zugangsorientierte ländliche Versorgung

Ein pragmatischer, schrittweiser Fahrplan unterstützt den Übergang von Einzelprojekten zu stabilen regionalen Strukturen. Die Schritte werden regional angepasst und schrittweise umgesetzt. Flankierend unterstützt ein Lern und Evaluationszyklus, der in festen Intervallen qualitative Rückmeldungen der Beteiligten, Versorgungsdaten und technische Erfahrungen bündelt und die Maßnahmen schrittweise weiterentwickelt:

1. Erstellung eines realistischen Lagebilds zu Demografie, Morbidität, Erreichbarkeit, Angebotsdichte und vorhandenen Unterstützungsstrukturen
2. Priorisierung von Indikationen, Zielgruppen und Regionen mit besonderem Versorgungsrisiko
3. Entscheidung für eine geeignete kooperative Struktur und deren Ausgestaltung
4. Aufbau eines Case Managements für Patientengruppen mit hohem Koordinationsbedarf
5. Integration mobiler und wohnortnaher Bausteine in unterversorgten oder schwer erreichbaren Gebieten
6. Festlegung von Governance-Strukturen, Zuständigkeiten, Finanzierungswegen und Datenschutzregelungen
7. Definition weniger, aber robuster Kennzahlen zu Erreichbarkeit, Warte- und Prozesszeiten, Ergebnisqualität und Patientenerfahrungen
8. Schrittweise Skalierung der erfolgreich erprobten Elemente auf weitere Indikationen, Zielgruppen und Regionen.

Fazit

Die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum steht an einem Wendepunkt. Durch den konsequenten Fokus auf Zugang, die Stärkung kooperativer Strukturen, die aktive Einbindung der kommunalen Ebene und die gezielte Integration telemedizinischer Angebote kann eine stabile und zukunftsfähige Versorgungslandschaft entstehen. Nicht durch ein einzelnes Instrument allein, sondern durch ein abgestimmtes Zusammenspiel aus Struktur, Technik und Verantwortung. ■



Charlotte Zamzow
Senior Managerin
c.zamzow@kpmg.com
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Sevilay Hüsmen-Koecke
Direktorin
shuesmankoecke@kpmg.com
KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft