

# Zukunftsperspektiven für die hausärztliche Versorgung

---

## Abstract

Dieser Artikel resümiert die in Kooperation zwischen der Bertelsmann Stiftung und dem BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH) erstellte Projektion der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Angesichts einer vielerorts angespannten Versorgungslage wurden Hausärztinnen und Hausärzte nach ihrem aktuellen und gewünschten Arbeitsleben befragt. Die Antworten flossen in eine Projektion der hausärztlichen Versorgung ein, in der in ca. 5.000 Szenarien die Bandbreite der Zukunftsperspektiven abgebildet wurde. Dabei zeigte sich, dass eine Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu erwarten ist. Im Vergleich zu 2024 werden 2040 ca. 1.300 Hausärztinnen und Hausärzte weniger zur Verfügung stehen. Zudem wird ihre wöchentliche Versorgungszeit bis 2040 um 3,3 Stunden reduziert sein. Rechnerisch ergibt sich aus diesen beiden Effekten zusammen, dass hausärztliche Kapazitäten im Umfang von über 5.000 Stellen zusätzlich fehlen werden. Gleichzeitig wird der Versorgungsbedarf um ca. 3 % steigen. In der Projektion wurden vor allem ländliche Regionen und kleine Städte identifiziert, die zukünftig eine angespannte Versorgungslage bis hin zum Risiko einer Unterversorgung aufweisen werden. In der hausärztlichen Versorgung gilt ein Planungsbereich als unterversorgt, wenn die Soll-Werte um mehr als 25 Prozent unterschritten werden. Es konnte gleichwohl gezeigt werden, dass eine bedarfsgerechte Steuerung des hausärztlichen Nachwuchses von 3 % ausreichen würde, um Unterversorgung deutschlandweit zu vermeiden. Mit einer Steuerung von 10 % wäre das Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse in Bezug auf die hausärztliche Versorgung erreichbar.

## Hintergrund

Die hausärztliche Versorgung stellt in Deutschland vielfach den ersten Anlaufpunkt für Patientinnen und Patienten in das Gesundheitssystem dar. Vielerorts mehren sich jedoch Berichte über lange Wartezeiten und Aufnahmestopps von neuen Patientinnen und Patienten – ein erstes Anzeichen für einen Ärztemangel (ZDFheute 2024). Ungeachtet dessen sieht die aktuelle Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag eine Erweiterung der Hausarztversorgung zu einem Primärärztsystem vor. Um eine ungezielte Inanspruchnahme von Fachärzten zu vermeiden, soll die Hausärztin bzw. der Hausarzt zukünftig bei der überwiegenden Mehrheit aller Anlässe die alleinige erste Anlaufstelle sein (CDU, CSU, SPD 2025). Ob die zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzte diese Aufgabe überhaupt schultern können, bleibt indes eine ungeklärte Frage, denn demografische Zwänge werden die hausärztliche Versorgungslandschaft in den kommenden Jahren maßgeblich verändern.

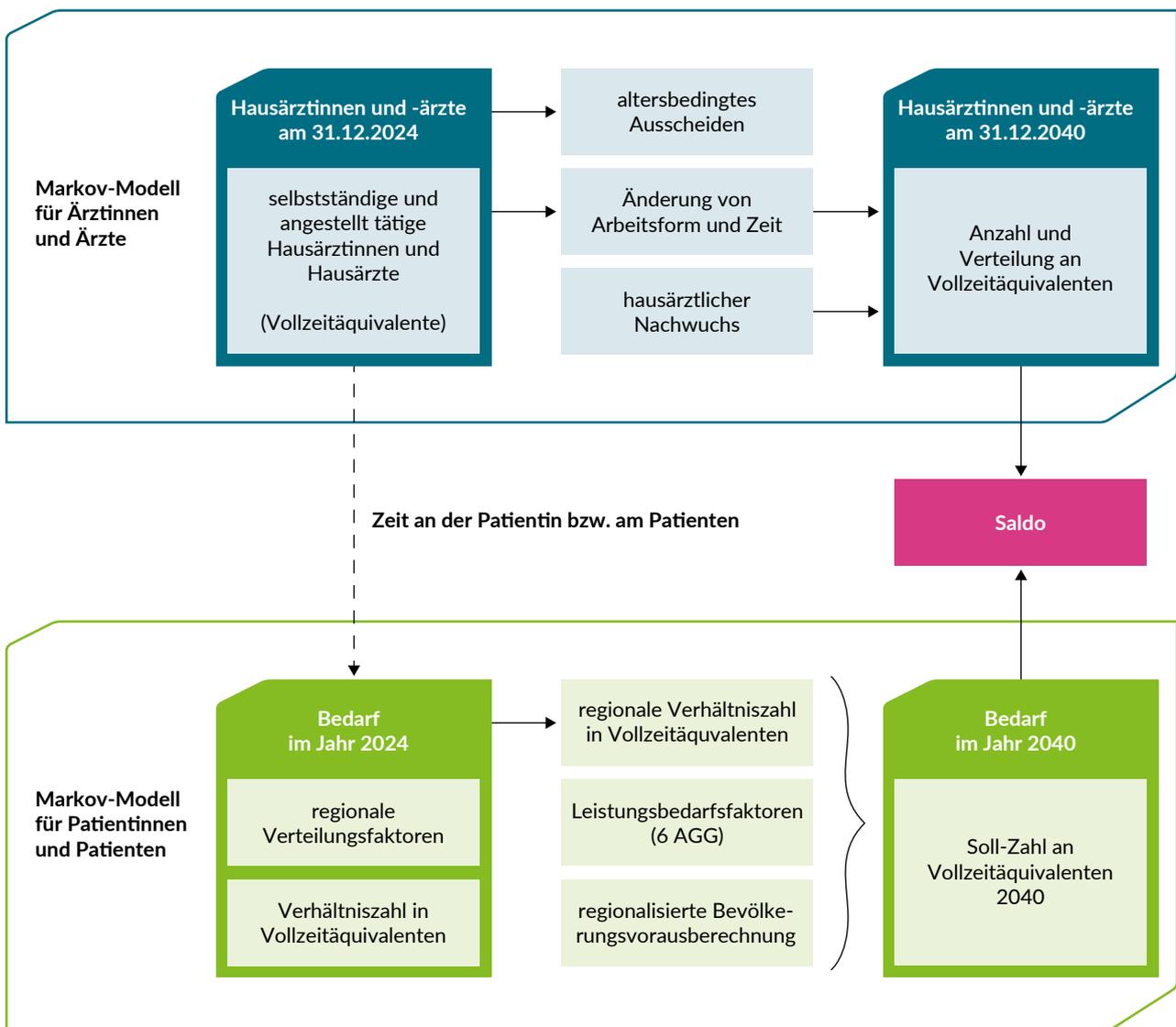
Ende 2024 nahmen über 55.000 Hausärztinnen und Hausärzte an der Versorgung teil (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2025). Jedes Jahr verlassen zwischen 1.700 und 1.900 von ihnen die Versorgung aus Altersgründen (van den Bussche 2019; Nolting et al. 2021); aktuellen Planungen der Hausärzteschaft zufolge könnten es in den nächsten fünf Jahren deutlich mehr werden (Bertelsmann Stiftung 2025), während zwischen 1.800 und 2.000 Neuzulassungen diese Lücke bisher gerade schließen konnten (Bundesärztekammer 2025). Es ist jedoch absehbar, dass die demografische Entwicklung nicht nur zu einer Alterung der Patientinnen und Patienten und somit zu einer höheren Nachfrage nach hausärztlicher Versorgung führt. Gleichzeitig erreichen immer mehr Ärztinnen und Ärzte ein Alter, in dem sie ihre Versorgungsleistung nicht mehr im gleichen Maße erbringen können oder wollen. Auch gibt es immer weniger junge Menschen, die diese Plätze einmal übernehmen könnten. Zudem bleibt ungewiss, ob der hausärztliche Nachwuchs bereit sein wird, die aktuell üblichen und oft sehr langen Arbeitszeiten beizubehalten.

Der vorliegende Artikel nähert sich diesen Unwägbarkeiten der Zukunft anhand einer Projektion der hausärztlichen Versorgung in Deutschland bis zum Jahr 2040. Er ist eine Zusammenfassung des umfangreichen Methoden- und Ergebnisberichts (Wende et al. 2025). Die Basis hierfür war eine Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten zu ihrem aktuellen und gewünschten Arbeitsleben durch die Bertelsmann Stiftung (BSt-Ärztebefragung – repräsentative Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland mit knapp 3.700 Respondents; Bertelsmann Stiftung 2025). Mithilfe der Befragungsergebnisse, der Daten des Bundesarztregisters sowie weiterer Statistiken – unter anderem einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit und der Bevölkerungsvorausberechnung der Bertelsmann Stiftung für den Wegweiser Kommune – wurde erstmals eine kleinräumige Projektion des zukünftigen Angebots und der Nachfrage nach hausärztlicher Versorgung erstellt. Dabei wurden aktuelle Trends der Bedarfsentwicklung der Bevölkerung sowie der Arbeitssituation der Ärzteschaft nach Ende der Corona-Pandemie berücksichtigt.

## Methodik

Die Projektion der hausärztlichen Versorgung bis zum Jahr 2040 erfolgte mithilfe von jeweils einem Markov-Modell für die Entwicklung der hausärztlichen Kapazitäten bzw. des hausärztlichen Bedarfs (Abbildung 1).

ABBILDUNG 1 Methodisches Vorgehen bei der Projektion der hausärztlichen Versorgung bis zum Jahr 2040



Eine Studie von:

**bifg.** **BARMER** Institut für  
Gesundheitssystemforschung

| BertelsmannStiftung

In einem ersten Schritt wurden das Angebot und der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten im Jahr 2024 in Vollzeitäquivalenten bestimmt. Das Angebot berechnete sich einerseits aus den besetzten Arztsitzen gemäß Bedarfsplanungsumfrage und der Statistik der Bundesagentur für Arbeit zum Stand 31.12.2024 und andererseits aus der durchschnittlichen Versorgungszeit, die eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt mit Sprechstunden und Hausbesuchen aufbringt (insgesamt 51.407 Vollzeitäquivalente). Letztere belief sich gemäß Bst-Ärztebefragung bei Vertragsärztinnen und -ärzten auf 38,2 Stunden pro Woche und bei angestellten Ärztinnen und Ärzten auf 28,3 Stunden. Dabei wurde berücksichtigt, dass sich die Versorgungszeit nach Alter und Geschlecht der Ärztinnen und Ärzte sowie nach dem Standort der Praxis (insbesondere Stadt-Land-Differenzen) unterscheidet. Zum Vergleich: Die Gesamtarbeitszeit, also nicht nur diejenige für Sprechstunden und Hausbesuche, betrug bei Selbständigen 48,5 und bei Angestellten 32,3 Stunden pro Woche.

Der Bedarf an hausärztlicher Versorgung wurde entsprechend dem Modell „Relativer Beanspruchungsindex“ (rBIX-K1) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung berechnet und fortgeschrieben (Zi, Schulz et al. 2016). Hierbei wurde die regionale Einwohnerzahl, differenziert nach Alter und Geschlecht, aus zwei verschiedenen Jahren mit einem Leistungsbedarfsfaktor multipliziert, um den daraus abgeleiteten relativen Beanspruchungsindex zu ermitteln. Die regionalen Einwohnerzahlen wurden der Bevölkerungsvorausberechnung der Bertelsmann Stiftung, Wegweiser Kommune, entnommen (Loos et al. 2024). Die Leistungsbedarfsfaktoren entsprachen den Angaben des § 9 Abs. 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Ausgehend von diesen Basiswerten wurden Veränderungen in der Zusammensetzung der Hausärzteschaft mittels Ergebnissen der Bst-Ärztebefragung, Zahlen zu Studierenden und Absolvierenden der Deutschen Hochschulmedizin (2025) sowie Zahlen zur Migration gemäß BIPP-Anerkennungsmonitoring (BIPP 2024) projiziert. Berücksichtigt wurden regional kleinräumig und nach Alter und Geschlecht getrennt: das altersbedingte Ausscheiden aus der Versorgung, der Wechsel zwischen selbstständiger und angestellter ärztlicher Tätigkeit, die Anzahl und Verteilung des hausärztlichen Nachwuchses, die Migration von und nach Deutschland sowie Veränderungen im Arbeitsvolumen der Ärztinnen und Ärzte.

Neben einem Basisszenario zur Entwicklung von Angebot und Nachfrage wurden ca. 5.000 weitere Szenarien untersucht. Hierzu wurden Annahmen, beispielsweise zum durchschnittlichen Renteneintrittsalter oder zur Veränderung der Versorgungszeit, mit Experten des Zi und des Hausärzteverbandes diskutiert. Im Rahmen der Projektion der jeweiligen Einzelszenarien wurden diese Annahmen in einem realistischen Rahmen variiert.

Eine Studie von:

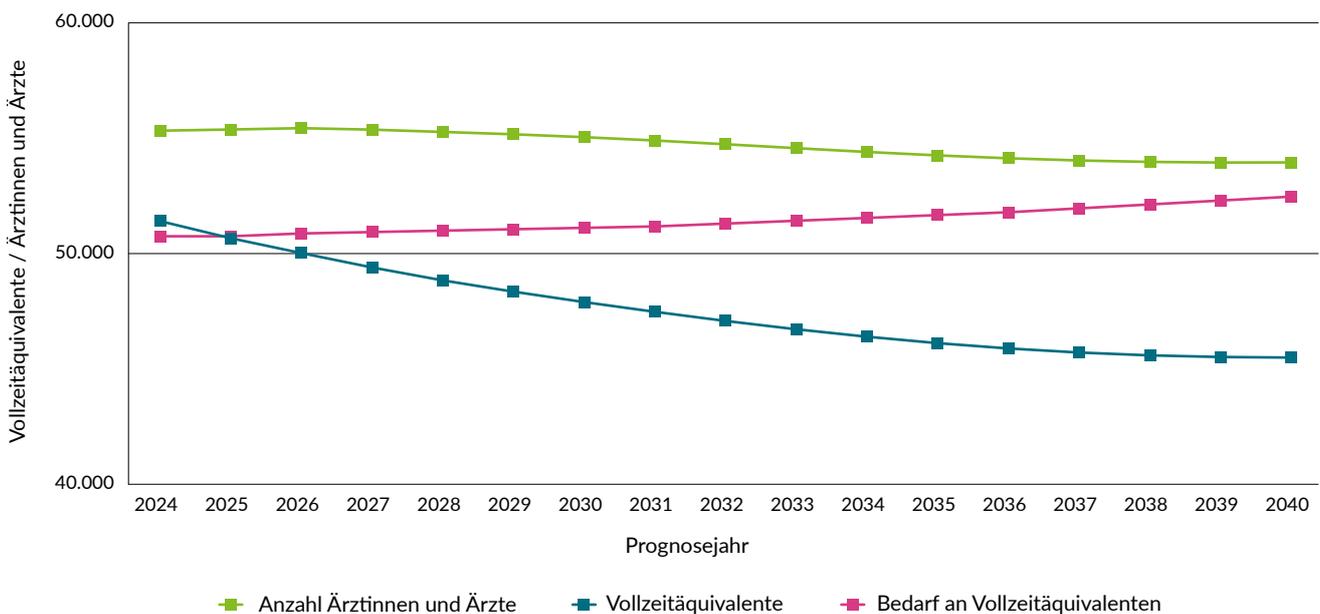
**bifg.** BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung

| BertelsmannStiftung

## Ergebnisse

Das Basisszenario zeigt eine Reduktion der hausärztlichen Vollzeitäquivalente zwischen 2024 und 2040 von 51.407 auf 45.492 (siehe Abbildung 2, blauer Graph). Einerseits wurde eine Reduktion der Hausärzteschaft um 1.278 Personen vorhergesagt (grüner Graph), andererseits werden diese Ärztinnen und Ärzte bis 2040 rund 3,3 Stunden weniger wöchentliche Versorgungszeit zur Verfügung stellen können. Gleichzeitig steigt der Bedarf von 50.750 auf 52.466 Vollzeitäquivalente (roter Graph), sodass sich die Versorgungsrelation aus Angebot und Bedarf von heute rund 101 % auf 87 % verschlechtern wird.

ABBILDUNG 2 **Projizierte Anzahlen an Bedarf und Angebot von hausärztlichen Vollzeitäquivalenten und hausärztlich tätigen Personen im Basisszenario**

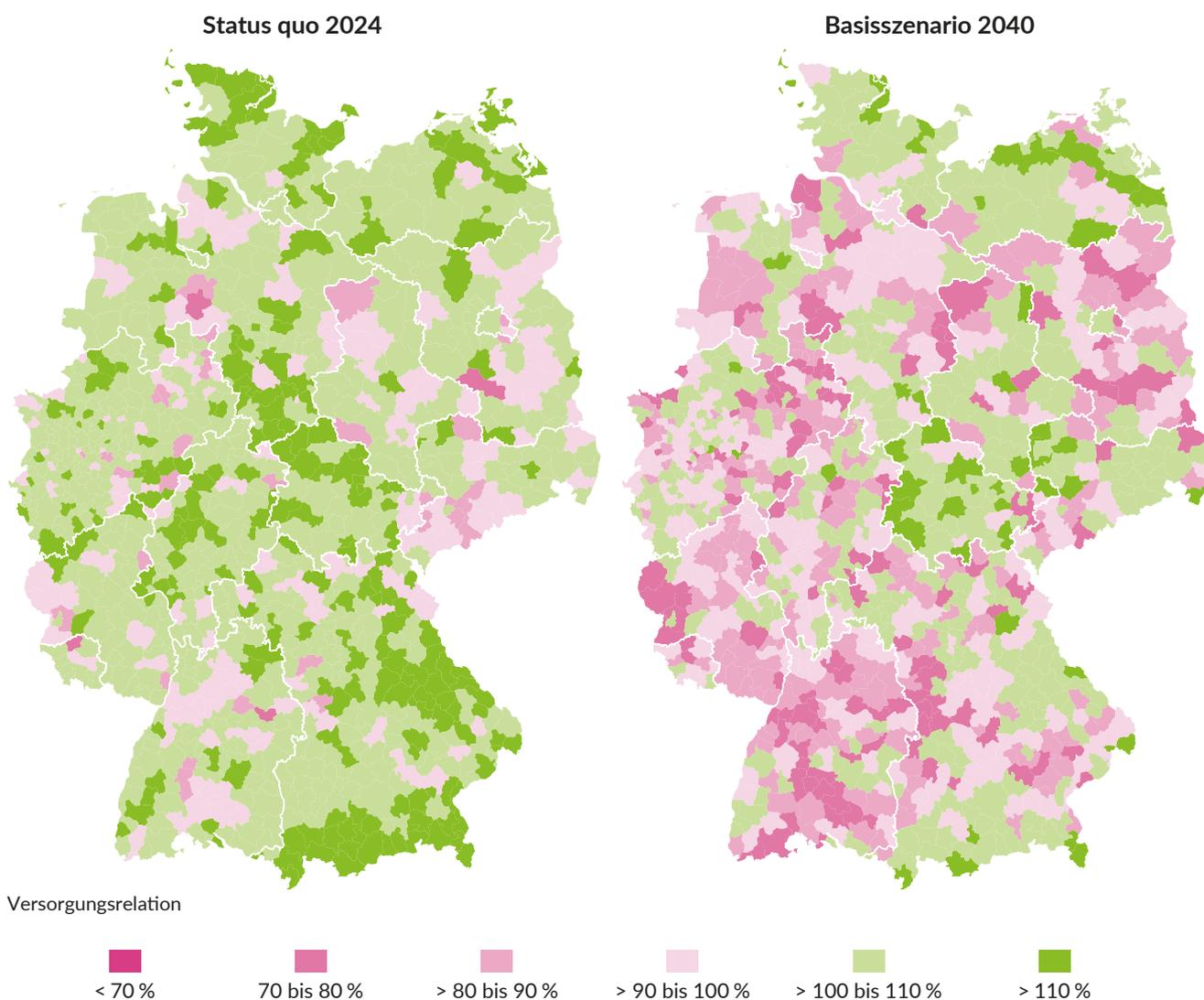


Quelle: Eigene Berechnungen

Die regionale Verteilung der Versorgungsrelationen im Jahr 2024 bzw. 2040 gemäß Basisszenario ist in Abbildung 3 dargestellt. Es wird deutlich, dass die Versorgungslage im Osten Deutschlands bereits heute angespannt ist und sich weiter verschlechtern wird. Der Westen Deutschlands hingegen, der heute noch eine überwiegend gute Versorgungslage aufweist, wird sich dem Niveau des Ostens angleichen. Ursächlich hierfür ist die demografische Entwicklung, die sich in West- und Ostdeutschland in unterschiedlichen Phasen befindet. Während in Ostdeutschland ein hoher Versorgungsbedarf durch eine alternde Bevölkerung bereits heute erreicht ist und gleichzeitig viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gegangen sind, folgt der Westen dieser Entwicklung bis zum Jahr 2040.

Innerhalb dieses allgemeinen Trends ist der ländliche Raum besonders negativ betroffen, da sich nur ein geringer Anteil des hausärztlichen Nachwuchses für den ländlichen Raum entscheidet, während die Bevölkerung gerade an jenen Orten besonders stark altert. Die regionalen Unterschiede der Versorgungsrelation sind primär durch ein Stad-Land-Gefälle zu erklären, weniger durch Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland.

ABBILDUNG 3 **Versorgungsrelation im Jahr 2024 und im Jahr 2040 des Basisszenarios**



Anmerkung: Geographie = Mittelbereiche gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie.

Quelle: Eigene Berechnungen

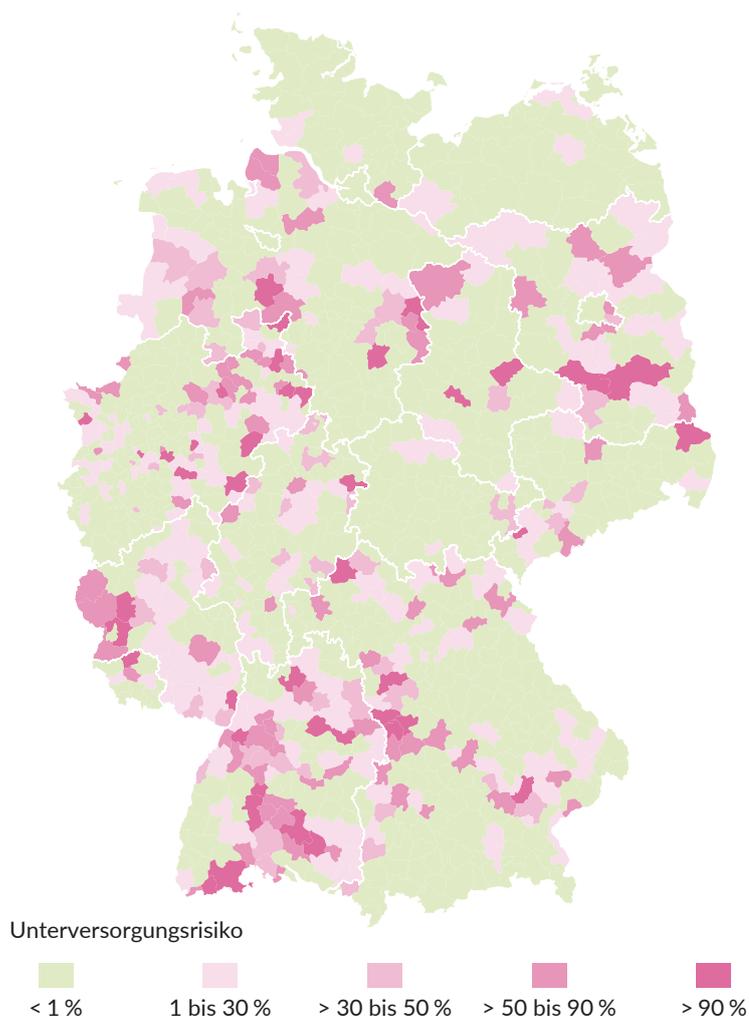
Eine Studie von:

**bifg.** BARMER Institut für  
Gesundheitssystemforschung

| BertelsmannStiftung

Entsprechend dieser Vorhersage weisen gerade die ländlichen Räume und kleine bis mittlere Gemeinden ein hohes Unterversorgungsrisiko auf. Das Unterversorgungsrisiko einer Region wurde dabei als prozentualer Anteil der berechneten 5.000 Szenarien definiert, in dem eine Versorgungsrelation von 75 % unterschritten wurde. Dieser Grenzwert von 75 % korrespondiert mit der Bedarfsplanungsrichtlinie. In der überwiegenden Anzahl der Szenarien waren es immer dieselben Regionen, in denen eine Versorgungsrelation von wenigstens 75 % nicht mehr erreicht werden konnte (vgl. Abbildung 4). Etwa 2,1 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner haben ein Unterversorgungsrisiko von über 90 % und 6,2 Millionen haben ein Risiko von über 50 %, in einem unterversorgten Gebiet zu leben, wenn keine geeigneten Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Dabei würde eine geringfügige gezielte Steuerung des hausärztlichen Nachwuchses ausreichen, um die größten Verwerfungen zu verhindern. Bereits eine Umsteuerung von ca. 3 % des hausärztlichen Nachwuchses in die Regionen mit dem höchsten Bedarf würde eine flächendeckende Unterversorgung verhindern. Das sind lediglich etwa 650 Ärztinnen und Ärzte, die sich in strukturschwachen anstelle von besser versorgten Regionen ansiedeln müssten. Gelingt es, 10 % des hausärztlichen Nachwuchses zu steuern – das sind etwa 2.500 Ärztinnen und Ärzte – wären gleichwertige Lebensverhältnisse in Bezug auf die hausärztliche Versorgungslage möglich.

ABBILDUNG 4 **Unterversorgungsrisiko im Jahr 2040**



Anmerkung: Geographie = Mittelbereiche gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie.

Quelle: Eigene Berechnungen

## Fazit

Mittels Projektion der hausärztlichen Versorgungsangebote und -bedarfe wurde gezeigt, dass sich die Versorgungslage in Deutschland bis zum Jahr 2040 verschlechtern wird. Eine flächendeckende Unterversorgung nach Definition der Bedarfsplanungsrichtlinie ist dennoch nicht zu erwarten. Sollten sich die aktuellen Trends fortsetzen, wird es zu einem moderaten Rückgang der Ärzteschaft kommen. Besonders negativ auf die Versorgungslage wird sich jedoch der Rückgang der von diesen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellten Zeit zur Behandlung von Patientinnen und Patienten auswirken. Angesichts dieser Zukunftsaussichten ist das im aktuellen Koalitionsvertrag formulierte Ziel eines Primärarztsystems nur schwer umsetzbar. Sofern keine weiteren Strukturreformen erfolgen, ließe sich ein solches System aufgrund der damit zusätzlich steigenden Nachfrage nach Hausärztinnen und Hausärzten allenfalls in großen Städten umsetzen. Ein globales Versorgungskonzept, das auch strukturschwache Räume berücksichtigt, ist es jedoch nicht.

Länder mit einem starken Primärversorgungssystem haben in der Regel Strukturen mit einer verbindlichen (oder mit starken Anreizen versehenen) Einschreibung bei einem Primärarzt, mit Primärversorgungszentren und tragenden Rollen für interprofessionelle Teams sowie mit Ersteinschätzungsmechanismen und reglementierten Zugängen in den fachärztlichen Bereich (Wittlinger et al. 2025). Eine Forderung nach der Erhöhung von Studienplätzen würde diesen Zukunftsaussichten gleichfalls nicht gerecht werden. Derartige Maßnahmen können bei einer durchschnittlichen Ausbildungszeit von 15 Jahren nicht rechtzeitig wirken und zielen zudem nicht auf Regionen mit hohem Unterversorgungsrisiko ab. Das eigentliche Problem, das es zu lösen gilt, ist die Verteilung des ärztlichen Nachwuchses. Bereits eine Steuerung von 3 % des hausärztlichen Nachwuchses bis zum Jahr 2040 reicht aus, um Unterversorgung deutschlandweit zu vermeiden. Wenn 10 % bedarfsgerecht gesteuert werden, sind bis zum Jahr 2040 gleichwertige Lebensverhältnisse in Bezug auf die hausärztliche Versorgung erreichbar. Wenn man das grundgesetzliche Recht der Bevölkerung auf gleichwertige Lebensverhältnisse ernst nimmt, erscheint dieser Steuerungsaufwand gemessen an dem hohen und erstrebenswerten Ziel vertretbar zu sein. Die Voraussetzung ist jedoch, dass eine ambulante Bedarfsplanung etabliert wird, die diesen Namen auch verdient, indem sie Steuerungswirkung entfaltet.

Probleme in der hausärztlichen Versorgung, wie sie vielerorts bereits heute wahrnehmbar sind, werden jedoch nicht allein durch eine bessere Steuerung der ärztlichen Kapazitäten zu lösen sein. Darüber hinaus müssen die seit Jahren diskutierten Lösungsansätze für eine Weiterentwicklung des Versorgungssystems beherzter als bisher umgesetzt und verfolgt werden: multiprofessionelle Gesundheitszentren, etwa aus der Ambulantisierung der Kliniklandschaft heraus, Digitalisierung von Primärversorgungskontakten sowie Stärkung der Arbeitsteilung durch die Weiterbildung und Ermächtigung therapeutischer und pflegerischer Berufe für Versorgungsangebote, die heute noch landläufig als „hausärztlich“ verstanden werden bzw. dem Arztvorbehalt unterliegen. Konzepte wie das der Community Health Nurse haben sich international sowie hierzulande in einzelnen Modellprojekten seit Jahren bewährt und müssten gerade in ländlichen Regionen sowie für bestimmte Zielgruppen (v.a. Ältere, chronisch Erkrankte, Pflegebedürftige) Bestandteil der Regelversorgung werden. Letzten Endes ist der politische Wille erforderlich, die Versorgung berufs- und sozialrechtlich breiter aufzustellen und professionsübergreifende Angebote zeitgemäß und bedarfsgerecht zu organisieren.

## Literaturverzeichnis

- Bertelsmann Stiftung (2025): Wie wollen Hausärztinnen und -ärzte zukünftig arbeiten? Hg. v. BertelsmannStiftung. Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/befragung-wie-wollen-hausaerztinnen-und-aerzte-zukuenftig-arbeiten>, zuletzt geprüft am 11.06.2024.
- BIPP (2024): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2023. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Online verfügbar unter [https://www.bibb.de/dokumente/pdf/a33\\_bericht\\_erkennungsgesetz\\_2023\\_final.pdf](https://www.bibb.de/dokumente/pdf/a33_bericht_erkennungsgesetz_2023_final.pdf), zuletzt geprüft am 11.06.2024.
- Bundesärztekammer (2025): Ärztestatistik. Online verfügbar unter [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/AErztestatistik\\_2023\\_Update\\_Juni\\_2024.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf).
- CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 21. Legislaturperiode.
- Deutsche Hochschulmedizin (2025): Fakten und Zahlen. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-hochschulmedizin.de/themen/fakten-und-zahlen>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2025): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>.
- Loos, Reinhardt; Flöthmann, Jürgen; Amsbeck, Hannah (2024): Wegweiser-Kommune – Bevölkerungsvorausberechnung. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Deenst GmbH, Universität Bielefeld und Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter [https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132160/FAQ\\_Prognose.pdf/10a97d7a-a707-9b09-a892-c967489587cb?t=1624362733313](https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132160/FAQ_Prognose.pdf/10a97d7a-a707-9b09-a892-c967489587cb?t=1624362733313), zuletzt geprüft am 11.06.2025.
- Nolting, Hans-Dieter; Ochmann, Richard; Zich, Karsten (2021): Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung.
- Schulz, Mandy; Czihal, T.; Bätzing-Feigenbaum, J.; Stillfried, D. von (2016): Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035.
- van den Bussche, Hendrik (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. In: *Bundesgesundheitsblatt* (1), S. 1129–1137. DOI: 10.1007/s00103-019-02997-9.
- Wende, Danny; Christoph, Bobeth; Schulte, Claudia; Roessler, Martin (2025): Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040. DOI: 10.30433/ePGSF.2025.002.
- Wittlinger, Gina und Sundmacher, Leonie, Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? Online first zu Monitor Versorgungsforschung 04/25 (4.8.2025)
- ZDFheute (2024): Gibt es zu wenig Ärzte? Warum der Ärztemangel komplexer ist, 13.04.2024. Online verfügbar unter <https://www.zdfheute.de/ratgeber/gesundheit/aerztemangel-deutschland-100.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2024.

Eine Studie von:



| BertelsmannStiftung

Dieser Artikel wurde in Kooperation zwischen der Bertelsmann Stiftung und dem BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) unter dem Dach des Health Transformation Hub (HTH) erstellt. Weitere Informationen zum HTH auf [www.healthtransformationhub.de](http://www.healthtransformationhub.de)

## Impressum

### Herausgeber

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)  
Axel-Springer-Straße 44  
10969 Berlin  
[www.bifg.de](http://www.bifg.de)

Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

### Verantwortlich

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg): Danny Wende, Gesundheitssystemforschung  
Bertelsmann Stiftung: Uwe Schwenk, Director des Programms Gesundheit

### Kontakt

Danny Wende  
E-Mail: [danny.wende@bifg.de](mailto:danny.wende@bifg.de)  
Telefon: +49 800 333004 99-1544

Johannes Leinert  
E-Mail: [johannes.leinert@bertelsmann-stiftung.de](mailto:johannes.leinert@bertelsmann-stiftung.de)  
Telefon: +49 5241 81-81123

### Autor:innen

Danny Wende, bifg  
Christoph Bobeth, bifg  
Claudia Schulte, bifg  
Martin Rößler, bifg

### Zitationshinweis

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung und Bertelsmann Stiftung, Hrsg. (2025):  
Zukunftsperspektiven für die hausärztliche Versorgung