

## Schwerpunkte:

**Kurz vor Zwölf bei der  
ärztlichen Versorgung in  
Sachsen**

Seite 8

**Die Zeit für Patienten wird  
immer knapper**

Seite 12

**Interview – „Der  
Grundstein für ein Stück  
Zukunft“ – neues Kapitel  
für das kommunale MVZ  
Marienmünster**

Seite 20





### **Gabriele Dostal**

Bereichsleiterin Versorgungssicherheit und -forschung der dostal & partner management-beratung GmbH

## **Vorwort**

Die ambulante Versorgung steht unter Druck – und sie verändert sich rasant. Während viele Kliniken wirtschaftlich kämpfen, verschieben sich in den Praxen Aufgaben, Erwartungen und Arbeitsweisen. Gleichzeitig entstehen neue Chancen: digitale Tools, Telemedizin – und kommunale MVZ.

In dieser Ausgabe zeigen wir, warum Ärzte im Ruhestand vielerorts zur tragfähigen Brücke werden – und wie Kommunen dieses Potenzial nutzen können. Wir blicken über die Grenze in die Schweiz, wo der Hausärztemangel die Abhängigkeit von ausländischen Medizinerinnen weiter erhöht – ein warnender Blick, der auch uns betrifft. Zudem fragen wir: Warum bleibt in der ambulanten Versorgung immer weniger Zeit für das Gespräch – und welche organisatorischen Hebel helfen sofort?

Technik ist kein Selbstzweck. Unser Gespräch zur „Avatarpraxis“ zeigt, wie Telemedizin, klare Prozesse und ein gutes Team das Patientenerlebnis verbessern, ohne die Praxis zu entfremden. Und ja: KI kommt an – dort, wo sie Administration vereinfacht und Qualität messbar macht.

Besonders freut mich der Blick in die kommunale Praxis: Wir sprechen mit Bürgermeister Josef Suermann (Stadt Marienmünster) über das MVZ Marienmünster – und mit Marco Sell (Geschäftsführer kommunales MVZ Spreewald) über Betriebsalltag, Personalgewinnung und die Kunst, ein MVZ stabil zu führen.

Unser Ziel bleibt unverändert: konkrete Schritte, die Kommunen morgen gehen können – vom Standortentscheid bis zur Betriebsorganisation. Wenn diese Ausgabe Sie ermutigt, eine Idee mehr anzupacken, hat sie ihren Zweck erfüllt.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Gabriele Dostal

## **Inhalt**

---

- |    |  |    |   |
|----|--|----|---|
| 4  | <b>Ärzte im Ruhestand: wachsende Stütze der ambulanten Versorgung</b>    | 20 | <b>Interview – „Der Grundstein für ein Stück Zukunft“ – neues Kapitel für das kommunale MVZ Marienmünster</b> |
| 7  | <b>Hausärztemangel: Die stille Krise der Schweiz</b>                     | 22 | <b>Impressum</b>  |
| 8  | <b>Kurz vor Zwölf bei der ärztlichen Versorgung in Sachsen</b>           |    |   |
| 10 | <b>Von der Landarzt- zur Avatarpraxis – das Modell der Zukunft?</b>      |    |   |
| 12 | <b>Ambulante Versorgung: Die Zeit für Patienten wird immer knapper</b>   |    |   |
| 17 | <b>KI-Revolution in der Arztpraxis: Insights zur Zukunft der Medizin</b> |    |   |

# Ärzte im Ruhestand: wachsende Stütze der ambulanten Versorgung



Viele Ärztinnen und Ärzte bleiben auch im Rentenalter weiter im Dienst – meist mit reduziertem Pensum und flexiblen Arbeitszeiten, um Versorgungsengpässe zu mildern. Auch in Deutschland zeichnet sich ab, dass pensionierte Medizinerinnen und Mediziner vermehrt weiterhin praktizieren. Angesichts des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen und immer älter werdender Belegschaften gewinnt die Weiterbeschäftigung von Ärzten im Ruhestand an Bedeutung. Im Folgenden wird beleuchtet, wie verbreitet dieses Modell bereits ist, welche Daten und Prognosen zur Altersstruktur der Ärzteschaft vorliegen, welche Motive die „Ärzte 60+“ antreiben und wie Kommunen – etwa durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – pensionierte Ärzte erfolgreich einbinden.

## Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand – keine Seltenheit

Eine Umfrage des Deutschen Ärzteblatts zeigt deutlich: Arbeiten im Ruhestand ist für viele Ärzte keine bloße Ausnahme mehr, sondern oft gewollt – allerdings unter bestimmten Voraussetzungen. Von rund 5.000 kürzlich befragten Ärztinnen und Ärzten gaben drei Viertel an, sich eine Tätigkeit bis 70 Jahre oder sogar länger vorstellen zu können; etwa 20 % könnten sich sogar vorstellen, bis mindestens 75 weiterzuarbeiten. Diese hohe Bereitschaft ist jedoch an Bedingungen geknüpft: 90 % der Befragten wünschen sich freie Zeiteinteilung, 81 % fordern eine Entlastung von Bürokratie und 76 % nennen finanzielle Anreize als wichtig. Die Botschaft lautet also: Viele Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich motiviert, über das traditionelle Rentenalter hinaus zu arbeiten – allerdings nur, wenn Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingungen seniorenfreundlich gestaltet werden.

Dieser Trend spiegelt sich bereits in der aktuellen Altersverteilung unter praktizierenden Medizinerinnen wider. Über 100.000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland haben bereits das 60. Lebensjahr überschritten, was etwa 23 % der Ärzteschaft entspricht. Mit anderen Worten: Fast ein Viertel aller aktiven Ärzte ist über 60 Jahre alt – Arbeiten im Ruhestand ist also längst keine Rarität mehr. Eine Ruhestandswelle ist absehbar und mancherorts bereits Realität. Viele dieser Senior-Ärzte stehen weiterhin am Patienten, sei es in reduzierter Stundenzahl, in Vertretungen oder in anderen Funktionen. Die Umfrage des Ärzteblatts bestätigt: Ein Großteil

möchte die heilberufliche Tätigkeit aus Idealismus und Berufsethos nicht komplett aufgeben, sondern unter angepassten Bedingungen weiter ausüben. So betont eine Auswertung: „Ruhestand bedeutet für viele Ärzte nicht Stillstand, sondern die Chance, unter neuen Bedingungen das zu tun, was sie erfüllt.“

## Altersstruktur der Ärzteschaft – Daten und Prognosen bis 2040

Ein Blick auf die Statistik verdeutlicht, warum das Thema so brisant ist. Die Ärzteschaft altert seit Jahren kontinuierlich. Nach aktuellen Zahlen (Stand Ende 2023) sind gut 31 % der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 55 Jahre und älter. Vor zehn Jahren lag dieser Anteil noch bei 26 %, was den demografischen Wandel in diesem Berufsfeld unterstreicht. Besonders relevant ist die Gruppe der Senior-Ärzte: Etwa 23 % aller aktiven Mediziner haben das 60. Lebensjahr überschritten. Innerhalb dieser Gruppe befinden sich rund 9% der Ärzteschaft bereits jenseits der 65 Jahre. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der hausärztlichen Versorgung wider: Von allen niedergelassenen Hausärzten (Praxisinhabern) in Deutschland ist ein erheblicher Teil im Rentenalter oder kurz davor. So sind beispielsweise 41 % der Praxisinhaber bereits über 60. Damit steht fest, dass ein großer Teil der Versorger in naher Zukunft altersbedingt ausscheiden wird.

Die Konsequenzen dieser Altersstruktur sind erheblich. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung wird bundesweit jeder zweite Hausarzt in den kommenden Jahren altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden. Diese prognostizierte Welle an Praxisabgängen trifft vielerorts auf Nachwuchsprobleme.

Bereits heute finden sich in vielen Regionen nicht genügend Nachfolger, um freiwerdende Praxen zu übernehmen. Der Ärztemangel dürfte sich somit weiter verschärfen – quantitativ wie strukturell, da ländliche Räume und bestimmte Fachgebiete besonders betroffen sind. Zwar ist die Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland in den letzten Jahren noch gestiegen (binnen zehn Jahren um etwa 23 % auf rund 502.000 in 2023), doch reicht dieses Wachstum nicht aus, um den Mehrbedarf zu decken. Gründe sind unter anderem der Trend zu Teilzeit und der Weggang vieler junger Ärzte ins Ausland oder in andere Tätigkeitsfelder. Für eine freiwerdende Vollzeitstelle müssen heute oft zwei Teilzeitkräfte gefunden werden, um die gleiche Versorgungskapazität aufrechtzuerhalten – die klassische „1:1-Nachbesetzung“ ist vielerorts nicht mehr realistisch.

Der Blick in die Zukunft mahnt zum Handeln: Nach Schätzungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) wird bis zum Jahr 2040 ein Fehlen von 30.000 bis 50.000 Ärztinnen und Ärzten drohen. Das heißt, selbst wenn alle aktuell in Ausbildung befindlichen Mediziner ins System einmünden, klafft eine erhebliche Lücke – verstärkt durch die geburtenstarken Jahrgänge, die bis dahin in Rente gehen. Dieser Nachwuchsmangel ist in einigen Bereichen bereits spürbar: Derzeit sind rund 5.200 Hausarztstühle unbesetzt. Die Alterung der Gesellschaft sorgt zugleich für steigenden Versorgungsbedarf. Kurz: Ohne Gegenmaßnahmen steht die ambulante medizinische Versorgung vor einer ersten Herausforderung. Die Weiterbeschäftigung erfahrener Senior-Ärzte kann hier ein wichtiges Entlastungsventil sein – freilich nur als ein Baustein unter mehreren, um die Versorgung aufrechtzuerhalten.

### **Warum arbeiten Ärzte nach der Rente weiter?**

Angesichts der beschriebenen Lage stellt sich die Frage, was pensionierte Ärztinnen und Ärzte dazu bewegt, weiterhin ihrer Berufung nachzugehen, anstatt den wohlverdienten Ruhestand in Gänze zu genießen. Die Motive sind vielfältig und liegen sowohl auf persönlicher als auch auf struktureller Ebene:

**Berufsethos und Erfüllung:** Viele Mediziner empfinden ihren Beruf nicht nur als Broterwerb, sondern als Lebensaufgabe. Sie haben Jahrzehnte lang Menschen geholfen und möchten dieses Gefühl der Sinnstiftung nicht abrupt verlieren. In Umfragen geben nahezu 77 % der weiterarbeitwilligen Ärzte an, durch die Arbeit im Alter ihren Selbstwert erhalten zu wollen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, betont, dass engagierten Ärztinnen und Ärzten der spätere Wiedereinstieg erleichtert werden müsse – es bringe ihnen persönliche Erfüllung und sei zugleich ein „echter Gewinn für die Versorgung“. Mit anderen Worten: Ruhestand heißt für viele nicht Stillstand, solange sie sich körperlich und geistig in der Lage fühlen.

**Flexible Arbeitsgestaltung:** Ein häufig genannter Grund ist der Wunsch nach weniger belastenden Arbeitsmodellen im Alter. Viele Ärztinnen und Ärzte sind bereit, weiterzuarbeiten, allerdings in geringerem Umfang. Laut Deutschem Ärzteblatt liegt die gewünschte Arbeitszeit im Ruhestand im Durchschnitt bei etwa 15–16 Stunden pro Woche – also ungefähr zwei Arbeitstage. Diese Reduktion erlaubt mehr Freizeit und Erholung, während man dennoch medizinisch aktiv bleibt. Flexibilität bedeutet auch, keine Nacht- oder Wochenenddienste mehr leisten zu müssen und Phasen der Arbeit und Freizeit selbstbestimmter einzuteilen. Freie Zeiteinteilung rangiert folgerichtig ganz oben bei den Forderungen der Älteren.

**Bürokratie und Arbeitsbedingungen:** Häufig beklagen erfahrene Ärzte die zunehmende Verwaltungsarbeit und Bürokratie im Gesundheitswesen. Im Ruhestand noch weiterzuarbeiten, kommt für viele nur dann infrage, wenn sie von diesem administrativen Ballast weitgehend befreit sind. In der erwähnten Umfrage sprachen sich über 80 % der potenziell weiterarbeitenden Ärzte für eine spürbare Bürokratieentlastung aus. „Wer im Ruhestand weiterarbeitet, will sich nicht mit betriebswirtschaftlichen Fragen, Personalführung oder Abrechnungsformularen herumschlagen“, brachte es Ärztepräsident Reinhardt auf den Punkt. Die Möglichkeit, sich auf die ärztliche Kernaufgabe – die Patientenversorgung – zu konzentrieren, erhöht also die Attraktivität der Weiterarbeit erheblich. Modelle, bei denen z.B. ein Medizinisches Versorgungszentrum oder ein anderer Träger die organisatorische Verantwortung übernimmt, treffen hier auf großes Interesse.

**Struktureller Bedarf und Verantwortung:** Viele Ärztinnen und Ärzte sehen sich auch aus Verantwortungsgefühl gegenüber ihren Patienten und der Gesellschaft zum Weitermachen motiviert. Besonders auf dem Land oder in strukturschwachen Regionen wissen die „alten Hasen“, dass ohne sie eine Versorgungslücke droht. Sie fühlen sich ihren langjährigen Patienten verbunden und möchten die Praxis nicht im Stich lassen, solange kein Nachfolger da ist. Dieses Commitment kann sogar dazu führen, dass Rentenpläne aufgeschoben werden, um den Übergang zu erleichtern. Der demografische Wandel erzeugt hier also einen Bedarf, den pensionierte Ärzte mit ihrem Einsatz decken helfen. Wie Reinhardt feststellt, ist dieses freiwillige Engagement im Ruhestand auch ein Teil einer nachhaltigen Fachkräftestrategie – es verschafft Zeit, bis neue Kräfte aufgebaut sind. Wichtig ist

allerdings, dass sich das Engagement für die Ruheständler „lohnt“ – sei es ideell oder finanziell. Viele Ärzte im Rentenalter würden weiterarbeiten, wenn z.B. Hinzuverdienstgrenzen angehoben, steuerliche Erleichterungen gewährt oder Sozialabgaben auf Zusatzverdienste erlassen würden. Hier sind Gesetzgeber und Arbeitgeber gefragt, entsprechende Anreize zu setzen, um die Bereitschaft zum Weitermachen nicht durch finanzielle Nachteile zu bremsen.

Zusammengefasst ergibt sich ein Bild von hochqualifizierten Senior-Ärzten, die unter den richtigen Bedingungen bereitstehen, um weiterhin zum Wohl der Patienten tätig zu sein. Es geht ihnen weniger darum, ihre Karriere zu verlängern, als vielmehr darum, flexibel, entlastet und sinnstiftend tätig bleiben zu können – gerade weil ihre Kompetenz und Erfahrung im System gebraucht werden. Dieses Potenzial zu heben, liegt auch im Interesse der öffentlichen Gesundheitsversorgung.

### **Kommunale MVZ: Versorgung sichern mit erfahrenen Ärzten**

In vielen Kommunen, besonders im ländlichen Raum, wird die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand bereits ganz praktisch gelebt – oft in Form kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ). Kommunale MVZ sind Gesundheitszentren, die von Städten, Gemeinden oder Landkreisen betrieben werden, um die ambulante Versorgung sicherzustellen, wenn niedergelassene Ärzte fehlen. Für Senior-Ärzte bieten sie eine interessante Plattform: Sie können dort angestellt und entlastet weiterarbeiten, ohne die volle Verantwortung einer eigenen Praxis. Zwei Beispiele – Werlte in Niedersachsen und Klettgau in Baden-Württemberg – verdeutlichen, wie Ruhestandsärzte zur Stütze regionaler Versorgung werden.

In Werlte, einem kleinen Städtchen im Emsland, praktizieren gleich vier Hausärzte trotz Rentenalters gemeinsam weiter. Eine lokale Zeitung betitelte dies als „Mehr als 100 Jahre Arzt-Erfahrung“ unter einem Dach. Tatsächlich sind die Ärzte und eine Ärztin dort zwischen 67 und 73 Jahre alt und arbeiten dennoch im MVZ weiter – „weil jüngere Kollegen fehlen“, wie berichtet wird. Anstatt ihre Praxen einfach zu schließen, haben diese Mediziner ihren „Ruhestand 2.0“ eingeläutet: Sie geben ihr Wissen und ihre Arbeitskraft weiterhin an Patienten weiter, allerdings in einem flexiblen Setting. Die Gemeinde bzw. das kommunale MVZ kümmert sich um Organisation und Personal, während die Senior-Ärzte sich auf Sprechstunden konzentrieren. Dieses Modell ermöglicht es, dass die Bevölkerung vor Ort nahtlos weiter hausärztlich versorgt wird, obwohl eigentlich längst die Nachfolgefrage akut war. Die Motivation der Werlter Ärzte ist einerseits die Verbundenheit mit ihren Patienten und dem Beruf – sie „mögen das Arztsein nach wie vor“ – und andererseits die Entlastung von den Mühen einer Einzelpraxis. Wie ein Beteiligter berichtet, hielt man sich in der kritischsten Phase zunächst mit Vertretungsdiensten durch Ruhestandskollegen über Wasser, bis das MVZ personell stabil aufgestellt war. Heute profitieren alle: Die älteren Ärzte können in ihrem Wunschpensum weiterheilen, die jüngeren Ärzte (sofern vorhanden) können sukzessive einsteigen und die Gemeinde hat Planungssicherheit.

Ein weiteres Beispiel ist die Gemeinde Klettgau in Südbaden. Hier zeigte sich im Jahr 2023 ein typisches Bild: Ein alteingesessener Hausarzt ging in den Ruhestand und fand keinen Nachfolger – die Praxis schloss, und rund 8.000 Einwohner standen vor einem Versorgungsproblem. Anstatt

dies hinzunehmen, entschied sich die Kommune zum Handeln. Man gründete ein kommunales MVZ und übernahm damit selbst die Trägerschaft für die ambulante Versorgung. Diese vorausschauende Entscheidung fiel noch bevor die Versorgungslücke voll eintrat, und sie erwies sich als rettend: „Die ärztliche Versorgung in Klettgau wäre spätestens ab Januar 2024 ohne ein kommunales MVZ nicht mehr gewährleistet gewesen“, heißt es zur Begründung der Gründung. Nun, wenige Monate später, ist das MVZ Klettgau bereits voll in Betrieb. Vier Ärztinnen und Ärzte – teils in Teilzeit – arbeiten inzwischen dort zusammen mit rund 20 medizinischen Fachangestellten. Darunter befinden sich nach Angaben der Gemeinde sowohl erfahrene Mediziner als auch neuere Kräfte. Flexible Arbeitszeiten, verlässliche Anstellung und Teamarbeit im MVZ haben Klettgau offenbar für Ärzte attraktiv gemacht, trotz der ländlichen Lage. Die Patientenversorgung ist nun gesichert, und es bestehen Pläne, das Angebot noch zu erweitern – etwa durch die Integration eines Facharztes für Frauenheilkunde und eines Kinderarztes. Für die Ärzte bietet das MVZ den Vorteil, dass sie sich auf ihre Patienten konzentrieren können, während Verwaltung, Personal und Infrastruktur von der MVZ-Leitung gemanagt werden. Für jüngere Ärzte schafft es attraktive Bedingungen (geregelter Arbeitszeiten, kein Investitionsrisiko, kollegiales Umfeld) und erleichtert so die Nachfolge. Bürgermeister Ozan Topcuogullari betonte in einem Interview, dass die Gemeinde angesichts fehlender Praxisnachfolger „frühzeitig gegensteuern“ wollte – auch wenn die Gesundheitsversorgung eigentlich keine originäre kommunale Aufgabe ist. Der Erfolg gibt ihm Recht: Klettgau und andere Vorreiter (wie z.B. Marienmünster in Westfalen) zeigen, dass kommunale MVZ nicht nur Lückenfüller sind, sondern nachhaltige

Lösungen darstellen. Sie ermöglichen es, Erfahrungsträger im Beruf zu halten und gleichzeitig junge Ärztinnen und Ärzte unter attraktiven Bedingungen anzustellen.

Die genannten Beispiele illustrieren, wie reaktivierte Ruheständler Teil innovativer Versorgungskonzepte werden. Ob als befristete Vertretung, als Mentor für den Nachwuchs oder als feste Größe im kommunalen MVZ – Modelle mit Senior-Ärzten haben sich in der Praxis bewährt. Wichtig ist dabei die Zusammenarbeit aller Akteure: Kommunen, Kassenärztliche Vereinigungen und Ärzteschaft müssen an einem Strang ziehen. Wo es gelingt, entstehen Win-Win-Situationen: Die ältere Generation von Ärzten erhält die Möglichkeit, im gewünschtem Umfang weiterzuarbeiten, die jüngere Generation profitiert vom Wissenstransfer und die Bürger vor Ort behalten den Zugang zu medizinischer Versorgung.

*Quellen: Die Ausführungen stützen sich auf aktuelle Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt (insbesondere die Umfrage zu Ärzten im Ruhestand und die Ärztestatistik sowie Daten des Statistischen Bundesamts und weitere Fachbeiträge. Praxisbeispiele stammen u.a. aus Berichten der Ärztezeitung (MVZ Werte) und kommunalen Publikationen (MVZ Klettgau).*

## Hausärztemangel: Die stille Krise der Schweiz



Seit Anfang Juni 2025 warnt selbst die Dental-Fachpresse vor einer „dramatisch wachsenden Abhängigkeit“ der Schweizer Gesundheitsversorgung von ausländisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten. Konkret wurden 17.600 der insgesamt 42.600 praktizierenden Medizinerinnen und Mediziner an Kliniken und Praxen im Ausland ausgebildet – ein Anteil von gut 41 Prozent, der weit über dem OECD-Durchschnitt liegt.

Wer unsere Analyse im Impulse-Magazin von 2019 in Erinnerung hat, wird ein Déjà-vu erleben. Damals sprachen wir von der „Stunde Null“ und mahnten, dass die Schweiz ihren künftigen Bedarf ohne strukturelle Reformen niemals aus eigener Kraft decken könne. Sechs Jahre später bestätigen die offiziellen FMH-Zahlen exakt diese Entwicklung. Ende 2024 waren 42.602 Ärztinnen und Ärzte registriert; ihr Bestand wuchs zwar um 3,7 Prozent, doch gleichzeitig stieg der Ausländeranteil auf 41,3 Prozent, während er 2010 noch bei gut 25% lag. Die Ärztedichte liegt rechnerisch bei 4,1 Vollzeit-äquivalenten (VZÄ) pro 1.000 Einwohner – eine

respektable Kennzahl im internationalen Vergleich – in der hausärztlichen Grundversorgung sinkt sie jedoch auf lediglich 0,8 VZÄ.

Hinzu kommt eine demografische Schiefelage: Das Durchschnittsalter beträgt knapp 50 Jahre, ein Viertel der Medizinerinnen und Mediziner ist bereits 60 oder älter. Die Datenreihen der Jahre 2017 bis 2024 verdeutlichen, dass sich dieser Alterungseffekt trotz steigender Gesamtzahlen nicht entschärft; die Baby-Boomer-Kohorten verlassen den Arbeitsmarkt schneller, als der Schweizer Nachwuchs nachrückt.

Im europäischen Kontext hebt die OECD 2024 vor allem drei Staaten mit besonders hohem Anteil ausländisch ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte hervor: Norwegen, Irland – und die Schweiz. Während andere Länder durchschnittlich bei rund 19 Prozent liegen, überschreitet die Eidgenossenschaft konstant die Marke von 40 Prozent.

Warum also gelingt es nicht, ausreichend inländischen Nachwuchs zu generieren? Ein wesentlicher Faktor ist der lange bekannte Engpass bei den Studienplätzen. Das Bundes-Sonderprogramm von 2017 sah vor, die Zahl der Humanmedizin-Masterabschlüsse bis 2025 auf 1.300 pro Jahr zu steigern. Tatsächlich haben die Universitäten ihre Kapazitäten zuletzt nur geringfügig erhöht – Basel beispielsweise um fünf, Zürich um insgesamt 13 Plätze – doch das Ziel bleibt weiterhin unerreicht.

Politisch versucht der Bund gegenzusteuern: Im April 2025 aktualisierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) seine „Strategie gegen den Ärztemangel“. Diese umfasst neben einem Ausbau der Ausbildungskapazitäten neue Skill-Mix-Modelle, wie den breiteren Einsatz

von Advanced Practice Nurses, sowie eine Reduktion administrativer Lasten. Gleichzeitig startete im November 2024 die „Agenda Grundversorgung“, ein koordiniertes Arbeitsprogramm von Bund, Kantonen und Berufsverbänden, das bis Ende 2025 konkrete Vorschläge zu besseren Arbeitsbedingungen, Digitalisierung und regionalen Versorgungsnetzen vorlegen soll.

Die Auswirkungen des Mangels sind bereits deutlich sichtbar: Einrichtungen wie Allcare in Zürich-Altstetten oder Sanacare in Luzern mussten Standorte schließen, da trotz intensiver Rekrutierung kein ärztliches Personal gefunden werden konnte. Auch ein Professor für Hausarztmedizin der Universität Bern warnt, dass binnen zehn Jahren knapp die Hälfte der heutigen Allgemeinmediziner pensioniert sein wird.

Vor diesem Hintergrund erscheint die wachsende Abhängigkeit von ausländischen Fachkräften als zweischneidiges Schwert: Sie sichert kurzfristig die Versorgung, erhöht jedoch langfristig die Verwundbarkeit der Schweiz im globalen Wettbewerb um Fachkräfte. OECD-Analysen zeigen bereits einen deutlichen Anstieg der Netto-Migration von Ärztinnen und Ärzten in

Länder, die selbst mit Engpässen ringen – etwa Deutschland und Frankreich – was den Zustrom in die Schweiz erschwert.

Die kommenden Jahre sind entscheidend dafür, ob die Schweiz eine Trendwende schafft. Dafür benötigt sie weit mehr als zusätzliche Studienplätze: Sie braucht echtes Employer Branding im Gesundheitswesen, digitale Entlastung an den Schnittstellen von Pflege und Administration, flexible Arbeitszeit- und Job-Sharing-Modelle, die insbesondere einer zunehmend weiblichen Ärzteschaft entgegenkommen, sowie verlässliche Perspektiven für international rekrutiertes Personal inklusive unkomplizierter Anerkennung ihrer Abschlüsse. Ohne ein derart umfassendes Maßnahmenpaket droht vor allem in ländlichen Regionen eine weitere Erosion der Grundversorgung. Wer die Signale aus jüngsten Praxisschließungen und aktuellen FMH-Daten ernst nimmt, erkennt: Bis 2030 braucht die Schweiz nicht nur mehr, sondern auch anders organisierte medizinische Versorgung – und die Grundlagen dafür müssen jetzt geschaffen werden.

---

## Kurz vor Zwölf bei der ärztlichen Versorgung in Sachsen

In Sachsen wird das Wort „Ärztemangel“ längst nicht mehr nur in Fachkreisen diskutiert; Patienten spüren ihn täglich. 373 Hausarztsitze sind laut aktueller Bedarfplanung schon heute unbesetzt, in manchen Mittelbereichen liegen die Wartezeiten für einen Termin deutlich über dem, was man als wohnortnahe Versorgung bezeichnen kann. Mediale Aufmerksamkeit erlangte die Eröffnung einer neuen Hausarztpraxis in Görlitz im vergangenen Jahr. Eine Warteschlange von mehr als hundert Meter und Menschen die laut eigener Aussage seit 4:45 Uhr morgens im strömenden Regen vor dem Eingang Platz nahmen, um überhaupt eine Chance auf einen Platz zu haben. Binnen weniger Wochen verhängte die Praxis einen Aufnahmestopp. Die Szene veranschaulicht eindrücklich, welchen Druck der bestehende Ärztemangel inzwischen selbst in mittelgroßen Städten wie Görlitz (Versorgungsgrad 86,3%) erzeugt.

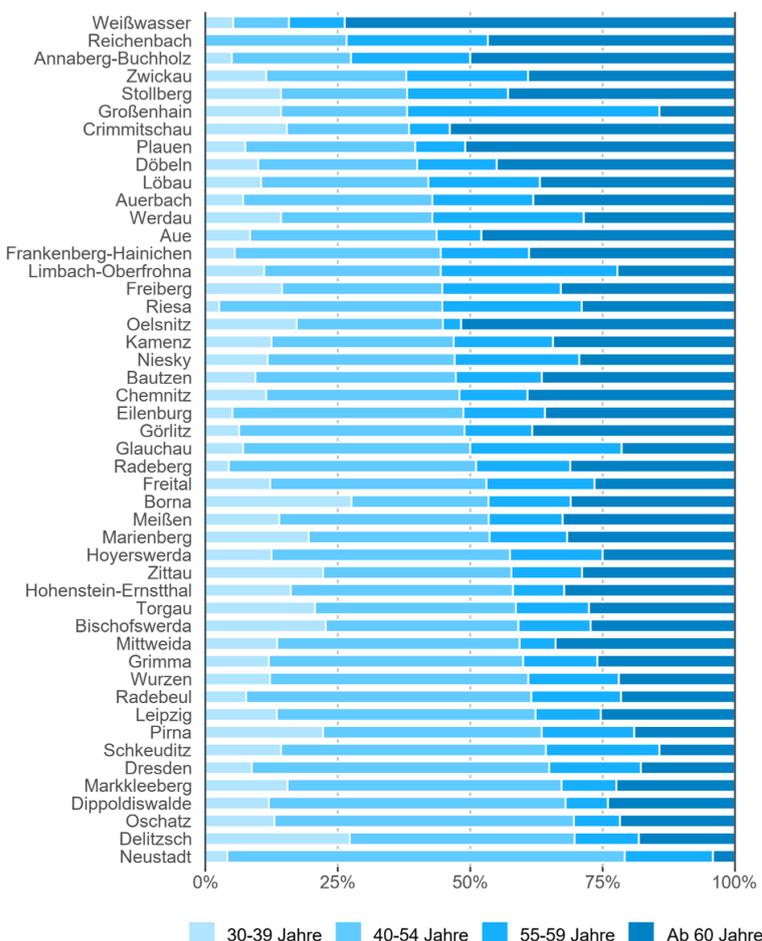
Ein neues Gutachten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), das das Gesundheitsministerium beauftragt hat, zeichnet die Perspektive bis 2035 nach – und sie ist alles andere als beruhigend.



Das Gutachten aktualisiert eine Untersuchung von 2016 und belegt, wie schnell sich das Problem verschärft hat: Im Juni 2022 meldete die Kassenärztliche Vereinigung bereits 451,5 unbesetzte Hausarztsitze; Ende 2023 ließen Hochrechnungen auf rund 500 offene Stellen schließen. Parallel altert die Ärzteschaft rapide. Mehr als die Hälfte der Hausärzte, Internisten, Orthopäden oder Chirurgen ist 55 Jahre oder älter; viele Praxen suchen bereits jetzt händeringend Nachfolger. Für jede freiwerdende Vollzeitstelle braucht es wegen

vermehrter Teilzeit mittlerweile 2,3 Mediziner, um dieselbe Leistungsmenge abzudecken – ein Faktor, der die Lücke zusätzlich vergrößert.

Bereits 2023 waren nur mehr 13 von 48 hausärztlichen Planungsbereichen vollversorgt, die Hälfte (!) der Planungsbereiche in Sachsen galt gem. KV Sachsen als unterversorgt bzw. drohend unterversorgt.



**Abb. 1: Altersstruktur der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte in den Planungsbereichen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

Der Zeitpunkt könnte ungünstiger kaum sein: Ab 2030 wird Sachsen das Bundesland mit der ältesten Bevölkerungsstruktur in Deutschland sein. Das bedeutet mehr chronische Erkrankungen, mehr multimorbide Patienten und eine höhere Nachfrage nach Haus- wie Fachärzten – genau dort, wo die Versorgerbasis bröckelt.

Auf dem Land wirkt dieser Trend wie durch ein Brennglas. Fehlende ÖPNV-Anbindung und eine immer noch lückenhafte Breitbandversorgung schrecken junge Ärztinnen und Ärzte ab, sich in Dörfern oder Kleinstädten niederzulassen. Telemedizin könnte vieles auffangen, stößt aber ohne stabiles Netz schnell an praktische Grenzen. Für Patientinnen und Patienten bedeuten diese strukturellen Defizite längere Anfahrtswege, nicht

selten sogar die Vorstellung in einer Notaufnahme, weil keine freiwerdende Praxis in erreichbarer Nähe ist.

Die Landespolitik hat reagiert. Hausarztstipendium, Landarztquote, Förderprogramme zur Niederlassung oder die Stärkung von Weiterbildungsverbänden sollen junge Mediziner frühzeitig an den Freistaat binden. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen geht mit Versorgerpraxen, mobilen Behandlungseinheiten und Telekonsilen neue Wege. Doch das Zi-Gutachten macht deutlich: Die bisherigen Maßnahmen reichen nicht, um die prognostische Lücke zu schließen. Es listet mehrere Handlungsfelder auf, die jetzt energisch bearbeitet werden müssen.

Erstens müssen Ausbildungskapazitäten weiter ausgebaut werden. Schon heute bilden die sächsischen Universitäten zusätzliche Kohorten aus, doch angesichts des Nachbesetzungsfaktors genügt das nicht. Mentorenprogramme und Stipendien, die frühzeitig an eine spätere Tätigkeit im Freistaat knüpfen, erhöhen die Bindungswahrscheinlichkeit.

Zweitens braucht es hybride Versorgungsmodelle, in denen mobile Teams, Televisiten und Versorgerpraxen mit delegationsfähigen Leistungen kombiniert werden. Modellprojekte im Vogtland oder in Löbau-Zittau zeigen, dass solche Konzepte funktionieren. Der Skalierung steht vor allem die unzureichende digitale Infrastruktur entgegen – ein Problem, das die Landesregierung als Gesundheitsinfrastruktur begreifen und entsprechend priorisieren muss.

Drittens ist ein massiver Bürokratieabbau erforderlich. Jede Stunde Formulararbeit raubt wertvolle Patientenkontakte und macht die Niederlassung unattraktiv. Digitale Schnittstellen, schlankere Genehmigungswege und automatisierte Abrechnungsprozesse können die ambulante Arbeit deutlich erleichtern.

Schließlich darf man die Standortqualität nicht aus den Augen verlieren. Junge Mediziner wechseln nicht nur wegen höherer Gehälter in die Großstadt, sondern auch, weil dort Kinderbetreuung, Arbeitsplätze für Partnerinnen und Partner oder kulturelle Angebote besser ausgebaut sind. Wer eine Praxis im Erzgebirge oder in der Oberlausitz attraktiv machen will, muss eine Gesamtstrategie aus medizinischer Infrastruktur, Lebensqualität und digitaler Anbindung vorlegen.



Abb. 2: Die Planungsbereiche der hausärztlichen Versorgung im Überblick

Die Diagnose ist gestellt: Die ärztlichen Ressourcen werden knapper, während der Versorgungsbedarf wächst. Das Zi-Gutachten liefert eine solide Datenbasis, doch Daten heilen keine Patienten. Sachsen kann sich zum Modell für eine moderne, patientennahe und digitale Versorgung entwickeln – wenn Studium, Infrastruktur, neue Praxisformen und weniger Bürokratie jetzt konsequent zusammengedacht werden. Geschieht das nicht, wird der Ärztemangel in den nächsten zehn Jahren vom Warnsignal zur akuten Gefährdung der Gesundheitsversorgung. Die Weichen stellt man heute. Wer sie stellt, entscheidet über die ärztliche Versorgung von morgen.

## Von der Landarzt- zur Avatarpraxis – das Modell der Zukunft?



*Impulse* im Gespräch mit Frau **Tanja Gerlach**, Innovationskoordinatorin der Praxis Gerlach & Kollegen, in Scheeßel (Landkreis Rotenburg, Niedersachsen). Das interdisziplinäre Ärzteteam (Allgemein-, Reise-, Betriebsmedizin) verbindet Prävention, Telemedizin und Avatarpraxis zu einem zukunftsfähigen Versorgungskonzept. Vom Standort Scheeßel aus setzt das Team damit neue Maßstäbe in der digitalen Patientenversorgung.

Das Interview für *Impulse* führte Luise Viktoria Ruß.

**Impulse:** Frau Gerlach, Sie haben aus eigenem privaten Engagement eine Praxis aufgebaut, die unter dem Begriff „Avatarpraxis“ als Modellprojekt und „Blick in die Zukunft“ bezeichnet wird. Mit welchen Schlagworten würden Sie diese kurz beschreiben?

**Gerlach:** digital – menschlich – professionell – fortschrittlich. Redundanzen abbauen, um mehr Zeit für das Wesentliche zu erhalten. Delegative Kompetenzen erweitern zugunsten einer neuen Praxisstruktur. KI ist die Zukunft, deswegen: KI viel einbinden zur Ressourcenschonung und medizinischen Optimierung. Und das Wichtigste: Spaß! Es macht viel Spaß, Situationen zu verbessern, zu sehen, wie aus einer Idee eine funktionierende Realität wird. Die Avatarpraxis ist die Zukunft, die bereits begonnen hat. Sie ist eine hybride Lösung in allen Bereichen, denn ohne persönlichen Kontakt wird es nicht gehen. Aber: Wir können alles drumherum so gestalten, dass Redundanzen entfernt werden, die Logik Einzug hält und jede Ressource auf ihrem Gebiet sinnvoll eingesetzt wird.

**Impulse:** Wie kamen Sie und Ihr Mann auf die Idee Ihre Praxis in der aktuellen Form aufzubauen. Können Sie für unsere Leserinnen und Leser die Entwicklungsschritte schildern? Was waren die großen Herausforderungen, die Sie meistern mussten und heute auch noch meistern müssen?

**Gerlach:** 2017 markierte die erste große Veränderung. Mein Mann kam müde und frustriert von der Arbeit nach Hause. Unsere sechs Kinder fragten ständig, wo Papa ist, ich fragte mich, wo das Geld auf dem Konto bleibt – und begann, mich in die Thematik der Abrechnung und Organisation in der Medizin einzuarbeiten. Wir stellten Systeme um, kündigten das alte PVS, nahmen Controlling als wesentlichen Faktor in die

Praxisanalyse mit auf. Mit Corona kam die Videosprechstunde als wesentliches Element unserer Praxis. Das war ein kleiner Schritt für digitalisierte Menschen, aber ein großer Schritt für die ambulante Medizin. Plötzlich war es möglich, Menschen zu behandeln, die physisch nicht anwesend waren – großartig!

Und als wir eines Abends zusammensaßen, las mein Mann mir vor, dass die schwedische Band ABBA ihr erstes Avatarkonzert gegeben haben von Stockholm nach London. Die übergeordnete Idee war geboren: an mehreren Orten gleichzeitig sein, um immer dort zu sein, wo es nötig ist – das markierte die Geburtsstunde der Avatarpraxis.

Wir gingen sehr naiv an die Sache heran. Von unserer Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen erhielten und erhalten wir noch heute große Unterstützung in emotionaler Hinsicht. Wir haben bisher nicht einen Cent Fördermaßnahmen erhalten, was oft hart gewesen ist – uns aber gleichzeitig unabhängig gemacht hat. Es kamen auch Anfragen von Investoren, aber die hatten wir in der Anfangsphase unbeantwortet gelassen. Mir war das Risiko zu hoch, es nicht zu schaffen und dann jemanden Rede und Antwort stehen zu müssen, auch finanziell. Ich bin so oft morgens aufgewacht und habe meinem Mann gesagt „lass uns aufhören damit und einfach das nötige Geld für die Familie verdienen mit der Praxis und Betriebsmedizin (Jan Gerlach ist unter anderem auch Betriebsmediziner, Anm. der Red.)“. Wir sind seit 26 Jahren zusammen, wir haben uns immer gegenseitig gezogen in solchen Momenten. Nie aufgeben, einfach weitermachen. Jetzt steht das Gerüst Avatarpraxis sicher auf stabilen Säulen. Landkreise wollen das Avamobil, Ärzte wollen in ein Avanetzwerk, die nächsten Avatarpraxen stehen in den Startlöchern. Und was für uns mehr als wichtig ist: Wir haben unseren Kindern damit vorgelebt, dass man hinfällt, um wieder aufzustehen. Immer wieder.

**Impulse:** Ich bedanke mich für diese offene und emotionale Schilderung der Entstehungsgeschichte der Avatarpraxis! Sie sprachen auch von einer Home-Office-Möglichkeit für Ärzte, was kann ich mir darunter vorstellen und warum ist dies Ihrer Erfahrung nach so attraktiv? Welche Behandlungszweige stehen hierbei im Fokus und wie organisieren Sie die Terminierung?

**Gerlach:** Viele Bereiche der ambulanten Versorgung gehören zur sprechenden Medizin und zum Verwaltungsaufwand. Wir müssen bei etwa 15 Prozent des Alltagsgeschäfts physisch zugegen sein, die restliche Zeit kann problemlos über die Videosprechstunde respektive im Home Office geleistet werden. Die Avatarpraxis zielt auf die Ärzte und Ärztinnen ab, die uns ansonsten

verloren gehen würden. Ich meine damit Ärzte und Ärztinnen, die ohne das Konzept Avatarpraxis ihre Praxis aus Altersgründen einfach aufgeben, Ärztinnen während der Schwangerschaft oder in Elternzeit, und Ärzte und Ärztinnen, die nie aufs Land ziehen würden. Aber durchaus bereit sind, dort zu arbeiten, wenn die Umgebungsvariablen stimmig sind. Und das ist heutzutage Home-Office, Konzentration der Arbeitszeit auf weniger als fünf Tage, flexible Gestaltung der Arbeitszeiten. Geld ist ihnen weniger wichtig als ein stimmiges Leben. Sie wollen entscheiden, wann sie arbeiten.

Alles rund um die sprechende Medizin kann hier eingearbeitet werden, das betrifft auch Facharztgespräche. Die Organisation in unseren Praxen liegt in den Händen der Praxismanagerin mithilfe eines bestimmten Timetables, in dem sich die Ärzte eintragen.

**Impulse:** Wie waren und sind die Reaktionen Ihrer Berufskollegen auf diese neue Praxisform?

**Gerlach:** Ignorierend bis begeistert. Wobei letztes deutlich überwiegt. Es gilt hier, viel Arbeit vor Ort zu machen bei und mit denen, die es betrifft. Qualitätszirkel, Einladungen, die Avatarpraxis anzugucken, Gespräche nach Feierabend. Es fehlt den Ärzten oft die Zeit, sich damit noch zu befassen. Vor wenigen Wochen haben wir einen Arzt kennengelernt, der unser Treffen zwischen der Arbeit in der Praxis und den Hausbesuchen eingeplant hatte. Er war anfänglich sehr genervt und pochte darauf, wenig Zeit zu haben. Wir redeten, er fuhr erst einmal die Hausbesuche, und anschließend saßen wir bis 20 Uhr zusammen und erklärten alles in Ruhe. Das Onboarding ist in diesem Thema alles, sowohl bei den Ärzten als auch bei den Mitarbeitern.

**Impulse:** Soviel ich weiß, arbeiten Sie gerade an mehreren Hochschulprojekten, was hat es damit auf sich?

**Gerlach:** Gemeinsam mit der Universität Oldenburg erarbeiten wir sinnhafte Konzepte im Bereich der KI-Nutzung. Was muss, was geht, was wird nicht funktionieren – dank eines EU-Projekts können wir uns gemeinsam mit den führenden Köpfen in diesen Bereichen austauschen und erweitern. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Einbettung digitaler Elemente in die Ausbildungspläne von Ärzten und Medizinischen Fachkräften. Zudem bauen wir gerade einen tatsächlichen Avatar von Jan Gerlach. Das ist sehr spannend und herausfordernd zugleich, denn es zeigt, dass wir uns trotz aller Fortschritte noch am Anfang der Reise befinden.

**Impulse:** Und wie war die Reaktion der KV Niedersachsen hierauf? In welcher Form können Sie diese Leistungen bereits vollabrechnen, wo gibt es Nachbesserungsbedarf aus Ihrer Sicht?

**Gerlach:** Die KVN ist an unserer Seite und hat viele anfängliche Problemsituationen gemeinsam mit uns durchgestanden. Das ist zunächst genauso wichtig wie eine Ziffer. Pionierarbeit wird immer erst im Nachhinein als gut erachtet, anfänglich muss man durchhalten und einen langen Atem haben. Jetzt geht es an die Umsetzung in Form neuer Abrechnungsmodalitäten. Das kann und ist nicht Aufgabe der KVN, sondern der Bundespolitik. Aber auch hier unterstützt uns die KVN nachhaltig in Form von Gesprächen, Forderungen an die Politik, regem Austausch und einer fundierten „Just-do-it“-Mentalität. Die KV Niedersachsen dominiert auf Bundesebene deutlich in den digitalen und Innovationsbereichen in der ambulanten Versorgung, und es freut uns, ein Teil dessen zu sein. Bestes Beispiel ist neben der Avatarpraxis die Abschaffung des KV-Notdienstes. Statt nerviger Fahrdienste gibt es ab Sommer eine organisierte Videosprechstunde. Hier merkt man: Die KVN hat begriffen, dass junge Ärzte mit guten Ideen und interessanten Arbeitsmodalitäten nach Niedersachsen geholt werden können. Und sie setzen dies auch um. Cool!

**Impulse:** Das freut mich! Wie hoch schätzen Sie das Duplizierungspotenzial Ihrer Herangehensweise. Welche Grundlagen müsste eine Praxis bieten, um ihre Erkenntnisse zu nutzen? Was würden Sie als größte Schwierigkeit sehen?

**Gerlach:** Keine andere Idee kann so schnell so einfach in die Fläche gebracht werden wie die Avatarpraxis, unabhängig vom Ausgangszustand der Praxis. Stellen Sie sich die Avatarpraxis vor wie einen Werkzeugkoffer, der für jeden das richtige Tool bereithält. Egal, welche PVS Sie haben, auf welchem Stand ihre Mitarbeiter sind und ob Sie sich für digitale Medizin interessieren, wir holen Sie ab.

**Impulse:** Frau Gerlach, haben Sie vielen lieben Dank für diese faszinierende Unterhaltung! Ich wünsche Ihnen bei der weiteren Arbeit und künftigen Innovationen viel Erfolg und Tatkraft!

---

## Ambulante Versorgung: Die Zeit für Patienten wird immer knapper

Viele Praxisabläufe lassen heute kaum mehr Raum für das individuelle Arzt-Patienten-Gespräch.

Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland steht vor einer erheblichen Herausforderung: Ärztinnen und Ärzte haben immer weniger Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Obwohl so viele Mediziner wie noch nie im ambulanten Bereich tätig sind, wird die für die Patientenversorgung verfügbare Zeit zunehmend knapper. Dies hat weitreichende Folgen – von gehetzten Sprechstunden über längere Wartezeiten bis hin zu einer potenziellen Gefährdung der Behandlungsqualität. Das Thema ist sowohl für die medizinische Fachwelt als auch für politische Entscheidungsträger auf kommunaler Ebene relevant. Während Ärztinnen und Ärzte unter dem wachsenden Zeitdruck leiden und die Versorgung ihrer Patienten sichern müssen, stehen kommunale Entscheidungsträger vor der Aufgabe, die Gesundheitsversorgung in ihren Gemeinden zu gewährleisten. Im Folgenden werden das Ausmaß des Problems, die Ursachen sowie mögliche Lösungen beleuchtet.

### Wie äußert sich der Zeitmangel?

Immer häufiger berichten Praxisärztinnen und -ärzte, dass die Zeit pro Patient kaum reicht. Tatsächlich

dauert ein durchschnittliches Arzt-Patienten-Gespräch in Deutschland lediglich weniger als acht Minuten. In dieser kurzen Spanne müssen Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Dokumentation stattfinden – kaum verwunderlich, dass dabei viele Fragen der Patienten offenbleiben.



International liegt Deutschland mit rund 7,5 Minuten Kontaktzeit pro Patient nur im Mittelfeld. Gleichzeitig sind die Kontaktfrequenzen sehr hoch: Etwa 20 Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr entfallen statistisch auf

jede Bürgerin und jeden Bürger – rund doppelt so viele wie im europäischen Durchschnitt. Hochgerechnet bedeutet das über eine Milliarde ambulante Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr. Diese enorme Inanspruchnahme führt dazu, dass die Behandlungskapazitäten vielerorts angespannt sind, trotz einer absolut gestiegenen Zahl von Ärzten.

Paradoxe Weise sind nämlich mehr Ärzte denn je in der ambulanten Versorgung tätig, doch ihre verfügbare Arbeitszeit verteilt sich auf immer mehr Schultern. Ende 2024 waren 189.551 Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten mit Kassenzulassung ambulant tätig – so viele wie noch nie zuvor. Gegenüber dem Vorjahr entspricht das einem Zuwachs von etwa 2.100 Personen. Dennoch hat dies die angespannte Versorgungssituation kaum entschärft. Der Grund: Viele Mediziner arbeiten in Teilzeit oder teilen sich eine Praxisstelle. Der Anteil reduzierter Stundenzahl nimmt kontinuierlich zu – von durchschnittlich 35,8 % (2023) auf 37,9 % (2024). Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich gegen die eigene Praxis und für Anstellung oder Teilzeit, wie auch der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigt. Dadurch steigt zwar die Kopfzahl an Ärzten, nicht aber die effektive Behandlungszeit im gleichen Maße. So können sich zum Beispiel zwei Teilzeitarztinnen einen vollen Arztsitz teilen – die Statistik zählt dann zwei Ärzte, obwohl nur einer Vollzeit entspricht. Die Folge: Trotz mehr Personal bleibt die Ressource „Arztzeit“ ein knappes Gut, was sich in der Praxis als immer weniger Zeit pro Patient bemerkbar macht.

Hinzu kommen regionale Versorgungsunterschiede. In Ballungsräumen ist die Ärztedichte deutlich höher als auf dem Land. So kommen in der Stadt Heidelberg 413 ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten auf 100.000 Einwohner, während es im ländlichen Kreis Coburg nur 88,4 je 100.000 Einwohner sind. Unter den Bundesländern liegt Hamburg mit etwa 310 Ärzten/100.000 Einwohner an der Spitze, wohingegen Brandenburg mit rund 201 Ärzten/100.000 das Schlusslicht bildet. Diese ungleiche Verteilung führt dazu, dass Patienten in ländlichen Regionen oft längere Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Bereits jetzt sind über 5.100 Hausarztsitze unbesetzt und fehlen in der Versorgung – viele Gemeinden suchen händeringend Nachfolgerinnen und Nachfolger. Der drohende Ärztemangel vor Ort verstärkt den Zeitmangel für die verbleibenden Praxen zusätzlich, denn weniger Ärztinnen und Ärzte müssen mehr Patienten versorgen.

### **Fachkräftemangel, Demografie und Bürokratie**

Die Gründe für den zunehmenden Zeitmangel in der ambulanten Versorgung sind vielfältig. Ein zentraler

Faktor ist der Fachkräftemangel bei Ärztinnen und Ärzten. Die Ärzteschaft altert – und der Nachwuchs hält nicht Schritt. Nach aktuellen Daten der Bundesärztekammer waren 2024 insgesamt 437.162 Ärztinnen und Ärzte berufstätig gemeldet. Doch knapp die Hälfte ist über 50 und mehr als 100.000 Mediziner sind bereits 60 Jahre und älter. Besonders bei Hausärzten steht eine große Zuruhesetzungswelle bevor: In über der Hälfte aller Planungsregionen ist schon heute jeder dritte Hausarzt über 60. In den nächsten Jahren werden also viele Praxissitze altersbedingt frei, während nicht genügend junge Ärzte nachrücken. Seit 2019 ist die Zahl der niedergelassenen Hausärzte bereits um über 8 % zurückgegangen. Gleichzeitig arbeiten immer mehr Frauen in der Medizin – inzwischen über 50 % in der ambulanten Versorgung – und viele von ihnen bevorzugen (aus verständlichen Gründen wie Familie u. Work-Life-Balance) Teilzeitmodelle. Insgesamt sind 42 % der Ärztinnen und etwa 14 % der Ärzte in Teilzeit tätig. Diese Entwicklung bedeutet jedoch, dass zur Aufrechterhaltung des Versorgungsniveaus entsprechend mehr Personen ausgebildet und eingestellt werden müssten – ein Kraftakt, der kurzfristig kaum zu stemmen ist.

Parallel dazu schlägt der demografische Wandel gleich doppelt zu: Auf der einen Seite benötigen immer mehr ältere Menschen medizinische Betreuung, auf der anderen Seite fehlen gleichzeitig Fachkräfte. Die Bevölkerung in Deutschland altert stetig. Bereits heute ist etwa jeder Fünfte 66 Jahre oder älter, und in den kommenden Jahrzehnten wird dieser Anteil weiter wachsen. Ältere Menschen haben häufiger chronische Erkrankungen und einen höheren Behandlungsbedarf. Zum Beispiel rechnet das Bundesgesundheitsministerium damit, dass die Zahl der Demenzkranken von derzeit ca. 1,6 Millionen auf bis zu 3 Millionen im Jahr 2050 ansteigen wird – eine Verdopplung innerhalb einer Generation. Ähnliche Trends gelten für andere chronische Leiden wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs. Mehr Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern bedeuten mehr Termine, längere Gespräche und intensiveren Betreuungsaufwand in den Praxen. Gleichzeitig schrumpft in vielen ländlichen Regionen die Bevölkerung, was es unattraktiver macht, dort eine Praxis zu betreiben – auch dies ein demografischer Effekt, der die Versorgungslage verschärft.

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Bürokratie im Gesundheitswesen. Viele niedergelassene Ärzte klagen, dass sie immer mehr Zeit am Schreibtisch statt am Patienten verbringen. Tatsächlich zeigt sich: In Kliniken verbringen Ärzte und Pflegekräfte im Schnitt drei Stunden pro Tag mit Dokumentationspflichten, die oft keinen unmittelbaren Nutzen für die Patientenbehandlung haben. Und in den Praxen ist es nicht besser: Dort fällt mehr als ein ganzer Arbeitstag pro Woche allein für

bürokratische Aufgaben an. Jede Stunde, die mit Formularen, Abrechnungen oder Berichtswesen verbracht wird, fehlt für das Gespräch mit den Patienten. Dieses Übermaß an Bürokratie führt zu großer Unzufriedenheit und Frustration beim Personal – und schreckt den Nachwuchs ab. Der stellvertretende KBV-Vorsitzende Dr. Stephan Hofmeister warnt, dass „ausufernde Bürokratie“ sowie eine „dysfunktionale Digitalisierung“ junge Mediziner eher von der eigenen Praxis abhalten. Denn bislang hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen – von der elektronischen Patientenakte bis zum E-Rezept – nicht die erhoffte Entlastung gebracht, sondern oft neue Probleme geschaffen (Stichwort: Technik, die nicht funktioniert, und doppelte Dokumentation). Wenn praxisferne gesetzliche Vorgaben zusätzlichen bürokratischen Aufwand erzeugen, wird die knappe Arztzeit sogar künstlich weiter verknappt. Kurz gesagt: Personalmangel, Alterungsprozesse und Verwaltungslast bilden ein unheilvolles Trio, das den Zeitmangel in der ambulanten Versorgung antreibt.

### **MVZ, Digitalisierung, Delegation, neue Versorgungsmodelle**

Angesichts der komplexen Problemlage braucht es ein Bündel an Lösungsansätzen, um der schwindenden Zeit für Patientinnen und Patienten entgegenzuwirken. Ein Ansatz sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und allgemein größere Gemeinschaftspraxen. Diese zentralisierten Praxismodelle ermöglichen es Ärzten, angestellt im Team zu arbeiten – was vor allem für die junge Generation attraktiv ist. Die Idee dahinter: Durch Kooperation und Arbeitsteilung lässt sich die Versorgung effizienter gestalten. Tatsächlich hat sich die Zahl der MVZ in Deutschland in den letzten zehn Jahren stark erhöht – von 1.938 MVZ im Jahr 2012 auf über 5.000 MVZ im Jahr 2025. Inzwischen arbeiten dort rund 31.000 Ärztinnen und Ärzte, davon gut 27.000 in Angestelltenverhältnissen. MVZ können insbesondere in unterversorgten Regionen Versorgungslücken schließen, indem sie Niederlassungen bündeln und auch interdisziplinäre Angebote bereitstellen. Zudem haben einige Bundesländer und Kommunen begonnen, kommunale MVZ zu gründen, um aktiv Ärzte in strukturschwache Gebiete zu holen. Allerdings bedarf es bei MVZ eines Augenmaßes: Die Politik beobachtet genau den Einfluss von Finanzinvestoren, die in diesem Bereich Gewinninteressen verfolgen. Hier ist eine kluge Regulierung nötig, damit die Patientenwohl an erster Stelle bleibt und MVZ wirklich der Verbesserung der Versorgung dienen.

Ein zweiter wichtiger Hebel ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen – richtig umgesetzt. Digitale Technologien haben das Potenzial, wertvolle Zeit zu sparen, indem sie Prozesse vereinfachen und beschleunigen.

Beispiel elektronische Dokumentation: Wenn Patientendaten, Befunde und Medikationspläne digital vorliegen und kompatibel ausgetauscht werden können, entfällt das zeitaufwändige Suchen in Akten und doppelte Eintragen von Befunden. Elektronische Patientenakten (ePA) und E-Arztbriefe könnten den Informationsfluss zwischen Praxen und Kliniken verbessern und so Mehrfachuntersuchungen vermeiden helfen. Auch Telemedizin bietet Chancen: Videosprechstunden oder telekonsiliarische Befundbeurteilungen ermöglichen es, bestimmte Termine ohne Anfahrt zu erledigen – das spart Patientenwegzeit und kann die Praxen entlasten. Gerade für Routinekontrollen bei stabil eingestellten chronisch Kranken oder für Nachsorgegespräche kann die Videosprechstunde sinnvoll sein. Zudem ließen sich digitale Symptom-Checker oder Telefon-Hotlines vorgeschaltet einsetzen, um Patientinnen und Patienten besser zu steuern, sodass nur diejenigen in die Praxis kommen, die wirklich einen Arzt sehen müssen. Allerdings ist klar: Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Sie muss benutzerfreundlich und zuverlässig sein, sonst schafft sie mehr Frust als Entlastung. Die bisherigen Probleme mit der Telematikinfrastruktur zeigen, dass hier noch nachgebessert werden muss. Nichtsdestotrotz bleibt die Vision, durch E-Health-Lösungen mehr Zeit für das Wesentliche – die Medizin am Menschen – zu gewinnen.

Ein dritter Ansatz ist die Delegation von Aufgaben an nichtärztliches Personal. Viele Tätigkeiten in der Praxis müssen nicht zwingend vom Arzt persönlich ausgeführt werden. Schon heute unterstützen Medizinische Fachangestellte mit Zusatzqualifikation – etwa VERAH (Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis) – die Hausärzte enorm. Bundesweit entlasten rund 17.000 VERAHs die Hausärztinnen und Hausärzte, indem sie delegierte Aufgaben übernehmen. Dazu zählen beispielsweise das Wundmanagement, hausärztliche Hausbesuche bei chronisch Kranken, Schulungen oder organisatorische Aufgaben. So können Ärztinnen und Ärzte ihre knappe Zeit den Tätigkeiten widmen, die wirklich ihre Expertise erfordern. Delegation statt Substitution lautet die Devise: Das ärztliche Kernhandwerk bleibt beim Arzt, aber ein gut eingespieltes Praxisteam kann das Drumherum abfedern. Neben VERAHs gibt es inzwischen auch Entlastende Versorgungsassistenten in Facharztpraxen und sogar erste Physician Assistants, die als hochqualifizierte Fachkräfte bestimmte Routineuntersuchungen übernehmen können. Wichtig ist, dass klare Delegationsregeln bestehen (was darf abgegeben werden, was nicht) und dass die Finanzierung solcher Helfer stimmt. Wenn mehr qualifiziertes Personal eingestellt werden kann – von der Praxismanagerin bis zur Dokumentationsassistentin – gewinnt der

Arzt wertvolle Minuten für das Gespräch mit dem Patienten.

Schließlich lohnt der Blick auf neue Versorgungsmodelle und eine bessere Organisation des Gesamtsystems. Ein Stichwort ist „ambulant vor stationär“ – also so viel wie möglich im ambulanten Bereich behandeln, aber dafür muss dieser gestärkt werden. Regionale Praxisnetzwerke und Kooperationen können Synergien schaffen, z.B. indem sich Praxen im Notdienst abwechseln oder gemeinsam Spezialsprechstunden anbieten. Die Steuerung der Patientenströme spielt ebenfalls eine Rolle: Wenn z.B. integrierte Notfallzentren etabliert werden, die rund um die Uhr eine erste Anlaufstelle sind, könnten die Notaufnahmen entlastet und zugleich unnötige Praxisbesuche verhindert werden. Auch der Ausbau der Terminservicestellen und eine bessere Triage könnten helfen, Bagatellfälle von den Praxen fernzuhalten. Einige Experten fordern zudem, das Prinzip des „Primärarztes“ zu stärken: Also Patientinnen und Patienten fest an eine Hausarztpraxis zu binden, die als Lotse im System fungiert und koordiniert, damit Doppeluntersuchungen und Ärztehopping reduziert werden. Teambasierte Versorgungszentren (ähnlich Community Health Centers) sind ein weiterer Ansatz – hier arbeiten Hausärzte, Fachärzte, Pflege, Sozialarbeiter etc. unter einem Dach zusammen, um insbesondere bei multimorbiden Patienten Zeit zu sparen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Nicht zuletzt muss der Abbau von Bürokratie Teil der Lösung sein: Ein von der Bundesregierung angekündigtes Bürokratienteilungsgesetz muss zügig umgesetzt werden, um unnötige Dokumentationspflichten und Kontrollen zu reduzieren. Jede Stunde weniger Papierkram ist eine Stunde mehr für die Patienten.

## Fazit

Zusammenfassend steht die ambulante Versorgung in Deutschland vor der dringenden Aufgabe, die knappe Ressource Zeit besser zu managen. Der derzeitige Trend – immer mehr Patientenkontakte bei immer kürzerer verfügbarer Arztzeit – ist weder für die Ärzteschaft noch für die Patienten nachhaltig. Es gilt, gegenzusteuern, bevor die Versorgungsqualität ernsthaft leidet. Ärztliche Entscheidungsträger sind gefordert, neue Wege zu gehen: Offenheit für Delegation, Kooperation und Digitalisierung kann helfen, den Praxisalltag zu entlasten. Gleichzeitig müssen sie weiterhin auf die Problemlagen hinweisen und sich berufspolitisch für Verbesserungen starkmachen – etwa für eine Entbürokratisierung und für attraktive Arbeitsbedingungen, die junge Ärzte für die Patientenversorgung begeistern. Auch politische Entscheidungsträger auf Bundes- und kommunaler Ebene sind in der Verantwortung. Sie müssen die Rahmenbedingungen so gestalten, dass die ambulante

Medizin wieder an Attraktivität gewinnt. Dazu gehören Investitionen in Digitalisierung, eine bedarfsgerechte Planung von Studienplätzen und Weiterbildungsangeboten sowie kreative Lösungen für die ländliche Versorgung – vom kommunalen Gesundheitszentrum bis zum Wohnzuschuss für Landärzte.

Der zunehmende Zeitmangel ist kein Luxusproblem, sondern eine akute Gefahr für ein „Rückgrat unserer Gesundheitsversorgung“, wie KBV-Chef Dr. Andreas Gassen die niedergelassenen Haus- und Fachärzte mit ihren jährlich rund einer Milliarde Patientenkontakten genannt hat. Um dieses Rückgrat zu stärken, braucht es jetzt einen Schulterschluss zwischen Ärzteschaft und Politik. Nur mit vereinten Kräften lassen sich die Weichen so stellen, dass Ärztinnen und Ärzte wieder mehr Zeit für ihre Patientinnen und Patienten haben – zum Wohl aller. Die nächsten Jahre werden entscheidend sein: Es liegt an uns allen, dafür zu sorgen, dass ambulante Medizin auch künftig ihrem Anspruch gerecht werden kann, nämlich für die Menschen da zu sein, wenn sie sie brauchen. Oder, um es als Appell zu formulieren: Schaffen wir gemeinsam die Bedingungen, damit „sprechende Medizin“ in Deutschland wieder mehr Raum und Zeit bekommt – im Interesse der Gesundheit unserer Bevölkerung.

*Quellen: Deutsches Ärzteblatt, KBV, Bundesärztekammer, RKI, Rheinisches Ärzteblatt, Pharmazeutische Zeitung, AOK/GG*

---

## Unsere Referenzen

### Von der Idee zur Umsetzung

Unsere Expertise reicht von der **Gründung kommunaler MVZs** über **Versorgungsanalysen** bis hin zu **Innovationsprojekten im Gesundheitssektor**.

### Jetzt Referenzen einsehen!

 Scannen Sie den **QR-Code**, um mehr über unsere abgeschlossenen und laufenden Projekte zu erfahren.



# KI-Revolution in der Arztpraxis: Insights zur Zukunft der Medizin



Das Interview für *Impulse* führte Luise Viktoria Ruß.

**Impulse:** Herr Pschunder, im Juli vergangenen Jahres durften wir Sie bereits zu den ersten Einsatzmöglichkeiten von Künstlicher Intelligenz in der Arztpraxis befragen. Ihre damals wegweisenden Einblicke haben nicht nur gezeigt, welche Potenziale KI schon damals entfaltete, sondern auch klare Handlungsimpulse für Praxisalltag und Datenschutz geliefert. Umso mehr freuen wir uns, Sie nun erneut zum Gespräch begrüßen zu dürfen. Für unsere Leserinnen und Leser, die Sie noch nicht kennen: Sie sind als selbstständiger Berater für Arztpraxen im niedersächsischen Raum, aber auch bundesweit, aktiv. Ihr Fokus liegt dabei v.a. auf der Prozessoptimierung, die Schnittmenge zum Thema KI liegt auf der Hand. Sie selbst haben bereits vor rd. zwei Jahren die allgemeinmedizinische Praxis Ihrer Ehefrau auf dem Weg der KI-Implementierung begleitet. Das Projekt wurde erst kürzlich im NDR vorgestellt.

Nun zurück zu meiner ersten Frage, was hat sich seit unserem letzten Gespräch im Bereich von KI-Anwendungen im ambulanten Bereich getan?

**Pschunder:** In den letzten zwölf Monaten hat sich im Bereich der Künstlichen Intelligenz in der ambulanten Versorgung spürbar viel getan. Was vor einem Jahr für viele noch wie ein Zukunftsthema wirkte, ist heute in zahlreichen Praxen bereits gelebter Alltag. Immer mehr Ärztinnen, Ärzte und Praxisteams setzen KI gezielt ein, um ihren Arbeitsalltag effizienter zu gestalten und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Besonders eindrucksvoll zeigt sich dies am Beispiel der allgemeinmedizinischen Praxis meiner Ehefrau, in welcher KI mittlerweile fester Bestandteil der täglichen Abläufe ist – etwa bei der Erstellung von Arztbriefen, Anträgen oder bei der Identifikation ausländischer

Medikamente. Die Anwendungen sind praxisnah, leicht verständlich und sparen vor allem eines: Zeit. Dabei ist der Zugang zur Technologie heute einfacher denn je. Ein Internetanschluss, ein modernes KI-Tool wie ChatGPT oder Copilot und eine kurze Einweisung genügen, um mit der Arbeit zu beginnen. Viele Praxen berichten bereits nach wenigen Tagen von spürbaren Entlastungen und mehr Freude bei der Arbeit. KI zeigt in diesem Zusammenhang nicht nur, wie viel Potenzial in der Automatisierung administrativer Aufgaben steckt, sondern auch, wie groß die Chance ist, trotz Fachkräftemangel eine hochwertige Patientenbetreuung zu ermöglichen.

Und genau hier liegt auch ein entscheidender Punkt: In Zeiten, in denen medizinisches Fachpersonal knapp ist, bietet Künstliche Intelligenz eine enorme Möglichkeit, Prozesse effizienter zu gestalten. Ob bei der Dokumentation, Kommunikation mit Krankenkassen oder der Zusammenfassung medizinischer Informationen – vieles ließe sich vereinfachen, beschleunigen und standardisieren.

Doch obwohl das Potenzial groß ist, bleibt die Umsetzung in vielen Fällen ausgebremst. Der Grund ist in erster Linie der Datenschutz. Die berechtigte Sorge um sensible Patientendaten führt dazu, dass viele Möglichkeiten gar nicht erst genutzt werden – nicht, weil sie technisch nicht machbar wären, sondern weil es an passenden, datenschutzkonformen Lösungen fehlt. Was es jetzt braucht, sind Menschen und Unternehmen, die den Mut haben, genau hier anzusetzen. Es fehlt an "Machern" im Gesundheitssystem, die KI-Lösungen entwickeln, die mit den hohen Anforderungen des Datenschutzes vereinbar sind. Eine denkbare Lösung wären eigene KI-Server, die innerhalb des TI-Netzwerks (Anm. d. Red.: Telematikinfrastruktur) betrieben werden und so maximale Sicherheit mit moderner Technologie verbinden. Solche Angebote könnten der Schlüssel sein, um dem deutschen Gesundheitssystem einen echten Digitalisierungsschub zu geben.

**Impulse:** Unser Leserinnen und Leser werden mir sicherlich zustimmen wenn ich sage, dass man Ihre Begeisterung für das Thema sofort spürt. Richten wir unseren Blick nun in die Zukunft. Wie sehen Sie die Entwicklung in den nächsten zwei Jahren – wird KI ein selbstverständlicher Bestandteil jeder Praxisorganisation sein?

**Pschunder:** In den nächsten zwei Jahren wird sich Künstliche Intelligenz mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem selbstverständlichen Bestandteil vieler, wenn

nicht sogar der meisten Praxisorganisationen entwickeln – zumindest in den Bereichen, in denen sie konkrete und spürbare Entlastung bringt. Denn der Druck im Gesundheitswesen wächst weiter: der Mangel an Fachkräften verschärft sich, die Anforderungen an Dokumentation, Kommunikation und Qualität steigen, und gleichzeitig wünschen sich Patientinnen und Patienten eine persönliche, verlässliche Betreuung. Genau hier kann KI helfen, und das auf eine Weise, die einfach, schnell und direkt umsetzbar ist.

Wir sehen heute schon, wie KI Aufgaben übernimmt, die bisher wertvolle Zeit gekostet haben – von der Erstellung medizinischer Schreiben über das Auswerten von Informationen bis hin zur Unterstützung bei Übersetzungen oder Medikamentenvergleichen. Die Einstiegshürden sind niedrig, die Wirkung hoch. Dieser Nutzen spricht sich herum, wird ausprobiert und begeistert – sowohl Ärztinnen als auch medizinische Fachangestellte. Wenn diese Entwicklung weiter so dynamisch verläuft, wird es bald ganz selbstverständlich sein, dass KI zur täglichen Unterstützung gehört – genauso wie schon die digitale Patientenakte oder das E-Rezept.

Allerdings hängt dieser Fortschritt auch davon ab, ob es gelingt, datenschutzkonforme Lösungen zu etablieren. Denn solange KI-Tools nur über Cloud-Lösungen laufen, die außerhalb des deutschen oder europäischen Rechtsrahmens agieren, bleiben viele Praxen vorsichtig – aus gutem Grund. Es braucht dringend sichere, speziell für das Gesundheitswesen entwickelte KI-Systeme, die innerhalb geschützter Strukturen wie dem TI-Netzwerk betrieben werden können. Eigene KI-Server für Praxen wären ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Deshalb: Ja, die Entwicklung geht klar in Richtung „selbstverständlicher Bestandteil“, aber nur dann, wenn jetzt die Weichen richtig gestellt werden.

**Impulse:** Zur Einordnung für unsere Leserinnen und Leser: Sie sprechen damit vor allem den EU AI Act der Europäischen Union aus dem letzten Jahr an, welcher einen einheitlichen Rechtsrahmen für den Umgang mit Künstlicher Intelligenz geschaffen hat. Sobald hierbei ein KI-System potenziell Einfluss auf die Gesundheit oder Sicherheit von Menschen nimmt, greift der Hochrisikobereich des EU AI Acts. Habe ich das richtig verstanden?

**Pschunder:** Ganz richtig, dies zieht eine Reihe technischer und organisatorischer Pflichten nach sich. Auch wenn viele Praxen zunächst „nur“ Anwender sind, tragen sie Verantwortung für den sicheren und rechtskonformen Einsatz der Technologie. Ich erarbeite hierfür im Moment ein Schulungsangebot für Praxen, welches voraussichtlich im Herbst 2025 auf den Markt kommt.

**Impulse:** Ich bin gespannt! Wo würden Sie aktuell die größten Hemmnisse beim Einsatz von KI im ambulanten Bereich sehen – eher in der Technik oder in der Akzeptanz der Anwender?

**Pschunder:** Im Moment erleben wir im ambulanten Bereich eine beeindruckende Aufbruchstimmung, wenn es um den Einsatz von Künstlicher Intelligenz geht – und zwar über alle Altersgruppen hinweg. Die Akzeptanz in der Bevölkerung ist erstaunlich hoch. Patienten zeigen sich neugierig, offen und häufig sogar begeistert, wenn sie erleben, wie KI den Ablauf in der Praxis verbessert und dabei trotzdem der persönliche Kontakt zum medizinischen Team erhalten bleibt. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel dafür ist ein Projekt, das wir gemeinsam mit einem Softwareunternehmen aus Hannover umgesetzt haben: In unserer Praxis haben wir einen KI-Avatar getestet, der im Aufnahmezimmer mit unseren Patientinnen und Patienten spricht. Dieser Avatar stellt gezielt Fragen, führt eine vollständige Anamnese durch und erstellt daraufhin nicht nur eine strukturierte Zusammenfassung, sondern gibt auch konkrete Handlungsempfehlungen für unsere MFA – zum Beispiel, ob ein Urintest oder ein EKG vor dem Arztgespräch sinnvoll wäre.

Das bedeutet: Wenn der Patient ins Sprechzimmer kommt, ist bereits alles vorbereitet, relevante Voruntersuchungen sind erledigt und der Arzt kann sich ganz auf das Gespräch und die individuelle Behandlung konzentrieren. Was uns besonders überrascht hat: Dieses Projekt wurde von allen Altersgruppen hervorragend angenommen – von jungen Menschen, die digitale Angebote ohnehin als selbstverständlich betrachten, bis hin zu älteren Patienten, die dem System mit Neugier und Respekt begegnet sind. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv: Die Patienten fühlten sich ernst genommen, gut vorbereitet und vor allem – nicht allein gelassen. Denn der KI-Avatar ersetzt kein Gespräch mit dem Arzt, sondern bereitet es so effizient vor, dass mehr Zeit für das Wesentliche bleibt.

Der Andrang und das Interesse an diesem Projekt waren so groß, dass sogar der NDR darüber berichtet hat. Das zeigt: Künstliche Intelligenz ist längst nicht mehr nur ein Thema für Technik-Enthusiasten. Sie hat das Potenzial, die medizinische Versorgung für alle Generationen zu verbessern – wenn sie menschlich, sinnvoll und verantwortungsvoll eingesetzt wird. Gerade deshalb glauben wir: Die größten Hemmnisse liegen nicht mehr in der Technik – sie funktioniert. Und auch nicht mehr in der Akzeptanz – die ist da. Was jetzt fehlt, sind klare Strukturen, datenschutzkonforme Lösungen und der Mut, solche Innovationen flächendeckend möglich zu machen. Denn wenn Menschen spüren, dass KI sie unterstützt, entlastet und den Praxisbesuch

angenehmer macht, dann wird sie ganz selbstverständlich Teil unseres Gesundheitswesens werden.

**Impulse:** Beeindruckend! Wie weit sind beim Thema KI z.B. die PVS-Anbieter?

**Pschunder:** Bei den PVS-Anbietern (Anm. d. Red.: Praxisverwaltungssystem) sehen wir nach wie vor große strukturelle Hürden – und das hat viel mit ihrer ursprünglichen Ausrichtung zu tun. Diese Systeme wurden in erster Linie für die Abrechnung mit den Krankenkassen entwickelt. Genau dort liegt auch heute noch ihr Schwerpunkt. Eine echte Weiterentwicklung hin zu offenen, intelligenten Praxisplattformen hat bislang nur sehr zögerlich stattgefunden. Selbst wenn inzwischen GDT-Schnittstellen (Anm. d. Red.: Geräte-Daten-Träger) für medizinische Geräte verfügbar sind, reichen diese bei Weitem nicht aus, um moderne Anforderungen zu erfüllen.

Was es dringend braucht, sind standardisierte API-Schnittstellen (Anm. d. Red.: Application-Programming-Interface), die es ermöglichen, dass KI-Anwendungen, smarte Analyse-Tools oder digitale Assistenzsysteme reibungslos mit dem PVS kommunizieren. Nur dann lassen sich innovative Lösungen nahtlos in den Arbeitsalltag integrieren – und genau das erwarten sowohl Praxisteams als auch Patienten heute. Ohne diese Offenheit bleiben viele Praxen auf Insellösungen angewiesen. Das führt nicht nur zu doppelten Prozessen, sondern stellt auch ein Risiko in Bezug auf den Datenschutz dar. Denn KI darf im Gesundheitswesen nicht irgendwo in der Cloud betrieben werden, sondern muss in einer gesicherten, rechtskonformen Infrastruktur laufen – idealerweise innerhalb des TI-Netzwerks oder auf zertifizierten, praxiseigenen KI-Servern. Es braucht also ein klares Umdenken: PVS-Systeme müssen sich vom reinen Abrechnungswerkzeug hin zu offenen, zukunftsfähigen Plattformen entwickeln. Nur so lässt sich die digitale Transformation im Gesundheitswesen sicher und nachhaltig gestalten – mit echtem Mehrwert für Praxis und Patient.

**Impulse:** Halten Sie eine flächendeckende Integration von KI in ländlichen Regionen für realistischer als in urbanen Räumen – oder umgekehrt?

**Pschunder:** Tatsächlich halte ich eine flächendeckende Integration von Künstlicher Intelligenz in ländlichen Regionen sogar für realistischer – und in gewisser Weise auch dringlicher – als in urbanen Räumen. In Städten gibt es meist eine höhere Arztdichte, spezialisierte Angebote und größere medizinische Einrichtungen, die gewisse Herausforderungen intern besser abfedern können. Auf dem Land hingegen sehen wir uns oft mit einem spürbaren Fachkräftemangel, längeren

Wartezeiten und einer besonders hohen Arbeitsbelastung konfrontiert – gerade in hausärztlichen Praxen oder kleineren Versorgungseinheiten. Genau hier kann KI ihren größten Nutzen entfalten: Sie entlastet die Mitarbeitenden, beschleunigt Abläufe, verbessert die Vorbereitung auf das Arztgespräch und hilft dabei, trotz knapper Ressourcen eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

In unserer eigenen ländlichen Praxis erleben wir jeden Tag, wie gut diese Technologie angenommen wird – nicht nur vom Team, sondern auch von unseren Patientinnen und Patienten, unabhängig vom Alter. Der Bedarf an digitaler Unterstützung ist da – und die Offenheit ebenfalls. Voraussetzung ist natürlich, dass die technischen Grundlagen stimmen: Eine stabile Internetverbindung, sichere IT-Strukturen und vor allem datenschutzkonforme Lösungen, die auch in kleinen Praxen problemlos einsetzbar sind. Wenn diese Rahmenbedingungen geschaffen werden – etwa durch eigene KI-Server im TI-Netzwerk oder durch einfache, nutzerfreundliche Anwendungen –, dann kann der ländliche Raum sogar zum Vorreiter werden. Denn wo der Druck groß ist, wächst oft auch die Bereitschaft, neue Wege zu gehen.

**Impulse:** Welche Haltung nehmen die KVen hinsichtlich neuer KI-Anwendungen ein?

**Pschunder:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen das Potenzial von Künstlicher Intelligenz zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Entlastung der Praxen. Sie betonen jedoch die Notwendigkeit klarer Rahmenbedingungen für den Einsatz von KI im Gesundheitswesen. So fordert beispielsweise die KV Niedersachsen die Definition und Einhaltung solcher Rahmenbedingungen. Die KVen sehen in der Digitalisierung, einschließlich KI, eine Chance, die Effizienz in der Patientenversorgung zu steigern. Gleichzeitig weisen sie auf Herausforderungen hin, insbesondere in Bezug auf Haftungsfragen, Datenschutz und Qualitätssicherung. Sie betonen die Bedeutung europäischer Standards und Trainingsdaten für den sicheren Einsatz von KI. Zusammenfassend fördern die Kassenärztlichen Vereinigungen den verantwortungsvollen Einsatz von KI, um die medizinische Versorgung zu verbessern, und setzen sich für klare Regularien ein, um Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen zu gewährleisten.

**Impulse:** Wie begegnen Sie der Skepsis gegenüber KI im direkten Patientenkontakt – insbesondere bei sensiblen Themen wie Diagnostik? Bringen die Patienten bereits Erfahrungen im Umgang mit KI mit?

**Pschunder:** Der Skepsis gegenüber KI im direkten Patientenkontakt begegnen wir mit Transparenz,

Einfühlungsvermögen und einer klaren Haltung: KI ist bei uns ein unterstützendes Werkzeug – kein Ersatz für den Menschen. Gerade bei sensiblen Themen wie Diagnostik ist es uns besonders wichtig, dass der persönliche Kontakt an erster Stelle steht.

Die Entscheidung, eine KI-Anwendung zu nutzen, kommunizieren wir offen und erklären den Patientinnen und Patienten, welchen Zweck sie erfüllt: zum Beispiel bessere Vorbereitung auf das Arztgespräch, strukturierte Anamnese oder schnellerer Zugang zu relevanten Informationen. Das schafft Vertrauen. Was wir dabei erleben, ist überraschend positiv. Viele Patienten – auch ältere – bringen bereits Erfahrungen mit digitalen Tools oder sogar mit KI mit, sei es über Sprachassistenten wie Siri oder Alexa oder durch die mediale Präsenz von Programmen wie ChatGPT. Sie sind oft neugierig, stellen Fragen und empfinden es als modern und fortschrittlich, dass ihre Praxis neue Technologien einsetzt. Wichtig ist, dass sie spüren: Die Technik nimmt ihnen nichts weg – sie bringt ihnen im Gegenteil mehr Aufmerksamkeit, mehr Zeit mit dem Arzt und bessere Vorbereitung. Kurz gesagt: Skepsis verschwindet, sobald der Nutzen klar wird und die Menschlichkeit erhalten bleibt. KI darf nie als Ersatz für Empathie dienen – aber sie kann sie möglich machen, indem sie Freiräume schafft, in denen echte Gespräche wieder Platz finden.

**Impulse:** Sie hatten beiläufig erwähnt, dass Sie mit der Praxis Ihrer Ehefrau kürzlich in einem NDR-Bericht zu sehen waren. Um was ging es dabei?

**Pschunder:** Ein innovatives Unternehmen aus Hannover kam mit einer klaren Vision auf uns zu: Künstliche Intelligenz praxisnah weiterentwickeln – und zwar dort, wo sie wirklich gebraucht wird. Gesucht wurde eine fortschrittliche Arztpraxis, die bereit ist, neue KI Technologien nicht nur zu testen, sondern gemeinsam mit Patientinnen und Patienten weiterzudenken. Unsere Praxis hat sich dieser Aufgabe gestellt, weil wir überzeugt sind, dass moderne Medizin den Mut zur Veränderung braucht – und Innovation dann gelingt, wenn sie im echten Alltag entsteht. Im Rahmen dieses Projekts entstand eine enge Zusammenarbeit zwischen Technik und Versorgungspraxis. Die eingesetzte KI wurde direkt im Patientenkontakt getestet, Feedback aus dem Team und von den Patienten floss unmittelbar in die Weiterentwicklung der Software ein. Dabei zeigte sich schnell: Das Potenzial geht weit über die klassische Anamnese hinaus.

Ein besonders spannender Ansatz entwickelte sich im Laufe des Projekts im Bereich der Kindervorsorge. Die sogenannten U-Untersuchungen stellen gerade Kinderärztinnen und -ärzte zunehmend vor sprachliche und kulturelle Herausforderungen. Migration,

Mehrsprachigkeit und Unsicherheiten im Gespräch erschweren die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen erheblich. Genau hier kann unsere getestete KI einen echten Mehrwert bieten. Die Anwendung beherrscht neun Sprachen, kann mit dem Kind altersgerecht interagieren und strukturiert durch die Inhalte der U-Untersuchung führen. Im Anschluss werden die Ergebnisse automatisch auf Deutsch für das medizinische Fachpersonal zusammengefasst – verständlich, vollständig und rechtssicher dokumentiert. Für das Team bedeutet das: weniger Missverständnisse, mehr Klarheit und vor allem mehr Zeit für die ärztliche Einschätzung. Was zunächst als internes Pilotprojekt gedacht war, hat schnell überregionale Aufmerksamkeit erregt. Die ersten Berichte erschienen in lokalen Zeitungen, die das Thema aufgrund seiner gesellschaftlichen Relevanz und Innovationskraft aufgegriffen haben. Die Resonanz war so groß, dass sich kurze Zeit später sogar das NDR Fernsehen bei uns meldete – mit dem Wunsch, einen Beitrag über das Projekt zu drehen und damit einem noch größeren Publikum zu zeigen, wie KI im Praxisalltag heute schon konkret funktioniert. Dieser Anwendungsfall zeigt exemplarisch, wie KI sinnvoll in medizinische Prozesse integriert werden kann. Nicht als Ersatz, sondern als Werkzeug, das unterstützt, vereinfacht und beschleunigt – und damit echte Entlastung schafft. Die digitale Begleitung von Vorsorgeuntersuchungen ist ein konkretes Beispiel dafür, wie Technologie helfen kann, Qualität zu sichern, Zugänge zu verbessern und interkulturelle Barrieren abzubauen. Ein echter Fortschritt – nicht nur für die Praxis, sondern für die Versorgung insgesamt.

**Impulse:** Herzlichen Glückwunsch zu dieser überregionalen medialen Präsenz! Inwieweit spielt die KI – Ihrer Kenntnis nach – bereits eine Rolle beim Arztstudium oder bei der Ausbildung zum Physician Assistant?

**Pschunder:** Im Medizinstudium und in der Ausbildung zum Physician Assistant wird das Thema Künstliche Intelligenz bislang kaum behandelt. Viele Ärztinnen und Ärzte setzen sich erst im Berufsalltag – oft unter Zeitdruck – mit digitalen Lösungen auseinander. Das ist schade, denn KI kann Prozesse spürbar erleichtern und schafft Raum für echte Patientenzeit. Ein Arzt muss dabei nicht alles selbst umsetzen. Entscheidend ist, dass er erkennt, welches Potenzial KI bietet, und ein Umfeld schafft, in dem Mitarbeitende Verantwortung übernehmen können. Genau hier liegt der Schlüssel: Motivierte, digital affine Mitarbeitende sind der Motor für Veränderung. Sie bringen Ideen ein, testen neue Tools und treiben Innovation im Praxisalltag voran.

**Impulse:** Kann man die Entlastung durch den Einsatz KI bei Ärzten und MFA in Zeit messen? Können Sie konkrete Fallbeispiele nennen?

**Pschunder:** Ja, die Entlastung durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz lässt sich ganz klar in Zeit messen – und zwar in nahezu jedem Bereich des Praxisalltags. In unserer Praxis haben wir konkrete Zahlen, die den Unterschied deutlich machen: Ein Beispiel ist das Schreiben von Arztbriefen oder Attesten. Was vorher pro Dokument etwa 8 bis 10 Minuten gedauert hat, erledigt die KI heute in 20 bis 30 Sekunden – bei gleicher Qualität, strukturiert und fehlerfrei. Die Mitarbeitenden müssen nur noch prüfen und ggf. ergänzen. Das spart pro Tag schnell eine Stunde oder mehr, allein bei administrativen Textaufgaben. Ein weiteres Beispiel ist der bereits angesprochene KI-gestützter Avatar im Aufnahmezimmer. Er führt eigenständig die Anamnese mit dem Patienten durch, erkennt relevante Symptome, dokumentiert strukturiert und gibt dem Praxisteam Handlungsempfehlungen wie „Urinprobe anfordern“ oder „EKG schreiben“. So ist der Patient bestens vorbereitet, bevor er überhaupt das Sprechzimmer betritt. Das spart nicht nur Zeit im Arztgespräch, sondern entlastet auch das MFA-Team, das nicht mehr jede Information mühsam selbst erheben muss.

Besonders deutlich zeigt sich der Effekt bei mehrsprachigen Patienten: Die KI kann Anamnesen in neun Sprachen führen, die Ergebnisse automatisch ins Deutsche übersetzen und damit Kommunikationsbarrieren abbauen, die sonst viel Zeit und Personal erfordern würden. Kurz gesagt: KI ersetzt keine Menschen – aber sie gibt ihnen Zeit zurück. Zum Schluss noch ein Beispiel: Eine Patientin kam mit einem Medikament aus Russland – kyrillische Schrift, keine Übersetzung. Wir machten ein Foto, ließen die KI die Inhaltsstoffe erkennen, übersetzen und gaben die Frage ein: „Welche drei gleichwertigen Medikamente gibt es in Deutschland?“ Die Antwort kam in weniger als fünf Sekunden, übersichtlich, verständlich, mit direkten Handlungsempfehlungen.

**Impulse:** Herr Pschunder, wie immer war es mir eine große Freude! Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Ich würde sagen: Bis in einem Jahr!

---

## „Der Grundstein für ein Stück Zukunft“ – Für das kommunale MVZ Marienmünster beginnt ein neues Kapitel

**Zwölf Monate nach dem Auftaktinterview treffen wir Josef Suermann erneut. Im Fokus: der Weg des kommunalen MVZ Marienmünster. Wir lassen die Inbetriebnahme Revue passieren, ordnen die Erfahrungen des ersten Jahres ein und sprechen über den anstehenden Meilenstein – die Grundsteinlegung des neuen MVZ-Gebäudes. (Das damalige Interview können Sie der Ausgabe 2/2024 entnehmen).**



(links) Josef Suermann, scheidender Bürgermeister der Stadt Marienmünster (Kreis Höxter), im Gespräch über Aufbau und Perspektiven des MVZ.

Das Interview für Impulse führte Luise Viktoria Ruß.

**Impulse:** Herr Suermann, im ersten Gespräch vor rund eineinhalb Jahren haben Sie über Motivation und Herausforderungen bei der Gründung des kommunalen MVZ berichtet. Wenn Sie heute zurückblicken: Wie hat sich Ihre Sicht verändert – und welche Entwicklungen haben Sie besonders geprägt?

**Suermann:** Nach der Gründung der MVZ-Marienmünster GmbH konnten wir unser Team deutlich erweitern: Zwei weitere Hausärzte und ein Neurologe sind hinzugekommen. Außerdem hat zum 1. September 2025 eine Ärztin ihre Weiterbildung zur Fachärztin in unserem MVZ begonnen. Damit haben wir unser Ziel, die hausärztliche Versorgung vor Ort zu sichern, mehr als erfüllt.

Bemerkenswert ist auch, dass unsere Initiative in der Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit fand. Viele Nachbarstädte und -kreise haben daraufhin ihre eigene Versorgungssituation kritisch geprüft. Denn der drohende Hausärztemangel betrifft längst nicht nur Marienmünster. Entsprechend hoch ist die Nachfrage nach unseren Erfahrungen bei Amtskollegen.

**Impulse:** Am 26. August 2025 fand der Spatenstich für den MVZ-Neubau statt. Welche Bedeutung hat dieser Schritt – und welche Stimmung nehmen Sie in Verwaltung, Politik und Bürgerschaft wahr?

**Suermann:** Ich habe es bei meinem Pressestatement so formuliert: „Wir legen heute den Grundstein für ein Stück Zukunft – für eine moderne, wohnortnahe und verlässliche medizinische Betreuung.“ Genau so wird das Projekt auch in der Bürgerschaft wahrgenommen. Die ärztliche Leiterin unseres MVZ, Frau Krahn, berichtet von großer Dankbarkeit und Zustimmung seitens der Patientinnen und Patienten – und auch ich nehme dies in persönlichen Gesprächen so wahr. Der Stadtrat hat alle Beschlüsse zum MVZ einstimmig gefasst und steht weiterhin voll hinter dem Projekt. Was ich aber betonen möchte: Für eine kleine Kommune mit knapp 5.000 Einwohnern ist der Betrieb eines MVZ und der Bau eines eigenen Gebäudes eine enorme Herausforderung – auch finanziell. Dass es dafür weder vom Land noch vom Bund eine gezielte Unterstützung gibt, ist enttäuschend. Fördergelder gibt es heute für vieles – nur nicht für eine der wichtigsten Aufgaben überhaupt: die Sicherung der medizinischen Grundversorgung.



**Impulse:** Zum 1. Januar 2025 hat Herr Dr. Lunemann die Leitung an Frau Olga Krahn übergeben. Gleichzeitig wurde mit Unterstützung der KVWL eine Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin eingerichtet. Was bedeutet das für die Zukunftsfähigkeit des MVZ?

**Suermann:** Ich bin Frau Krahn sehr dankbar, dass sie die Weiterbildungsqualifikation erworben hat. Dadurch konnten wir eine junge Ärztin gewinnen, die bei uns ihre Facharztausbildung absolviert. Wir hoffen natürlich, dass sie auch nach Abschluss ihrer Weiterbildung bei uns bleibt – zumal in den nächsten Jahren eine Kollegin in Ruhestand gehen wird. Die Chancen stehen gut: Die junge Ärztin hat mit ihrer Familie direkt im Neubaugebiet neben dem MVZ gebaut. Ausschlaggebend waren für sie nicht nur die Weiterbildungsmöglichkeiten, sondern auch das attraktive Baugebiet und die sehr gute frühkindliche Betreuung in unserer Stadt.



**Spatenstich des MVZ-Neubau am 26. August 2025. Vorne im Bild BGM Josef Suermann und Gabriele Dostal (Geschäftsführerin des MVZ)**

**Impulse:** Mit dem Spatenstich beginnt die nächste Phase. Welche Schwerpunkte setzt die Kommune in dieser Zeit – und wie sichern Sie die Unterstützung?

**Suermann:** Wir möchten das Umfeld des MVZ aufwerten und haben deshalb im Stadtrat ein Integriertes Stadtentwicklungskonzept (ISEK) beschlossen. Damit können wir über die Städtebauförderung Maßnahmen mitfinanzieren, etwa neue Parkplätze, die Sanierung einer Nachbarstraße, den Ausbau eines leerstehenden Gasthauses zum Bürgerzentrum, den Abriss einer Schrottimobilie und die Aufwertung der Ortsdurchfahrt. Diese Schritte sollen die Attraktivität der Umgebung erhöhen – für Bürgerinnen und Bürger ebenso wie für medizinisches Personal und Patientinnen und Patienten.

**Impulse:** Worauf sind Sie als Bürgermeister in den vergangenen 18 Monaten besonders stolz? Und was würden Sie heute anders machen?

**Suermann:** Ich bin sehr stolz darauf, dass der Stadtrat diesen mutigen Weg mitgetragen hat. Ohne diese Geschlossenheit wäre das Projekt nicht möglich gewesen. Besonders freut mich, dass wir neue Ärztinnen und Ärzte gewinnen konnten und das MVZ auf breite Zustimmung gestoßen ist.

Ein weiterer Erfolg: Für die bisherigen Praxisräume haben wir bereits Nachmieter gefunden – eine Osteopatin und eine Ergotherapeutin. Zusammen mit der Apotheke und der Physiotherapiepraxis entsteht so ein kleines „Gesundheitseck“ für unsere Stadt. Rückblickend fällt mir nichts ein, was ich im Zusammenhang mit dem MVZ anders angehen würde.

**Impulse:** Das MVZ Marienmünster hat Signalwirkung für andere Gemeinden. Was raten Sie Kommunen ähnlicher Größe?

**Suermann:** Entscheidend ist, dass etablierte Hausärzte mit einsteigen. Ein MVZ „auf der grünen Wiese“ zu planen, ist weitaus schwieriger und finanziell belastender. Wichtig ist auch, die Ärzteschaft einzubinden und nicht gegen ihren Willen zu handeln. Zudem empfehle ich, frühzeitig Gespräche mit der KV und der Kommunalaufsicht zu führen.

**Impulse:** Sie treten bei der Kommunalwahl im September nicht mehr an. Wie blicken Sie persönlich auf diesen Einschnitt – und was wünschen Sie sich für das MVZ in Zukunft?

**Suermann:** Natürlich blicke ich mit gemischten Gefühlen auf meine Pensionierung. Einerseits freue ich mich auf freie Abende, Wochenenden und mehr Zeit für Hobbys und Freunde. Andererseits wird es eine Herausforderung, den Alltag neu zu strukturieren – von 150 auf 0 fällt der Übergang nicht leicht. Für das MVZ wünsche ich mir langfristig stabile Finanzen, ausreichend Personal und zufriedene Patientinnen und Patienten. Wenn wir zumindest eine „schwarze Null“ erzielen und das Versorgungsniveau halten können, wäre das ein großer Erfolg.

**Impulse:** Herr Suermann, vielen Dank für das Gespräch und die sehr angenehme Zusammenarbeit!

---

## Impressum

### Herausgeber

dostal & partner management-beratung gmbh

84137 Vilsbiburg Bahnhofstraße 5 Tel.: +49 (0)8741 9678910  
Fax: +49 (0)8741 9678929

90461 Nürnberg Frankenstraße 152 Tel.: +49 (0)911 2379305  
Fax: +49 (0)911 2379299

50672 Köln Hohenzollernring 57 Tel.: +49 (0)221 16025 205  
Fax: +49 (0)221 16025 29

70173 Stuttgart Königstraße 27

10117 Berlin Friedrichstraße 171

E-Mail: [info@dostal-partner.de](mailto:info@dostal-partner.de)

Web: [www.dostal-partner.de](http://www.dostal-partner.de)

### Redaktion

Luise Viktoria Ruß