ESISMEDICAL

REPORT · ÄRZTLICHE PERSONALGEWINNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Ärztemangel in Deutschland: Zahlen, Prognosen und Handlungsspielräume für Kliniken und Praxen

Der Ärztemangel bestimmt die Personalrealität in Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen bereits heute. Dieser Report ordnet die Entwicklung anhand offizieller Daten ein, beschreibt die zu erwartende Verschärfung bis 2035 und bewertet die Wege, über die sich ärztliche Schlüsselpositionen auch in einem angespannten Markt verlässlich besetzen lassen.

Stand 2026 · Datenbasis: Bundesärztekammer · Kassenärztliche Bundesvereinigung · Bundesagentur für Arbeit · Deutsches Krankenhausinstitut · Robert Bosch Stiftung

AUF EINEN BLICK

Das Wichtigste in Kürze

+2,0 %

jährliches Wachstum der Ärzteschaft, von der Bundesärztekammer selbst als zu niedrig für eine gesicherte Versorgung bewertet

BÄK 2025

~1 / 4

der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist 60 Jahre oder älter

BÄK 2025

167 Tage

bleiben Arztstellen im Median unbesetzt, länger als in jedem anderen Beruf

Bundesagentur für Arbeit

58 %

der Krankenhäuser können offene Arztstellen nicht problemlos besetzen

DKI

~5.000

Hausarztsitze sind schon heute unbesetzt, überwiegend in ländlichen Regionen

KBV

~11.000

fehlende Hausärztinnen und Hausärzte werden bis 2035 prognostiziert

Robert Bosch Stiftung

Der Ärztemangel ist keine ferne Prognose mehr, sondern für viele Einrichtungen Teil des Betriebsalltags. Kliniken, MVZ und Praxen konkurrieren zunehmend um eine begrenzte Zahl qualifizierter Fach- und Führungskräfte, während die Nachfrage nach medizinischer Versorgung demografisch weiter steigt. Der vorliegende Report fasst die belastbaren Daten zusammen, erläutert die strukturellen Ursachen und ordnet ein, welche Besetzungswege unter diesen Bedingungen tatsächlich tragfähig sind.

DIE LAGE AM ARBEITSMARKT

Mehr Ärztinnen und Ärzte, und dennoch zu wenige

Die Zahlen wirken auf den ersten Blick widersprüchlich. Ihre Auflösung erklärt, warum der Mangel trotz wachsender Ärzteschaft zunimmt.

Die absolute Zahl der Ärztinnen und Ärzte steigt seit Jahren. Entscheidend für die Versorgung ist jedoch nicht die reine Kopfzahl, sondern das Zusammenspiel aus Altersstruktur, tatsächlich geleisteter Arbeitszeit und regionaler Verteilung. Genau hier verschieben sich die Verhältnisse zuungunsten der Einrichtungen.

Berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Deutschland



Wachstum rund +2,0 % pro Jahr. Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik.

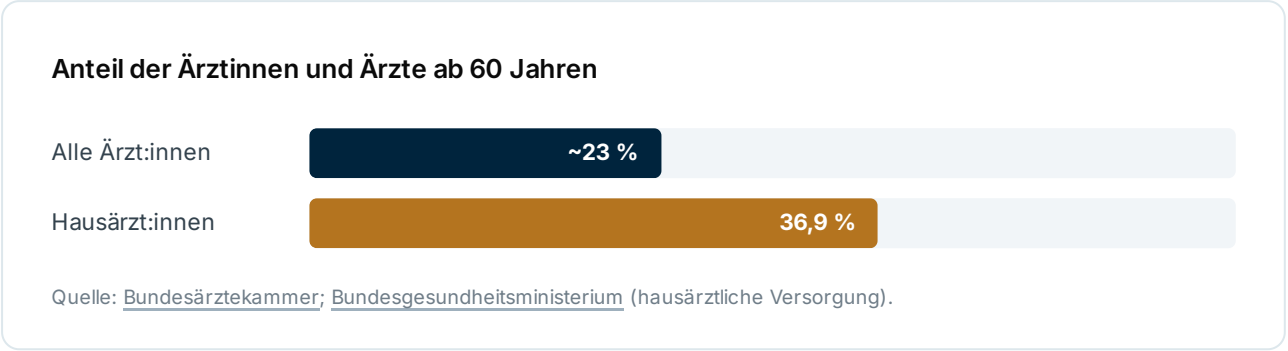
Zum Stichtag Ende 2025 zählte die Bundesärztekammer rund **446.000** berufstätige Ärztinnen und Ärzte, nach etwa 437.000 im Vorjahr. Das entspricht einem Zuwachs von **rund 9.000 Personen (etwa +2,0 %)**.

Warum die Kammer selbst diesen Wert als zu niedrig einordnet, zeigt die Gegenrechnung: **Fast ein Viertel der Ärzteschaft, über 100.000 Personen, ist 60 Jahre oder älter** und wechselt in den kommenden Jahren in den Ruhestand. Dem jährlichen Nettozuwachs von rund 9.000 steht damit eine Abgangswelle gegenüber, die diese Zahl über die Zeit deutlich übersteigt.

Zwei weitere Effekte schwächen den Zuwachs ab. **Erstens** beruht ein erheblicher Teil auf Zuwanderung: Allein 2024 meldeten sich über 5.300 Ärztinnen und Ärzte ohne deutsche Staatsangehörigkeit neu. **Zweitens** überzeichnet die reine Kopfzahl die tatsächlich geleistete Arztzeit, weil parallel mehr in Teilzeit gearbeitet wird.

Die effektiv verfügbare ärztliche Kapazität wächst deshalb spürbar langsamer als zwei Prozent, während die alternde Bevölkerung mehr Leistungen nachfragt. Aus dieser **Schere zwischen langsam wachsendem Angebot und steigender Nachfrage** entsteht der Mangel.

Eine Ruhestandswelle trifft auf kürzere Arbeitszeiten



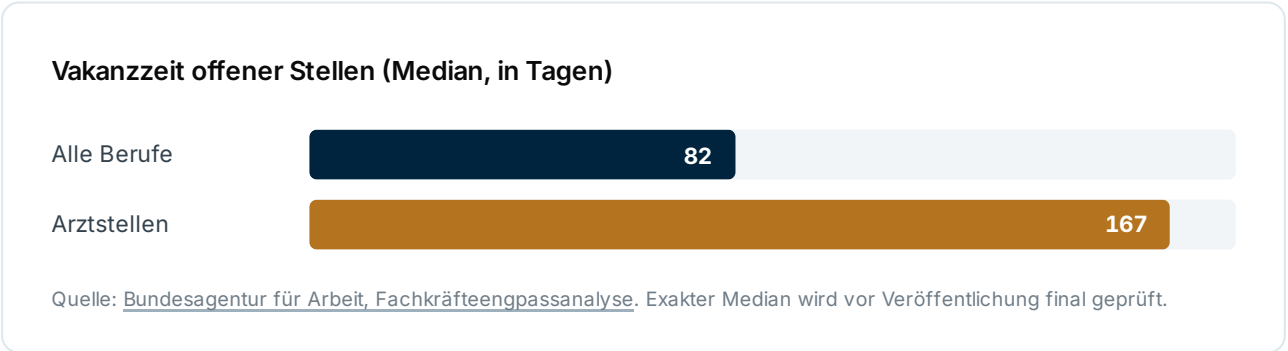
Quelle: Bundesärztekammer; Bundesgesundheitsministerium (hausärztliche Versorgung).

Fast ein Viertel der berufstätigen Ärzteschaft hat das 60. Lebensjahr überschritten: Ende 2023 waren es **96.950 von 428.474** Ärztinnen und Ärzten (22,6 %), mit steigender Tendenz. In der hausärztlichen Versorgung liegt der Anteil mit **rund 37 %** noch einmal deutlich höher, was diesen Bereich besonders verwundbar macht.

Diese Altersstruktur wirkt wie ein Countdown: Eine Projektion im Auftrag der Robert Bosch Stiftung geht davon aus, dass allein bis 2035 **rund 30.000 Hausärztinnen und Hausärzte (etwa 57 % des heutigen Bestands) altersbedingt ausscheiden**.

Der Nachwuchs kann diese Lücke nur teilweise schließen: Er ist zahlenmäßig kleiner als die abtretenden Jahrgänge, und er arbeitet anders. Jüngere Ärztinnen und Ärzte bevorzugen die Anstellung gegenüber der Niederlassung und häufiger Teilzeit. **Für dieselbe Versorgungsleistung sind heute mehr Köpfe nötig als vor zehn Jahren**, sodass selbst eine konstante Nachwuchszahl den Mangel nicht ausgleichen würde.

Offene Arztstellen bleiben am längsten unbesetzt



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Fachkräfteengpassanalyse. Exakter Median wird vor Veröffentlichung final geprüft.

Wie angespannt der Markt ist, zeigt die Zeit, die eine Besetzung braucht. Laut Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit zählen humanmedizinische Berufe zu den ausgeprägtesten Engpassberufen überhaupt: Offene Arztstellen bleiben im Median **rund 167 Tage** unbesetzt, über alle Berufe sind es etwa **82 Tage**. Eine Arztstelle steht damit **gut doppelt so lange offen**, rund 85 Tage länger.

Diese Kennzahl ist besonders aussagekräftig, weil sie den Mangel nicht behauptet, sondern **misst**: Sie erfasst, wie lange gemeldete Stellen trotz aktiver Suche tatsächlich unbesetzt bleiben.

Für eine Einrichtung bedeutet das ein **halbes Jahr ohne eine Schlüsselkraft**. In dieser Zeit müssen Dienstpläne umverteilt, Leistungen zurückgefahren oder über Honorar- und Vertretungslösungen teuer überbrückt werden, während die verbleibenden Teams die Mehrlast tragen.

Im Krankenhaus verdichtet sich der Mangel

Besonders deutlich wird die Lage in den Kliniken. Nach den Erhebungen des Deutschen Krankenhausinstituts berichten **58 % der Krankenhäuser** von Schwierigkeiten, offene Arztstellen zu besetzen, also mehr als jedes zweite Haus.

Bundesweit bleiben rund **4,1 % der Stellen im Ärztlichen Dienst** unbesetzt. Der Anteil wirkt klein, entspricht hochgerechnet aber **mehreren Tausend fehlenden Ärztinnen und Ärzten**, und er trifft einzelne Abteilungen hart, statt sich gleichmäßig zu verteilen.

Was als Personalfrage beginnt, wird so rasch zur Frage der Versorgungssicherheit und der Wirtschaftlichkeit: Schon eine unbesetzte Oberarzt- oder Chefarztstelle kann Aufnahmestopp, verschobene Eingriffe und Erlösausfälle für eine ganze Abteilung bedeuten.

Der Mangel verteilt sich sehr ungleich

Zur zeitlichen kommt eine räumliche Schieflage. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beziffert die bereits heute unbesetzten Hausarztsitze auf **rund 5.000**, überwiegend in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Bis 2035 könnten **rund 40 % der Landkreise** unter- oder nahe der Unterversorgung liegen.

Der Grund ist strukturell: Nachwuchskräfte lassen sich bevorzugt in Ballungsräumen und im Anstellungsverhältnis nieder, während abtretende Landärztinnen und Landärzte oft keine Nachfolge finden. Der Mangel verschärft sich dadurch genau dort, wo die Versorgungsdichte ohnehin niedrig ist.

Der Ärztemangel ist deshalb **kein bundesweit gleichmäßiges Phänomen**, sondern konzentriert sich auf bestimmte Standorte, Fachrichtungen und Versorgungsebenen. Für die einzelne Einrichtung kann er gravierender ausfallen, als es der Bundesdurchschnitt vermuten lässt.

> **Das Paradox in einem Satz:** Es gibt mehr Ärztinnen und Ärzte als je zuvor, aber die verfügbare Arztzeit verteilt sich auf ältere Jahrgänge, kürzere Arbeitszeiten und ungleiche Regionen, sodass an vielen Standorten dennoch Stellen unbesetzt bleiben.

AUSBLICK

Wie sich die Lücke bis 2035 entwickelt

Zwei unabhängige Prognosen zeichnen dasselbe Bild, lediglich unterschiedlich weit in der Zukunft.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erwartet bereits bis 2030 eine Lücke von **mehr als 6.000 Ärztinnen und Ärzten**, mit rund 4.800 Stellen im ambulanten und etwa 1.500 im stationären Bereich. Die Robert Bosch Stiftung reicht weiter und rechnet für 2035 mit **rund 11.000 unbesetzten Hausarztsitzen**.

Beide Prognosen beruhen auf demselben Mechanismus, den die vorangegangenen Abschnitte belegen: Die altersbedingten Abgänge übersteigen den Zustrom aus Aus- und Weiterbildung, und der Teilzeit-Trend verstärkt die Lücke. Es ist damit **kein Risiko, das eintreten könnte, sondern eine bereits angelegte Entwicklung**, deren Ausmaß nur noch von den Gegenmaßnahmen abhängt.

~6.300

fehlende Ärztinnen und Ärzte bis 2030, rund 4.800 ambulant und 1.500 in Kliniken

KBV-Prognose 2030

~11.000

unbesetzte Hausarztsitze werden für 2035 prognostiziert

Robert Bosch Stiftung

~40 %

der Landkreise wären bis 2035 unter- oder nahe der Unterversorgung

Robert Bosch Stiftung

STRUKTURELLE URSACHEN

Drei Entwicklungen treiben den Mangel

Der Ärztemangel ist kein kurzfristiger Effekt, sondern das Ergebnis langfristiger struktureller Verschiebungen.

Demografie

Ein erheblicher Teil der Ärzteschaft nähert sich dem Ruhestand. Scheiden diese Jahrgänge aus, lässt sich die frei werdende Kapazität durch den zahlenmäßig kleineren Nachwuchs nicht vollständig ersetzen. Zugleich altert die Bevölkerung und benötigt mehr medizinische Leistungen, wodurch Angebot und Nachfrage weiter auseinanderlaufen.

Veränderte Arbeitszeitmodelle

Jüngere Ärztinnen und Ärzte legen mehr Wert auf Vereinbarkeit und arbeiten häufiger in Teilzeit. Die geleistete Arztzeit wächst dadurch deutlich langsamer als die Kopfzahl. Eine Einrichtung muss heute für dieselbe Versorgungsleistung mehr Köpfe gewinnen als noch vor einigen Jahren.

Niederlassungs- und Standortverhalten

Die Anstellung wird der eigenen Praxis zunehmend vorgezogen, und ländliche Regionen finden schwerer Nachfolge. Der Mangel verdichtet sich dadurch an bestimmten Standorten und in einzelnen Fachrichtungen, während er andernorts kaum spürbar ist.

WIRTSCHAFTLICHE FOLGEN

Was eine unbesetzte Schlüsselposition wirklich kostet

Bleibt eine Chefarzt- oder Leitungsposition über Monate vakant, entstehen Kosten weit über das Gehalt hinaus: **entgangene Erlöse, Überstunden der Teams, Einbußen bei der Versorgungsqualität und nachlassende Arbeitgeberattraktivität.**

Die zuvor genannte Vakanzzeit von rund einem halben Jahr macht das greifbar: Über sechs Monate summieren sich entgangene Fallerlöse und Überbrückungskosten selbst bei vorsichtiger Rechnung schnell in einen Bereich, der **die einmalige Besetzungsgebühr einer Personalberatung übersteigt**. Eine Fehlbesetzung, die nach kurzer Zeit wieder ausscheidet, kann ein Vielfaches des Jahresgehalts kosten, weil der gesamte Prozess von vorn beginnt.

> **Kernpunkt:** Der größte Kostenblock ist nicht die Besetzungsgebühr, sondern die Zeit, in der die Stelle leer bleibt, und eine Besetzung, die fachlich oder kulturell nicht trägt.

HANDLUNGSOPTIONEN

Wege der Besetzung im nüchternen Vergleich

Fünf etablierte Wege, ärztliche Positionen zu besetzen, mit ihren jeweiligen Stärken, Grenzen und geeigneten Einsatzbereichen.

WEG	VORTEILE	GRENZEN	AM BESTEN GEEIGNET FÜR
Stellenanzeige / Jobbörse	günstig, schnell aufgesetzt	erreicht nur aktiv Suchende, bei Ärzten begrenzte Wirkung	hohe Sichtbarkeit, gut besetzbare Standardrollen
Social-Media-Recruiting	erreicht auch passiv Suchende, skalierbar, planbare Kosten	Passung bei Spezialist:innen und Führung begrenzt, laufendes Budget und Arbeitgebermarke erforderlich	kontinuierlicher Bedarf an ähnlichen Rollen
Zeitarbeit / Interim	kurzfristig verfügbar, flexibel	teuer im Dauerbetrieb, keine langfristige Bindung	befristete Überbrückung von Engpässen
Eigenes Recruiting / HR	volle Kontrolle, keine externe Gebühr	begrenzte Reichweite in den verdeckten Markt, bindet interne Ressourcen	starke HR-Struktur und Arbeitgebermarke

WEG	VORTEILE	GRENZEN	AM BESTEN GEEIGNET FÜR
Direktansprache über eine spezialisierte Personalberatung	erreicht nicht aktiv suchende Fach- und Führungskräfte, hohe Passgenauigkeit, Diskretion, Begleitung bis zur Integration	höheres Honorar	Chefärzt:innen, ärztliche Leitung, Spezialist:innen und schwer besetzbare Positionen

Warum die Direktansprache bei Schlüsselpositionen den Ausschlag gibt

Die passenden Chefärztinnen, Oberärzte und Leitungskräfte sind in aller Regel fest angestellt und über Anzeigen oder soziale Medien kaum erreichbar. Sie bewegen sich im sogenannten **verdeckten Stellenmarkt**, in dem eine Position nur über gezielte, vertrauliche Ansprache zugänglich wird. Genau hier setzt die spezialisierte Direktansprache an.

Das Honorar liegt über dem einer Anzeige, rechnet sich für kritische Positionen jedoch: Es werden Kandidatinnen und Kandidaten erreicht, die sonst unsichtbar bleiben, und die Stelle wird **beim ersten Anlauf passend besetzt**, statt über Monate mehrere Versuche zu binden.

> **Der Ansatz von ESiS Medical:** gezielte, diskrete Direktansprache im Gesundheitswesen, verbunden mit einem dreistufigen, gehaltsunabhängigen Honorarmodell. Nach einer Startgebühr werden die weiteren Honorare erst bei erfolgreicher Besetzung und nach bestandener Probezeit fällig. So bleiben die Kosten planbar, und zwei Drittel des Honorars sind an den tatsächlichen Besetzungserfolg gekoppelt.

EMPFEHLUNGEN

Fünf Schritte zur Besetzung trotz Mangel

1. **Realistisch profilieren.** Anforderungen und Marktlage frühzeitig abgleichen, statt auf das Idealprofil zu warten.
2. **Den verdeckten Markt erschließen.** Nicht allein ausschreiben, sondern geeignete Personen aktiv und diskret ansprechen.
3. **Zügig und verbindlich entscheiden.** Langwierige Verfahren verlieren die besten Kandidatinnen und Kandidaten.
4. **Arbeitgeberattraktivität sichtbar machen.** Entwicklungsperspektiven, Vereinbarkeit und Kultur konkret benennen.
5. **Über die Probezeit hinaus begleiten.** Ein strukturiertes Onboarding entscheidet über die Nachhaltigkeit der Besetzung.

ESIS MEDICAL

Eine konkrete Vakanz zu besetzen?

Wir unterstützen Kliniken, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen dabei, ärztliche Schlüsselpositionen über gezielte Direktansprache zu besetzen: diskret, passgenau und mit über 22 Jahren Erfahrung im Gesundheitswesen.

Vakanz besprechen

Quellen (Stand 2026, vor Veröffentlichung final an den Primärquellen geprüft)

1. Bundesärztekammer, Ärztestatistik 2025
   https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2025
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Sicherstellung (Dossier)
   https://www.kbv.de/positionen/dossiers/sicherstellung
3. KBV-Prognose bis 2030 (via Deutsches Ärzteblatt)
   https://www.aerzteblatt.de/news/kbv-bis-2030-fehlen-mehr-als-6000-aerzte-715a3008-9111-411f-a1ec-dee534f1d7b0
4. Bundesagentur für Arbeit, Fachkräfteengpassanalyse
   https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html
5. Deutsches Krankenhausinstitut, Fachkräftemangel im Krankenhaus
   https://www.dki.de/pressemitteilung/fachkraeftemangel-weiterhin-ein-dringendes-problem-im-krankenhaus
6. Robert Bosch Stiftung, Prognose bis 2035
   https://bosch-stiftung.de/presse/2035-fehlen-deutschland-rund-11000-hausaerzte-experten-empfehlen-den-aufbau-von
7. Bundesgesundheitsministerium, Ärztliche Versorgung
   https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/aerztliche-versorgung