

Trendanalyse

Gesundheitsfachberufe in Niedersachsen: Analyse des Angebots und der Inanspruchnahme

Autorinnen: *Nora Wisniowski, Judith Mollenhauer, Pia Rettig,
Prof. Dr. Clarissa Kurscheid*

Stand: 30.10.2025



Inhalt

3.2.4	Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends .	48
3.2.5	Fazit Physiotherapie.....	54
3.3	Ergotherapie	55
3.3.1	Status quo Beschäftigte	55
3.3.2	Arbeitsmarktsituation.....	58
3.3.3	Ausbildungssituation	59
3.3.4	Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends .	62
3.3.5	Fazit Ergotherapie.....	68
3.4	Logopädie	69
3.4.1	Status quo Beschäftigte	69
3.4.2	Arbeitsmarktsituation.....	72
3.4.3	Ausbildungssituation	73
3.4.4	Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends .	76
3.4.5	Fazit Logopädie.....	83
3.5	Physician Assistant	84
3.5.1	Status quo Beschäftigte	85
3.5.2	Arbeitsmarktsituation.....	85
3.5.3	Ausbildungssituation	87
3.5.4	Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends .	91
3.5.5	Fazit Physician Assistant.....	95
3.6	Berufe im Rettungswesen	96
3.6.1	Status quo Beschäftigte	97
3.6.2	Arbeitsmarktsituation.....	99
3.6.3	Ausbildungssituation	100

3.6.4	Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends .	102
3.6.5	Fazit Rettungswesen.....	107
3.7	Hebammen	108
3.7.1	Status quo Beschäftigte	108
3.7.2	Arbeitsmarktsituation.....	110
3.7.3	Ausbildungssituation	113
3.7.4	Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends .	115
3.7.5	Fazit Hebammen.....	119
4	Einbeziehung politischer Entwicklungen	120
4.1	Reformen auf Bundesebene.....	120
4.1.1	Vorhaben zu den Gesundheitsberufen aus dem Koalitionsvertrag	120
4.1.2	Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG)	120
4.1.3	Pflegekompetenzgesetz – Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege.....	121
4.1.4	Pflegeassistenzgesetz – Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistenzausbildung.....	124
4.1.5	Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen.....	125
4.1.6	Vorhaben für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung/ Rettungsdienst....	125
4.1.7	Vorhaben zu Berufsgesetzen der Therapieberufe	126
4.2	Reformen für Niedersachsen:.....	127
4.2.1	Novelle des Hochschulgesetzes.....	127
5	Ableitung von Handlungsempfehlungen für Niedersachsen	129
5.1	Empfehlungen für den strategischen Ausbau akademischer Bildungswege in den Gesundheitsfachberufen in Niedersachsen.....	129

5.1.1	Strukturelle Handlungserfordernisse	129
5.1.2	Empfehlungen zur Gestaltung der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe... 130	
5.2	Allgemeine Empfehlungen zur Erhöhung des Fachkräfteangebots.....	131
5.2.1	Einführung einer Gesundheitspersonalplanung	131
5.2.2	Attraktivität der Gesundheitsfachberufe verbessern	132
5.3	Strukturelle Handlungserfordernisse und Empfehlungen zur Reduktion der (patientenseitigen) Nachfrage	134
6	Fazit.....	136
7	Literaturverzeichnis	138

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Belastungsquotient 2022 nach Landkreisen in Niedersachsen, eigene Darstellung nach LSN 2025b	5
Abbildung 2: Vorausberechneter Belastungsquotient 2042 nach Landkreisen in Niedersachsen, eigene Darstellung nach LSN 2025b	6
Abbildung 3: Modell zur Einordnung hochschulischer Qualifikationswege und -ziele der Gesundheitsfachberufe; eigene Darstellung nach HQGplus-Studie, 2019 (Wissenschaftsrat 2022)	10
Abbildung 4: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in teil- und vollstationären Einrichtungen (2013-2023). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025	16
Abbildung 5: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in ambulanten Einrichtungen (2013-2023). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.	17
Abbildung 6: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in Krankenhäusern (2017-2023). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.	18
Abbildung 7: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.	19
Abbildung 8: Anteil Vollzeitbeschäftigte nach Einrichtungen und Pflegeberufen (2024). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025	20
Abbildung 9: Anzahl Pflegende, die in Rente eintreten (2024-2029). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2024	21
Abbildung 10: Berufseinmündungs-Szenarien in der Pflege und deren Auswirkungen. Eigene Darstellung.	29
Abbildung 11: Art der Pflege in Niedersachsen in 2023 (Landespflegebericht 2025)	32
Abbildung 12: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Statistischen Regionen zwischen 2013 und 2023 (Landespflegebericht 2025)	33
Abbildung 13: Prognostizierte Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2040 (Landespflegebericht 2025)	34
Abbildung 14: Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in 2032 bei >65-Jährigen (xit GmbH 2021)	35
Abbildung 15: Entwicklung der Pflegebedürftigen in professioneller Pflege und der examinierten Pflegekräfte nach Setting 2023 vs. 2040 (eigene Darstellung nach Landespflegebericht 2025)	36
Abbildung 16: Altersverteilung der Physiotherapeut:innen in NDS (Stand 2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a)	41

Abbildung 17: Angebot und Nachfrage von Physiotherapeut:innen am Arbeitsmarkt (Eigene Darstellung) (LSN 2025c; KOFA 2025a)	48
Abbildung 18: Altersverteilung der Ergotherapeut:innen in NDS (Stand 2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a).....	57
Abbildung 19: Schülerzahlen gesamt in berufsschulischer Ausbildung Ergotherapie in NDS (Schuljahre 2019/20 bis 2024/25) (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. 2025).....	59
Abbildung 20: Angebot und Nachfrage von Ergotherapeut:innen am Arbeitsmarkt (eigene Darstellung), Quelle KOFA 2025a und LSN, Auskunft per E-Mail, 26.09.2025 ...	63
Abbildung 21: Altersverteilung der Logopäd:innen in NDS (Stand 30.06.2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a).....	71
Abbildung 22: Schülerzahlen gesamt in berufsschulischer Ausbildung Logopädie in NDS (Schuljahre 2019/20 bis 2024/25) (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. 2025; LSN 2025c).....	74
Abbildung 23: Angebot und Nachfrage von Logopäd:innen am Arbeitsmarkt (eigene Darstellung) (LSN 2025c; KOFA 2025a)	77
Abbildung 24: Altersstruktur aller Vertragsärzte in Niedersachsen. Quelle KVN 2025, S. 25.	86
Abbildung 25: Studienanfänger:innen des PA-Studiengangs von 2017-2019. Quelle: Wissenschaftsrat 2022, S. 74	89
Abbildung 26: PA in Deutschland (Absolvent:innen, Immatrikulationen, Studierende). Quelle: DHPA e.V. 2025.....	90
Abbildung 27: Altersverteilung der im Rettungsdienst Tätigen in NDS (Stand 30.06.2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a).....	99
Abbildung 28: Schülerzahlen gesamt in berufsschulischer Ausbildung Notfallsanitäter:in in NDS (Schuljahre 2019/20 bis 2023/24) (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. 2025; LSN 2025c).....	101
Abbildung 29: Angebot und Nachfrage von Beschäftigten im Rettungsdienst am Arbeitsmarkt (NDS) (eigene Darstellung) (KOFA 2025a; LSN 2025c).....	104
Abbildung 30: Altersverteilung der Beschäftigten in der Geburtshilfe & Entbindungspflege. Quelle: (Bundesagentur für Arbeit 2025a).....	109
Abbildung 31: Angebot und Nachfrage von Hebammen am Arbeitsmarkt (bundesweit) (eigene Darstellung) (KOFA 2025a; LSN 2025c)	117
Abbildung 32: Abgerechnete Leistungen freiberuflicher Hebammen. Die y-Achse zeigt den Anteil der Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettperiode, bei denen mind. eine freiberufliche Hebammenleistung erbracht wurde. Quelle: BARMER bifg (2021).	118
Abbildung 33: Ist-Soll Abgleich der gesundheitlichen Versorgung, eigene Darstellung in Anlehnung an SVR (2024).....	134

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesamtzahl der Pflegeberufe unterteilt nach den Statistischen Regionen (2014 – 2024). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.	14
Tabelle 2: Gesamtzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen im Jahr 2023. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.	15
Tabelle 3: Fallzahlen zur Zulassung zur Pflege aus Drittstaaten (ohne Helfer). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2024.	21
Tabelle 4: Arbeitslose Fachkräfte in Pflegeberufen und offene Arbeitsstellen 2024. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.	22
Tabelle 5: Hochschulen in NDS mit Angebot an Pflegestudiengängen. Quelle: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025).....	25
Tabelle 6: Status quo und Entwicklung der Berufseinmündungen gegenüber den Renteneintritten in der Pflege. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen (2024); LSN (2025a)	27
Tabelle 7: Anzahl Physiotherapeut:innen bundesweit nach Geschlecht und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a).....	39
Tabelle 8: Physiotherapeut:innen bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a).....	40
Tabelle 9: Sv-pflichtig Beschäftigte in der Physiotherapie in Deutschland (Bundesagentur für Arbeit 2025c)	41
Tabelle 10: Arbeitsmarktsituation in der Physiotherapie nach Statistischen Regionen (KOFA 2025a)	43
Tabelle 11: Ausbildungsabsolvent:innen der Physiotherapie in NDS. QUELLE: LSN, Auskunft per E-Mail, 17.10.2025.....	44
Tabelle 12: Ausbildungsplätze für Physiotherapeut:innen in Krankenhäusern in NDS nach Statistischen Regionen	44
Tabelle 13: Hochschulen in NDS mit Angebot an Physiotherapie-Studiengängen. Quellen: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.	47
Tabelle 14: Inanspruchnahme physiotherapeutischer Versorgung NDS anhand Bruttoumsatz, Anzahl der Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten. Quelle: GKV-SV (2020, 2025a)	50
Tabelle 15: Szenarienentwicklung bis 2035 für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der erforderlichen Angebotsentwicklung in der Physiotherapie (eigene Berechnung)...	53
Tabelle 16: Ergotherapeut:innen bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a).....	56
Tabelle 17: Arbeitsmarktsituation in der Ergotherapie nach Statistischen Regionen in NDS (KOFA 2025a)	58

Tabelle 18: Anzahl der Absolvierenden an beruflichen Schulen für den Beruf Ergotherapeut/in nach statistischen Regionen und Geschlecht (LSN, Auskunft per E-Mail, 26.09.2025)	60
Tabelle 19: Hochschulen in NDS mit Angebot an Ergotherapie. Quelle: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.....	61
Tabelle 20: Inanspruchnahme ergotherapeutischer Versorgung in NDS anhand Bruttoumsatz, Anzahl der Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten. Quelle: GKV-SV (2020, 2025a)	64
Tabelle 21: Szenarienentwicklung bis 2035 für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der erforderlichen Angebotsentwicklung in der Ergotherapie (eigene Berechnung).	67
Tabelle 22: Logopäd:innen bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a).....	70
Tabelle 23: Arbeitsmarktsituation in der Logopädie nach Statistischen Regionen in NDS (KOFA 2025a)	73
Tabelle 24: Ausbildungsabsolvent:innen der Logopädie in NDS. QUELLE: LSN, Auskunft per E-Mail, 17.10.2025	74
Tabelle 25: Hochschulen in NDS mit Angebot an Logopädie-Studiengängen. Quellen: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.	75
Tabelle 26: Inanspruchnahme logopädischer Versorgung in NDS anhand Bruttoumsatz, Anzahl der Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten. Quelle: GKV-SV (2020, 2025a)	78
Tabelle 27: Szenarienentwicklung bis 2035 für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der erforderlichen Angebotsentwicklung in der Logopädie (eigene Berechnung).....	82
Tabelle 28: Hochschulen in NDS mit Angebot an Physician Assistant Studiengängen (o.Ä.). Quelle: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile	91
Tabelle 29. Entwicklung fehlender Hausarztsitze in NDS.	93
Tabelle 30: Berufe im Rettungsdienst bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Bundesagentur für Arbeit 2025c).....	98
Tabelle 31: Arbeitsmarktsituation im Rettungswesen nach Statistischen Regionen in NDS. Quelle: KOFA (2025a).....	100
Tabelle 32: Absolventenzahl der Notfallsanitäter:innen im zeitlichen Vergleich in NDS. (LSN 2021a, 2022, 2025c)	101
Tabelle 33. Ableitung der bundesweiten Daten der Hebammen auf Niedersachsen (Fett markierte Daten sind aus der Literatur bekannt).....	110
Tabelle 34. Arbeitsmarktsituation für Hebammen in Niedersachsen. Tabelle nach Quelle: Zielinsky (2021).....	111
Tabelle 35. Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (2024).	112

Tabelle 36: Arbeitsmarktsituation der Hebammen nach Statistischen Regionen in NDS (KOFA 2025a).	113
Tabelle 37: Hochschulen in NDS mit Angebot an Hebammenstudiengängen. Quellen: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.	115

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BA	Bundesagentur für Arbeit
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BVBRW	Bundesverband für Bildung im Rettungswesen
CHN	Community Health Nurse
DRG	Diagnosis-Related Groups
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
GBE	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaft
HebG	Hebammengesetz
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
KIdB	Klassifikation der Berufe
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MFA	Medizinische Fachangestellte
NäPa	Nichtärztliche Praxisassistenz
NDS	Niedersachsen
PA	Physician Assistant
Sv-pflichtig	Sozialversicherungspflichtig
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VERAH	Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis
Zi	Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung

Executive Summary

Hintergrund und Ziel: Die Trendanalyse untersucht die aktuelle und zukünftige Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme ausgewählter Gesundheitsfachberufe in Niedersachsen (NDS), um fundierte Grundlagen für die strategische Planung und Weiterentwicklung der Studienangebote in NDS zu schaffen.

Methodisches Vorgehen: Für die Gesundheitsfachberufe Pflege, Therapieberufe, Hebammen, Rettungswesen und Physician Assistants (PA) wurden Beschäftigtenzahlen, Ausbildungskapazitäten, Arbeitsmarktlage und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen anhand öffentlich zugänglicher Daten systematisch untersucht. In einer Gegenüberstellung von Angebot und patientenseitiger Inanspruchnahme erfolgten die Bewertung des Status quo, die absehbaren Trendentwicklungen sowie die Ableitung von Handlungsempfehlungen.

Ergebnisse zur Entwicklung von Angebot und Nachfrage: In den meisten betrachteten Gesundheitsfachberufen (Pflege, Therapieberufe, Rettungswesen) besteht ein anhaltender Fachkräftemangel, verstärkt durch hohe Renteneintritte und eine begrenzte Zahl an Berufseinmündungen. PAs können künftig ärztliche Tätigkeiten unterstützen. Mit Ausnahme der Hebammen liegt der Akademisierungsgrad unter der Empfehlung des Wissenschaftsrats von 10 %, was auf einen fortbestehenden Akademisierungsbedarf hinweist. Aufgrund demografischer Entwicklungen steigt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in nahezu allen Bereichen. Ohne geeignete strukturelle Maßnahmen ist mittelfristig eine Verschärfung der Versorgungsengpässe bei den betrachteten Gesundheitsfachberufen zu erwarten.

Einbeziehung politischer Entwicklungen: Bundesweit prägen Reformvorhaben wie das Pflegekompetenzgesetz und die geplanten Änderungen der Berufsgesetze der Heilmittelerbringenden die Rahmenbedingungen für Qualifikation und Tätigkeitsfelder. In NDS schafft die Novelle des Hochschulgesetzes künftig Möglichkeiten für die Gestaltung von Studiengängen.

Ableitung von Handlungsempfehlungen: Der zukünftige Ausbau akademischer Qualifizierungsangebote in Niedersachsen soll **insbesondere primärqualifizierende und dual ausgerichtete Bachelorstudiengänge** adressieren, um den Akademisierungsgrad in den Gesundheitsfachberufen auf mindestens 10 % zu erhöhen. Empfehlungen im Einzelnen: **Pflegeberufe priorisieren:** NDS verfügt bislang über keine primärqualifizierenden Studiengänge. Mit Blick auf Reformen zur Befugnisserweiterung sollten heilkundliche Kompetenzen integriert werden. **Therapieberufe gezielt ausbauen:** Vorrangig ist die Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge in der Physiotherapie, gefolgt von Ergotherapie und Logopädie, um die prognostizierten Versorgungsbedarfe zu decken und Engpässe zu vermeiden. **PA strategisch positionieren:** Der Ausbau von Studienangeboten für PAs kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgung und der Entlastung von Ärzt:innen leisten. **Rettungswesen weiterentwickeln:** Der Aufbau akademischer Strukturen im Rettungswesen ist zu prüfen unter Berücksichtigung gesundheitspolitischer Entwicklungen. **Hebammenwesen – keine weiteren Studienplätze erforderlich:** Aufgrund der bereits erreichten Vollakademisierung und der stabilen Fachkräftesituation besteht aktuell kein zusätzlicher Ausbaubedarf.

Präambel

Die vorliegende Trendanalyse wurde von der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften beauftragt und durch die figus GmbH durchgeführt. Anlass der Untersuchung war die Analyse des akademischen Bildungsmarkts in Niedersachsen mit der Prüfung eines möglichen Ausbaus der Studienplatzkapazitäten und Studienangebote im Bereich der Gesundheitsfachberufe in Niedersachsen.

Vor dem Hintergrund einer dynamischen Entwicklung im Gesundheitswesen sowie zunehmender Fachkräfteengpässe verfolgt die Trendanalyse das Ziel, eine fundierte Grundlage für strategische Entscheidungen im Bildungs- und Versorgungsbereich zu schaffen.

Damit leistet die Trendanalyse einen wichtigen Beitrag zur fundierten Planung und zukunftsorientierten Ausgestaltung der hochschulischen Bildungsangebote im Gesundheitswesen Niedersachsens.

1 Hintergrund und Ziele

1.1 Charakterisierung Niedersachsen

Niedersachsen (NDS) stellt als flächenmäßig zweitgrößtes Bundesland Deutschlands mit einer Landesfläche von rund 47.710 Quadratkilometern spezifische Anforderungen an die Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung. Die Bevölkerungszahl lag im Jahr 2022 bei 8,1 Millionen Einwohner:innen, wodurch NDS gemessen an der Bevölkerungsdichte an Platz fünf der deutschen Bundesländer steht (Statistisches Bundesamt 2022). Die demografische Struktur ist durch einen steigenden Anteil älterer Personen und regionale Unterschiede in der Bevölkerungsdichte gekennzeichnet. Geografisch ist Niedersachsen vielfältig und reicht von der Nordseeküste mit dem niedersächsischen Wattenmeer über die Lüneburger Heide bis zum Harz im Süden. Eine Vielfalt, die sowohl Versorgungszugang als auch Transport- und Erreichbarkeitsfragen beeinflusst. Die stationäre Versorgungsinfrastruktur ist im niedersächsischen Krankenhausplan mit 163 Krankenhäusern und 39.557 Planbetten sowie 2.576 teilstationären Plätzen erfasst. Das Krankenhausgesetz wurde im Jahr 2022 zur Umsetzung der Ergebnisse der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“ beschlossen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025a). Im ambulanten Bereich waren zum Stichtag 31.12.2024 insgesamt 16.992 Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen registriert; die Versorgungsstruktur wandelt sich durch wachsende Anstellungsverhältnisse, eine Zunahme medizinischer Versorgungszentren und eine größere Teilzeitquote (KVN 2025).

1.2 Demografischer Wandel und Fachkräftemangel als zentrale Herausforderungen

Das Gesundheitswesen in NDS steht ähnlich wie das gesamte Gesundheitssystem in Deutschland vor großen Herausforderungen. In Niedersachsen ist die Ausprägung aufgrund struktureller Gegebenheiten an zwei Aspekten, **dem demografischen Wandel und dem Fachkräftemangel**, besonders zu beobachten. Beide Entwicklungen wirken sich unmittelbar und in wechselseitiger Verstärkung auf die Versorgungslage aus. Die demografische Entwicklung führt zu einem höheren Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft und damit zu einem wachsenden Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen. Gleichzeitig wird ein erheblicher Teil der derzeit im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte in den kommenden Jahren

altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden und perspektivisch selbst medizinische und pflegerische Unterstützung benötigen.

1.3 Zielsetzung und Aufbau der Trendanalyse

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Trendanalyse das Ziel, zunächst den Status quo („Ist“) des Beschäftigtenstands sowie die Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation in ausgewählten Gesundheitsberufen in NDS darzustellen (Analyse des Angebots an Personalressourcen und freien Stellen). Anschließend wird auf Basis aktueller Daten die (patientenseitige) Inanspruchnahme¹ anhand der erbrachten Versorgungsleistungen betrachtet. Für jede einbezogene Berufsgruppe werden sowohl die Analyse des gegenwärtigen Stands als auch zu erwartende Trends systematisch aufbereitet (Kapitel 3). Aufbauend auf dem Status quo werden mögliche Szenarien bzgl. der Entwicklung der Inanspruchnahme herausgearbeitet und daraus Implikationen für die einbezogenen Gesundheitsfachberufe („Soll“) i.S. des erforderlichen Zuwachses, der erforderlichen Ausbildungs- und Studienplatzentwicklungen sowie den zu erwartenden Engpässen konkludiert.

Nach der Ergebnisanalyse folgt die Einbeziehung politischer Entwicklungen (Kapitel 4), die ihrerseits Einfluss auf die Entwicklung des Angebots sowie die Inanspruchnahme durch Veränderung der Rahmenbedingungen nehmen können. In Kapitel 5 werden zusammenfassend (bildungs-)politische Handlungserfordernisse abgeleitet sowie Empfehlungen für den strategischen Ausbau akademischer Bildungswege in Gesundheitsfachberufen entwickelt.

1.4 Patientenseitige Entwicklung des Bedarfs an Versorgungsleistungen

Der Altenquotient, der das Verhältnis der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter zu der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter abbildet, wird nach Angaben des Landesamtes für Statistik Niedersachsen von 38 im Jahr 2020 auf etwa 53 im Jahr 2040 ansteigen² (LSN 2023). Bundesweit wird der Wert im Jahr 2040 bei geschätzt 47,8 Personen liegen (Statistisches Bundesamt 2025b). Diese Entwicklung geht mit einer deutlichen Verschiebung der

¹ Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen ist einerseits abhängig vom Angebot (Zugang zu Versorgungsleistungen und Verfügbarkeit) sowie vom subjektiven und objektiven (regionalen) Versorgungsbedarf. Die Nachfrage von Gesundheitsleistungen leitet sich vom Bedarf ab und beeinflusst zusammen mit dem Angebot die Inanspruchnahme (SVR 2024). Diese Analyse fokussiert die Inanspruchnahme von aktuellen (abrechenbaren) Leistungen.

² D.h. im Jahr 2020 lebten rund 38 Personen im Alter von 65 Jahren und älter bezogen auf 100 Personen der Bevölkerungsgruppe im mittleren Alter in Niedersachsen. Im Jahr 2040 werden es entsprechend 53 Personen sein.

Altersstruktur einher: Während im Jahr 2025 die 60- bis 64-Jährigen die größte Altersgruppe stellen, werden für 2040 die 70- bis 74-Jährigen als größte Gruppe prognostiziert (LSN 2024a). Es ist zu erwarten, dass die Anzahl an Menschen mit chronischen Erkrankungen durch die steigende Lebenserwartung und den medizinischen Fortschritt zunehmen wird (SVR 2024). Bereits im Jahr 2024 waren 56,7 % der Erwachsenen in Niedersachsen von mindestens einer chronischen Erkrankung betroffen, womit der Landeswert über dem bundesweiten Durchschnitt von 53,7 % liegt (RKI 2025). In der Altersgruppe ab 65 Jahren sind 68,4 % der Frauen und 60,1 % der Männer chronisch krank (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2023). Der steigende Anteil chronisch kranker Menschen führt zu einer Zunahme von Multimorbidität³, welche wiederum zu einer gesteigerten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen führt (SVR 2024).

Der Anstieg der Lebenserwartung zusammen mit einer Zunahme von Multimorbidität führt zu einer wachsenden Zahl pflegebedürftiger Personen. Zwischen 2021 und 2023 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen um 18,1 % (BARMER Pflegereport 2024). Die jährlichen Eintritte in die Pflegebedürftigkeit erhöhten sich von 107.000 im Jahr 2017 auf 137.000 im Jahr 2023 (+28 %). Im Jahr 2021 waren 542.904 Menschen in Niedersachsen pflegebedürftig; bis 2035 wird ein Anstieg auf rund 621.000 erwartet (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2023). Neben der alterungsbedingten Nachfrage ist auch die Geburtenentwicklung für demografische Prognosen von Bedeutung: Mit 1,42 Kindern pro Frau weist Niedersachsen die höchste Geburtenrate im Bundesvergleich auf (Bundesdurchschnitt: 1,35) (Statistisches Bundesamt 2025c), was insbesondere die Nachfrage nach geburtsbezogenen Gesundheitsleistungen, wie bspw. nach Hebammen, beeinflusst. Die zusammengefasste jährliche Geburtenziffer in Niedersachsen wird in den nächsten zwanzig Jahren relativ konstant bleiben (LSN 2024c).

Ein regionales Bevölkerungswachstum wird durch Zuwanderung aus dem Ausland und Zunahme der Bevölkerung in großen Gemeinden und kreisfreien Städten beeinflusst. Demnach zeigt sich bis zum Jahr 2042 das größte Bevölkerungswachstum in der Statistischen Region⁴ Weser-Ems (+3,5 %), gefolgt von der Region Hannover (+2,6 %) und der Region Lüneburg

³ Multimorbidität ist definiert als das „zeitgleiche Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen“ SVR 2024.

⁴ Statistische Regionen werden auch als NUTS-Regionen bezeichnet gemäß der europäischen „Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik“. In NDS sind dies Braunschweig (DE91), Hannover (DE92), Lüneburg (DE93) und Weser-Ems (DE94).

(+1,4 %), während die Statistische Region Braunschweig relativ konstant bleibt (-0,2 %). Jedoch kann die derzeitige und prognostizierte Zuwanderung die Folgen des demografischen Wandels zwar abmildern, aber nur in begrenztem Maße ausgleichen. (LSN 2025b).

Der Belastungsquotient als Indikator für eine Abschätzung des Verhältnisses von erwerbstätiger zu nicht erwerbstätiger Bevölkerung [Bevölkerung < 20 Jahren sowie die Bevölkerung im Alter von ≥ 65 Jahren im Verhältnis zu 100 Personen der mittleren Bevölkerungsgruppe (20 bis unter 65 Jahre)] gibt einen Aufschluss darüber, wo zukünftig größere Bedarfe an Versorgungsleistungen, insbesondere mit Blick auf die Pflegebedürftigkeit, zu erwarten sind. Es zeigt sich ein starkes Stadt-Land-Gefälle, aktuell wie auch prognostiziert für das Jahr 2042 (Abbildung 1 und Abbildung 2).

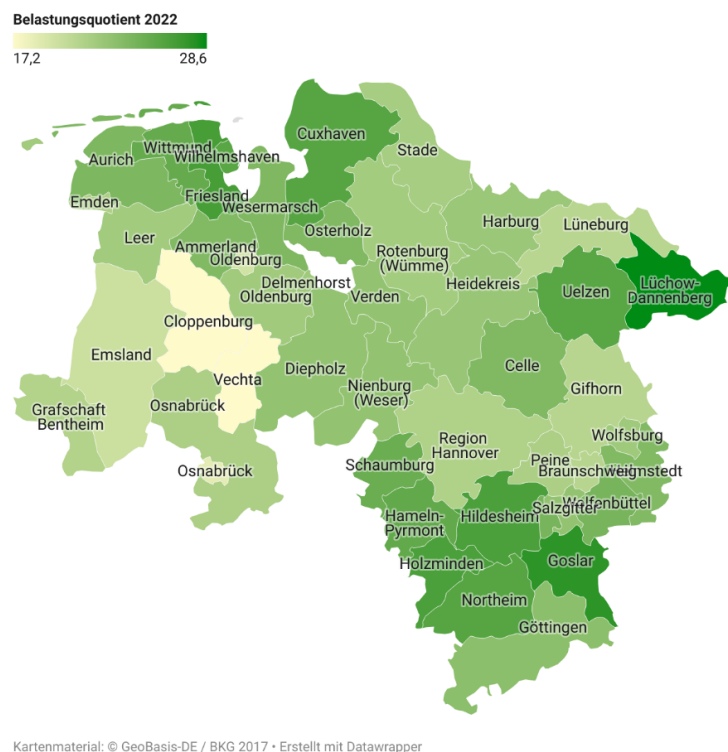


Abbildung 1: Belastungsquotient 2022 nach Landkreisen in Niedersachsen, eigene Darstellung nach LSN 2025b

Den höchsten Anstieg zeigt hier die Statistische Region Weser-Ems (+23,8 %) – der Belastungsquotient nimmt dort gleichzeitig mit dem Bevölkerungswachstum stark zu, wobei insbesondere ländliche Regionen betroffen sind. Die Statistischen Regionen Lüneburg (+ 22,9 %), Braunschweig (+17,9 %) und Hannover (+17,7 %) zeigen einen ähnlich starken Anstieg des Belastungsquotienten, speziell in ländlichen Regionen (LSN 2024c).

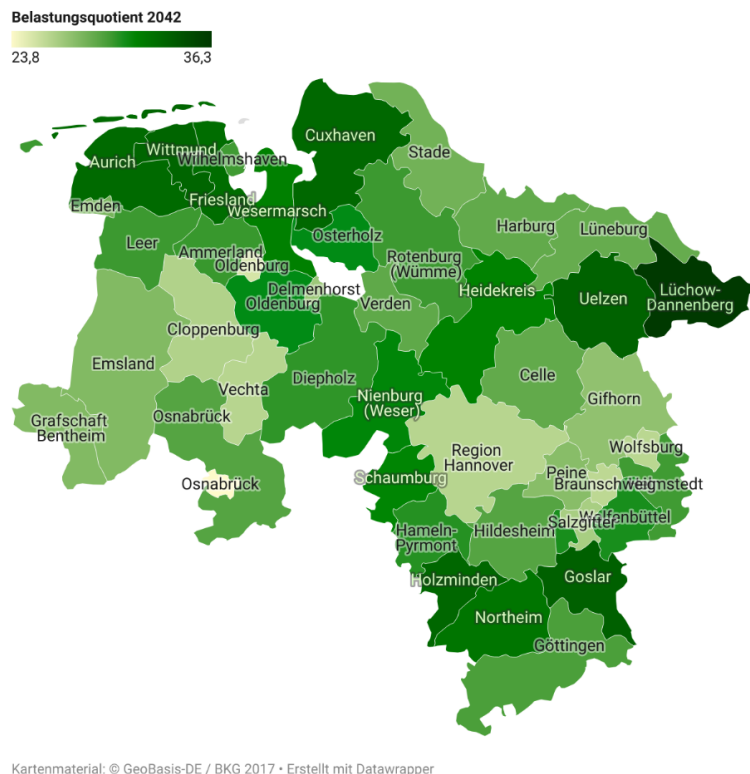


Abbildung 2: Vorausberechneter Belastungsquotient 2042 nach Landkreisen in Niedersachsen, eigene Darstellung nach LSN 2025b

1.5 Allgemeine Entwicklung des Angebots in den Gesundheitsberufen

Die Versorgungskapazitäten im Gesundheitswesen stehen angesichts dieser Nachfrageentwicklung unter erheblichem Druck. In der hausärztlichen Versorgung meldete die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) im Jahr 2024 insgesamt 548,5 unbesetzte vertragsärztliche Hausarztstühle. Den größten Bedarf gibt es in den Regionen Salzgitter ($n=24$), Wolfsburg ($n=18$), Papenburg ($n=17,5$), Syke ($n=17,5$) und Buxtehude ($n=16$). Das Durchschnittsalter der 16.885 KVN-Mitglieder liegt bei 54,5 Jahren und 35,1 % der in NDS tätigen Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen sind 60 Jahre und älter. Im Jahr 2005 waren es erst 13 %. Dies deutet auf einen bevorstehenden erheblichen altersbedingten Rückgang der Zahl der Vertragsärzt:innen hin. Bis zum Jahr 2035 wird die Zahl der Hausärzt:innen von 5.199 auf 3.750 sinken. Dadurch wird eine Unterversorgung, gekennzeichnet durch einen Versorgungsgrad unter 75 %, insbesondere für die ländlichen Planungsbereiche, prognostiziert (KVN 2025).

Auch in der Pflege zeichnet sich eine angespannte Situation ab. Der Landespflegebericht Niedersachsen (2025b) zeigt, dass sich die Personalressourcen im optimistischen Szenario

– bei Fortschreibung der Ausbildungszahlen von 2023 – zwar stabilisieren, jedoch keine spürbare Entlastung erwarten lassen. Im pessimistischen Szenario, bei rückläufigen Ausbildungszahlen, droht ein baldiger Kipppunkt zwischen Berufseinmündungen und Renteneintritten.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat die Berufe der „nichtärztlichen Therapie- und Heilkunde“ (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie) als Engpassberufe eingestuft. Deutschland liegt im europäischen Vergleich beim Akademisierungsgrad dieser Berufe im unteren Bereich (Bundesagentur für Arbeit 2025b).

Auch die Entwicklung der Versorgungskapazitäten ist von der demografischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf die o. g. Geburtenrate, Schulabschlüsse und Hochschulzugangsberechtigungen abhängig. Im Jahr 2022 betrug die Abiturientenquote in Niedersachsen 35,8 % und lag damit 0,4 Prozentpunkte unter dem Wert des Vorjahres sowie 3,6 Prozentpunkte unter dem Bundesdurchschnitt von 39,4 %.

Im Zeitraum von 2017 bis 2022 verzeichnete Niedersachsen einen Rückgang der Abiturientenquote um 1,4 Prozentpunkte, während bundesweit ein Minus von 0,9 Prozentpunkten zu beobachten war (LSN 2024b). Auf Amtsbezirksebene zeigen sich deutliche Unterschiede: In Braunschweig lag die Quote bei 35,0 %, in Leine-Weser bei 34,2 %, in Lüneburg bei 30,7 % und in Weser-Ems bei 26,7 % (LSN 2025b).

Die Quote der Personen mit Studienzugangsberechtigung⁵ lag in Niedersachsen 2022 bei 49,0 % und damit leicht über dem Bundesdurchschnitt von 48,4 % (LSN 2024b).

1.6 Reglementierung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe

Aus den genannten Entwicklungen in NDS ergibt sich ein Spannungsfeld aus Versorgungsbedarfen sowie den berufsdemografischen Entwicklungen und Versorgungskapazitäten. Diese werden wiederum eingegrenzt von

a) **systembedingten Einflussfaktoren** i.S. der strukturellen Ausgestaltung des Gesundheitssystems (sektorale Trennung, Allokation der Gesundheitsberufe, Entwicklung der Berufsbilder, interprofessionelle Zusammenarbeit, Patientensteuerung, digitale Transformation), mit den vorhandenen finanziellen Ressourcen und regulatorischen Rahmenbedingungen sowie

⁵ Der Anteil an Absolvent:innen von allgemeinbildenden und beruflichen Schulen mit allgemeiner Hochschulreife oder Fachhochschulreife an der Bevölkerung des jeweiligen Altersjahrgangs.

b) **gesamtgesellschaftlichen Wandlungsprozessen** (Entwicklung von Lebensstilen, Änderungen des familiären Gefüges und sozialer Beziehungen, Digitalisierung und Technologisierung sowie der Klimawandel mit seinen Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität) (SVR 2024).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche berufsschulischen und hochschulischen Angebote und Qualifikationen bei den Gesundheitsberufen benötigt werden, um auf die stetig verändernden Bedarfe zu reagieren und die Qualität der Versorgung zu gewährleisten (Wissenschaftsrat 2023).

Unter dem Begriff „Gesundheitsberufe“ werden alle Berufe gefasst, die im Gesundheitswesen als Dienstleistende tätig sind oder sich mit der Versorgung der Bevölkerung befassen (BMG 2025a). Dabei wird zwischen reglementierten und nicht reglementierten Gesundheitsberufen⁶ unterschieden. Reglementierte Berufe unterliegen staatlich festgelegten Ausbildungs- und Berufszugangsvoraussetzungen, wobei die Regelungskompetenz zwischen Bund und Ländern verfassungsrechtlich (Art. 72 und Art. 74 GG) verteilt ist. Innerhalb der reglementierten Berufe bilden die sogenannten Heilberufe eine besondere Kategorie, deren Ausbildung und Berufsausübung durch Heilberufsgesetze geregelt sind (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG) und die historisch eine dominierende Rolle im kurativen Handeln einnahmen (Deutscher Bundestag 2022). In Abgrenzung zu den approbierten Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Psychotherapeut:innen befinden sich die weiteren Gesundheitsfachberufe⁷ (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie, Hebammen, Physician Assistants und Rettungs-sanitäter) an unterschiedlichen Stellen im Prozess der Akademisierung und Weiterentwicklung i. S. einer Kompetenzerweiterung (Wisniowski et al. 2024).

Die Herausforderungen durch eine zunehmende Alterung der Gesellschaft und durch den Anstieg chronischer Krankheiten sowie der Multimorbidität resultieren in komplexen Versorgungsbedarfen. Zudem gewinnen in einer sich wandelnden demografischen und gesundheitlichen Landschaft Gesundheitsförderung, Prävention von Pflegebedürftigkeit, Verbesserung der Gesundheitskompetenz sowie Rehabilitations- und Palliativkonzepte, besonders in der Langzeitpflege, zunehmend an Bedeutung. Diese erfordern neue Versorgungskonzepte, kooperative Versorgungsmodelle und eine erfolgreiche Weiterentwicklung der

⁶ bspw. Physician Assistant: Hier besteht keine staatliche Regelung zur Ausbildung und Prüfung i.S. eines Berufsgesetzes

⁷ Der Wissenschaftsrat bezeichnet die Gesundheitsberufe neben den approbierten Berufen als „Gesundheitsfachberufe“.

Gesundheitsfachberufe. Nur so können die Fähigkeiten der Gesundheitsfachberufe voll ausgeschöpft und Patient:innen im Alltag effektiv unterstützt und gesteuert werden (Wissenschaftsrat 2023).

Die Versorgung könnte durch die Neu- bzw. Umverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen sowie durch die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams effektiver koordiniert und die Patientensteuerung verbessert werden. Dies erfordert einerseits eine Neuordnung des Versorgungssystems hin zu einem teambasierten und multiprofessionellen Fokus. Andererseits müssen Rollen und Aufgaben- bzw. Tätigkeitsbereiche inter- und intra-professionell stärker definiert und gegeneinander abgegrenzt werden. Angesichts der skizzierten Herausforderungen im Bereich der Versorgung und den damit verbundenen Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe ist eine Weiterentwicklung dieser unabdingbar. Die Akademisierung der Pflege hat u. a. durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz sowie durch den Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes einen Auftrieb erfahren. Dadurch ist eine Etablierung von „neuen“, akademisierten Rollen in der Pflege (die international bereits seit vielen Jahren anerkannte Berufe darstellen) wie der Advanced Practice Nurse (APN) und der Community Health Nurse (CHN) angestoßen worden. Auch der Physician Assistant (PA; dt. Arztassistent:in) ist ein neueres Konzept in Deutschland, aber im Ausland bereits etabliert. PAs verfügen über medizinische Kenntnisse, die sie befähigen, medizinische Leistungen im Rahmen der ärztlichen Delegation durchzuführen.

Für die Therapieberufe wurde durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz eine Entfristung der Modellstudiengänge ab dem 01.01.2025 für die Länder ermöglicht. Im Koalitionsvertrag 2025 wurde eine Vollakademisierung der Physiotherapie abgelehnt (CDU, CSU, SPD 2025). Dennoch soll eine Reform der Berufsgesetze für die Heilmittelerbringenden noch in dieser Legislaturperiode (2025-2028) teilweise begonnen werden.

Der Wissenschaftsrat empfiehlt zur Akademisierung der Gesundheitsfachberufe die Entwicklung wissenschaftlicher Disziplinen, den Ausbau hochschulischer Qualifizierungsmöglichkeiten sowie eine Umstrukturierung der Berufsfelder. Er fordert mehr Autonomie bei versorgungsrelevanten Aufgaben und Konzepte zur Integration hochschulisch qualifizierter Fachkräfte. **Für die angestrebte Akademisierungsquote von 20 % in der Pflege und 10-20 % in den Therapieberufen (Heilmittelerbringende) ist ein deutlicher Ausbau der Hochschulstrukturen und eine stärkere Beteiligung der Universitäten und Fachhochschulen nötig** (Wissenschaftsrat 2023). Deutschland liegt hier international zurück: In Großbritannien beispielsweise bestehen entsprechende Studiengänge seit den 1960er-Jahren, in

Skandinavien seit den 1970er-Jahren und später auch in den Niederlanden (Lehmann und Behrens 2016).

Für die Gesundheitsfachberufe bestehen heterogene Qualifikationswege und -ziele für Studiengänge, die sie primär für patientennahe Aufgaben in der Versorgung befähigen (Abbildung 3). Mit einer Hochschulzugangsberechtigung ohne abgeschlossene Berufsausbildung können primärqualifizierende, ausbildungsintegrierende und ausbildungsbegleitende Bachelorstudiengänge in der Pflege sowie in den Therapieberufen gewählt werden. Auch ohne Hochschulzugangsberechtigung besteht die Möglichkeit, nach einer Berufsausbildung einen additiven Bachelorstudiengang aufzusetzen. Eine Ausnahme bildet die Hebammenausbildung. Diese wurde mit Inkrafttreten des Hebammenreformgesetzes am 1. Januar 2020 umfassend reformiert. Hebammen werden nunmehr ausschließlich akademisch im Rahmen eines dualen Studiums ausgebildet.

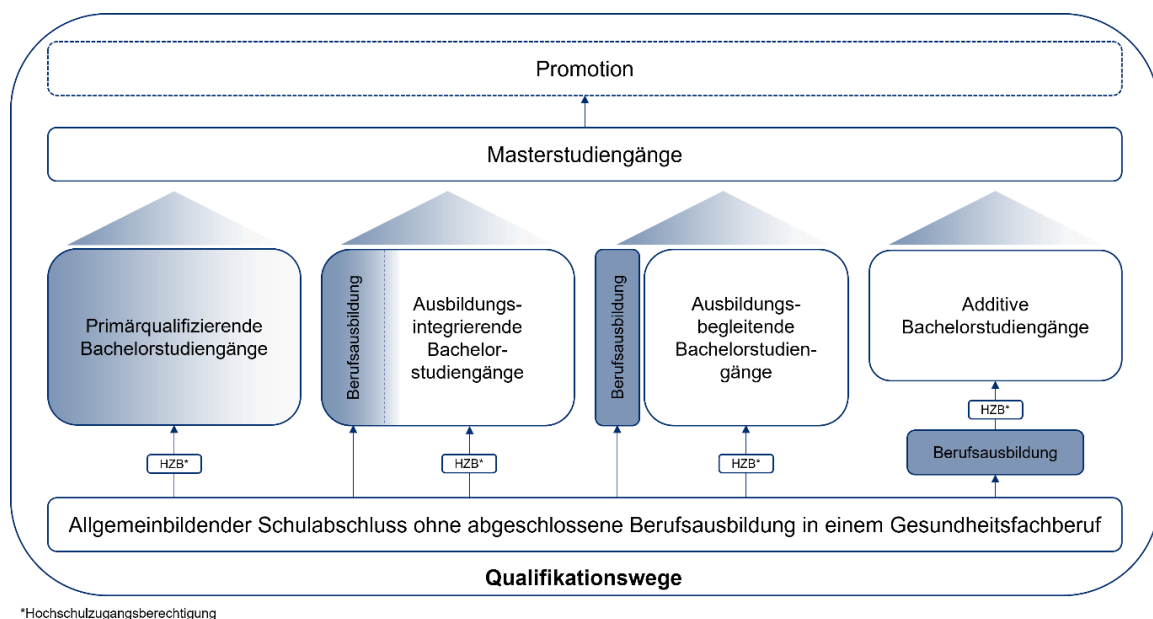


Abbildung 3: Modell zur Einordnung hochschulischer Qualifikationswege und -ziele der Gesundheitsfachberufe; eigene Darstellung nach HQGplus-Studie, 2019 (Wissenschaftsrat 2022)

Absolvierende von Bachelorstudiengängen mit patientennahem Qualifikationsziel nehmen zu etwa 70 % eine Tätigkeit im versorgungsnahen Umfeld auf, während etwa ein Viertel sich für ein weiterführendes Studium entscheidet (davon wieder mehr als die Hälfte für einen Studiengang für Gesundheitsfachberufe) (Wissenschaftsrat 2022).

Der Anteil akademisierter Gesundheitsfachberufe in der Versorgung ist gering und wird auf unter 1 % geschätzt.

2 Methodisches Vorgehen

Nachfolgend wird die Vorgehensweise für die Erstellung der Trendanalyse beschrieben. Das methodische Vorgehen stützt sich auf eine Sekundärdatenanalyse, die den Status quo der Gesundheitsfachberufe in Deutschland erfasst und (sofern datenbasiert möglich) in einer Trendanalyse fortschreibt. Für NDS wurde dabei auf öffentlich zugängliche Quellen, wie den Landespflegebericht, Angaben der BA, Berichte der Krankenkassen zur Analyse der Versorgungsleistungen und Daten des Landesamts für Statistik NDS zurückgegriffen.

Soweit keine einschlägigen Daten vorlagen, wurden alternative Quellen genutzt. Dazu zählen primär bundesweite Statistiken (der BA, der Gesundheitsberichterstattung, Berichte der Gesetzlichen Krankenversicherungen sowie der Berufsverbände) oder Daten zu anderen Berufsgruppen, sofern es sich um delegierbare Leistungen handelt⁸. Ergänzend wurden Anfragen an Berufsverbände der Heilmittelberufe einbezogen. Im Rahmen des Auftrags wurden frei verfügbare Daten einbezogen. Um die Datenlage zu erweitern und die Ergebnisse zu präzisieren, wäre eine anschließende Primärdatenerhebung und -auswertung zu empfehlen.

Für die Analyse der einzelnen Gesundheitsfachberufe wurde jeweils mit einer kurzen Einführung in das Berufsbild begonnen. Darauf aufbauend erfolgte zunächst die Darstellung des Status quo der Beschäftigten, einschließlich Gesamtzahlen, sektoraler Verteilung, Anteilen von Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigung sowie der Altersstruktur, um Rückschlüsse auf aktuelle und zukünftige Renteneintritte zu ermöglichen. Auch die Rolle der Zuwanderung wurde, soweit statistisch erfasst, berücksichtigt. Dabei spielen hauptsächlich Arbeitskräfte aus Drittstaaten eine Rolle, die im Rahmen des Anerkennungsprozesses erfasst werden. Arbeitskräfte aus Ländern der Europäischen Union werden bei den Gesundheitsfachberufen nicht separat erfasst. Das Vorgehen zur Erhebung des Ist-Zustandes orientiert sich am methodischen Vorgehen zum Monitoring der Gesundheitsfachberufe, erstellt von der Uni Bremen (Huter et al. 2022). Die detaillierte Datenaufbereitung war hauptsächlich für die Pflege auf Grundlage des Landespflegeberichts und der kommunalen Pflegeplanung möglich, da für die weiteren Gesundheitsfachberufe keine derartige Datenerhebung und -analyse besteht. Limitationen entstanden v. a. durch fehlende Daten zur Gesamtanzahl der Beschäftigten auf Ebene der Bundesländer (bzw. regional) inkl. der nicht sozialversicherungspflichtig (sv-

⁸ Dies betrifft primär die Daten zu Physician Assistants, die delegierbare Leistungen von Haus- und Fachärzt:innen übernehmen.

pflichtig) Beschäftigten, zur Altersstruktur sowie zur Anzahl an Vollzeitäquivalenten auf Ebene der Einrichtungen und in regionaler Verteilung.

Die Arbeitsmarktsituation wurde anhand der Engpassanalysen der BA untersucht, in denen gemeldete offene Stellen (Nachfrage) den gemeldeten Arbeitslosen (Angebot) gegenübergestellt werden. Diese Gegenüberstellung erlaubt Aussagen über vorhandene Arbeitsmarktreserven, wobei zu beachten ist, dass nicht alle offenen Stellen der Agentur für Arbeit gemeldet werden und daher der Engpass meist deutlich unterschätzt wird.

Im Anschluss erfolgte die Analyse der Ausbildungssituation. Hierzu wurden Daten zu Anzahl und Kapazitäten der berufsschulischen Ausbildungsstätten sowie der Hochschulen und Universitäten herangezogen. Darüber hinaus wurden die Nutzung vorhandener Studienplätze, die Zahl erfolgreicher Abschlüsse sowie Abbruchquoten erfasst, um ein umfassendes Bild der Nachwuchssituation zu zeichnen. Hierbei bestehen erhebliche Datenlücken bei der hochschulischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe, sodass Aussagen zu den o. g. Kategorien nur bedingt möglich waren.

Bei der Pflege konnte die Berufseinmündungsquote der Renteneintrittsquote gegenübergestellt werden, um zu analysieren, inwiefern die Berufsaustritte (durch Renteneintritte) durch Berufseintritte nach Ausbildung kompensiert werden können. Bei den anderen betrachteten Gesundheitsfachberufen erfolgte eine Analyse der Arbeitsmarktsituation, bei der die Anzahl der Absolvent:innen und der Arbeitslosen (Angebot) den offen gemeldeten Stellen (Nachfrage) gegenübergestellt wurde.

Abschließend wurden Angebot und patientenseitige Inanspruchnahme gegenübergestellt. Die aktuelle und potenziell zukünftige Inanspruchnahme von abrechenbaren Versorgungsleistungen (die durch die Kostenträger gut dokumentiert sind) floss in die Analyse ein. Auf diese Weise wurde eine systematische Verknüpfung von Angebots- und Nachfrageaspekten hergestellt, die sowohl den Status quo als auch absehbare Trends abbildet. Aus den Ergebnissen dieser berufsspezifischen Analyse unterschiedlichen Detailgrades wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet und in Kapitel 5 strukturiert aufbereitet.

3 Ergebnisse zur Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme der einbezogenen Gesundheitsfachberufe

3.1 Pflege

3.1.1 Status quo Beschäftigte⁹

Die pflegerische Versorgung in Deutschland steht durch den demografischen Wandel, mehr chronische Erkrankungen, einen steigenden Personalbedarf und medizinisch-technische Fortschritte vor tiefgreifenden Veränderungen. Dadurch wächst die Bedeutung der Pflege innerhalb des Gesundheitswesens, die zunehmend öffentliche und gesundheitspolitische Aufmerksamkeit erhält (siehe dazu auch Kapitel 4 zur Einbeziehung politischer Entwicklungen auf Bundesebene). Pflegeberufe stellen im Jahr 2024 mit 1.218.180 sv-pflichtig Beschäftigten bundesweit (Bundesagentur für Arbeit 2025c) und 114.062 in NDS (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025b) die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen.

Die Pflegeausbildung in Deutschland wurde mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes ab 2020 grundlegend reformiert: Die bis dahin getrennten Ausbildungswege in Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege wurden in einer generalistischen Pflegeausbildung mit dem Abschluss Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann zusammengeführt. Damit erwerben Auszubildende Kompetenzen für alle Altersgruppen und Versorgungsbereiche, ergänzt durch die Möglichkeit von Vertiefungen sowie den neuen Weg eines Pflegestudiums, das die Akademisierung der Pflege vorantreiben soll. Während andere europäische Länder wie bspw. Großbritannien und Schweden¹⁰ (hier ist ein Bachelorstudium in der Pflege verpflichtend) bereits seit Jahren auf akademisch qualifiziertes Pflegepersonal setzen, ist die Akademisierung in Deutschland insgesamt noch wenig ausgeprägt. So verfügten im Jahr 2019 in NDS von rund 60.000 ehemals in der Pflegekammer¹¹ registrierten Pflegefachpersonen lediglich 3,4 % über einen akademischen Abschluss – in der Gesundheits- und

⁹ Aktuelle Zahlen zum Status quo der beschäftigten Pflegekräfte in Niedersachsen wurden im Landespflegebericht 2024 veröffentlicht. Daher beziehen sich alle folgenden Abschnitte bzgl. aller Datenquellen sowie der Interpretation dieser auf den Landespflegebericht. Wurden weitere Datenquellen verwendet, sind diese explizit benannt.

¹⁰ Außerhalb des europäischen Kontinents ist die Akademisierung der Pflege weiter fortgeschritten, mit einem hohen Anteil an akademisierten Pflegekräften; Beispiele hierfür sind u. a. die USA, Kanada, Australien und Neuseeland.

¹¹ Die Pflegekammer Niedersachsen wurde mit Ablauf des 30.11.2021 aufgelöst.

Krankenpflege 4,1 %, in der Kinderkrankenpflege 3,2 % und in der Altenpflege sogar nur 1,7 %. Nach der Empfehlung des Wissenschaftsrates sollte die Akademisierungsquote in der Pflege 20 % betragen, was aktuell noch nicht erreicht wird (Niedersächsischer Landtag 2021; Wissenschaftsrat 2023).

Gesamtzahlen zu examinierten Pflegefachkräften im regionalen Vergleich

Bei den Gesamtzahlen der Pflegekräfte (sv-pflichtige und geringfügig entlohnte Beschäftigte ohne Helfer, mit Leitung, keine Vollzeitäquivalente) ist eine Steigerung von 14 Prozentpunkten über alle Statistischen Regionen in NDS innerhalb der letzten zehn Jahre zu beobachten. Im Jahr 2024 waren in Niedersachsen 114.062 Pflegekräfte beschäftigt, wobei es deutliche regionale Unterschiede zwischen den Statistischen Regionen gab (Tabelle 1). Die Gesamtzahl bewegt sich seit 2022 auf einem etwa konstanten Niveau.

*Tabelle 1: Gesamtzahl der Pflegeberufe unterteilt nach den Statistischen Regionen (2014 – 2024).
Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.*

	2014	2016	2017 ¹²	2018	2019 ¹³	2020	2022	2024	Änderung von 2014 bis 2024
Weser-Ems	31.653	33.715		35.101		36.762	37.934	37.801	19%
Hannover	28.446	29.488		30.798		31.291	32.056	32.299	14%
Lüneburg	17.289	17.990		18.886		19.312	19.431	19.784	14%
Braunschweig	22.270	23.186		23.616		23.975	24.408	24.178	9%
Gesamt NDS	100.108	104.379	106.525	108.401	109.140	111.340	113.829	114.062	14%

Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege nach Einrichtungsarten

Im Jahr 2023 arbeiten die meisten Beschäftigten (Gesamtzahl von 46.889 Pflegenden sowie die Summe der examinierten Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung von 45.617) im

¹² Im Landespflegebericht werden sv-pflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte (ohne Helfer) unterteilt nach den Statistischen Regionen nur für die Jahre 2014, 2016, 2018, 2020, 2022 und 2024 detailliert berichtet.

¹³ Im Landespflegebericht werden sv-pflichtig beschäftigte Pflegefachkräfte (ohne Helfer) unterteilt nach den Statistischen Regionen nur für die Jahre 2014, 2016, 2018, 2020, 2022 und 2024 detailliert berichtet.

Krankenhaus. Dies entspricht 44 % der gesamten Pflegenden und 46 % der examinierten Pflegekräfte. An zweiter Stelle folgen die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (27.698 examinierte Pflegekräfte). Die Daten sind nach Einrichtungen unterteilt in Tabelle 2 dargestellt. Es stehen keine regionalen Daten für die Zahl an Pflegenden in den Einrichtungsarten zur Verfügung. Die Zahlen richten sich nach der Gesamtzahl an Beschäftigten, nicht nach Vollzeitäquivalenten.

Tabelle 2: Gesamtzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen im Jahr 2023. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

	Teil-/Vollstationär	Ambulant	Krankenhaus	Vorsorge/Reha
Altenpflege	20.259	10.444	1.706	244
Altenpflegehilfe	5.731	2.019	76	21
Gesundheits- und Krankenpflege	5.362	7.223	39.304	1.519
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	448	707	3.606	58
Pflegefachfrau/-mann	1.629	601	1.001	9
Krankenpflegeassistenten	1.607	1.607	1.196	180
Gesamtzahl examinierte Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung	27.698	18.975	45.617	1.830
Entwicklung seit 2019 in Prozent	+ 4 %	+ 4 %	+ 4 %	- 4 %

In den Jahren zwischen 2019 und 2023 zeigt sich eine leicht konstante Zunahme von + 4 % bei examinierten Pflegekräften mit dreijähriger Ausbildung. Die Zunahme der Gesamtzahl der sv-pflichtig beschäftigten Pflegekräfte ist jedoch nicht über alle Berufsgruppen und Einrichtungen hinweg konsistent (Tabelle 2). In Krankenhäusern müssen die Daten zudem durch heterogene Datenerfassung über die Jahre limitierend betrachtet werden. In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen besteht eine Abnahme um 4 % bei examinierten Pflegekräften in den Jahren 2019 bis 2023.

Teil- und vollstationäre Einrichtungen:

Im Nachfolgenden wird die Entwicklung der Gesamtzahlen nach Einrichtungen separat betrachtet. In teil- und vollstationären Einrichtungen (Abbildung 4) arbeiten im Jahr 2023 27.698 examinierte Pflegekräfte. Diese Zahl lag im Jahr 2013 bei 23.702. Da die Zahl der

Altenpflegenden als hauptsächlich Beschäftigte in teil- und vollstationären Einrichtungen etwa konstant bleibt, ist die Zunahme der Gesamtzahl v. a. durch die neu hinzugekommenen generalistisch ausgebildeten Pflegefachpersonen begründet.

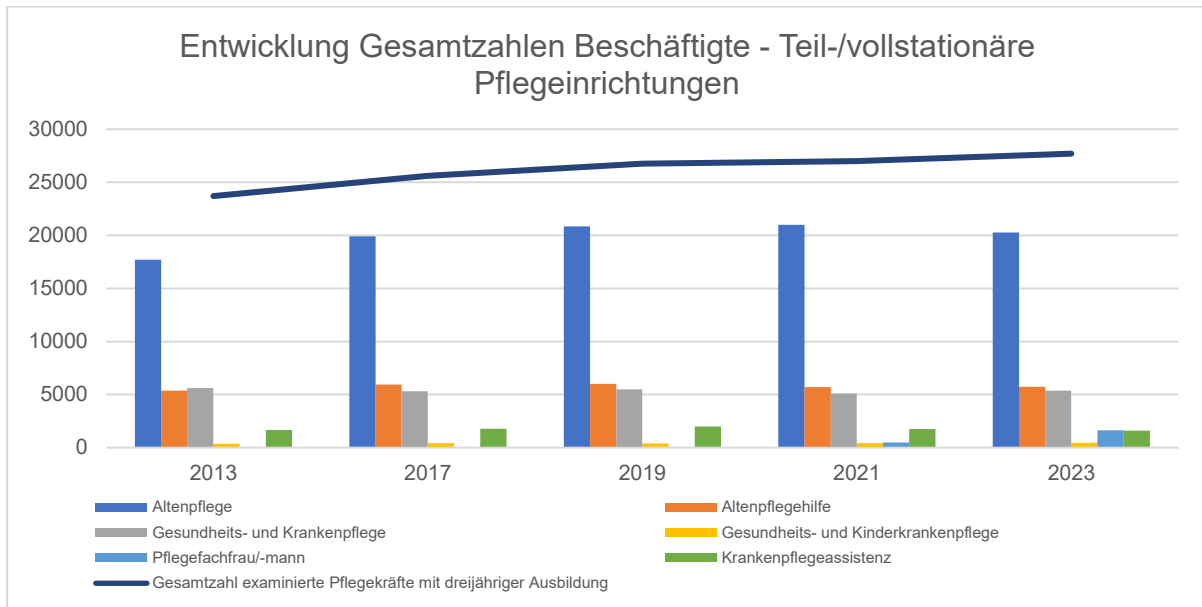


Abbildung 4: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in teil- und vollstationären Einrichtungen (2013-2023). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

Ambulante Dienste:

In ambulanten Diensten (Abbildung 5) ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Hier zeigt sich ebenfalls eine deutliche Zunahme der Altenpflegenden (+71,2 % von 2013 bis 2023) sowie eine Steigerung der Gesamtzahl durch die neu hinzugekommenen Pflegefachpersonen.

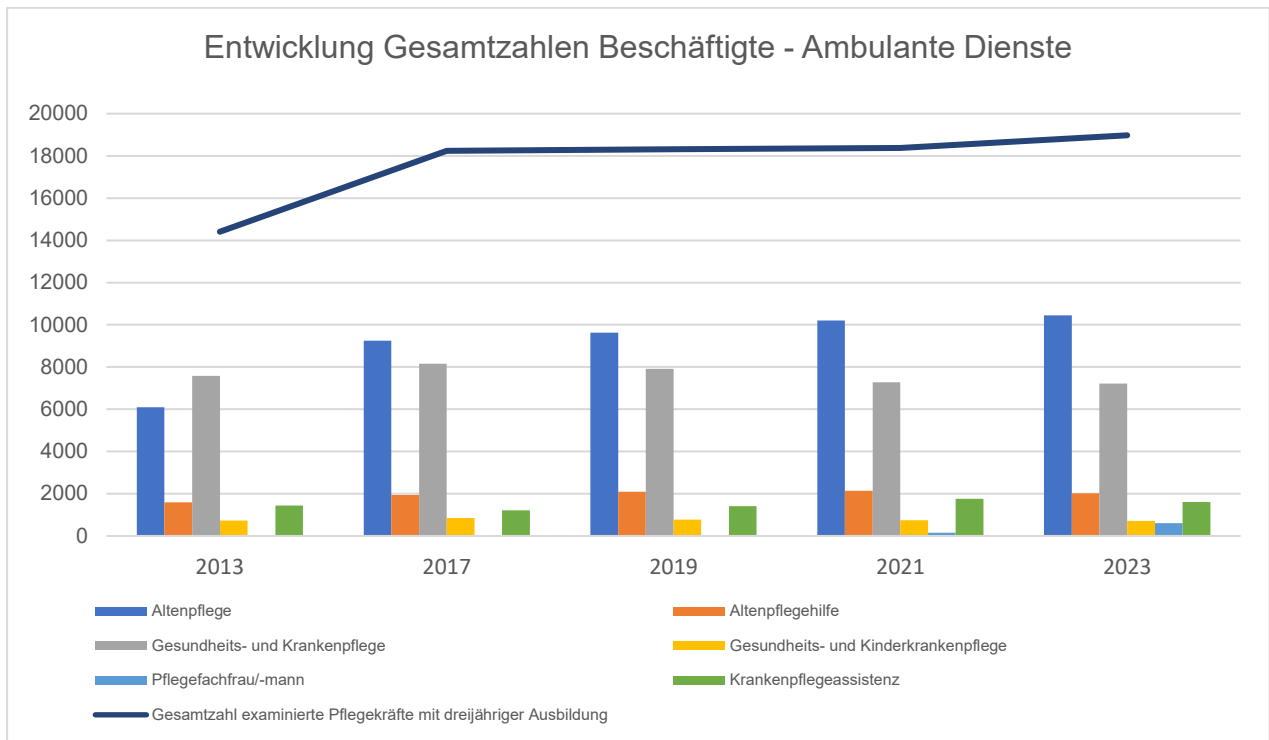


Abbildung 5: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in ambulanten Einrichtungen (2013-2023). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

Krankenhäuser:

Die Entwicklung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern (Abbildung 6) ist gesondert zu betrachten, da dort durch die Änderung der Berichtsweise keine konstant vergleichbare Erfassung erfolgte. Die Altenpflege wurde erst im Jahr 2019 bei der Datenerfassung mitklassifiziert. Die Anzahl der Beschäftigten der Gesundheits- und Krankenpflege bleibt seit dem Jahr 2019 in etwa konstant, im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Beschäftigten der Altenpflege gestiegen. Im Jahr 2023 arbeiteten 46.889 Pflegenden im Krankenhaus, davon waren 45.617 examinierte Fachkräfte, d. h. die Assistenzberufe spielen hier nur eine untergeordnete Rolle. Die Gesamtzahlen der Pflegenden bleiben seit dem Jahr 2019 etwa gleich. Es ergaben sich nach den Reformen zur Ausgliederung der Pflege aus den DRG-Fallpauschalen und der Einführung des Pflegebudgets sowie durch die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen keine relevanten Veränderungen in NDS zur Refinanzierung.

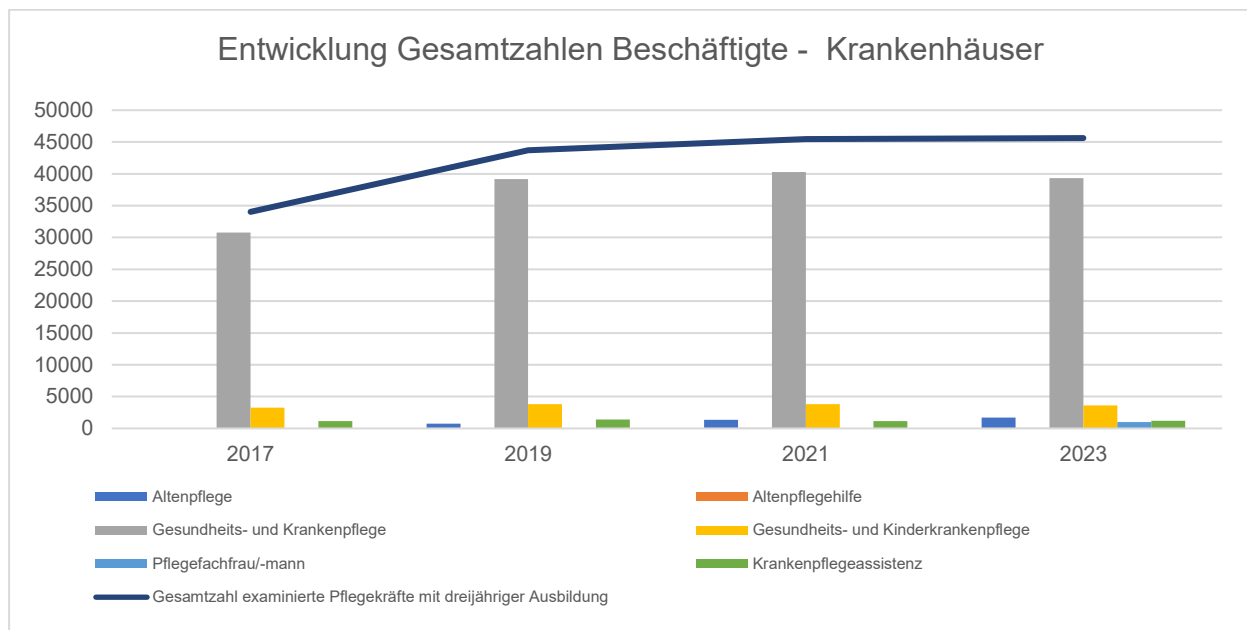


Abbildung 6: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in Krankenhäusern (2017-2023). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen:

In Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist die Gesamtzahl der examinierten Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung eher konstant mit leichter Abnahme seit 2017 (Abbildung 7), was mit der in etwa gleichbleibenden Anzahl der dort hauptsächlich arbeitenden Gesundheits- und Krankenpflegenden (2023: 1.519) zusammenhängt. Ein möglicher Zusammenhang der stagnierenden Zahlen besteht durch den Trend zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen¹⁴. Dadurch reduziert sich tendenziell die Anzahl benötigter Pflegekräfte, während die Zahl der Therapeut:innen konstant bleibt bzw. durch die Zunahme der gesamten Rehabilitationsleistungen leicht steigen müsste (siehe Kapitel 3.2 ff. zu den Therapieberufen).

¹⁴ Der Anteil ambulanter Leistungen lag zuletzt bei 16 % im Jahr 2023 mit einer Zunahme von 8,6 % gegenüber dem Vorjahr. Im Jahr 2006 lag der Anteil ambulanter Rehabilitationsleistungen noch bei 9 %. Die Rehabilitationsleistungen (stationär und ambulant) nahmen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr insgesamt um 7,7 % zu (Deutsche Rentenversicherung 2024.)

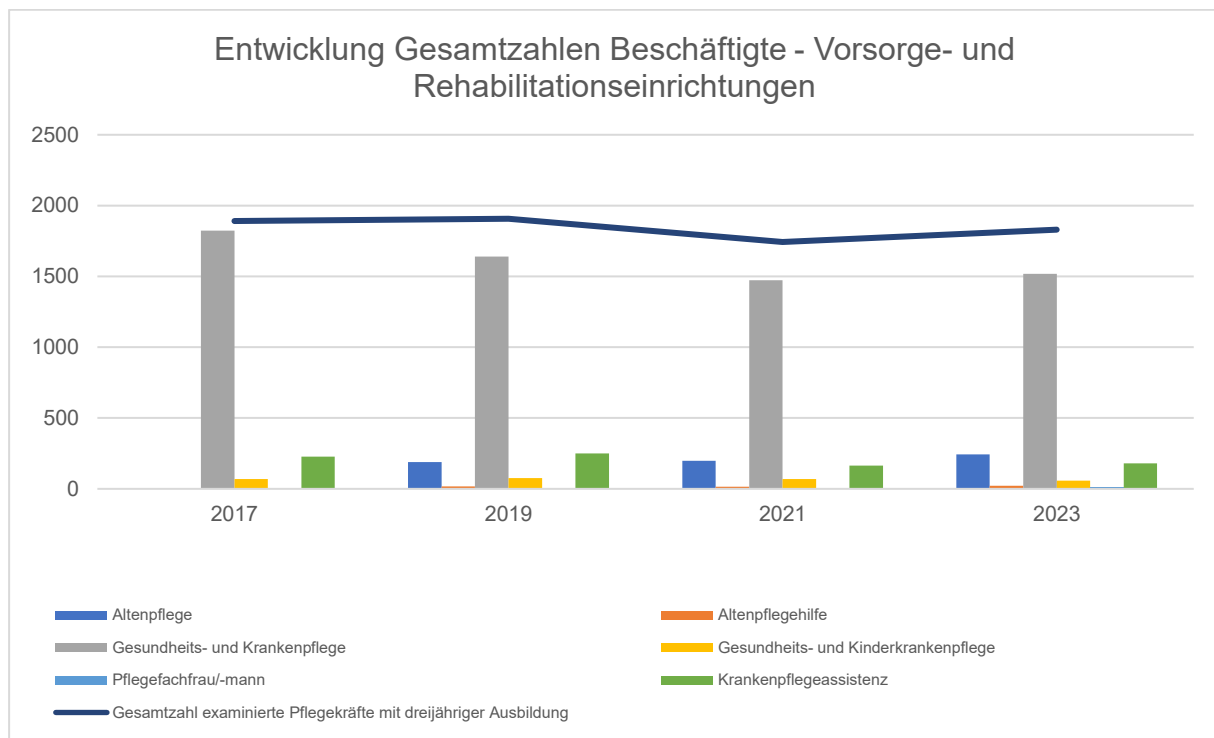


Abbildung 7: Entwicklung der Beschäftigten in der Pflege (Gesamtzahlen) in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

Anteil Vollzeitbeschäftigung an den Gesamtzahlen

Bei examinierten Pflegekräften mit dreijähriger Ausbildung arbeiten im Jahr 2023 über alle Einrichtungsarten hinweg im Mittel 42,1 % der Pflegenden in Vollzeit (Abbildung 8). Der Anteil an Vollzeitbeschäftigung ist unter den Altenpflegenden am höchsten: Im Jahr 2023 arbeiten 48,4 % in Vollzeit. Über die Einrichtungsarten hinweg arbeiten examinierte Pflegekräfte mit dreijähriger Ausbildung in ambulanten Einrichtungen tendenziell seltener in Vollzeit (u. a. begründet durch die notwendige Abdeckung von Kernarbeitszeiten): Der Anteil an Vollzeitbeschäftigten liegt bei 33,3 %. In Krankenhäusern ist der Anteil am höchsten: hier arbeiten 47,2 % der examinierten Pflegenden in Vollzeit. Die Altenpflegehilfe hat über alle Einrichtungsarten hinweg den geringsten Vollzeitanteil. Die Krankenpflegeassistenten hat in Krankenhäusern und Einrichtungen der Vorsorge/ Rehabilitation einen Anteil von 59,8 % bzw. 55,6 %, während dieser in ambulanten Diensten und teil-/vollstationärer Pflege deutlich geringer bei 18,7 % bzw. 36,6 % liegt.

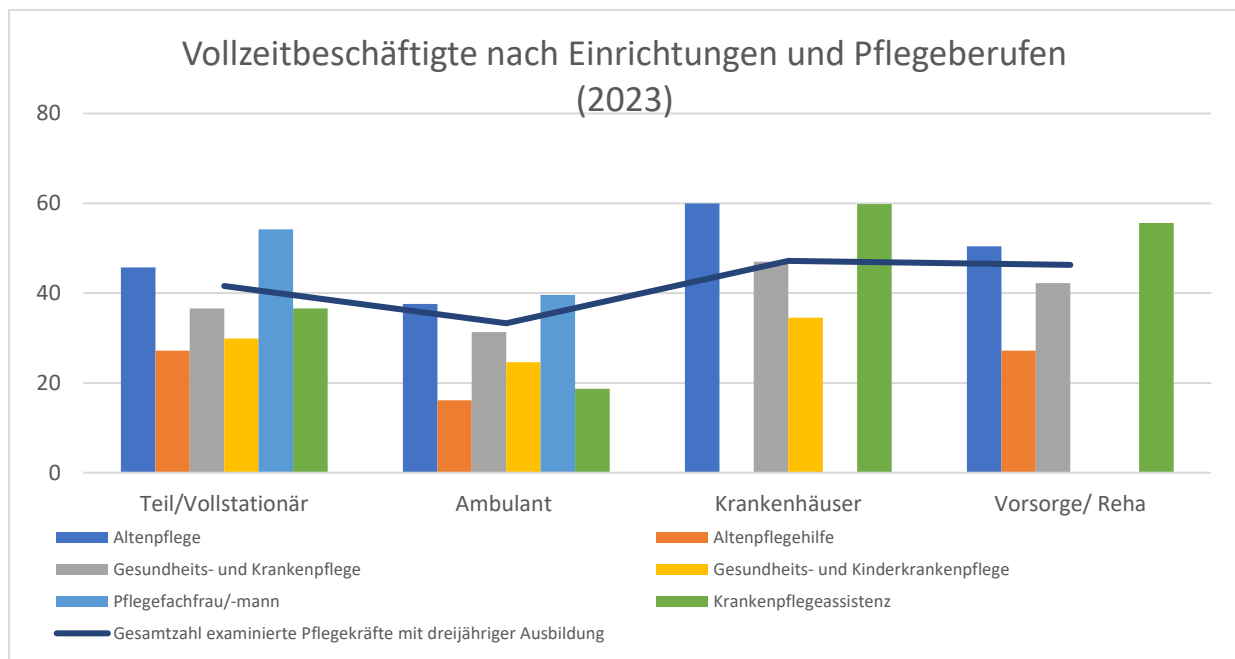


Abbildung 8: Anteil Vollzeitbeschäftigte nach Einrichtungen und Pflegeberufen (2024). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

Altersstruktur

Der demografische Wandel betrifft auch die Berufsgruppe der Pflegenden. In NDS sind 33 % der Pflegenden älter als 50 Jahre (im Landespflegebericht wird kein mittleres Alter angegeben). Abbildung 9 zeigt eine Sonderauswertung des Landespflegeberichts in Niedersachsen (2025b) mit den projizierten Renteneintritten bis zum Jahr 2029, basierend auf der Altersstruktur Pflegenden im Jahr 2024. Im Jahr 2029 werden 2.770 Pflegekräfte in Rente gehen, dieses hohe Niveau ist in den darauffolgenden Jahren etwa gleichbleibend. Dabei gehen die Berechnungen im Landespflegebericht mit 65 Jahren von einem früheren Renteneintrittsalter aus als gesetzlich festgelegt. Diese Zahlen zeigen die Notwendigkeit an neu qualifiziertem Personal, um die in Rente gehenden Pflegekräfte zu kompensieren – unabhängig von der demografischen Entwicklung der Bevölkerung (d. h. der zu Versorgenden). Neben den Berufsaustritten durch Rente müssen auch Branchen- bzw. Berufswechsler in der Versorgung kompensiert werden. Hierzu gibt es in NDS keine Daten. Jedoch sind 75,1 % der Pflegenden seit mindestens zehn Jahren in ihrem Beruf tätig. Der Median der aktuell beschäftigten Pflegenden liegt bei 17,8 Jahren (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025b).

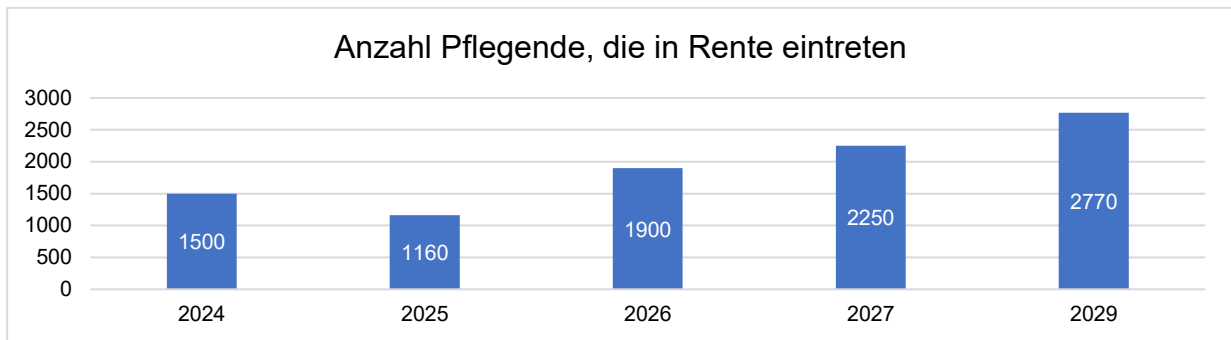


Abbildung 9: Anzahl Pflegende, die in Rente eintreten (2024-2029). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2024.

Zuwanderung

In NDS beträgt der Anteil ausländischer Beschäftigter 12,1 %, wobei ein erheblicher Teil dieser im Gesundheitswesen arbeitet (etwa 22,5 % aller ausländischen Fachkräfte in Deutschland arbeiten im Gesundheitswesen). Von allen Anerkennungsverfahren wurden 42 % von Pflegepersonen aus Drittstaaten gestellt und 3,3 % aller Pflegenden in NDS kamen im Jahr 2023 aus Drittstaaten. Dieser Anteil variiert regional und reicht von 0,4 % in Delmenhorst bis hin zu 5,7 % in Hannover. In Braunschweig lassen sich tendenziell höhere Werte beobachten und im nördlichen Teil von Lüneburg und Weser-Ems eher geringere Werte. Tabelle 3 zeigt die Anzahl an Zulassungen (ohne Helfer) zum Arbeitsmarkt Pflege aus Drittstaaten. Hierbei handelt es sich um Fallzahlen der Zulassungsverfahren und nicht um Personen, die einen Aufenthaltstitel erworben haben (eine Person kann mehrere Zustimmungen erhalten haben). Arbeitende aus EU-Staaten wurden nicht erfasst¹⁵.

Tabelle 3: Fallzahlen zur Zulassung zur Pflege aus Drittstaaten (ohne Helfer). Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2024.

	2014	2016	2018	2020	2022	2024
Weser-Ems	11	63	170	269	551	1.168
Hannover	54	274	550	796	1.037	2.321
Lüneburg	13	101	174	246	252	481
Braunschweig	27	122	297	537	677	1.540
Gesamt NDS	105	560	1.191	1.848	2.517	5.510

¹⁵ Daher ist eine Einmündung der Pflegefachpersonen aus Drittstaaten in die Pflege bzw. eine Quote an Personen aus Drittstaaten an den Gesamtzahlen nicht adäquat zu berechnen.

Um die Anzahl an in den Arbeitsmarkt einmündenden Fachkräften aus Drittstaaten weiter einzugrenzen, kann auch die Zahl positiv beschiedener Anträge für examinierte Pflegekräfte in NDS verwendet werden (ohne regionale Aufschlüsselung). Im Jahr 2023 wurden 1.386 Anträge ohne Auflagen positiv beschieden und 1.857 Anträge erhielten die Auflage einer Angleichungsmaßnahme.

3.1.2 Arbeitsmarktsituation

Der Anteil an arbeitslosen Personen aus der Pflege ist in NDS sehr gering. Im Jahr 2024 wurden in der Statistischen Region Weser-Ems 307 arbeitslose Fachkräfte gemeldet, in Lüneburg 235, in Hannover 323 und in Braunschweig waren es 244. Die Arbeitslosenquote in der Pflege liegt in allen Landkreisen unter 2 %, in einem Großteil davon sogar unter 1 %. Unter diese Zahlen fallen auch Personen, die nicht mehr in den ursprünglichen Beruf zurückkehren wollen oder können. Es kann in diesem Fall kaum von einer „Reserve“ gesprochen werden, die wieder aktiviert werden könnte. Dabei sind aber nicht diejenigen inbegriffen, die bereits einen anderen Beruf ergriffen haben, da hierzu keine Zahlen vorliegen. In fast allen Landkreisen (mit Ausnahme von Leer und Vechta) werden erheblich mehr offene Stellen als arbeitslose Pflegenden gemeldet. Auf Ebene der Statistischen Regionen kommen auf eine arbeitslose Fachkraft in der Pflege 1,6 als offen gemeldete Stellen in Hannover, 1,8 Stellen in Lüneburg, 2,0 Stellen in Weser-Ems und 3,1 Stellen in Braunschweig (höchste Quote) (Tabelle 4). Somit ist der Bedarf an Pflegekräften in NDS hoch durch die geringe regionale Arbeitslosigkeit und die hohe Anzahl der gemeldeten offenen Stellen. Der Bedarf kann aktuell nicht durch die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Kräfte gedeckt werden.

Tabelle 4: Arbeitslose Fachkräfte in Pflegeberufen und offene Arbeitsstellen 2024. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen 2025.

	Arbeitslose Fachkräfte in Pflegeberufen	Gemeldete offene Arbeitsstellen für Fachkräfte in Pflegeberufen
Weser-Ems	307	606
Hannover	323	510
Lüneburg	235	424
Braunschweig	244	759
Gesamt NDS	1.109	2.299

3.1.3 Ausbildungssituation

In NDS ist der Bedarf an jungen Pflegenden hoch, vorrangig durch die berufsdemografische Entwicklung und nachrangig durch den bevölkerungsdemografischen Wandel. Zusätzlich

besteht ein Bedarf durch Anpassungen an Stellenausstattungen wie bspw. die Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Dieser Bedarf kann derzeit über Ausbildungskapazitäten und hochschulische Qualifikationen gedeckt werden.

Berufsschulische Ausbildung

In NDS stehen dafür im Jahr 2023 152 Pflegeschulen zur Verfügung. Aufgeteilt nach Trägerschaft befinden sich 57 Schulen in einer öffentlichen, 37 Schulen in einer privaten und 58 Schulen in einer freigemeinnützigen Trägerschaft. Infolge der Umstellung auf die generalistische Pflegeausbildung (im Jahr 2020) stehen nur eingeschränkte Daten zur Entwicklung der Schülerzahlen zur Verfügung. Im Jahr 2023 schlossen 5.547 Auszubildende zum Stichtag 31.12.2023 einen Ausbildungsvertrag ab. Diese Zahl an Auszubildenden mit neuem Vertrag zum Stichtag ist seit dem Jahr 2020 in etwa konstant. 2023 schlossen 2.784 Schüler:innen erfolgreich ihre Ausbildung ab. Hier liegen noch keine Vergleichswerte vor, da dies die erste Kohorte ist, welche die generalistische Ausbildung in Regelzeit abgeschlossen hat. Verglichen mit den Auszubildenden, die im Jahr 2020 ihre Ausbildung begonnen haben (5.520), stehen diesen im Jahr 2023 2.784 erfolgreiche Absolvierende gegenüber. Daraus ergibt sich eine Erfolgsquote von 50,4 %¹⁶ (nicht berücksichtigt werden Absolvierende, die ihre Prüfung im Folgejahr wiederholen, und ein geringer Anteil an Auszubildenden in Teilzeit). Damit liegt die Erfolgsrate unterhalb der Raten, die im Jahr 2020 in NDS für die Gesundheits- und Krankenpflege (72,4 %), die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (80,9 %) oder die Altenpflege (64,4 %) festgestellt wurden. Bezogen auf die ersten drei Ausbildungskohorten ergibt sich eine Abbruchquote von 22,3 % bezogen auf die Gesamtanzahl der Ausbildungseintritte (17.898) und der vorzeitigen Vertragsauflösungen (3.987) in den ersten drei Jahren der generalistischen Pflegeausbildung (2020-2022). Im Folgezeitraum von 2021-2023 beträgt die Abbruchquote 29,2 %, was vergleichbar mit den Abbruchzahlen der vorherigen Ausbildungsgänge ist. Die Ausbildungszeit ab dem Jahr 2020 fällt in den Zeitraum der COVID-19-Pandemie, wodurch noch bis ins Jahr 2025 Limitationen durch veränderte Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie gesamtgesellschaftliche Entwicklungen entstehen.

Da nicht alle erfolgreichen Absolvierenden auch in den Beruf einmünden, ist von einer Berufseinmündungsquote von 80 % auf Grundlage der bisherigen Ausbildungssituation in der

¹⁶ Dies ist vergleichbar mit den beendeten Ausbildungen in Nordrhein-Westfalen: hier beendeten im Jahr 2023 57,4 % der Auszubildenden ihre Ausbildung mit bestandener Prüfung. Quelle: Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen 24.05.2024.

Pflege auszugehen (Isfort et al. 2022). Weitere Entwicklungen sind in Abschnitt 3.1.4, Tabelle 6 dargestellt.

Hochschulische Ausbildung

Das Landesamt für Statistik Niedersachsen weist für das Jahr 2024 zum Stichtag 31. Dezember 2024 eine vorläufige Anzahl von 7 Studierenden¹⁷ in der hochschulischen Pflegeausbildung aus (LSN 2025a). Diese Anzahl ergibt sich aus der Erfassung der Träger der praktischen Ausbildung in NDS.

Darüber hinaus stehen keine Daten zu folgenden Kategorien in NDS zur Verfügung: Anzahl der Studienplätze (Kapazitäten), Anzahl der Studienanfänger:innen und der Absolvierenden, Abbruchquote und Berufseinmündungsquote. Daher wird – soweit verfügbar – auf bundesweite Daten zurückgegriffen.

Zum Jahresende 2024 befanden sich bundesweit 1.200 Studierende in einem Pflegestudium, davon ca. 740 am Anfang des Studiums (1,2 % Akademisierungsquote¹⁸). 140 Studierende beendeten 2024 das Studium inkl. einer Berufszulassung zur Pflegefachperson (Statistisches Bundesamt 29.07.2025). Bei der Datenerhebung werden jedoch nur die primärqualifizierenden Studiengänge mit einem Abschluss zur Pflegefachperson erfasst. In NDS werden bis dato keine primärqualifizierenden Studiengänge nach dem Pflegeberufegesetz angeboten (BMBFSFJ 2025). Basierend auf der Publikation vom Wissenschaftsrat (2023) beträgt die Akademisierungsquote bei den primärqualifizierend-dualen Studiengängen 0,43 % und bei Berücksichtigung aller Bachelorstudiengänge in der Pflege 3,2 %. Dadurch wird bundesweit der angestrebte Wert von 20 % für die Akademisierung nicht annähernd erreicht. Zu vergleichbar (geringen) Zahlen kommt die Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels: 2020 betrug die Akademisierungsquote 1,70 % für alle Studierenden bzw. 0,78 % bei den primärqualifizierenden Studierenden. Im Jahr 2021 waren es 1,75 % für alle Studierenden bzw. 0,82 %, wenn nur primärqualifizierend Studierende gezählt werden. Demnach ist ein leichter Anstieg bei der Akademisierungsquote zu beobachten (Meng et al. 2022).

¹⁷ Rückmeldung des Landesamtes für Statistik Niedersachsen zu den geringen Studierendenzahlen: „Den insgesamt sieben Personen in der hochschulischen Pflegeausbildung in Niedersachsen wurden dementsprechend Träger der praktischen Ausbildung (TdpA) in Niedersachsen zugeordnet, weshalb sie für Niedersachsen ausgewiesen werden. Diese Personen besuchen aber gleichzeitig eine Hochschule in Bremen, ähnliche Probleme bei der Länderzuordnung werden sie auch an anderen Ländergrenzen finden.“

¹⁸ Hiermit ist das Verhältnis von Personen, die eine Ausbildung begonnen haben, zu den Studienanfänger:innen in der Pflege gemeint.

Der Verbleib von Studienabsolvent:innen in der Pflege in der hauptberuflich klientennahen Erwerbstätigkeit beträgt laut einer Absolvent:innenbefragung in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 etwa 78 % (Dieterich et al. 2019).

Die Studienplatzkapazitäten an den Hochschulen werden nach der Befragung des BIBB nicht ausgelastet. Die Auslastung der geschätzten Kapazitätsgrenze primärqualifizierender Studiengänge liegt aktuell bei etwa 50 % und bei den ausbildungsintegrierenden Studiengängen im Mittel bei 74 % (Meng et al. 2022).

Kapazitäten an Hochschulen, Universitäten und Schulen

In Niedersachsen werden im Jahr 2025 elf Studiengänge (Bachelor und Master zusammen) in der Pflege, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an Hochschulen und Universitäten angeboten (Tabelle 5) (kfsn 2025).

Tabelle 5: Hochschulen in NDS mit Angebot an Pflegestudiengängen. Quelle: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025)

Hochschule	Angebot Pflegestudiengänge
Hochschule Osnabrück	• Pflege (Bachelor, ausbildungsintegrierendes Studium mit kooperierender Pflegeschule) (Standorte Osnabrück und Lingen) • Pflegewissenschaft (Bachelor, berufsbegleitend) • Pflegemanagement (Bachelor, berufsbegleitend)
Jade Hochschule Oldenburg	• Angewandte Pflegewissenschaft (Bachelor, berufsbegleitend)
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften	• Angewandte Pflegewissenschaft im Praxisverbund (Bachelor, entweder berufsbegleitend oder ausbildungsbegleitend mit Ausbildungsvertrag mit kooperierender Pflegeschule)
Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts	• Pflege (Bachelor, entweder berufsbegleitend oder ausbildungsbegleitend mit kooperierender Pflegeschule)
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst	• Pflege (Bachelor, entweder berufsbegleitend oder ausbildungsbegleitend mit kooperierender Pflegeschule)
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	• Pflege – Advanced Nursing Practice (Master, berufsbegleitend)
Georg-August-Universität Göttingen	• Praxisorientierte Pflegewissenschaft (Bachelor, berufsbegleitend)
hochschule 21	• Pflege (Bachelor, berufsbegleitend, ausbildungsintegrierendes Studium ruht aktuell)
Universitätsmedizin Göttingen	• Praxisorientierte Pflegewissenschaft (Bachelor, berufsbegleitend)

3.1.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Auf Grundlage des berufsdemografischen Wandels beim Fachpersonal sowie der aktuellen und der geschätzten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in der Pflege ergibt sich der zukünftige Personalbedarf in der Pflege.

Berufsdemografischer Wandel und Entwicklung der Personalressourcen in der Pflege

Basierend auf den Angaben im Landespflegebericht werden die aktuellen und voraussichtlichen Berufsaustritte (durch Renteneintritte) der Anzahl an Berufseinmündungen der Pflegefachpersonen mit abgeschlossener Ausbildung gegenübergestellt (Tabelle 6). Ab dem Jahr 2024 basieren die Zahlen der erfolgreichen Absolvent:innen und die Anzahl an Berufseinmündungen bei den Auszubildenden auf Schätzungen (*kursiver Text*).

Tabelle 6: Status quo und Entwicklung der Berufseinmündungen gegenüber den Renteneintritten in der Pflege. Quelle: Landespflegebericht Niedersachsen (2024); LSN (2025a)

Jahr	Auszubildende netto ¹⁹	Absolvierende Ausbildung) (70%) ²⁰	Berufseinmündung Auszubildende (80 %)	Studierende (Variante 1) ²¹	Studierende (Variante 2) ²²	Berufseinmündung Studierende (Variante 2) ²³	Gesamte Berufseinmündungen (Variante 2)	Renteneintritte	Berufseinmündungen Auszubildende minus Renteneintritte
2020	5.520	nicht erfasst	nicht erfasst						
2021	5.643	nicht erfasst	nicht erfasst						
2022	5.187	nicht erfasst	nicht erfasst						
2023	5.547	2.784	2.227	55	555	311	2.538		
2024	5.878	3.950	3.160	59	588	329	3.489	1.500	1.660
2025	5.878	3.631	2.905	59	588	329	3.234	1.160	1.745
2026	5.878	3.883	3.106	59	588	329	3.435	1.900	1.206
2027	5.878	4.115	3.292	59	588	329	3.621	2.250	1.042
2028	5.878	4.115	3.292	59	588	329	3.621	2.630	662
2029	5.878	4.115	3.292	59	588	329	3.621	2.770	522
2030	5.878	4.115	3.292	59	588	329	3.621	2.770	522

Bei der Projektion der Absolvierenden wurde eine optimistische Quote an Absolvierenden von 70 % zugrunde gelegt, die aktuell (noch) nicht erreicht wird, während die Zahl an Ausbildungsinteressierten ab dem Jahr 2025 bis 2030 auf gleichem Niveau fortgeschrieben wurde. Auf Grundlage dieser Berechnungen kann die berufsdemografische Entwicklung zunächst voraussichtlich kompensiert werden. Im Jahr 2025 stehen 2.905 Berufseinmündungen (nur

¹⁹ Auszubildende am Stichtag 31.12. mit einem abgeschlossenen Ausbildungsvertrag; abgebrochene Ausbildungen bzw. aufgelöste Verträge sind bereits ausgenommen

²⁰ Ab 2024 wird von einer geschätzten optimistischen Erfolgsquote von 70 % ausgegangen, basierend auf den Auszubildendenzahlen (netto) zu Beginn der dreijährigen Ausbildung und den langjährigen Erfolgsquoten vor Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in Anlehnung an Garcia-González und Peters 2021.

²¹ Variante 1: Bei angenommener bundesweiter Akademisierungsquote (1%) - Verhältnis von Personen, die eine Ausbildung begonnen haben zu den Studienanfänger:innen in der Pflege, basierend auf den vorliegenden Ausbildungszahlen bis 2024 und einer Fortschreibung der Ausbildungszahlen (netto) von 2024 ab dem Jahr 2025.

²² Variante 2: Bei Annahme eines geforderten Mindestwerts für Akademisierung (10%)

²³ Bei Annahme einer Abschlussquote von 70 % erfolgreicher Absolvent:innen und 80 % Berufseinmündungsquote.

Auszubildende) 1.160 Renteneintritten gegenüber. Bei der Projektion der Renteneintritte, basierend auf den aktuellen Altersstrukturen der Pflegenden nach dem Landespflegebericht, ergibt sich eine starke Zunahme ab dem Jahr 2029. So stehen im Jahr 2029 rund 3.300 Berufseinmündungen (ohne Studienabsolvierende) 2.770 Renteneintritte gegenüber. Ohne eine Hinzunahme von akademisierten Pflegekräften zusätzlich zu den Studierendenzahlen ergibt sich ab 2029 nur noch eine zusätzliche Kapazität pro Jahr von 522 Pflegenden. Bei einer steigenden Zahl an zusätzlichen Pflegekräften mit primärqualifizierendem Studium (Variante 2: Akademisierungsquote von 10 %) würde sich die verfügbare Kapazität auf 851 erhöhen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass etwa drei Viertel der Studienabsolvent:innen der Pflege in der Patientenversorgung bleiben (Dieterich et al. 2019). Jedoch könnten akademisierte Pflegekräfte zukünftig mehr ärztlich delegierbare Leistungen übernehmen und die Versorgungsqualität insgesamt verbessern.

Der Landespflegebericht geht von geringfügig höheren Zahlen an Ausbildungsabsolvent:innen und Berufseinmündungen ab 2027 aus (3.550 Berufseinmündungen/ Jahr), wodurch sich die Kapazität an Pflegenden (nur nach Ausbildung) auf 780 im Jahr 2027 erhöht.

Diese Berechnungen zeigen, dass eine berufsdemografische Entwicklung durch neu in den Arbeitsmarkt einmündende Absolvierende voraussichtlich in den nächsten Jahren kompensiert werden kann. Gemessen an den Gesamtzahlen der Pflegenden (im Jahr 2024 waren es 114.062) wird die Reservequote durch Auszubildende aufgrund der steigenden Renteneintritte jedoch zukünftig als sehr gering eingeschätzt, sodass primär von einer Stabilisierung der Personalressourcen ausgegangen werden kann. Verändern sich jedoch einzelne Parameter, durch eine sinkende Anzahl an neuen Ausbildungsanfänger:innen, Abschlusserfolgsquoten und Berufseinmündungen (z. B. aufgrund sinkender Attraktivität des Berufs), kann von einem pessimistischeren Szenario mit einem Kipppunkt durch mehr Renteneintritte als Berufseinmündungen in den nächsten Jahren ausgegangen werden. Auch eine gesteigerte Unzufriedenheit mit dem Beruf kann zu erhöhten Berufsaustritten durch Branchen- und Berufswechsel führen.

In Abbildung 10 werden diese Szenarien verdeutlicht: Gibt es genügend Berufseinmündungen (Szenario A), halten sich die Berufseintritte durch Ausbildung und Zuwanderung die Waage mit den Berufsaustritten, welche durch Renteneintritt und Berufswechsel begründet

sind. Sinkende Berufseinmündungszahlen (Szenario B) werden durch die rechte Waage gezeigt und führen zu einer pessimistischeren Einschätzung.

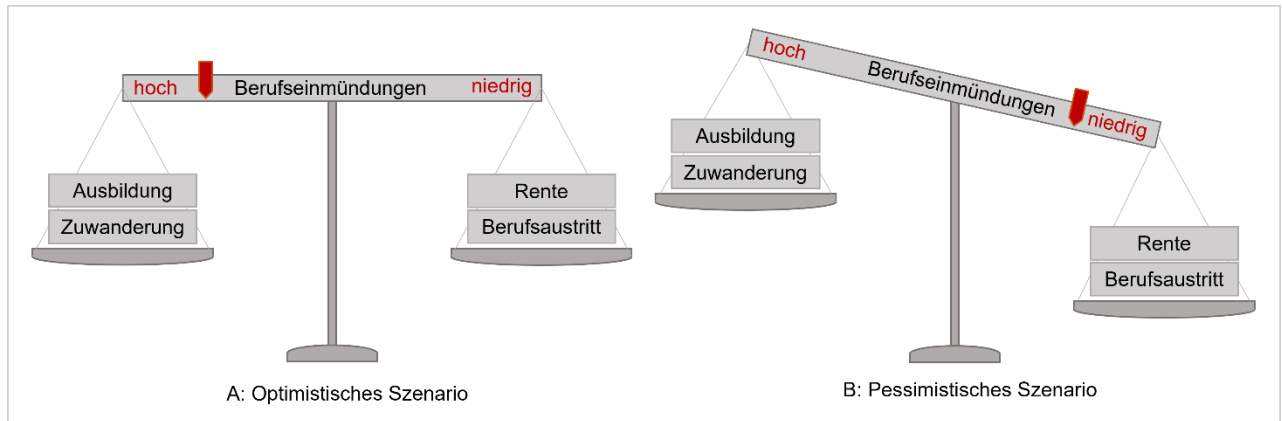


Abbildung 10: Berufseinmündungs-Szenarien in der Pflege und deren Auswirkungen. Eigene Darstellung.

Erhöht sich die Zahl der Inanspruchnahme aufgrund von steigender Pflegebedürftigkeit und eines erhöhten Pflegebedarfs im Krankenhaus (durch Pflegepersonaluntergrenzen, Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität), werden die Personalkapazitäten zukünftig auch in einem optimistischen Szenario nicht ausreichen. Der Landespflegebericht geht von einer Gesamtzahl von 3.725 Einrichtungen, in denen Pflegendе arbeiten, aus. Im Jahr 2024 könnte noch jede zweite bis dritte Einrichtung eine neue Pflegekraft nach Ausbildung aufnehmen. Im Jahr 2030 würde bei gleichbleibender Zahl an Einrichtungen nur noch jeder siebten Einrichtung eine weitere Pflegekraft nach Ausbildung zur Verfügung stehen (bei optimistischem Szenario bzgl. der Berufseinmündungen).

Der Bericht der „Enquetekommission zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“ (2021) spricht dazu u. a. folgende zentrale Handlungsempfehlungen aus:

„Als zentrale Empfehlungen sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- *Wesentlich für die Sicherstellung einer ausreichenden Personalausstattung ist die Förderung und Weiterentwicklung von Ausbildung und Studium.*
- *Um darüber hinaus die Qualifikation des Pflegefachpersonals auf hohem Niveau gewährleisten zu können, müssen die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege forciert werden.“ (Niedersächsischer Landtag 2021)*

Daraus resultieren weitere Handlungsempfehlungen wie die Förderung von Ausbildung mit einer starken Steigerung der Auszubildendenzahl, der Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen, der Förderung von Pflegeschulen sowie einer Schaffung ausreichender Studienplätze für Berufsschullehrer:innen. Weiterhin sind die Förderung des Studiums (Schaffung ausreichender Studienplätze, Stärkung dualer Studiengänge, Stärkung der Interprofessionalität sowie eine auskömmliche staatliche Finanzierung primärqualifizierender Studiengänge) und eine Forcierung der Professionalität und der Akademisierung in Anlehnung an die Publikation des Wissenschaftsrates und des Sachverständigenrates empfohlen. Um Studiengänge anbieten zu können und ausreichend Studierende in der Praxis zu betreuen, müssen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Masterniveau und promovierte Pflegenden zur Verfügung stehen (NDS Landtag 2021; Wissenschaftsrat 2023).

Um den Mehrbedarf an akademisiertem Pflegepersonal exemplarisch für Krankenhäuser zu quantifizieren, wird auf eine Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts auf Bundesebene zurückgegriffen. Aktuell werden in Krankenhäusern pro Haus im Mittel 15,6 Pflegekräfte mit akademischem Abschluss eingesetzt, wobei mit steigender Krankenhausgröße der Anteil akademisierter Pflegekräfte zunimmt. 75 % der Krankenhäuser, die einen steigenden Bedarf bis 2030 angeben, schätzen den Bedarf von aktuell 30,4 auf zukünftig 60,8 akademisierte Pflegekräfte pro Haus ein (Deutsches Krankenhausinstitut 2024). Aktuell gibt es in NDS 105 Krankenhäuser mit Notfallversorgung und Behandlungsvertrag nach dem Landeskrankenhausplan (Landespflegebericht 2024). Der aktuelle Bedarf an akademisierten Pflegekräften im Krankenhaus wird daher auf 1.638 geschätzt. Bei einer Steigerung von 100 % der aktuellen akademisierten Pflegenden in den Häusern mit hohem Bedarf (75 % der Häuser) werden im Jahr 2030 allein in den Krankenhäusern mit hohem Bedarf 4.725 akademisierte Pflegenden in NDS benötigt werden. Dies entspricht einer linearen benötigten Zunahme von 945 akademisierten Pflegekräften pro Jahr bis 2030.

Die Personalsituation in den Pflegeschulen wurde nach einer Befragung der Schulen in NDS im Landespflegebericht (2025) aktuell überwiegend als ausreichend eingeschätzt. Jedoch zeigt sich ein zunehmender Lehrpersonalmangel, den über die Hälfte der Einrichtungen seit 2020/21 beobachtet. Offene Stellen lassen sich zwar in der Regel besetzen, die Dauer bis zur Stellenbesetzung verlängert sich jedoch deutlich und könnte künftig zu Engpässen führen. Zusätzlich erfordert die berufsdemografische Entwicklung bei den Lehrenden mittelfristig einen deutlichen Bedarf an nachfolgendem Lehrpersonal. Aktuell sind 29 % der Lehrenden zwischen 51 und 60 Jahre alt. Würde der Bedarf an qualifizierten Lehrenden sichergestellt,

bedeutet dies eine Stagnation der Ausbildungszahlen. Aufgrund berufs- und bevölkerungs-demografischer Entwicklungen und einem zukünftig steigenden Versorgungsbedarf muss ein Ausbau der Ausbildungskapazitäten und damit der qualifizierten Lehrenden geplant werden.

Inanspruchnahme von Pflege als Versorgungsleistung und zukünftige Trends

Entwicklung der Bevölkerungsdemografie

Wie bereits im Kapitel 1.3 dargelegt wurde, wird das Bevölkerungswachstum in NDS bis zum Jahr 2042 in etwa stabil bleiben bei geringem einstelligem prozentualem Zuwachs. Der Anteil der älteren Bevölkerung nimmt dagegen zu, abbildbar im steigenden Belastungsquotienten als Verhältnis von erwerbstätiger zu nicht erwerbstätiger Bevölkerung (LSN 2024c). Bis zum Jahr 2040 wird die Zahl der Personen über 75 Jahren in allen Statistischen Regionen deutlich zunehmen. In der Statistischen Region Weser-Ems ist die Zunahme mit über 135.000 Personen am größten, danach folgen die Regionen Hannover und Lüneburg mit mehr als 80.000 Personen und Braunschweig mit mehr als 60.000 Personen. Auch wenn nicht alle älteren Personen gleichermaßen Pflege und medizinische Versorgung im Krankenhaus in Anspruch nehmen werden, ist von einer Zunahme an Versorgungsleistungen auszugehen. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Personen zwischen 30 und 75 Jahren ab. Diese Personengruppe ist für die informelle Pflege von großer Relevanz. Dadurch wird sich der Bedarf an professioneller Pflege erhöhen. Der Zuzug an älteren Personen auf Ebene der Landkreise war in den Jahren 2018 bis 2023 gering (unter 0,5 % der älteren Bevölkerung) und hat daher keinen gravierenden Effekt auf zukünftige Bedarfe. (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025b).

Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Im Gegensatz zur Entwicklung der Altersstruktur in der Bevölkerung lässt sich die zukünftige Entwicklung von Pflegebedürftigkeit unsicherer voraussagen. Die aktuellen Daten sind für das Jahr 2023 verzeichnet: In NDS empfangen 623.071 Personen Leistungen der Pflegeversicherungen, d. h. diese sind durch einen Pflegegrad anspruchsberechtigt (Abbildung 11). Der Großteil dieser Personen (85 %) wird zuhause versorgt (durch Angehörige/ informelle Pflege oder durch professionell Pflegende). In vollstationärer Pflege befinden sich 93.678 Personen (15 %). Von den Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit werden 116.020 Personen durch ambulante Pflegedienste versorgt. Dies entspricht einem Anteil von 22 % von Personen, die zuhause durch professionelle Pflege versorgt werden. Die restlichen Personen mit Pflegegrad, die aktuell Geldleistungen, aber keine Sachleistungen in Anspruch nehmen, könnten

zukünftig Bedarf an professioneller Pflege in Anspruch nehmen. 24,6 % der Pflegegeldempfänger:innen ohne Sachleistungen sind jünger als 60 Jahre. In der Gruppe derjenigen, die Sachleistungen in Anspruch nehmen, liegt der Anteil der <60-Jährigen bei 5,5 %. Die größte Gruppe der Pflegebedürftigen in ambulanten Diensten oder stationär Gepflegten sind die >75-Jährigen mit 79,6 %.

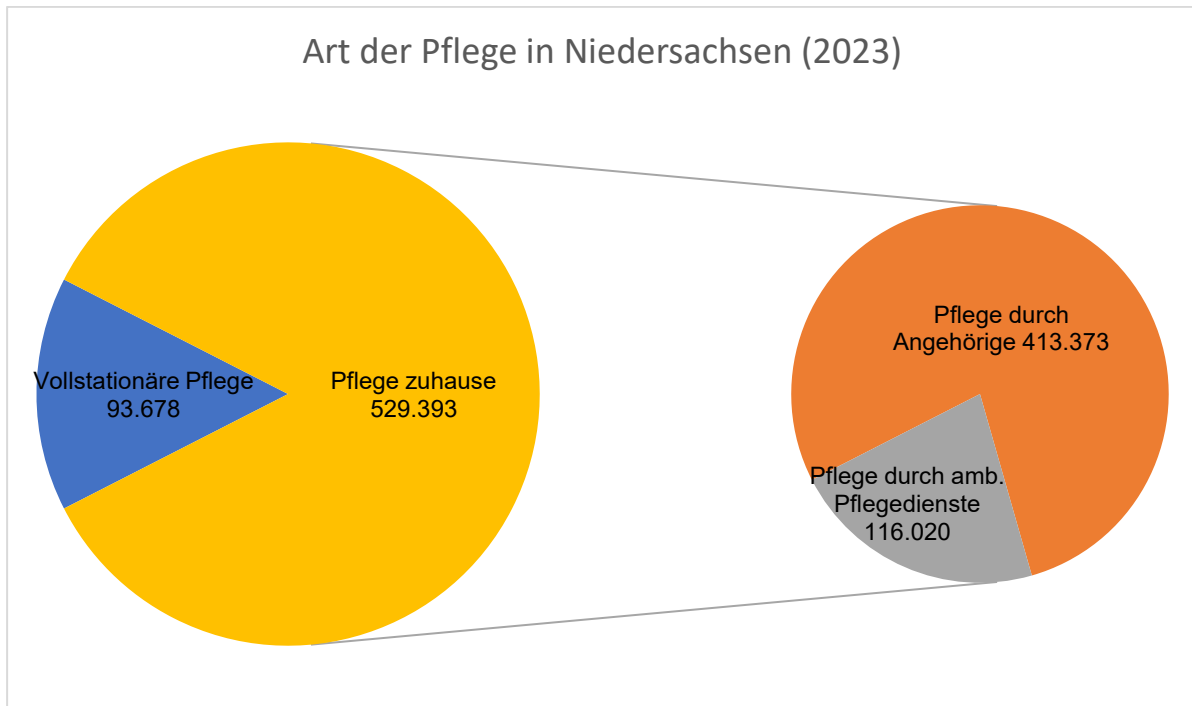


Abbildung 11: Art der Pflege in Niedersachsen in 2023 (Landespflegebericht 2025)

Seit dem Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in allen Statistischen Regionen in NDS (Abbildung 12). Dies ist insbesondere auf die geänderte Definition der Pflegebedürftigkeit und die Änderung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz zurückzuführen, welches am 01.01.2017 in Kraft trat. Die Zunahme der Pflegebedürftigen korreliert daher nicht signifikant mit der demografischen Entwicklung der letzten Jahre: „Die deutliche Zunahme der Pflegebedürftigkeit muss somit als ein Ergebnis dieser Neubewertung und Konstruktveränderung in der sozialen Pflegeversicherung verstanden werden und nicht als Ergebnis einer demografischen Entwicklung und deren Auswirkungen.“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025b, S. 39).

Erklärungen für eine Zunahme sind u. a. eine Reduktion der Dunkelziffer, eine Zunahme der Kenntnis von Pflegeleistungen durch Beratungen, eine steigende Akzeptanz und eine Finanzierungsmöglichkeit allgemeiner Kostensteigerungen.

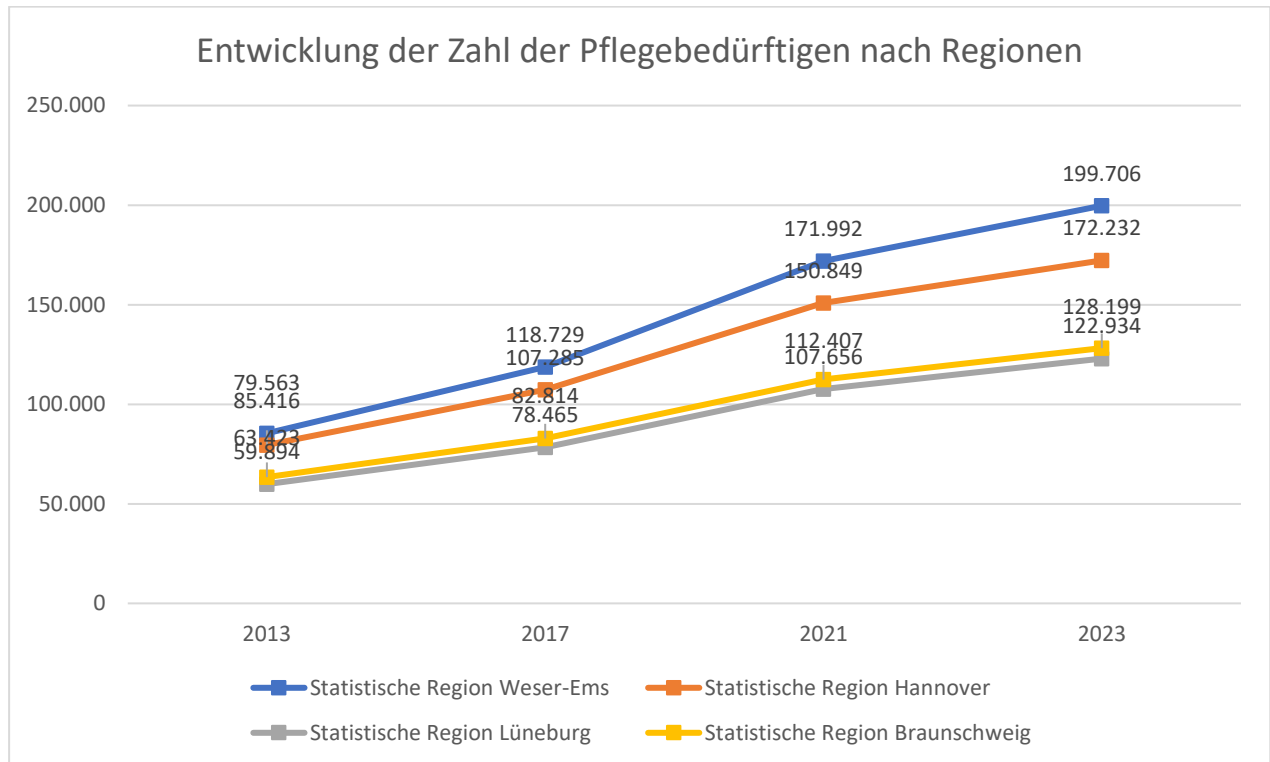


Abbildung 12: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Statistischen Regionen zwischen 2013 und 2023 (Landespflegebericht 2025)

Bis zum Jahr 2040 werden 663.000 Pflegebedürftige insgesamt prognostiziert – dies bedeutet eine Zunahme der Leistungsempfänger:innen insgesamt um 6 %, ausgehend von den aktuellen Zahlen (2023). Die Analysen im Landespflegebericht gehen jedoch von einer Zunahme der ambulanten Pflege (21 %) und der vollstationären Pflege (29 %) aus bei einer gleichzeitigen Reduktion der informellen Pflege durch Angehörige (-24 %) gegenüber den Zahlen aus dem Jahr 2023 (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025b). Die Entwicklung der Zahlen ist in Abbildung 13 dargestellt.

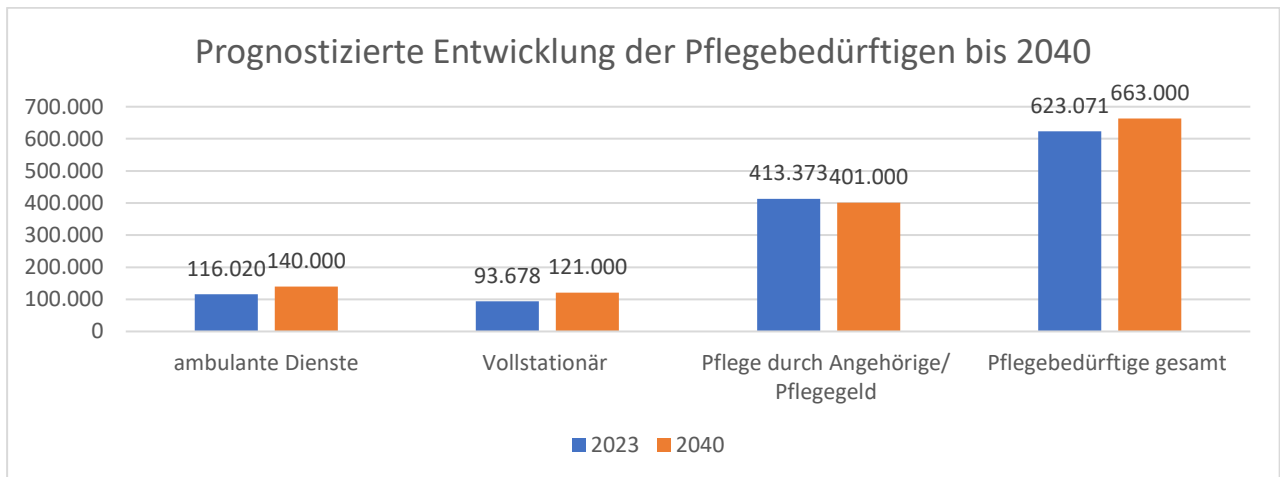


Abbildung 13: Prognostizierte Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2040 (Landespflegebericht 2025)

Neben dem Landespflegebericht gibt es zudem Berichte der Kommunalen Pflegeplanung. Gemäß Niedersächsischem Pflegegesetz sollen die Landkreise und kreisfreien Städte gegliederte Pflegeberichte mit Bezugnahme auf aktuelle Pflegestatistiken erstellen und alle vier Jahre jeweils zum 31. Oktober fortschreiben. Exemplarisch werden die Zahlen der Altenhilfe- und Pflegeplanung der Stadt Braunschweig dargestellt, welche die Pflegebedarfe mithilfe von 3 Szenarien berechnen (xit GmbH 2021). Die Planung geht von **drei Szenarien** aus (Abbildung 14):

- **Szenario A: „konstante Pflegequoten“** (Zunahme bei Pflegegeld, ambulanten Diensten und stationärer Pflege gleichermaßen um 9 %)
- **Szenario B: „weniger Angehörigenpflege“** (deutliche Zunahme bei ambulanten Diensten und stationärer Pflege um 28 %, Reduktion bei Angehörigenpflege/ Pflegegeld um -7 %)
- **Szenario C: „ambulant vor stationär“** (Zunahme bei ambulanten Diensten um 19 %, stationäre Pflege gleichbleibend, Zunahme Angehörigenpflege/ Pflegegeld um 9 %)

Diese Szenarienbildung verdeutlicht die Unsicherheit bei der Abbildung zukünftiger Bedarfe in der Pflege, abhängig von gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen.

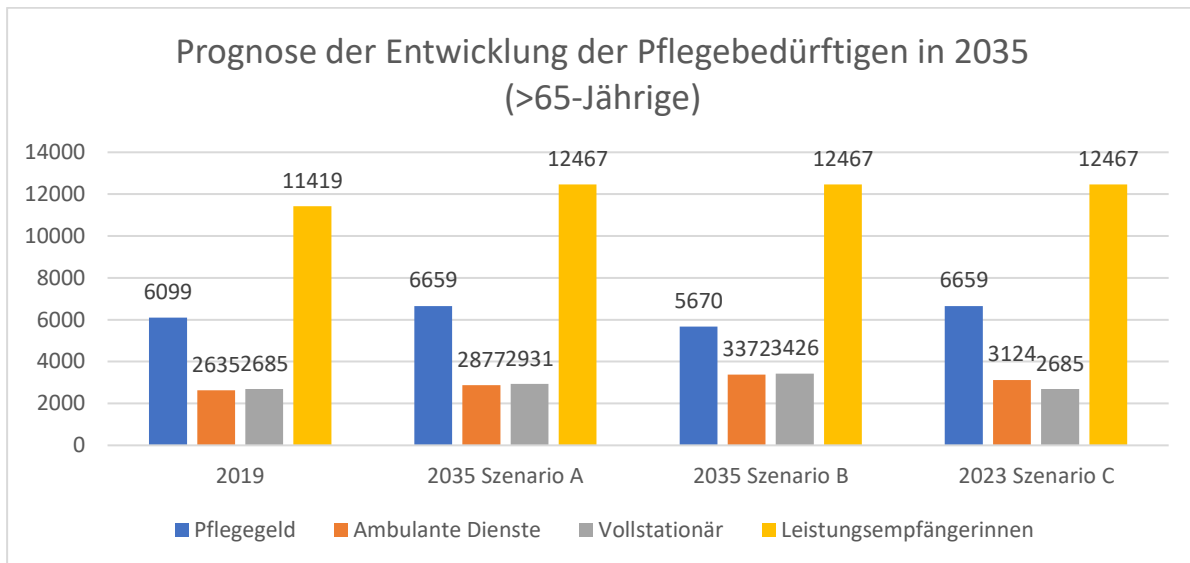


Abbildung 14: Prognose der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in 2032 bei >65-Jährigen (xit GmbH 2021)

Gegenüberstellung Personalkapazitäten und prognostizierte Bedarfe

Nach Landespflegebericht arbeiten in NDS im Jahr 2023 in 1.409 ambulanten Pflegediensten 22.601 Pflegenden, davon 18.975 examinierte Pflegekräfte. In 2.049 Pflegeheimen sind 35.036 Pflegenden angestellt, davon 27.698 Pflegefachpersonen. Demgegenüber stehen im Jahr 2023 insgesamt 209.698 Pflegebedürftige, die professionelle Pflege ambulant oder stationär in Anspruch nehmen. Abbildung 15 stellt die Inanspruchnahme (Pflegebedürftige, die durch professionelle Pflege versorgt werden) dem zur Verfügung stehenden Personal und der Anzahl der Einrichtungen/ Dienste gegenüber.

Bei der erwarteten Zunahme der Pflegebedürftigkeit um 24 % bis zum Jahr 2040 müsste sich auch die Zahl der Pflegekräfte bis zum Jahr 2040 um 24 % erhöhen, d. h. von insgesamt 46.673 examinierten Pflegekräften im Jahr 2023 auf 57.875. Dies entspricht einer Zunahme von 11.202 Pflegefachpersonen insgesamt bzw. 659 Personen pro Jahr. Diese gemittelte Zahl an zusätzlichen Pflegekräften wird durch die berufsdemografische Entwicklung und die steigende Anzahl an Renteneintritten in etwa ab dem Jahr 2029 bereits nicht mehr erreicht werden können. Bei Hinzunahme von einer zusätzlichen Anzahl an primärqualifizierten Studierenden von 10 % (geforderte Akademisierungsquote) könnten diese Zahlen abgemildert werden und eine lineare Zunahme von Pflegefachpersonen auch bei steigenden Renteneintritten erreicht werden.

Hier sind allerdings die Bedarfe in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern noch nicht miteinberechnet, deren Inanspruchnahme sich bei einer steigenden Anzahl Pflegebedürftiger voraussichtlich deutlich erhöhen wird.

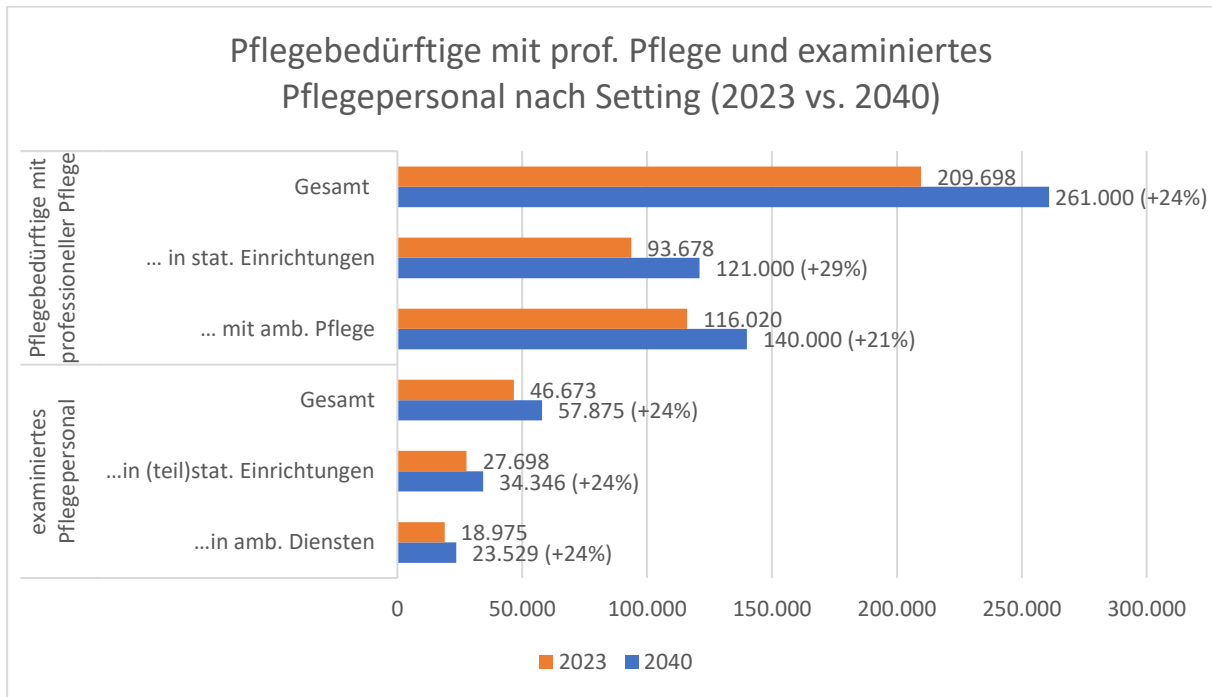


Abbildung 15: Entwicklung der Pflegebedürftigen in professioneller Pflege und der examinierten Pflegekräfte nach Setting 2023 vs. 2040 (eigene Darstellung nach Landespflegebericht 2025)

3.1.5 Fazit Pflege

Unter Einbezug des demografischen Wandels, der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen sowie der berufsdemografischen Entwicklung mit hohen Renteneintritten wird ein deutlich wachsender Bedarf an Pflegefachpersonen prognostiziert. In Niedersachsen sind derzeit rund 114.000 Pflegekräfte beschäftigt, davon ein Drittel über 50 Jahre alt. Bis 2029 werden jährlich etwa ca. 2.000 Pflegekräfte in Rente gehen, wobei sich der Spitzenwert von 2.770 Renteneintritten ab dem Jahr 2029 stabilisieren wird.

Die Ausbildungssituation zeigt aktuell jährlich rund 5.500 neue Auszubildende mit einer Abschlussquote von ca. 70 %, davon treten etwa 80 % in den Beruf ein. Daraus ergeben sich mittelfristig 2.200-3.200 neue Berufseinmündungen pro Jahr, welche die Renteneintritte zunächst kompensieren können. Voraussichtlich ab dem Jahr 2029 verschärft sich die Lage, sodass nur noch geringe Nettozuwächse im Personalbestand entstehen.

Parallel steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Niedersachsen bis 2040 um rund 24 % auf etwa 663.000 Personen. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Bedarf von insgesamt 11.200 examinierten Pflegefachpersonen (rund 659 pro Jahr). Dieser Mehrbedarf kann mit den aktuellen Ausbildungszahlen allein nicht gedeckt werden, sodass verstärkte Zuwanderung notwendig ist und ein Ausbau der akademisierten Pflege. Zuzüglich wird eine Zunahme komplexer Erkrankungen und Multimorbidität aufgrund steigender Lebenserwartung erwartet.

Die hochschulische Ausbildung ist bislang marginal: In NDS sind keine primärqualifizierenden Pflegestudiengänge vorhanden; bundesweit liegt die Akademisierungsquote bei beschäftigten Pflegekräften bei nur 1–3 % und die Studierendenquote weit unter der Empfehlung von 20 %. In Krankenhäusern werden auf Grundlage von Befragungsdaten bis 2030 für NDS rund 4.700 akademisierte Pflegekräfte zusätzlich benötigt, also knapp 950 pro Jahr.

Unter Einbezug der Faktoren – steigende Pflegebedürftigkeit, hohe Renteneintritte, unzureichende Erfolgsquoten in der Ausbildung und der geringe Akademisierungsgrad – wird ein signifikanter Ausbau von Ausbildungs- und Studienplätzen in der Pflege prognostiziert. Nach aktuellen Daten ergibt sich bis 2040 ein kalkulierter Bedarf von jährlich mindestens 650 zusätzlichen Ausbildungsabsolvent:innen und zusätzlich mehreren hundert Studienplätzen (insbes. primärqualifizierende Studiengänge) für akademisierte Pflegekräfte, um die Versorgung stabil aufrechtzuerhalten und die notwendige Akademisierungsquote zu erreichen.

3.2 Physiotherapie

Physiotherapeut:innen gehören zur drittgrößten Berufsgruppe der Gesundheitsfachberufe im Gesundheitswesen (nach den Pflegenden und (zahn)medizinischen Fachangestellten) und zur größten Gruppe unter den Therapieberufen bzw. Heilmittelerbringenden.

In den Jahren von 2009 bis 2024 wurden die Modellklauseln für die Erprobung einer akademischen Erstausbildung bei den Physiotherapeut:innen (wie auch bei den Hebammen, Logopäd:innen und Ergotherapeut:innen) eingeführt. Diese wurden zum 31.12.2024 durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz beendet und die Modellklausel entfristet. Anders als in der Pflege und der Hebammenkunde stehen Reformen in den Berufsgesetzen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie durch den Gesetzgeber noch aus. Ab dem 01.01.2025 werden die bestehenden Modellstudiengänge der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie als Regelstudiengänge angeboten. Seit dem 01.01.2025 können die Länder selbstständig bestimmen, dass die Ausbildung an Hochschulen durchgeführt wird (§ 18a Masseur- und Physiotherapeutengesetz). Damit kann die Berufszulassung zur Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie regelhaft über eine berufliche oder hochschulische Ausbildung erworben werden. Die hochschulische Ausbildung muss sich an die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeut:innen halten.

3.2.1 Status quo Beschäftigte

Für die Zahl der selbstständigen und nicht selbstständigen Physiotherapeut:innen in Niedersachsen stehen keine offiziellen Daten zur Verfügung, sodass größtenteils auf bundesweite Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), der BA sowie auf Daten zu einzelnen Kategorien zurückgegriffen werden muss.

Gesamtzahlen der Physiotherapeut:innen

2023 waren nach GBE insgesamt ca. 210.000 Personen in der Physiotherapie in Deutschland beschäftigt²⁴. Mit 153.000 Beschäftigten stellten Frauen den überwiegenden Anteil dar, während 58.000 Männer in diesem Berufsfeld tätig waren. Daraus lässt sich, ähnlich wie in der Pflege, nicht ableiten, wie viele Vollzeitäquivalente insgesamt in der Physiotherapie arbeiten. Ca. 2.000 Physiotherapeut:innen werden als „Experten“ eingeordnet, d. h. sie

²⁴ Die Gesamtzahl basiert auf der Einordnung der Berufe „81712: Physiotherapie - Spezialist“, d. h. ausgebildete Physiotherapeut:innen und „81714 Physiotherapie – Experte“, d. h. Physiotherapeut:innen mit Hochschulabschluss. Masseur:innen und Medizinische Bademeister („81712 Physiotherapie – Fachkraft“) werden nicht miteinbezogen.

verfügen im Jahr der Erhebung über einen Hochschulabschluss, was einem Anteil von <1 % entspricht (Tabelle 7). Die meisten von ihnen arbeiten in ambulanten Einrichtungen, hier lässt sich aufgrund der gerundeten Zahlen des Statistischen Bundesamts keine differenziertere Aussage zur Anzahl der akademisierten Physiotherapeut:innen in Krankenhäusern und Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen treffen (Tabelle 8) (Statistisches Bundesamt 2025a). Akademisierte Physiotherapeut:innen werden in den Tarifverträgen und im ambulanten Bereich nicht mit einer entsprechenden Rolle berücksichtigt, d. h. sie haben keinen Anspruch auf ein höheres Gehalt. Weiterentwicklungsmöglichkeiten bestehen durch Leitungsfunktionen, Lehre und Forschung oder Weiterbildung durch Zertifikatsfortbildungen, die über die Krankenkassen abgerechnet werden können. Die BA gibt das mittlere Entgelt für Physiotherapeut:innen auf Niveau „Spezialist:in“ (mit Ausbildung) mit 3.067 € an, bei „Expert:innen“ ist es nur geringfügig mehr (3.094 €).

Nach Angaben der BA (nur sv-pflichtig Beschäftigte ohne Selbstständige) arbeiten in NDS 13.780 Physiotherapeut:innen mit Ausbildungsabschluss („Spezialisten“) und 200 akademisierte Physiotherapeut:innen („Experten“). Davon sind 77 % Frauen und 23 % Männer (Bundesagentur für Arbeit 2025a). Im Verhältnis sind in den Daten für Deutschland bei der GBE (alle Physiotherapeut:innen in Deutschland) ca. 17 % mehr Personen als in der BA (sv-pflichtig Beschäftigte) angegeben. Übertragen auf die Zahlen in NDS wird die Gesamtzahl auf ca. 16.350 Physiotherapeut:innen geschätzt.

Tabelle 7: Anzahl Physiotherapeut:innen bundesweit nach Geschlecht und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a)

KB10-8171 Berufe in der Physiotherapie	Männlich	Weiblich	Gesamt
Spezialist	57.000	151.000	208.000
Experte	1.000	2.000	2.000
Gesamt	58.000	153.000	210.000

Gesamtzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen

Die meisten Physiotherapeut:innen in Deutschland (164.000 bzw. 79 %) arbeiten in ambulanten Einrichtungen, d. h. in Physiotherapiepraxen (Tabelle 8).

Die restlichen 21 % verteilen sich auf Krankenhäuser (20.000 bzw. 10 %), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (11.000 bzw. 5 %), (teil-)stationäre Pflege (1.000, d. h. <1 %) und sonstige Einrichtungen (12.000 bzw. 6 %) (Statistisches Bundesamt 2025a).

Tabelle 8: Physiotherapeut:innen bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a)

	Einrichtun- gen gesamt	Ambulante Einrichtun- gen	KH	Vor- sorge/Re ha	Sonstige Einrich- tungen	(teil-)sta- tionäre Pflege
Physiothera- pie Spezial- list	208.000	164.000	20.000	11.000	12.000	1.000
Physiothera- pie Experte	2.000	2.000	0	0	0	0
Gesamt	210.000	166.000	20.000	11.000	12.000	1.000

Vollzeit-/Teilzeitverteilung

Neben den Daten des Statistischen Bundesamtes veröffentlicht die BA die Daten zu sv-pflichtig beschäftigten Physiotherapeut:innen. Diese Zahlen sind erwartungsgemäß niedriger, da u. a. Selbstständige und Praxisinhaber:innen dort nicht mitaufgeführt werden²⁵. In der Physiotherapie ist der Anteil der Selbstständigen und Praxisinhaber:innen sehr hoch, genau diese Gruppe fehlt in den Zahlen der BA, taucht aber in den GBE-Daten auf. In Tabelle 9 sind die Daten der BA aufbereitet. Der Anteil der sv-pflichtig beschäftigten Physiotherapeut:innen in Vollzeit beträgt 46 %, d. h. die Mehrheit arbeitet in Teilzeit (56 %) (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

Für NDS veröffentlicht die BA nur Prozentangaben: hier arbeiten 41 % der Beschäftigten in Vollzeit und 59 % in Teilzeit, d. h. etwas mehr als der Bundesdurchschnitt.

In einer Befragung des Berufsverbands Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V. wurde als Hauptgrund für die Teilzeit eine insgesamt zu hohe Arbeitsbelastung genannt.

²⁵ Die Daten der Bundesagentur für Arbeit basieren auf Meldungen der Arbeitgeber zur Sozialversicherung, d. h. sie sind sehr präzise, aber enger gefasst. Die GBE greift auf Registerdaten, Meldungen der Länder, Kammern und Berufsverbände zurück. Dadurch sind die Daten breiter gefasst, aber auch stärker von Definitionen und Schätzungen abhängig.

Tabelle 9: Sv-pflichtig Beschäftigte in der Physiotherapie in Deutschland (Bundesagentur für Arbeit 2025c)

Insgesamt	in Vollzeit	in Teilzeit	Fachkraft	Spezialist	Experte
173.680	80.120	93.560	21.333	150.414	1.933

Altersstruktur der Physiotherapeut:innen

Die Mehrheit der Physiotherapeut:innen in NDS (51 %) ist zwischen 25 und 44 Jahren alt. Die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer zeigen sich auch in der Physiotherapie im hohen Anteil der Beschäftigten über 55 Jahren (20 %). Die Werte liegen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen etwas niedriger²⁶, bleiben aber keineswegs vernachlässigbar (Bundesagentur für Arbeit 2025a), siehe nachfolgende Abbildung:

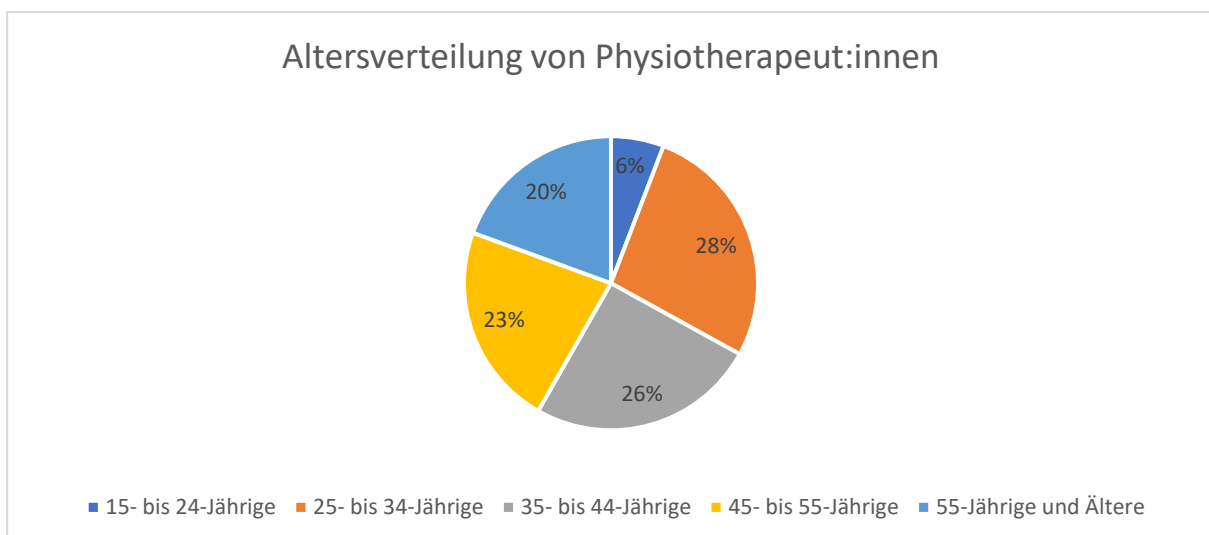


Abbildung 16: Altersverteilung der Physiotherapeut:innen in NDS (Stand 2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a)

Zahl der Physiotherapie-Betriebe in NDS

Die Anzahl der physiotherapeutischen Heilmittelbetriebe, die sich für die Behandlung von gesetzlich Versicherten angemeldet und qualifiziert haben, betrug im Jahr 2022 bundesweit 42.067 (im Jahr 2018 waren es 35.037). In NDS sind 4.240 Betriebe gemeldet – eine Zunahme von 18 % gegenüber dem Jahr 2018. Dies sind in absoluten Zahlen deutlich mehr als

²⁶ unter allen Erwerbstätigen liegt der Anteil der Personen über 55 Jahren bei 27%

im Mittel der Bundesländer (2.629). In der Verteilung der Betriebe in Relation zur Anzahl der Versicherten liegt NDS mit durchschnittlich 1.680 Versicherten/ Betrieb jedoch 3 % unter dem Bundesdurchschnitt von 1.738 Versicherten/ Betrieb. Ein Physiotherapiebetrieb in NDS betreut im Mittel 285 Patient:innen. Dies sind 7 % weniger als der Bundesdurchschnitt (305). Auch die Anzahl der Verordnungen pro Betrieb liegt mit 7.543 Verordnungen/ Betrieb im Jahr 2022 unter den bundesweiten Werten von 7.859. Zur Größe der Betriebe (Mitarbeiteranzahl, Vollzeitäquivalente etc.) liegen keine Informationen vor. Die überdurchschnittliche Anzahl der Betriebe in absoluten Zahlen korreliert mit einer hohen Bevölkerungszahl (in absoluten Zahlen), während die Bevölkerungsdichte in NDS im Bundesvergleich gering ist. Es lässt sich aus den Zahlen im Vergleich der Bundesländer ableiten, dass in NDS vermehrt kleinere Betriebe verortet sind, die vergleichsweise weniger Patient:innen pro Betrieb versorgen (BAR-MER bifg 2024).

3.2.2 Arbeitsmarktsituation

Wie auch in der Pflege ist die Arbeitsmarktsituation in der Physiotherapie sehr angespannt. Die Fachkräftelücke in NDS (offene Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose) beträgt 1.604 (Jahresdurchschnitt 2024/2025). Insgesamt wurden 1.817 offene Stellen gemeldet bei 213 Arbeitslosen, d. h. die Stellenüberhangsquote²⁷ liegt bei 88,3 % (KOFA 2025b). Abbildung 17 zeigt die Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt. Die regionale Verteilung auf Ebene der Statistischen Regionen zur Physiotherapie (Niveau: Spezialist) ist in Tabelle 10 dargestellt.

²⁷ Die Stellenüberhangsquote beschreibt den Anteil der Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose.

Tabelle 10: Arbeitsmarktsituation in der Physiotherapie nach Statistischen Regionen (KOFA 2025a)

Stat. Region	Offene Stellen	Arbeitslose	Fachkräftelücke	Stellenüberhangsquote
Braunschweig	479	35	444	93%
Leine-Weser	443	73	370	84%
Lüneburg	298	30	268	90%
Weser-Ems	597	75	522	87%
Gesamt	1.817	213	1604	88%

Bundesweit werden Berufe in der Physiotherapie auf der Ebene „Spezialist:in“ im Engpassindikator²⁸ von der BA mit 2,7 bewertet, d. h. es handelt sich um einen Engpassberuf (Bundesagentur für Arbeit 2025b). Grund für den hohen Gesamtwert sind u. a. lange Vakanzzeiten bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle, eine hohe Stellenüberhangsquote und eine geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote.

In einer Befragung des Berufsverbands VPT gaben zwei Drittel der befragten Physiotherapeut:innen an, bereits daran gedacht zu haben, aus dem Beruf auszusteigen. Über ein Viertel der Befragten gab an, nicht mehr lange in diesem Beruf tätig zu sein (Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V. 2025).

3.2.3 Ausbildungssituation

Berufsschulische Ausbildung

Zum Stichtag 31.12.2024 waren bundesweit 8.601 Personen in einer Physiotherapie-Ausbildung (1. Schuljahrgang), davon war die Mehrheit der Schüler:innen weiblich (5.258 Auszubildende) (Bundesagentur für Arbeit 2025c). An Physiotherapie-Schulen in NDS waren im Schuljahr 2023/ 2024 insgesamt 2.769 Schüler:innen in Ausbildung (Schülerzahl gesamt), davon waren 1.557 weiblich (56 %). Die Zahlen der Schüler:innen in Ausbildung haben sich seit dem Jahr 2020/ 2021 um 17 % gesteigert (+397 Schüler:innen) und der Anteil an Männern hat sich von 37 auf 54 % erhöht (LSN 2025c). Seit dem Jahr 2020 bzw. ab dem Schuljahr 2019/20 gilt in NDS die Schulgeldfreiheit für die Ausbildung in Ergo- und Physiotherapie,

²⁸ Aus dem Gesamtwert erfolgt die Einteilung in Engpass- bzw. Nichtengpassberufe. Liegt dieser zw. 3,0 bis einschl. 2,0 Punkten, so handelt es sich um einen Engpassberuf (Bundesagentur für Arbeit 2025b).

Logopädie und Podologie auch in Schulen freier Trägerschaft. Die Physiotherapie ist eine schulische Ausbildung, für die es keine gesetzliche Regelung zur Ausbildungsvergütung gibt. Die Schulträger sind für die Höhe der Zahlung bzw. Nichtzahlung verantwortlich. Bei öffentlichen Trägern ist die Vergütung nach Tarifverträgen festgelegt.

Im Schuljahr 2023/ 2024 schlossen insgesamt 691 Absolvent:innen erfolgreich ihre Ausbildung ab, davon war die Mehrheit weiblich (407 Absolventinnen) (LSN, Auskunft per E-Mail, 17.10.2025). Die Absolvent:innen im zeitlichen Vergleich sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Ausbildungsabsolvent:innen der Physiotherapie in NDS. QUELLE: LSN, Auskunft per E-Mail, 17.10.2025

	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Männlich	174	182	179	220	284
Weiblich	366	332	363	437	407
Gesamt	540	514	542	657	691

Die berufsschulische Ausbildung umfasst einen praktischen Teil, der in einem Krankenhaus oder „anderen geeigneten medizinischen Einrichtungen in den medizinischen Fachgebieten“ absolviert werden muss (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten). Dies bedeutet, dass die Kapazitäten für die berufsschulische Ausbildung auch von den Kapazitäten der Einrichtungen für die praktische Ausbildung abhängen. In NDS wurden im Jahr 2023 381 Plätze in Krankenhäusern angeboten, jedoch nur 310 Plätze mit Auszubildenden besetzt (Tabelle 12), d. h. hier bestehen praktische Ausbildungsressourcen, die nicht ausreichend mit Bewerber:innen besetzt werden konnten (LSN 2024a).

Tabelle 12: Ausbildungsplätze für Physiotherapeut:innen in Krankenhäusern in NDS nach Statistischen Regionen

Region	angebotene Plätze	besetzte Plätze
Braunschweig	28	23
Hannover	69	68
Lüneburg	43	42
Weser-Ems	241	177
Niedersachsen	381	310

Die Abbrüche in der Ausbildung werden in der Landesstatistik für NDS nicht aufgeführt. Bundesweit betrug die Abbruchquote in der Ausbildung nach Angaben des größten Berufsverbands 34 % (Physio Deutschland 2021). Diese Zahl ist vergleichbar mit den Abbruchquoten in der Pflege.

Die offenen Stellen in der Physiotherapie in NDS (2025 sind es 1.817 Stellen insgesamt) können mit den aktuellen Zahlen der Absolvent:innen (690 im Schuljahr 2023/ 2024) nicht annähernd ausreichend besetzt werden (Abbildung 17). Ressourcen zur Ausweitung der Auszubildenden sind zwar bzgl. der praktischen Ausbildungsplätze vorhanden – zu den offenen Plätzen in den Berufsfachschulen gibt es jedoch keine Daten. Herausforderung wird zukünftig sein, die Ausbildung attraktiv zu gestalten, um mehr Interessierte für die Ausbildung zu gewinnen und die erfolgreichen Abschlüsse in der Ausbildung zu steigern.

Hochschulische Ausbildung

Zur hochschulischen Ausbildung stehen in NDS keine Daten zur Verfügung. Es wird kein primärqualifizierender Studiengang Physiotherapie in NDS angeboten. Diese Ausgestaltung des Studiums wird in der HQGplus-Studie „als ein zentraler Faktor für die Disziplinentwicklung angesehen, weil sie als eine wichtige Antwort auf die Nachwuchsfrage und die personellen Engpässe im professoralen Bereich gilt“ (Wissenschaftsrat 2022, S. 76). Auch bundesweit stehen bezogen auf die hochschulische Ausbildung keine aktuellen Daten zur Verfügung.

Nach Angaben der HQGplus-Studie des Wissenschaftsrats gab es im Jahr 2019 bundesweit 1.146 Studienanfänger:innen und 556 Absolvent:innen in der Physiotherapie (Wissenschaftsrat 2022). Im gleichen Zeitraum (Schuljahrgang 2018/19) lag die Schülerzahl bundesweit bei insgesamt 21.222 bzw. 7.836 Schüler:innen im 1. Jahrgang und 5.409 Absolvierenden (Physio Deutschland 2023). Die Akademisierungsquote²⁹ unter Berücksichtigung aller Studienformate liegt daher bei ca. 15 %. Unter ausschließlicher Berücksichtigung der primärqualifizierenden Studiengänge lag die Akademisierungsquote nach Angaben der HQGplus-Studie lediglich bei 6,1 % und erreicht damit nicht die vom Wissenschaftsrat empfohlenen 10 – 20 % (Wissenschaftsrat 2022).

²⁹ Hiermit ist das Verhältnis von Personen, die eine Ausbildung begonnen haben, zu den Studienanfänger:innen gemeint.

Nach Angaben der letzten Hochschulbefragung des Berufsverbands Physio Deutschland gab es in Deutschland im Jahr 2019³⁰ eine rückgemeldete Anzahl von 5.247 Bachelorabsolvent:innen. Das formatsübergreifende Verhältnis von Studienabsolvent:innen zu Ausbildungsabsolvent:innen lag im Jahr 2018 somit zuletzt bei ca. 10 % (Physio Deutschland 2020).

Die Berufseinmündungsquote sowie der Anteil derer, die anschließend in der Versorgung arbeiten, wird bei akademisierten Physiotherapeut:innen als hoch eingeschätzt. Im Gegensatz zur Pflege besteht in den Therapieberufen eine engere Verbindung zwischen Akademisierung und der Tätigkeit in der Versorgung, da eine hochschulische Ausbildung dort weniger als Abkehr von der Praxis denn vielmehr als Qualifizierungsform für die direkte Behandlung von Patient:innen wahrgenommen wird (Wissenschaftsrat 2022). Der Anteil der hauptberuflich klientennah tätigen Absolvent:innen liegt bei 87 %.

Die Quote der akademischen Erstabschlüsse (Bachelor) innerhalb der Berufsgruppe wurde für das Jahr 2018 auf 2,65 % geschätzt (bei 199.000 Physiotherapeut:innen im Jahr 2018) (Physio Deutschland 2020). Diese Quote übersteigt die in Abschnitt 3.2.1 geschätzte Quote von > 1 % des Statistischen Bundesamts (2025a). Es besteht in NDS wie auch in der gesamten Bundesrepublik eine erhebliche Unsicherheit über die Akademisierungsquote der Studien- bzw. Ausbildungsanfänger:innen und der Absolvent:innen sowie bei den Physiotherapeut:innen im Arbeitsmarkt.

Über die Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung in NDS wurden die Hochschulen mit Angebot an Physiotherapiestudiengängen extrahiert sowie die angebotenen Plätze und eingegangenen Bewerbungen aufgelistet (Tabelle 13). Im Gegensatz zu den Kapazitäten an praktischen Ausbildungsplätzen werden die vorhandenen Studienplatzkapazitäten an den Hochschulen voll ausgefüllt. In einigen Fällen überschreitet die Bewerberzahl die vorhandenen Kapazitäten.

³⁰ Auf Nachfrage bzgl. aktueller Daten gibt Physio Deutschland an, dass die Rücklaufquoten bei der letzten Befragung im Jahr 2024 gering waren und die Befragung nicht veröffentlicht wurde.

Tabelle 13: Hochschulen in NDS mit Angebot an Physiotherapie-Studiengängen. Quellen: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.

Hochschule	Angebot Physiotherapiestudiengänge	Studienplätze/ Kapazitäten
Hochschule Osnabrück	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor, nach abgeschlossener Ausbildung Start ins 4. Semester bzw. Ausbildung an kooperierender Schule in den ersten 3 Semestern und dann Studium) International Physiotherapy (Bachelor) als besondere Abschlussform mit zusätzlichem Auslandsaufenthalt an Partnerunis	WS 2024/25: 38 Plätze (insgesamt für alle drei Richtungen), 108 Bewerbungen
	Ergotherapie, Physiotherapie (dual) (Bachelor, Ausbildung in einem Schwerpunkt ist in das Studium integriert, Module an der Berufsfachschule und der Hochschule)	WS 2024/25: 28 Plätze für Physiotherapie, 41 Bewerbungen
	Physiotherapie (Bachelor, berufsbegleitend)	Keine Daten
	Physiotherapy (Bachelor, nach abgeschlossener Berufsausbildung sowie für international Studierende auf vergleichbarem Niveau, englischsprachiger Studiengang mit internationaler Ausrichtung)	SoSe 2025: 27 Plätze, 15 Bewerbungen
Hochschule Emden/Leer	Interdisziplinäre Physiotherapie-Motologie-Ergotherapie (Bachelor, Ausbildung im ersten Studienabschnitt an kooperierender Schule oder bei vorliegendem Examen späterer Einstieg direkt in den zweiten Studienabschnitt)	Keine Daten
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor, nach abgeschlossener Ausbildung)	Keine Daten zu Kapazitäten. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Master, berufsbegleitend)	Keine Daten zu Kapazitäten. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
	Therapiewissenschaften (dual), Logopädie und Physiotherapie (Bachelor, Ausbildung läuft über eine Kooperation mit der Universitätsmedizin Göttingen)	36 Plätze, keine Aussage über Bewerberzahlen (alle wurden zugelassen)
hochschule 21	Physiotherapie (dual) (Bachelor, Ausbildung über kooperierende Schule für Physiotherapie am Elbeklinikum oder über die Schule für Physiotherapie des Universitätsklinikum Hamburg)	Laut Zulassungs- und Immatrikulationsordnung (2018) 50 Plätze

3.2.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Berufsdemografische Entwicklung

Trotz eines nicht übermäßig hohen aktuellen Anteils von 55-Jährigen und älter (19 %) besteht eine berufsdemografische Herausforderung, denn viele ältere Physiotherapeut:innen werden in naher Zukunft in den Ruhestand gehen³¹. Die gleichzeitig sinkende Zahl junger Nachwuchskräfte, gepaart mit hohen Abbruchquoten in der Ausbildung, verschärft den Fachkräftemangel. Aktuell können allein in NDS 1.817 Stellen nicht besetzt werden. Hinzu kommen nicht quantifizierbare Berufs- und Branchenwechsler. Mit aktuell 690 Absolvent:innen im Schuljahr 2023/24 können die offenen Stellen nicht annähernd besetzt werden (Abbildung 17). **Dies zeigt, dass ein steigender Bedarf an Versorgungsleistungen aktuell bereits nicht mehr über die verfügbaren Fachkräfte in der Physiotherapie gedeckt werden kann.**

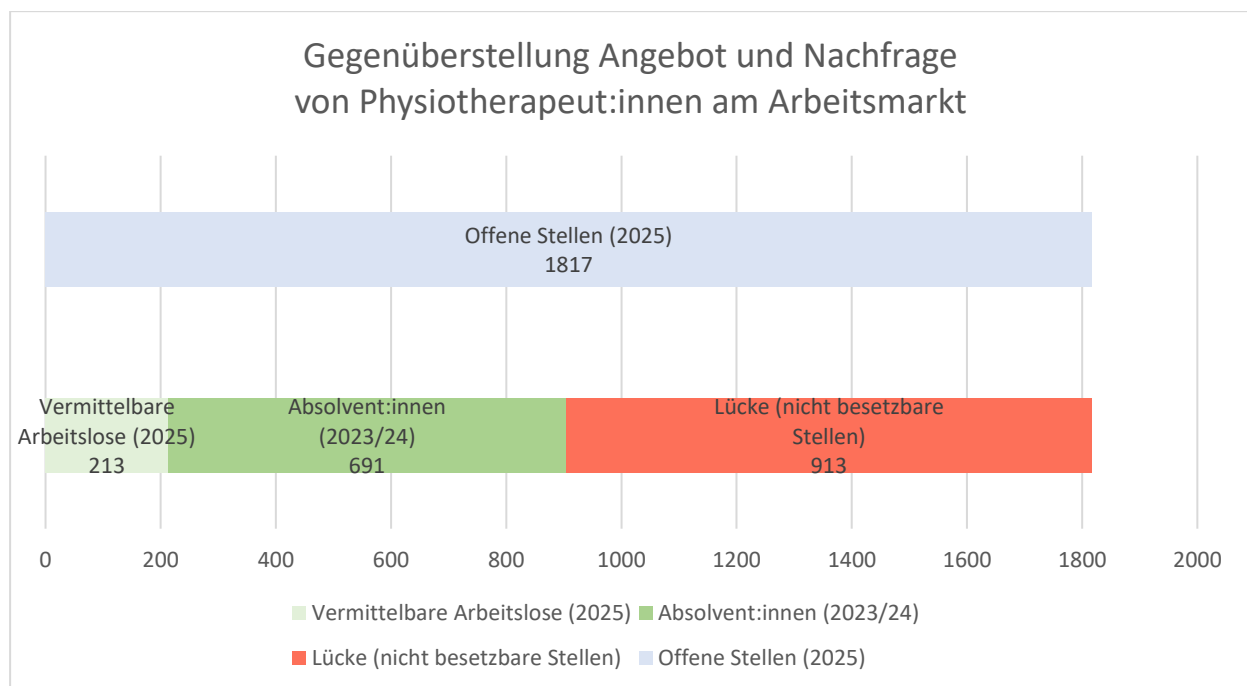


Abbildung 17: Angebot und Nachfrage von Physiotherapeut:innen am Arbeitsmarkt (Eigene Darstellung) (LSN 2025c; KOFA 2025a)

³¹ Diese Zahl ist nicht quantifizierbar, da keine differenzierten Aussagen über die Altersstruktur der Beschäftigten ab 55 Jahren vorliegen.

Hinzu kommt, dass die Mehrheit der Therapeut:innen in Teilzeit arbeitet, sodass unklar bleibt, wie viele Vollzeitäquivalente aktuell in NDS arbeiten.

Da es in NDS keine primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge in der Physiotherapie gibt, können die Studienabsolvent:innen nicht zu den Ausbildungsabsolvent:innen addiert werden.

Die finanzielle Attraktivität des Berufsbilds der Physiotherapie wurde durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) sowie das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) gesteigert, indem die Grundlohnsummenbildung aufgehoben wurde. Dennoch haben sich die Schülerzahlen seit dem Jahr 2019 nicht wesentlich verbessert. Die Zahlen der Schüler:innen in Ausbildung in NDS haben sich seit dem Jahr 2020/2021 um 17 % gesteigert (+397 Schüler:innen) (LSN 2021b). Es stehen keine Daten über die Entwicklung der Schülerzahlen seit dem Jahr 2019 in NDS zur Verfügung. Bundesweit hat sich die Gesamtzahl der Schüler:innen von 2019 bis 2021 um 6 % gesteigert.

Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen

Zwischen 2019 und 2024 verzeichnete die physiotherapeutische Versorgung in NDS signifikante Steigerungen (Tabelle 14). Der Bruttoumsatz stieg von 413.942.000 € im Zeitraum Januar bis September 2019 auf 663.993.000 € im gleichen Zeitraum 2024. Dagegen nahmen die Verordnungsblätter moderat von 2.301.719 auf 2.428.312 und die Behandlungseinheiten von 17.307.025 auf 18.871.196 zu (GKV-SV 2025a). Diese Veränderungen reflektieren v. a. die Preissteigerungen in der Physiotherapie durch das HHVG und das TSVG, deuten aber weniger auf eine außerordentliche Steigerung der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in gleichem Maße hin.

Parallel dazu zeigt der BARMER-Heilmittel-Atlas für Niedersachsen im Zeitraum 2018 bis 2022 einen Zuwachs der Physiotherapiepraxen von 3.569 auf 4.040 (+13,2 %), während die durchschnittliche Anzahl von Patient:innen und Verordnungen pro Betrieb jedoch rückläufig war. Dies deutet auf eine mögliche Zunahme kleinerer Praxisbetriebe hin. Möglicherweise wurde die Attraktivität des Praxisbetriebs und die Behandlung gesetzlich Versicherter durch die genannten Reformen gesteigert. Auch die Anzahl der Verordnungen pro Patient:in ist nach Analysen der BARMER in den Jahren von 2018 bis 2022 recht konstant. Waren es im Jahr 2018 im Mittel 2,62 physiotherapeutische Verordnungen/ Patient:in, lag der Wert im Jahr 2022 bei 2,64 Verordnungen (BARMER bifg 2022).

Tabelle 14: Inanspruchnahme physiotherapeutischer Versorgung NDS anhand Bruttoumsatz, Anzahl der Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten. Quelle: GKV-SV (2020, 2025a)

	Januar-September 2019	Januar-September 2024	Steigerungs- rate
Bruttoumsatz (in Tsd. €)	413.942	663.993	60%
Verordnungsblätter	2.301.719	2.428.312	5 %
Behandlungseinheiten	17.307.025	18.871.196	9 %

Um die Inanspruchnahme von Leistungen aktuell und zukünftig zu prognostizieren, wird die Prävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen hinzugezogen. In NDS waren im Jahr 2022 durchschnittlich 235,49 von 1.000 Einwohner:innen betroffen, wobei die Werte in den Vorjahren leichten Schwankungen unterlagen (2018: 238,24; 2019: 242,79; 2020: 238,02; 2021: 246,34). Regionale Unterschiede zeigen sich deutlich: So wies der Landkreis Wittmund mit 292,56 Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen je 1.000 Einwohner:innen den höchsten Wert auf, während der Landkreis Lüneburg mit 192,68 den niedrigsten Wert verzeichnete (BARMER bifg 2025).

Menschen höheren Alters benötigen wesentlich häufiger physiotherapeutische Leistungen als Jüngere. Mit steigender Lebenserwartung und der Zunahme des Anteils älterer Menschen werden sehr wahrscheinlich auch altersbedingte chronische Erkrankungen häufiger werden (RKI 2015). Relevant für die Physiotherapie ist vor allem die erwartete Zunahme altersbedingter muskuloskelettaler Erkrankungen wie Arthrose und Osteoporose. Spondylosen (ICD10-Code M47) und Gonarthrose (ICD10-Code M17) gehören bereits jetzt zu den häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Verordnungen (WIdO 2024b).

Die höchste Inanspruchnahme an Heilmitteln haben Menschen ab 60 Jahren, an der Spitze liegt die Altersgruppe von 80 bis 90 Jahren (WIdO 2024b). Dieser Anteil wird bereits in den nächsten 10-15 Jahren drastisch zunehmen, um etwa 600.000 Personen ab 65 Jahren bzw. mehr als 30 % in dieser Altersgruppe bis 2042. Die Veränderung des Belastungsquotienten (siehe Kapitel 1.4) betrifft speziell die Statistische Region Weser-Ems (LSN 2024c).

Mit einem steigenden Anteil älterer Menschen wird daher auch die Inanspruchnahme an Physiotherapie zunehmen (BARMER bifg 2024). Mehr als jeder dritte Pflegebedürftige nimmt physiotherapeutische Leistungen in Anspruch (352 pro 1.000 AOK-Versicherte). Die Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Pflegegrad (WIdO 2024a). Mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen in NDS ist auch hier mit einer erhöhten Inanspruchnahme zu rechnen.

Auch bei der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen ist ein Zuwachs zu verzeichnen (siehe Kapitel 3.1.1 zur Pflege). Die Rehabilitationsleistungen nahmen im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um 7,7 % zu (Deutsche Rentenversicherung 2024). Es arbeiten zwar (basierend auf bundesweiten Daten der GBE) nur 5 % der Physiotherapeut:innen insgesamt in Rehabilitationsreinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2025a). Da jedoch keine Arbeitsmarktreserve bei Physiotherapeut:innen besteht, ist eine steigende Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen über das aktuell verfügbare Angebot an Physiotherapeut:innen nicht abzubilden.

Gegenüberstellung Personalkapazitäten und prognostizierte Inanspruchnahme

Während die Entwicklung der berufs- und bevölkerungsdemografischen Entwicklung recht zuverlässig vorhergesagt werden kann, besteht bei der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, des Rehabilitationsbedarfs und bei morbiditätsorientierten Indikatoren wie der Prävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen eine deutlich größere Unsicherheit. Dies ist einerseits bedingt durch die Definition des Bedarfs (siehe Entwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs) und daraus abgeleiteten Ansprüchen wie auch durch die Gegensteuerung (Ausbau von Präventionsmaßnahmen). Parallel dazu ergeben sich mögliche Systemeffekte durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen für die Verordnung (Bsp. Blankoverordnung) oder veränderte Zugangsmöglichkeiten (z. B. zukünftig Einführung Direktzugang, verbesserter Zugang und vermehrt präventive Versorgung), aber auch durch den Einfluss der angebotsinduzierten Nachfrage auf die Inanspruchnahme.

Daher werden im Folgenden zwei potenzielle Szenarien bis zum Jahr 2035 entwickelt (Tabelle 15). Zugrunde gelegt werden für jedes Szenario außerdem Berufsaustritte von 3-5% p. a. (aufgrund Alter, Berufswechsel). Das entspricht 490-818 Personen, die durch Ausbildung/Studium und/oder Zuwanderung kompensiert werden müssen. Diese Entwicklung ist jedoch nicht nur von der berufsdemografischen Entwicklung abhängig, sondern auch von der Attraktivität des Berufs, der Arbeitsbelastung und der Zufriedenheit der Therapeut:innen, welche die Berufsaustritte beeinflussen können. **Aufgrund der drastischen demografischen Entwicklung und der immensen Zunahme von Pflegebedürftigkeit (Gruppe mit hoher Inanspruchnahme von Physiotherapie) kann von einem hohen Anstieg der Inanspruchnahme ausgegangen werden.**

- **Szenario A: Moderat–starker Anstieg der Inanspruchnahme**

Annahmen: Anteil 65+ der Bevölkerung steigt gemäß LSN bis 2035 um 25 %, Zunahme Pflegebedürftigkeit um 20 %; Prävalenzen bleiben stabil bis leicht steigend; Reha-Inanspruchnahme nimmt moderat zu; Versorgungsintensität gleichbleibend

Ergebnis: + 20-25 % Nachfrage bis 2035.

Folge für Personal: + 20-25 % bzw. 2-2,5 % p.a.

Ausbildung/Studienplätze: Substanzieller Ausbau Ausbildungsplätze (ggf. + 25-40 %) und deutlicher Ausbau primärqualifizierender Studienkapazität erforderlich³²

- **Szenario B: Hochdynamischer Anstieg der Inanspruchnahme**

Annahmen: Kombiniertes Szenario: stärkere Alterung in mehreren Landkreisen, deutliche Zunahme chronischer/rehabilitativer Indikationen, Versorgungsintensivierung plus Ausweitung von Leistungskatalogen; kein schneller Produktivitätsfortschritt durch Digitalisierung und Bürokratieabbau

Ergebnis: + 30-35 % Nachfrage bis 2035.

Folge für Personal: + 30-35 % bzw. 3-3,5 % p.a.

Ausbildung/Studienplätze: Jahr für Jahr wären viele hundert zusätzliche Ausbildungsabschlüsse und insbesondere ein großflächiger Ausbau primärqualifizierender Studienplätze über einen längeren Zeitraum nötig²⁷, zusätzlich Retentions-Maßnahmen und verstärkte Zuwanderung.

³² Zusätzlich zur geforderten Akademisierungsquote von 10 % Studienanfänger:innen gegenüber Ausbildungsanfänger:innen.

Tabelle 15: Szenarienentwicklung bis 2035 für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der erforderlichen Angebotsentwicklung in der Physiotherapie (eigene Berechnung)

Szenario	Berufsaustritte	Nachfrageanstieg (2035 vs. 2025)	Erforderlicher Netto-Zuwachsbedarf (ohne Berufsaustritte)	Brutto-Zuwachsbedarf (mit Berufsaustritten) pro Jahr)	Erforderlicher Ausbau Ausbildungsplätze	Erforderlicher Ausbau Studienplätze
A: Moderat-Starker Anstieg	3 %, d. h. 490 p.a.	+20–25 %	3270-4085 insgesamt bzw. 327-409/ Jahr	858 p.a.	+30 % mehr zur Deckung (	deutlicher Aufbau der primärqualifizierenden Studiengänge
B: Hochdynamischer Anstieg	3 %, d. h. 490 p.a.	+30–35 %	4900-5720 insgesamt bzw. 490-572/ Jahr	1.021 p.a.	+40 % mehr zur Deckung	großflächiger Auf- und Ausbau der primärqualifizierenden Studiengänge

3.2.5 Fazit Physiotherapie

Nach Angaben der BA arbeiten in NDS 13.780 sv-pflichtige Physiotherapeut:innen mit Ausbildung und ca. 200 akademisierte Physiotherapeut:innen. Zusammen mit selbstständigen Physiotherapeut:innen wird die Gesamtzahl auf ca. 16.350 Physiotherapeut:innen geschätzt. Die Mehrheit ist in Praxen und ambulanten Einrichtungen tätig. Die BA stuft die Physiotherapie in NDS (wie auch bundesweit) als Engpassberuf ein. Schon heute übersteigt die Anzahl der gemeldeten offenen Stellen die Zahl der arbeitslos gemeldeten Fachkräfte deutlich: In NDS sind aktuell 1.604 offene Stellen gemeldet, die nicht besetzt werden können.

Die Ausbildung erfolgt in NDS bisher überwiegend schulisch; Modellstudiengänge wurden ab 2025 entfristet. Im Schuljahr 2023/24 waren in NDS 2.769 Schüler:innen in Ausbildung, im gleichen Schuljahr schlossen 690 Absolvierende die Ausbildung erfolgreich ab. Diese Anzahl reicht bereits jetzt nicht mehr aus, um die offenen Arbeitsplätze zu besetzen. Hinzu kommen zukünftig vermehrte Renteneintritte durch berufsdemografische Entwicklungen.

Es wird kein primärqualifizierender Studiengang in NDS angeboten. Eine Akademisierungsquote von mind. 10 %, wie vom Wissenschaftsrat empfohlen, ist bislang nicht umgesetzt. Die bundesweite Quote von Studienanfänger:innen gegenüber Ausbildungsanfänger:innen liegt bei ca. 15 % (über alle Studienformate hinweg). Der Akademisierungsgrad unter den beschäftigten Physiotherapeut:innen ist bundesweit mit < 1 % sehr niedrig.

Unter Einbezug des demografischen Wandels, der steigenden Prävalenz von Pflegebedürftigkeit und muskuloskelettalen Erkrankungen sowie der Zunahme rehabilitativer Bedarfe wird auch für die Physiotherapie eine wachsende Inanspruchnahme prognostiziert. Die Prognoseszenarien zeigen einen potenziellen Anstieg um etwa 20-25 % im moderat-starken Fall und um ca. 30-35 % bei hochdynamischem Anstieg bis 2035. Auf Grundlage der aktuell gemeldeten offenen Stellen und der Bedarfsprognose ist in NDS bis 2035 mit einem zusätzlichen Bedarf von mehreren tausend Physiotherapeut:innen zu rechnen. Dieser Bedarf muss durch verstärkte Ausbildung, gezielte Maßnahmen zur langfristigen Verweildauer im Beruf und Vermeidung von Berufswechseln sowie ggf. verstärkte Zuwanderung gedeckt werden. In beiden Szenarien wird ein deutlicher Ausbau von Ausbildungs- und Studienplätzen erforderlich, um sowohl Berufsaustritte als auch den prognostizierten Nachfrageanstieg zu kompensieren. Für die Abdeckung des steigenden Bedarfs und zur Erreichung einer Akademisierungsquote von mindestens 10 % ist ein deutlicher Ausbau der Studienplätze, insbesondere für ein primärqualifizierendes Studium, erforderlich.

3.3 Ergotherapie

Ergotherapeut:innen unterstützen Patient:innen in der eigenständigen Gestaltung ihres Lebens und helfen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, wenn die Alltagsbewältigung erschwert ist. Sie führen präventive und kurative Maßnahmen im Rahmen einer Heilmittelverordnung durch. Seit dem 01.01.2025 werden mit der Änderung durch das Pflegestudienstärkungsgesetz die bestehenden Modellstudiengänge der Ergotherapie als Regelstudiengänge angeboten, d.h. die Länder können selbstständig bestimmen, dass die Ausbildung an Hochschulen durchgeführt wird (Ergotherapeutengesetz – ErgThG § 8b). Damit kann die Berufszulassung zur Ergotherapie regelhaft über eine berufliche oder hochschulische Ausbildung erworben werden. Die hochschulische Ausbildung muss sich an die Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung halten.

3.3.1 Status quo Beschäftigte

Gesamtzahlen der Ergotherapeut:innen

In der Ergotherapie arbeiten nach GBE im Jahr 2023 in Deutschland insgesamt ca. 66.000 Therapeut:innen³³, davon die Mehrheit (65.000) als „Spezialist“ und etwa 1.000 akademisierte Ergotherapeut:innen mit Hochschulabschluss. Ein Großteil der Ergotherapeut:innen ist weiblich: ca. 58.000 bzw. 87 % Ergotherapeutinnen gegenüber 8.000 bzw. 13 % Ergotherapeuten (Statistisches Bundesamt 2025a). Nach Angaben der BA arbeiten in der Bundesrepublik insgesamt 60.763 sv-pflichtig Beschäftigte. Diese Zahl ist durch den Wegfall der selbstständigen Ergotherapeut:innen und Praxisinhaber:innen etwas geringer als die Gesamtangabe der GBE. Nach der Erfassung der BA ist der Anteil der Frauen in etwa gleich (88 %). Die BA beziffert die Anzahl der Ergotherapeut:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit mit 59.464 und mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit 4.299 (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

Nach Angaben der BA arbeiten in NDS zum Stichtag 30.06.2024 6.160 sv-pflichtig beschäftigte Ergotherapeut:innen mit Ausbildung (Niveau „Spezialist“) und 70 Ergotherapeut:innen mit Hochschulabschluss (Niveau „Experte“). Von den Ergotherapeut:innen mit Ausbildung

³³ Die Gesamtzahl basiert auf der Einordnung der Berufe „81723 Ergotherapie - Spezialist“, d. h. ausgebildete Ergotherapeut:innen und „81724 Ergotherapie – Experte“, d.h. Ergotherapeut:innen mit Hochschulabschluss. Die unter „81722 Ergotherapie – Fachkraft“ bezeichneten Tätigkeiten als „Arbeitsbegleiter/in“ oder „Fachassistent/in – Hirnleistungstraining“ werden nicht in die Analyse miteinbezogen.

sind 88 % Frauen und 12 % Männer, d. h. der Anteil weiblicher Ergotherapeut:innen ist entspricht dem Anteil auf Bundesebene. Zu den akademisierten Ergotherapeut:innen in NDS stehen aufgrund der geringen Gesamtzahl keine weiteren Daten zu Alter, Vollzeit etc. zur Verfügung (Bundesagentur für Arbeit 2025a). Die Gesamtzahl von 6.250 Ergotherapeut:innen bezieht Selbstständige und Praxisinhaber:innen nicht mit ein, diese machen aber in der Ergotherapie einen Anteil von ca. 10 % zusätzlich aus³⁴, sodass die Anzahl der Ergotherapeut:innen insgesamt in NDS auf ca. 6.875 geschätzt wird.

Gesamtzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen

Die Gesamtzahl der Ergotherapeut:innen nach Einrichtungen liegt nur bundesweit vor, es gibt keine gesonderten Daten zu NDS. Bundesweit arbeiten nach Angaben der GBE (Tabelle 16) die meisten Ergotherapeut:innen in ambulanten Einrichtungen bzw. Heilmittelbetrieben (33.000 bzw. 50 %), die restliche Anzahl verteilt sich etwa gleich auf Krankenhäuser (12.000), Vorsorge- bzw. Rehaeinrichtungen (11.000) und sonstige Einrichtungen (11.000), während der kleinste Teil in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen arbeitet (5.000) (Statistisches Bundesamt 2025a).

Tabelle 16: Ergotherapeut:innen bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a)

	Einrichtungen gesamt	Ambulante Einrichtungen	KH	Vor- sorge/Re ha	Sonstige Einrich- tungen	(teil-)sta- tionäre Pflege
Ergotherapie Spezialist	65.000	32.000	11.000	4.000	11.000	5.000
Ergotherapie Experte	1.000	1.000	0	0	0	0
Gesamt	66.000	33.000	12.000	11.000	11.000	5.000

³⁴ Setzt man die bundesweiten Angaben der GBE (ca. 66.000 Ergotherapeut:innen) ins Verhältnis zu den ca. 60.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, ergibt sich ein Anteil von ca. 10 % nicht sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

Vollzeit-/Teilzeit Verteilung

Die Mehrheit der Ergotherapeut:innen in Deutschland arbeitet in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (41.000 bzw. 62 %) (Statistisches Bundesamt 2025a). Nach Erfassung der BA liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten etwas geringer (59%).

In NDS liegt der Anteil in Teilzeit nach Angaben der BA bei 62 % (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

Altersstruktur der Ergotherapeut:innen

Ähnlich zur Physiotherapie ist die Mehrheit der Ergotherapeut:innen in NDS zwischen 25 und 44 Jahren alt (58 %) und 17 % sind älter als 55 Jahre (Abbildung 18):

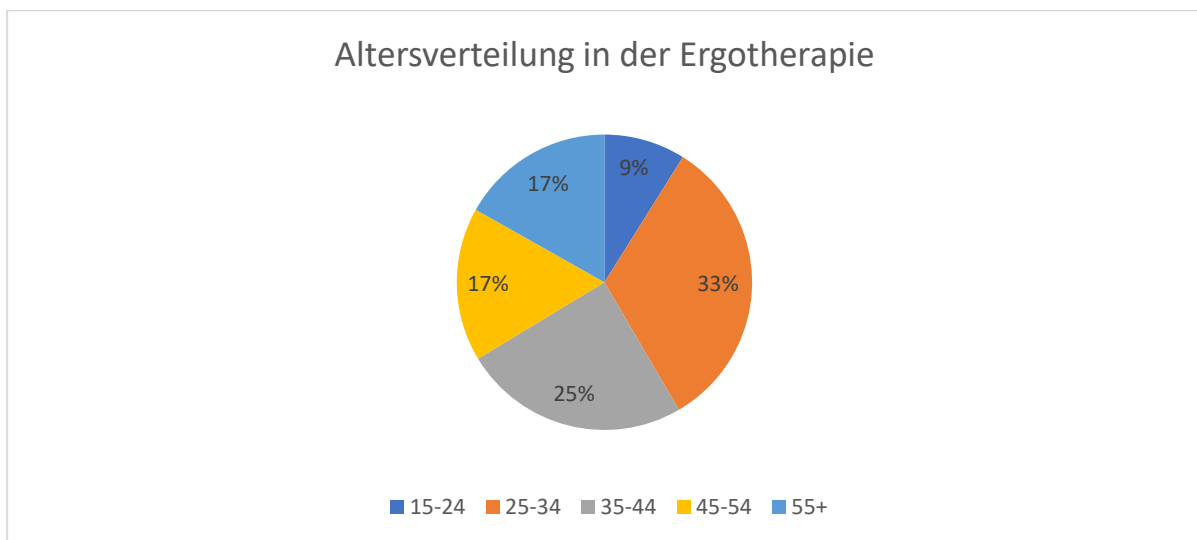


Abbildung 18: Altersverteilung der Ergotherapeut:innen in NDS (Stand 2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a)

Zahl der Ergotherapie-Betriebe in NDS

Im Jahr 2022 waren in NDS 1.144 ergotherapeutische Heilmittelbetriebe, die sich für die Behandlung von gesetzlich Versicherten angemeldet und qualifiziert haben, gemeldet – eine Zunahme von 36 % gegenüber dem Jahr 2018 (843 Betriebe). Dies sind in absoluten Zahlen deutlich mehr als im Mittel der Bundesländer (650). In der Verteilung der Betriebe in Relation zur Anzahl der Versicherten liegt NDS mit durchschnittlich 6.228 Versicherten/ Betrieb jedoch 11 % unter dem Bundesdurchschnitt von 7.032 Versicherten/ Betrieb. Ein Ergotherapiebetrieb in NDS betreut im Mittel 99 Patient:innen. Dies sind 7 % weniger als der Bundesdurchschnitt (106). Auch die Anzahl der Verordnungen pro Betrieb liegt mit 3.706 Verordnungen/ Betrieb im Jahr 2022 knapp unter den bundesweiten Werten von 3.741 Verordnungen/

Betrieb. Zur Größe der Betriebe (Mitarbeiteranzahl, Vollzeitäquivalente etc.) liegen keine Informationen vor. Die überdurchschnittliche Anzahl der Betriebe in absoluten Zahlen korreliert mit einer hohen Bevölkerungszahl (in absoluten Zahlen), während die Bevölkerungsdichte in NDS im Bundesvergleich gering ist. Es lässt sich aus den Zahlen im Vergleich der Bundesländer ableiten, dass in NDS vermehrt kleinere Betriebe verortet sind, die vergleichsweise weniger Patient:innen (im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) pro Betrieb versorgen (BAR-MER bfig 2024).

3.3.2 Arbeitsmarktsituation

Wie auch die Physiotherapie wird die Ergotherapie bundesweit auf dem Niveau „Spezialist“ als Engpassberuf eingestuft, mit einer Gesamtbewertung von 2,7³⁵ (Bundesagentur für Arbeit 2025b). Grund für den hohen Gesamtwert sind u. a. lange Vakanzzeiten bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle, eine hohe Stellenüberhangsquote und eine geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote (geringes Risiko, in der Ergotherapie arbeitslos zu sein).

Die Fachkräftelücke in NDS (offene Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose) beträgt 661 (Jahresdurchschnitt 2024/2025). Insgesamt wurden 793 offene Stellen gemeldet, d. h. die Stellenüberhangsquote³⁶ liegt bei 83 % (KOFA 2025b). Die regionale Verteilung auf Ebene der Statistischen Regionen zur Ergotherapie (Niveau: Spezialist) ist in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Arbeitsmarktsituation in der Ergotherapie nach Statistischen Regionen in NDS (KOFA 2025a)

Stat. Region	Offene Stellen	Arbeitslose	Fachkräftelücke	Stellenüberhangsquote
Braunschweig	236	26	210	89%
Leine-Weser	237	52	185	78%
Lüneburg	141	24	117	83%
Weser-Ems	179	30	149	83%
Gesamt	793	132	661	83%

³⁵ Aus dem Gesamtwert erfolgt die Einteilung in Engpass- bzw. Nichtengpassberufe. Liegt dieser zw. 3,0 bis einschl. 2,0 Punkten, so handelt es sich um einen Engpassberuf (Bundesagentur für Arbeit 2025b)

³⁶ Die Stellenüberhangsquote beschreibt den Anteil der Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose.

Die Vakanzzeit bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle beträgt in NDS im Median 133 Tage (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

3.3.3 Ausbildungssituation

Berufsschulische Ausbildung

An den 28 Ergotherapie-Schulen in NDS waren im Schuljahr 2024/25 insgesamt 1.940 Schüler:innen in Ausbildung (Schülerzahl gesamt), davon waren 1.668 weiblich (86 %) und 272 männlich (14 %). Die Zahl der Schüler:innen in Ausbildung hat seit dem Jahr 2019/ 20 zugenommen, auch wenn die Spitzenzahl von 2.152 Schüler:innen im Schuljahr 2022/23 nicht gehalten werden konnte. Im Gegensatz zur Physiotherapie hat sich der Anteil an männlichen Schüler:innen kaum verändert (+1 % vom Schuljahr 2019/20 zu 2023/24). Abbildung 19 zeigt die Anzahl an Schüler:innen in NDS seit dem Schuljahr 2019/20. NDS belegt mit den kontinuierlich hohen Zahlen an Ergotherapieschüler:innen insgesamt regelmäßig den ersten oder zweiten Rang der Bundesländer in Deutschland.

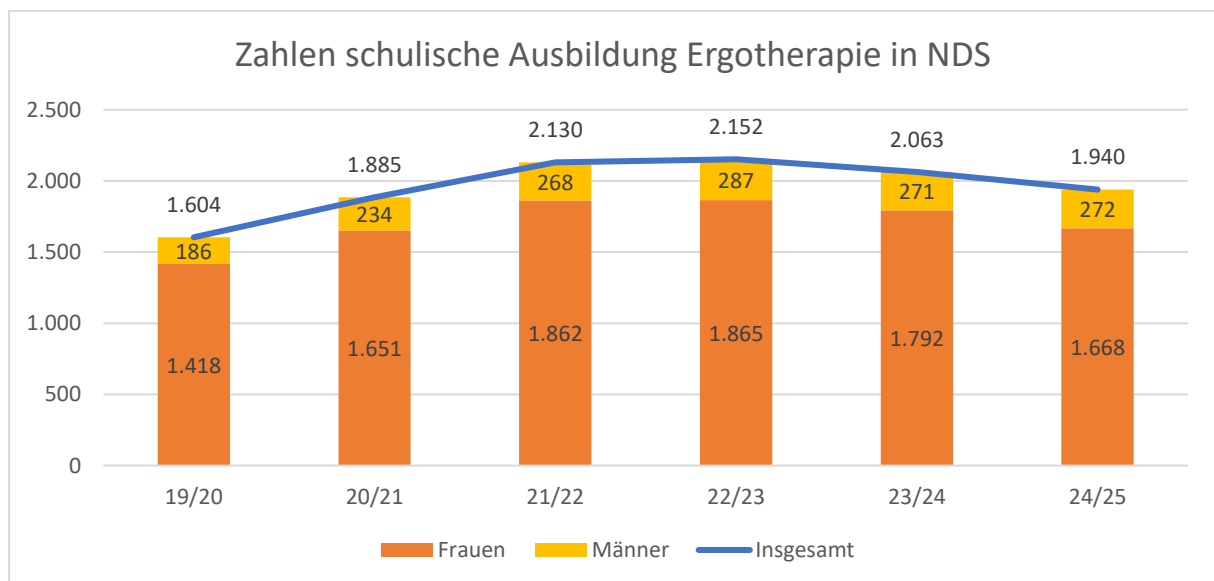


Abbildung 19: Schülerzahlen gesamt in berufsschulischer Ausbildung Ergotherapie in NDS (Schuljahre 2019/20 bis 2024/25) (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. 2025).

Die Zahl der Absolvent:innen betrug im Schuljahr 2023/24 586 (Steigerung von 40 % seit dem Schuljahr 2019/ 20) (LSN, Auskunft per E-Mail, 26.09.2025). Die Entwicklung der Zahlen ist in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18: Anzahl der Absolvierenden an beruflichen Schulen für den Beruf Ergotherapeut/in nach statistischen Regionen und Geschlecht (LSN, Auskunft per E-Mail, 26.09.2025)

Schuljahr / Geschlecht		Statistische Region				gesamt
		1 Braun- schweig	2 Hannover	3 Lüneburg	4 Weser- Ems	
2023/2024	gesamt	52	224	57	253	586
	männlich	8	26	6	32	72
	weiblich	44	198	51	221	514
2022/2023	gesamt	67	221	58	227	573
	männlich	11	18	8	25	62
	weiblich	56	203	50	202	511
2021/2022	gesamt	44	147	48	160	399
	männlich	4	9	4	13	30
	weiblich	40	138	44	147	369
2020/2021	gesamt	70	117	42	153	382
	männlich	3	12	6	14	35
	weiblich	67	105	36	139	347
2019/2020	gesamt	46	155	47	168	416
	männlich	8	18	4	9	39
	weiblich	38	137	43	159	377

Die Schulgeldfreiheit in NDS gilt auch für die Ausbildung in Ergotherapie an Schulen in freier Trägerschaft. Für die berufsschulische Ausbildung besteht keine gesetzliche Regelung zur Ausbildungsvergütung. Die Schulträger sind für die Höhe der Zahlung bzw. Nichtzahlung verantwortlich. Bei öffentlichen Trägern ist die Vergütung nach Tarifverträgen festgelegt.

Hochschulische Ausbildung

In NDS werden an drei Hochschulen Studiengänge für Ergotherapie angeboten (Tabelle 19), entweder als ausbildungsintegrierende oder additive Bachelorstudiengänge sowie ein berufsbegleitender Masterstudiengang. Es wird kein primärqualifizierender Studiengang für Ergotherapie in Niedersachsen angeboten. Diese Ausgestaltung des Studiums wird in der HQGplus-Studie „als ein zentraler Faktor für die Disziplinentwicklung angesehen, weil sie als eine wichtige Antwort auf die Nachwuchsfrage und die personellen Engpässe im professoralen Bereich gilt“ (Wissenschaftsrat 2022, S. 76).

Tabelle 19: Hochschulen in NDS mit Angebot an Ergotherapie. Quelle: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.

Hochschule	Angebot Ergotherapie	Studienplätze/ Kapazitäten
Hochschule Osnabrück	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor, nach abgeschlossener Ausbildung Start ins 4. Semester bzw. Ausbildung an kooperierender Schule in den ersten 3 Semestern und dann Studium)	WS 2024/25: 38 Plätze (insgesamt für alle drei Richtungen), 108 Bewerbungen
	Ergotherapie, Physiotherapie (dual) (Bachelor, Ausbildung in einem Schwerpunkt ist in das Studium integriert, Module an der Berufsfachschule und der Hochschule)	WS 2024/25: 28 Plätze für Physiotherapie, 31 Bewerbungen
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor, nach abgeschlossener Ausbildung)	Keine Daten zu Kapazitäten. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Master, berufsbegleitend)	Keine Daten zu Kapazitäten. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
Hochschule Em-den/Leer	Interdisziplinäre Physiotherapie-Motologie-Ergotherapie (Bachelor, Ausbildung im ersten Studienabschnitt an kooperierender Schule oder bei vorliegendem Examen späterer Einstieg direkt in den zweiten Studienabschnitt)	Keine Daten

Zur hochschulischen Ausbildung stehen in NDS keine Daten zu Studienplatzkapazitäten, Anzahl der Studierenden, Abschluss- und Abbrecherquoten zur Verfügung. Auch bundesweit stehen bezogen auf die hochschulische Ausbildung keine aktuellen Daten zur Verfügung.

Nach Angaben der HQGplus-Studie des Wissenschaftsrats gab es im Jahr 2019 bundesweit 107 Studienanfänger:innen in der Ergotherapie (bei 9 angebotenen Studiengängen) und 82 Absolvent:innen. Das Verhältnis von Studienanfänger:innen (nur primärqualifizierende Studiengänge) zu neu aufgenommenen Schüler:innen lag im selben Jahr bei 1,6 %. (Wissenschaftsrat 2022). Die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierungsquote von 10-20 % (nur primärqualifizierende Studiengänge) wird somit nicht erreicht. Unter Berücksichtigung aller Studienformate liegt die Akademisierungsquote in der Ergotherapie im Jahr 2019 bei 3,0 %. (Wissenschaftsrat 2022). Da die Zahlen der Schüler:innen seit 2019 deutlich gestiegen sind, ist eine Steigerung der Akademisierungsquote im selben Zeitraum eher unwahrscheinlich. Das Centrum für Hochschulentwicklung berichtet von einem kontinuierlichen Wachstum der Studierendenzahlen im Studienbereich Heilberufe/Therapien (Steigerung von WS 2018/19 bis WS 2023/24 um 63 %), jedoch seien die Schülerzahlen seit dem Jahr 2019 ebenfalls angestiegen (Nickel und Thiele 2025).

Der Anteil von Studienabsolvent:innen der Ergotherapie in hauptberuflich klientennahen Tätigkeiten liegt laut einer Befragung unter Absolvent:innen in Nordrhein-Westfalen bei 93 % (Dieterich et al. 2019).

Es besteht in NDS wie auch in der gesamten Bundesrepublik eine erhebliche Unsicherheit über die aktuelle Akademisierungsquote der Studien- bzw. Ausbildungsanfänger:innen und der Absolvent:innen sowie über den Anteil akademisierter Ergotherapeut:innen in der Versorgung.

3.3.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Berufsdemografische Entwicklung

Viele ältere Ergotherapeut:innen werden in naher Zukunft in den Ruhestand gehen. Der Anteil an über 55-Jährigen liegt bei 17 % und ist somit etwas geringer als in anderen Berufsgruppen. Allerdings werden die Renteneintritte der geburtenstarken Jahrgänge den Fachkräftemangel weiter verstärken. Aktuell können allein in NDS 661 offene Stellen nicht mit qualifizierten Arbeitslosen aus der Ergotherapie besetzt werden (794 offene Stellen sind insgesamt gemeldet). Hinzu kommt, dass ein Großteil der Therapeut:innen (62 %) in Teilzeit arbeitet und somit eine geringere Verfügbarkeit von Ergotherapeut:innen am Arbeitsmarkt

besteht. Mit aktuell 586 Absolvent:innen im Schuljahr 2023/24 können die offenen Stellen nicht ausreichend besetzt werden (Abbildung 20). Positiv ist die Steigerung der Schülerzahlen seit dem Jahr 2019. Gleichzeitig bleibt die Entwicklung der Studierendenzahlen unklar, da keine offiziellen Statistiken veröffentlicht werden. Da es in NDS keine primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge in der Ergotherapie gibt, können die Studienabsolvent:innen aber auch nicht zu den Ausbildungsabsolvent:innen addiert werden.

Die zukünftige Fachkräftelücke durch Renteneintritte kann daher aktuell und zukünftig nicht durch Berufseintritte über Schüler:innen und Studienabsolvent:innen kompensiert werden.

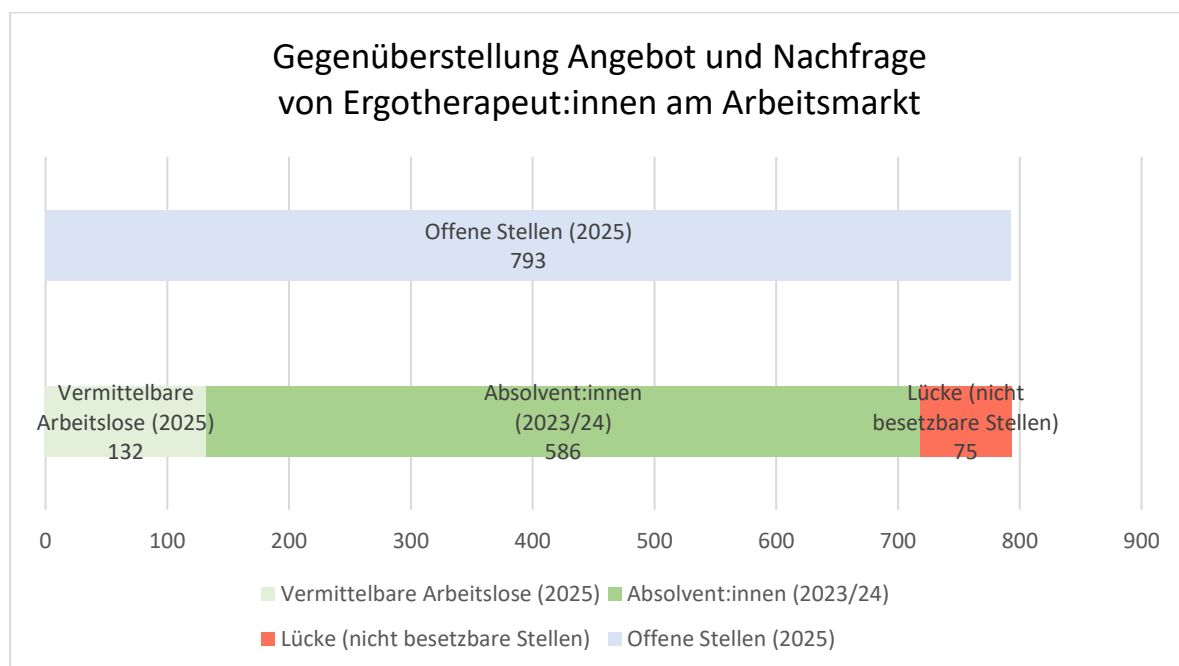


Abbildung 20: Angebot und Nachfrage von Ergotherapeut:innen am Arbeitsmarkt (eigene Darstellung), Quelle KOFA 2025a und LSN, Auskunft per E-Mail, 26.09.2025

Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen

Zwischen 2019 und 2024 stieg der Bruttoumsatz der Ergotherapeut:innen in NDS deutlich von 92.201.000 € im Zeitraum Januar bis September 2019 auf 162.624.000 € im gleichen Zeitraum 2024 an (Steigerungsrate von 76 %). Dagegen nahmen die Verordnungsblätter insgesamt nicht im gleichen Maß zu: Steigerung von 191.000 auf 236.000; Steigerungsrate +24 %. Die Behandlungseinheiten nahmen im gleichen Zeitraum von 1.912.000 auf 2.443.000 zu (+28 %).

Pro 1.000 GKV-Versicherte wurden im Jahr 2024 340 Behandlungseinheiten abgerechnet, was einer Steigerung von +4,6 % allein gegenüber dem Vorjahreszeitraum entspricht (GKV-SV 2025a). Die Daten sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Inanspruchnahme ergotherapeutischer Versorgung in NDS anhand Bruttoumsatz, Anzahl der Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten. Quelle: GKV-SV (2020, 2025a)

	Januar-September 2019	Januar-September 2024	Steigerungs- rate
Bruttoumsatz (€)	92.201.000	162.624.000	76%
Verordnungsblätter	191.000	236.000	24%
Behandlungseinheiten	1.912.000	2.443.000	28%

Eine Auswertung der AOK zu den Daten der AOK-Versicherten von 2015 bis 2023 zeigt bundesweit hohe Zuwachsraten in der Ergotherapie: Sowohl bei den Heilmittelpraxen (+19,2 %) als auch bei der Anzahl der Verordnungen (+22,3 %) und den Patient:innen (+35,7 %) (AOK-Bundesverband 2024).

Diese Veränderungen reflektieren einerseits die Steigerung der Bruttoumsätze durch die Preissteigerungen der Heilmittel im Rahmen der Reformen (HHVG und TSVG). Andererseits deutet dies auf eine deutliche Steigerung der Inanspruchnahme durch die gleichzeitige Zunahme der Anzahl der Patient:innen, Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten hin.

Parallel dazu zeigt der BARMER-Heilmittel-Atlas für Niedersachsen im Zeitraum 2018 bis 2022 einen Zuwachs der Ergotherapiebetriebe von 843 auf 1.144 (+36 %), während die durchschnittliche Anzahl von Patient:innen und Verordnungen pro Betrieb rückläufig ist. Dies deutet auf eine mögliche Zunahme kleinerer Praxisbetriebe hin. Unklar bleibt die Anzahl der Ergotherapeut:innen pro Betrieb. Möglicherweise wurde die Attraktivität des Praxisbetriebs und die Behandlung gesetzlich Versicherter durch die genannten Reformen gesteigert. (BARMER bfig 2022).

Ergotherapie ist hauptsächlich bei Kindern wie auch im höheren Alter von großer Bedeutung. Entwicklungsstörungen von Kindern sind gemessen an der Zahl der versorgten Patient:innen in der Ergotherapie am häufigsten vertreten (WIdO 2024b). Durch eine Zunahme von Entwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren ist zukünftig eine steigende Inanspruchnahme zu erwarten (Steffen et al. 2018). Die Patientenrate in der Ergotherapie bei Kindern stieg (bei gleichbleibender Zahl von Verordnungen) von 2021 bis 2023 bereits um 3,6 % (WIdO 2024a).

Die häufigsten Diagnosen bei ergotherapeutischen Verordnungen sind Hemiparese und Hemiplegie (Anteil an Verordnungen 7,5 %), gefolgt von Entwicklungsstörungen, hyperkinetischen Störungen, Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit, Hirninfarkt, Paraparese und Demenz (WIdO 2024b). Mit einem steigenden Anteil älterer Menschen und der Zunahme von Herz-Kreislaferkrankungen und neurologischen Erkrankungen wie Schlaganfall und Demenz/ Alzheimer wird daher vermutlich auch der Bedarf an Ergotherapie bei diesen Diagnosen zunehmen. Schätzungen zufolge wird sich die Prävalenz von Demenzerkrankungen von aktuell 1,8 Millionen Menschen bundesweit bis zum Jahr 2033 bereits auf 2 Millionen Menschen erhöhen (Blotenberg et al. 2023). Gleichzeitig nimmt die Prävalenz von neurologischen Erkrankungen wie dem Schlaganfall kontinuierlich zu (GBD 2019 Stroke Collaborators 2021). Auch wenn durch politische Maßnahmen und finanzielle Förderung von Prävention die Entwicklung positiv beeinflusst werden kann, werden die Prävalenzen durch die Zunahme von Menschen über 65 Jahren (etwa 600.000 bzw. mehr als 30 % in dieser Altersgruppe bis 2042) zunehmen. Die Veränderung des Belastungsquotienten (siehe Kapitel 1.4) betrifft insbesondere die Statistische Region Weser-Ems (LSN 2024c).

Gegenüberstellung Personalkapazitäten und prognostizierte Inanspruchnahme

Während die Entwicklung der berufs- und bevölkerungsdemografischen Entwicklung recht stabil vorhergesagt werden kann, unterliegt die Entwicklung morbiditätsorientierter Indikatoren wie die Prävalenz von Entwicklungsstörungen und neurologischer Erkrankungen großer Unsicherheit. Dies ist einerseits bedingt durch die Definition des Bedarfs und daraus abgeleiteten Ansprüchen wie auch durch die Gegensteuerung (Ausbau von Präventionsmaßnahmen).

Parallel dazu ergeben sich mögliche Systemeffekte durch eine potenzielle Veränderung der Rahmenbedingungen für die Verordnung (Bsp. Blankoverordnung), veränderte Zugangsmöglichkeiten (z. B. zukünftig Einführung Direktzugang, verbesserter Zugang und vermehrt präventive Versorgung) aber auch durch den Einfluss der angebotsinduzierten Nachfrage auf die Inanspruchnahme.

Daher werden im Folgenden zwei potenzielle Szenarien bis zum Jahr 2035 entwickelt (Tabelle 21). Zugrunde gelegt werden für jedes Szenario außerdem Berufsaustritte von 3-5 % p. a. (aufgrund Alter, Berufswechsel), d. h. 206-344 Personen/ Jahr, die durch Ausbildung/Studium und/oder Zuwanderung kompensiert werden müssen.

Während die berufsdemografische Entwicklung sicherer vorherzusagen ist, unterliegen die Berufsaustritte weiteren Entwicklungen (Zufriedenheit der Therapeut:innen, Attraktivität des Berufs, Arbeitsbelastung, Bezahlung etc.).

- **Szenario A — Moderates Wachstum**

Annahmen: Anteil 65+ in NDS steigt bis 2035 um **+20-25 %** gegenüber 2025; Zusätzliche Zunahme durch Diagnosen (Demenz/Schlaganfall) + **3–5 %** (mehr absolute Fälle, stabiler Therapieanteil), Abnahme des Anteils Kinder und Jugendliche in NDS, etwa gleichbleibende Verordnungsintensität

Ergebnis (2035 vs. 2025): Moderater Anstieg der Nachfrage nach Ergotherapie in NDS: + 10 – 20 %

Implikation für Personal: Bei konstanter Produktivität würde das vorhandene Angebot **≈10–20% mehr Ergotherapeut:innen** benötigen, um zu gleichen Wartezeiten und Versorgungsquoten zu kommen.

- **Szenario B — Starkes Wachstum**

Annahmen: Stärkere Alterung in manchen Regionen / höhere Inzidenzsteigerungen: Anteil 65+ bis 2035 **+20-25 %**. (regionales Hoch-Szenario: besonders in einigen Landkreisen starker Anstieg). Zusätzliches Wachstum durch Verordnungsintensivierung (z. B. mehr Einheiten/ Patient:in, höhere Verordnungsmengen bzw. niederschwelliger Zugang, stärkere Inanspruchnahme bei Pädiatrie und Psychiatrie) **+5-10 %-Punkte**.

Ergebnis (2035 vs. 2025): Geschätzter Anstieg der Nachfrage: ≈ +25–35%.

Implikation für Personal: Entsprechend wäre ein **Zuwachs an ~25–35 % Ergotherapeut:innen** erforderlich, falls die Produktivität unverändert bleibt.

Tabelle 21: Szenarienentwicklung bis 2035 für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der erforderlichen Angebotsentwicklung in der Ergotherapie (eigene Berechnung).

Szenario	Berufsaustritte	Nachfrageanstieg (2035 vs. 2025)	Erforderlicher Netto-Zuwachs an Ergotherapeut:innen	Brutto-Zuwachsbedarf (mit Berufsaustritten)	Ausbildungs-/Studienplatz-Erhöhung	Erforderlicher Ausbau Studienplätze
Szenario A: Moderate Steigerung der Inanspruchnahme	3-5 %, d. h. 206-344 p. a.	+10-20 %	690-1400 insgesamt bzw. 70-140/ Jahr	im Mittel +375 p.a.	+20 % mehr zur Deckung	Aufbau primärqualifizierender Studiengänge
Szenario B: Starke Steigerung der Inanspruchnahme	3-5 %, d. h. 206-344 p. a.	+25–35 %	1700-2000 insgesamt bzw. 170-200/ Jahr	im Mittel +460 p.a.	+35 % mehr zur Deckung	deutlicher Auf- und Ausbau der primärqualifizierenden Studienplätze

Für Szenario A wie auch für Szenario B ist **ein deutlicher Ausbau der Ausbildungskapazitäten sowie ein Aufbau primärqualifizierender Studiengänge erforderlich**, um nicht nur die geforderten mindestens 10 % Akademisierungsquote zu erreichen, sondern auch Berufsaustritte und den prognostizierten Nachfrageanstieg zu kompensieren.

3.3.5 Fazit Ergotherapie

Unter Berücksichtigung des demografischen Wandels, der steigenden Zahl therapiebedürftiger Menschen sowie der zunehmenden Prävalenz neurologischer, psychischer und entwicklungsbedingter Erkrankungen wird auch für die Ergotherapie in NDS ein wachsender Personalbedarf prognostiziert. Ergotherapeut:innen sind entscheidend für die Förderung von Selbstständigkeit, Alltagskompetenz und Lebensqualität.

Im Jahr 2024 waren in NDS 6.160 Ergotherapeut:innen mit Ausbildung („Spezialist“) und 70 mit Hochschulabschluss („Experte“) sv-pflichtig beschäftigt. Der Anteil älterer Beschäftigter über 55 Jahre liegt bei 17 %, und 62 % der Ergotherapeut:innen arbeiten in Teilzeit, wodurch die effektive Verfügbarkeit am Arbeitsmarkt eingeschränkt ist. Die Fachkräftelücke zeigt sich aktuell in 661 unbesetzten Stellen, die nicht durch qualifizierte Arbeitslose gedeckt werden können.

Die Ausbildungssituation weist steigende Schülerzahlen auf: Im Schuljahr 2023/24 wurden 586 Absolvent:innen gezählt, was die offenen Stellen bei weitem nicht abdeckt. Die hochschulische Ausbildung in NDS ist derzeit nicht primärqualifizierend, sodass die Akademisierungsquote von mindestens 10 % nicht erreicht wird.

Die Prognoseszenarien zeigen einen potenziellen Anstieg der Inanspruchnahme um etwa 10-20 % im moderaten Fall und um ca. 25-35 % im starken Fall bis 2035. Entsprechend wäre ein jährlicher Nettozuwachs an Fachkräften erforderlich, der durch verstärkte Ausbildung, gezielte Maßnahmen zur langfristigen Verweildauer im Beruf und Vermeidung von Berufswechseln sowie ggf. verstärkter Zuwanderung gedeckt werden muss. Zudem wird in allen Szenarien ein deutlicher Ausbau von Ausbildungs- und Studienplätzen empfohlen, um sowohl Berufsaustritte als auch den prognostizierten Nachfrageanstieg zu kompensieren. Der Aufbau primärqualifizierender Studiengänge ist zum Erreichen der geforderten Akademisierungsquote wie auch für den prognostizierten Nachfragezuwachs geboten. Je nach Szenario der zukünftigen Nachfrage ist ein Zuwachs von ca. 20–35 % an Ausbildungs- und Studienplätzen notwendig, um die Versorgung sicherzustellen und Engpässe bei der Fachkräfteverfügbarkeit zu vermeiden.

3.4 Logopädie

Logopäd:innen behandeln Patient:innen mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Sie führen Maßnahmen zur Prävention, Beratung, Therapie und Rehabilitation im Rahmen einer Heilmittelverordnung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durch. Seit dem 01.01.2025 werden mit der Änderung durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz die bestehenden Modellstudiengänge der Logopädie als Regelstudiengänge angeboten, d. h. die Länder können selbstständig bestimmen, dass die Ausbildung an Hochschulen durchgeführt wird (Gesetz über den Beruf des Logopäden – LogopG, § 8a). Damit kann die Berufszulassung zur Logopädie regelhaft über eine berufliche oder hochschulische Ausbildung erworben werden. Die hochschulische Ausbildung muss sich an die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden halten.

3.4.1 Status quo Beschäftigte

Gesamtzahlen der Logopäd:innen

In der Logopädie arbeiten nach GBE im Jahr 2023 in Deutschland insgesamt ca. 33.000 Therapeut:innen³⁷, davon die Mehrheit (30.000) als „Spezialist“ und etwa 2.000 akademisierte Logopäd:innen mit Hochschulabschluss (gerundete Zahlen). Ein Großteil der Logopäd:innen ist weiblich: ca. 28.000 bzw. 90 % Frauen gegenüber 2.000 bzw. 10 % Männern (Statistisches Bundesamt 2025a).

Nach Angaben der BA arbeiten in der Bundesrepublik insgesamt 23.048 sv-pflichtig beschäftigte Logopäd:innen. Diese Zahl ist durch den Wegfall der Selbstständigen und der Praxisinhaber:innen um etwa 30 % geringer als die Gesamtangabe der GBE. Nach der Erfassung der BA ist der Anteil der Frauen etwas höher (94 % bei Erfassung der BA gegenüber 90 % der GBE-Erfassung). Die BA beziffert die Anzahl der Logopäd:innen mit deutscher Staatsangehörigkeit mit 22.478 (98 %) und mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit 570 (2 %) (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

Nach Angaben der BA arbeiten in NDS zum Stichtag 30.06.2024 2.080 sv-pflichtig beschäftigte Logopäd:innen mit Ausbildung (Niveau „Spezialist“) und 90 Logopäd:innen mit Hochschulabschluss (Niveau „Experte“). Von den Logopäd:innen mit Ausbildung sind 95 % Frauen

³⁷ Die Gesamtzahl basiert auf der Einordnung der Berufe „81733 Berufe in der Sprachtherapie – Spezialist“, d. h. ausgebildete Logopäd:innen und „81734 Berufe in der Sprachtherapie – Experte“, d.h. Logopäd:innen mit Hochschulabschluss.

und 5 % Männer, d. h. der Anteil weiblicher Logopäd:innen entspricht in etwa dem Anteil auf Bundesebene. Zu den akademisierten Logopäd:innen in NDS stehen aufgrund der geringen Gesamtzahl keine weiteren Daten zu Alter, Vollzeit etc. zur Verfügung (Bundesagentur für Arbeit 2025a). Die Gesamtzahl von 2.080 sv-pflichtig beschäftigten Logopäd:innen bezieht Selbstständige und Praxisinhaber:innen nicht mit ein, diese machen auf Bundesebene einen Anteil von ca. 30 % zusätzlich aus, sodass die Anzahl der Logopäd:innen insgesamt in NDS auf ca. 2.700 geschätzt wird.

Gesamtzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen

Die Gesamtzahl der Logopäd:innen nach Einrichtungen liegt nur bundesweit vor, es gibt keine gesonderten Daten zu NDS. Bundesweit arbeiten nach Angaben der GBE (Tabelle 22) die meisten Logopäd:innen in ambulanten Einrichtungen bzw. Heilmittelbetrieben (25.000 bzw. 75%), die restliche Anzahl verteilt sich auf Krankenhäuser (3.000), Vorsorge- bzw. Rehaeinrichtungen (1.000) und sonstige Einrichtungen (3.000). Die meisten Expert:innen arbeiten in ambulanten Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2025a).

Tabelle 22: Logopäd:innen bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Statistisches Bundesamt 2025a)

	Einrichtungen gesamt	Ambulante Einrichtungen	KH	Vor- sorge/Reh a	Sonstige Einrich- tungen	(teil-)sta- tionäre Pflege
Logopädie – „Spezialist“	30.000	23.000	3.000	1.000	3.000	0
Logopädie – „Experte“	2.000	2.000	0	0	0	0
Gesamt	33.000	25.000	3.000	1.000	3.000	0

Vollzeit-/Teilzeit Verteilung

Die Mehrheit der Logopäd:innen in Deutschland arbeitet in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (19.000 von 33.000 bzw. 57 %) (Statistisches Bundesamt 2025a). Nach Erfassung der BA liegt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten etwas höher: hier arbeiten 13.975 von 23.043 in Teilzeit (60 %) (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

In NDS liegt der Anteil in Teilzeit noch höher und nach Angaben der BA zum Stichtag 30.05.2024 bei 67 % (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

Altersstruktur der Logopäd:innen

Ähnlich zur Physiotherapie ist die Mehrheit der Logopäd:innen in NDS zwischen 25 und 44 Jahren alt (63 %) und 14 % sind älter als 55 Jahre (Abbildung 21). Der Anteil an Therapeut:innen unter 55 Jahren ist somit etwas höher als bei Physio- und Ergotherapeut:innen.

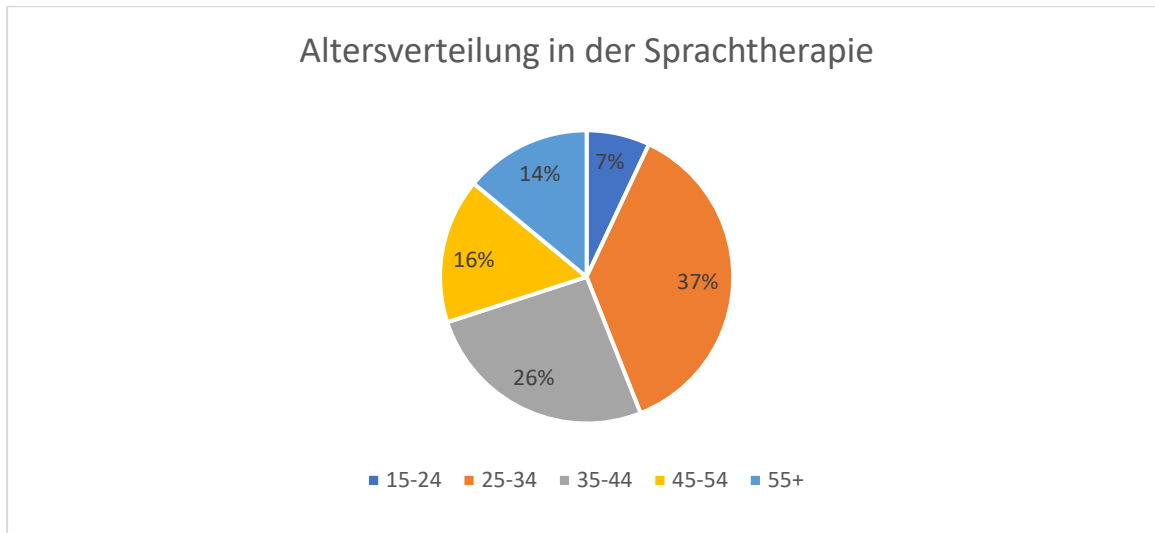


Abbildung 21: Altersverteilung der Logopäd:innen in NDS (Stand 30.06.2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a)

Zahl der Logopädie-Betriebe in NDS

Im Jahr 2022 waren in NDS 1.053 logopädische Heilmittelbetriebe gemeldet, die sich für die Behandlung von gesetzlich Versicherten angemeldet und qualifiziert haben. Dabei zeigt sich eine Zunahme von 25 % gegenüber dem Jahr 2018 (873 Betriebe). Dies sind in absoluten Zahlen deutlich mehr (+67) als im Mittel der Bundesländer (632 Betriebe/ Bundesland). In der Verteilung der Betriebe in Relation zur Anzahl der Versicherten liegt NDS mit durchschnittlich 6.766 Versicherten/ Betrieb jedoch 6 % unter dem Bundesdurchschnitt von 7.227 Versicherten/ Betrieb. Ein Logopädiebetrieb in NDS betreut im Mittel 70 Patient:innen. Dies sind 6 % weniger als der Bundesdurchschnitt (75). Die Anzahl der Verordnungen pro Betrieb liegt mit 2.499 Verordnungen/Betrieb im Jahr 2022 11 % unter den bundesweiten Werten von 2.767 Verordnungen/ Betrieb. Zur Größe der Betriebe (Mitarbeiteranzahl, Vollzeitäquivalente etc.) liegen keine Informationen vor. Die überdurchschnittliche Anzahl der Betriebe in absoluten Zahlen korreliert mit einer hohen Bevölkerungszahl (in absoluten Zahlen), während die Bevölkerungsdichte in NDS im Bundesvergleich gering ist. Es lässt sich aus den Zahlen im Vergleich der Bundesländer ableiten, dass in NDS vermehrt kleinere Betriebe verortet sind,

die vergleichsweise weniger Versicherte und weniger Patient:innen (im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) pro Betrieb versorgen (BARMER bifg 2024).

3.4.2 Arbeitsmarktsituation

Wie auch die Physio- und die Ergotherapie wird auch der Beruf der Logopädie bundesweit auf dem Niveau „Spezialist“ als Engpassberuf eingestuft, mit einer Gesamtbewertung von 2,5³⁸ (Bundesagentur für Arbeit 2025b). Grund für den hohen Gesamtwert sind u. a. lange Vakanzzeiten bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle, eine hohe Stellenüberhangsquote und eine geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote (geringes Risiko, in der Logopädie arbeitslos zu sein).

Die Fachkräftelücke in NDS (offene Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose) beträgt 301 (Jahresdurchschnitt 2024/2025). Insgesamt wurden 349 offene Stellen gemeldet bei 48 Arbeitslosen in der Logopädie, d. h. die Stellenüberhangsquote³⁹ liegt bei 86 % (KOFA 2025b). Die regionale Verteilung auf Ebene der Statistischen Regionen für die Logopädie (Niveau: Spezialist) ist in Tabelle 23 dargestellt.

³⁸ Aus dem Gesamtwert erfolgt die Einteilung in Engpass- bzw. Nichtengpassberufe. Liegt dieser zw. 3,0 bis einschl. 2,0 Punkten, so handelt es sich um einen Engpassberuf (Bundesagentur für Arbeit 2025b)

³⁹ Die Stellenüberhangsquote beschreibt den Anteil der Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose.

Tabelle 23: Arbeitsmarktsituation in der Logopädie nach Statistischen Regionen in NDS (KOFA 2025a)

Stat. Region	Offene Stellen	Arbeitslose	Fachkräftelücke	Stellenüberhangsquote
Braunschweig	102	5	97	95%
Leine-Weser	57	22	35	61%
Lüneburg	61	7	54	89%
Weser-Ems	129	14	115	89%
Gesamt	349	48	301	86%

Die Vakanzzeit bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle beträgt in NDS im Median 151 Tage (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

In einer Studie zur Untersuchung der Berufsflucht von Logopäd:innen wurden geringer Verdienst, Perspektivlosigkeit, Mangel an Entwicklungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen sowie der bürokratische Aufwand als Gründe genannt.

25 % der Befragten gaben an, den Beruf bereits verlassen zu haben und 50 % dachten darüber nach, aus dem Beruf auszusteigen (Schwarzmann et al. 2018). Es wurden keine Daten nach der Anhebung der Heilmittelpreise in der Logopädie gefunden.

3.4.3 Ausbildungssituation

Berufsschulische Ausbildung

An den 7 Schulen für Logopädie in NDS waren im Schuljahr 2024/25 insgesamt 363 Schüler:innen in Ausbildung (Schülerzahl gesamt), davon waren 333 weiblich (92 %) und 36 männlich (18 %). Die Zahl der Schüler:innen in Ausbildung hat seit dem Jahr 2019/20 um 32 % zugenommen, auch wenn die Spitzenzahl von 417 Schüler:innen im Schuljahr 2021/22 nicht gehalten werden konnte. Abbildung 22 zeigt die Anzahl an Schüler:innen in NDS seit dem Schuljahr 19/20.

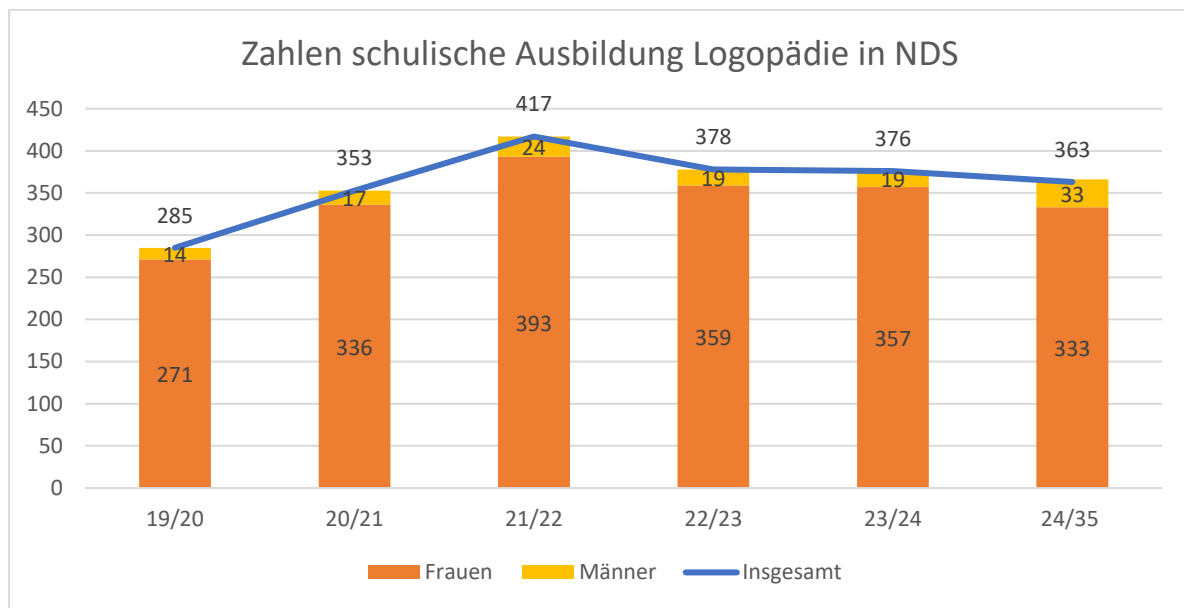


Abbildung 22: Schülerzahlen gesamt in berufsschulischer Ausbildung Logopädie in NDS (Schuljahre 2019/20 bis 2024/25) (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. 2025; LSN 2025c)

Die Zahl der Absolvent:innen betrug im Schuljahr 2023/24 97 (LSN, Auskunft per E-Mail, 17.10.2025). Die Absolvent:innen im zeitlichen Vergleich sind in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24: Ausbildungsabsolvent:innen der Logopädie in NDS. QUELLE: LSN, Auskunft per E-Mail, 17.10.2025

	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Männlich	6	(g) ¹	3	5	(g) ¹
Weiblich	61	(g) ¹	95	115	(g) ¹
Gesamt	67	62	98	120	97

¹(g)= Zahlenwert unbekannt oder aus Geheimhaltungsgründen nicht veröffentlicht

Die Schulgeldfreiheit in NDS gilt auch für die Ausbildung in Logopädie an Schulen in freier Trägerschaft. Für die berufsschulische Ausbildung besteht keine gesetzliche Regelung zur Ausbildungsvergütung. Die Schulträger sind für die Höhe der Zahlung bzw. Nichtzahlung verantwortlich. Bei öffentlichen Trägern ist die Vergütung nach Tarifverträgen festgelegt.

Hochschulische Ausbildung

In NDS werden an drei Hochschulen Studiengänge für Logopädie angeboten (Tabelle 25), entweder als ausbildungsintegrierende oder additive Bachelorstudiengänge sowie ein

berufsbegleitender Masterstudiengang. Es wird kein primärqualifizierender Studiengang für Logopädie in Niedersachsen angeboten. Diese Ausgestaltung des Studiums wird in der HQGplus-Studie „als ein zentraler Faktor für die Disziplinentwicklung angesehen, weil sie als eine wichtige Antwort auf die Nachwuchsfrage und die personellen Engpässe im professoralen Bereich gilt“ (Wissenschaftsrat 2022, S. 76).

Tabelle 25: Hochschulen in NDS mit Angebot an Logopädie-Studiengängen. Quellen: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.

Hochschule	Angebot Logopädie	Studienplätze/ Kapazitäten
Hochschule Osnabrück	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor, nach abgeschlossener Ausbildung Start ins 4. Semester bzw. Ausbildung an kooperierender Schule in den ersten 3 Semestern und dann Studium)	WS 2024/25: 38 Plätze (insgesamt für alle drei Richtungen), 108 Bewerbungen
Jade Hochschule Oldenburg	Logopädie (Bachelor, nach abgeschlossener Berufsausbildung)	Keine Daten
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Bachelor, nach abgeschlossener Ausbildung)	Keine Daten zu Kapazitäten. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (Master, berufsbegleitend)	Keine Daten zu Kapazitäten. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
	Therapiewissenschaften (dual), Logopädie und Physiotherapie (Bachelor, Ausbildung läuft über eine Kooperation mit der Universitätsmedizin Göttingen)	36 Plätze, keine Aussage über Bewerberzahlen (alle wurden zugelassen)

Zur hochschulischen Ausbildung stehen in NDS keine offiziellen Daten zu Studienplatzkapazitäten, Anzahl der Studierenden, Abschluss- und Abbrecherquoten zur Verfügung. Auch bundesweit stehen bezogen auf die hochschulische Ausbildung keine aktuellen Daten zur Verfügung.

Nach Angaben der HQGplus-Studie des Wissenschaftsrats gab es im Jahr 2019 bundesweit 339 Studienanfänger:innen in der Logopädie (bei 10 angebotenen Studiengängen an Hochschulen und vier universitären Studiengängen) und 171 Absolvent:innen (Wissenschaftsrat 2022). Das Verhältnis von Studienanfänger:innen (nur primärqualifizierende Studiengänge) zu neu aufgenommenen Schüler:innen lag im selben Jahr bei 3,1 %. (Wissenschaftsrat 2022). Die vom Wissenschaftsrat empfohlene Akademisierungsquote von 10-20 % (nur primärqualifizierende Studiengänge) wird somit nicht erreicht. Unter Berücksichtigung aller

Studienformate liegt die Akademisierungsquote in der Logopädie im Jahr 2019 bei 34,6 % (Wissenschaftsrat 2022). Da die Zahlen der Schüler:innen seit 2019 gestiegen sind, ist eine Steigerung der Akademisierungsquote im selben Zeitraum eher unwahrscheinlich – allerdings kann aufgrund der fehlenden Daten keine eindeutige Aussage getroffen werden. Das Centrum für Hochschulentwicklung berichtet von einem kontinuierlichen Wachstum der Studierendenzahlen im Studienbereich Heilberufe/Therapien (Steigerung von WS 2018/19 bis WS 2023/24 um 63 %), jedoch seien die Schülerzahlen seit dem Jahr 2019 ebenfalls angestiegen (Nickel und Thiele 2025).

Der Anteil von Studienabsolvent:innen der Logopädie in hauptberuflich klientennahen Tätigkeiten liegt laut einer Befragung unter Absolvent:innen in Nordrhein-Westfalen bei 87 % und somit gleichauf mit der Physiotherapie (ebenfalls 87 %) und unterhalb des Anteils in der Ergotherapie (93 %) (Dieterich et al. 2019).

Es besteht in NDS wie auch in der gesamten Bundesrepublik eine erhebliche Unsicherheit über die aktuelle Akademisierungsquote der Studien- bzw. Ausbildungsanfänger:innen sowie über die Zahlen der Absolvent:innen und den Anteil akademisierter Logopäd:innen in der Versorgung.

3.4.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Berufsdemografische Entwicklung

Aktuell stehen durch Absolvent:innen und qualifizierte Arbeitslose nicht genügend Logopäd:innen zur Verfügung, um den Bedarf (gemeldete offene Stellen) am Arbeitsmarkt zu decken (Abbildung 23). Der Anteil an Logopäd:innen über 55 Jahre beträgt bundesweit 14 %. Schon heute kann der Bedarf nicht gedeckt werden; gibt es zukünftig mehr Berufsaustritte durch Renteneintritte, wird die Lücke zwischen Angebot und Bedarf am Arbeitsmarkt größer.

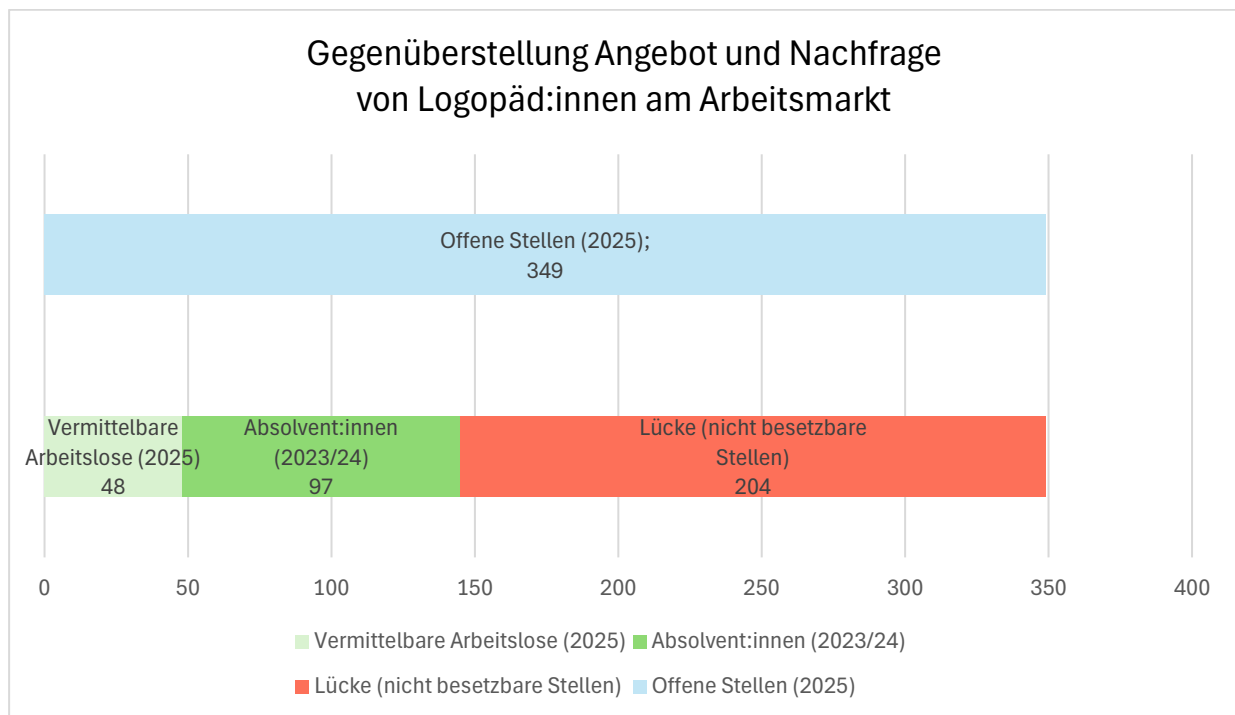


Abbildung 23: Angebot und Nachfrage von Logopäd:innen am Arbeitsmarkt (eigene Darstellung) (LSN 2025c; KOFA 2025a)

Schätzungen für die gesamte Berufsgruppe 817⁴⁰ (Nichtärztliche Therapie und Heilkunde) gehen von einer Verdreifachung des Arbeitskräfteengpasses für diese Berufsgruppe aus. Dies geschieht zum einen durch einen Anstieg des Nachfragepotenzials und zum anderen durch eine Reduktion des Angebotspotenzials. „War die Berufsgruppe Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde⁴¹ im Jahr 2012 mit 38,8 Jahren noch die zweitjüngste Berufsgruppe im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft, so wird sie im Jahr 2030 das höchste Durchschnittsalter mit 47,8 Jahren aufweisen“ (IEGUS, WifOR GmbH, IAW 2017, S. 17).

Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen

Zwischen 2019 und 2024 stieg der Bruttoumsatz der Logopäd:innen in NDS deutlich von 57.305.000 € im Zeitraum Januar bis September 2019 auf 97.732.000 € im gleichen Zeitraum 2024 an (Steigerungsrate von 71 %). Dagegen nahmen die Verordnungsblätter insgesamt nicht im gleichen Maß zu: Steigerung von 119.000 auf 134.000; Steigerungsrate +13 %. Die

⁴⁰ nach Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020 der Bundesagentur für Arbeit

⁴¹ 817 Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde nach Klassifikation der Berufe (KldB) der BA (3-Steller Ebene)

Behandlungseinheiten nahmen im gleichen Zeitraum von 1.156.000 auf 1.320.000 zu (+14 %). Die Daten sind in Tabelle 26 dargestellt.

Pro 1.000 GKV-Versicherte wurden im Jahr 2024 184 Behandlungseinheiten abgerechnet, was einer geringfügigen Steigerung von +1,1 % gegenüber dem Vorjahreszeitraum entspricht (GKV-SV 2025a).

Tabelle 26: Inanspruchnahme logopädischer Versorgung in NDS anhand Bruttoumsatz, Anzahl der Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten. Quelle: GKV-SV (2020, 2025a)

	Januar-September 2019	Januar-September 2024	Steigerungsrate
Bruttoumsatz (in €)	57.305.000	97.732.000	71%
Verordnungsblätter	119.000	134.000	13%
Behandlungseinheiten	1.156.000	1.320.000	14%

Eine Auswertung der AOK zu den Daten der AOK-Versicherten von 2015 bis 2023 zeigt bundesweit verglichen mit allen Heilmitteln nach der Ergotherapie die zweithöchsten Zuwachsraten in der Logopädie: Sowohl bei der Anzahl der Verordnungen (+14,4 %) als auch bei den Patient:innen (+22,7 %) (AOK-Bundesverband 2024).

Diese Veränderungen reflektieren einerseits die Steigerung der Bruttoumsätze durch die Preissteigerungen der Heilmittel im Rahmen der Reformen (HHVG und TSVG). Andererseits deutet dies auf eine **deutliche Steigerung der Inanspruchnahme** durch die gleichzeitige Zunahme der Anzahl der versorgten Patient:innen, Verordnungsblätter und Behandlungseinheiten in NDS hin.

Parallel dazu zeigt der BARMER-Heilmittel-Atlas für NDS im Zeitraum 2018 bis 2022 einen Zuwachs der Logopädiebetriebe von 873 auf 1.053 (+25 %), während die durchschnittliche Anzahl von Patient:innen und Verordnungen pro Betrieb rückläufig ist. Dies deutet auf eine mögliche Zunahme kleinerer Praxisbetriebe hin. Unklar bleibt die Anzahl der Logopäd:innen pro Betrieb. Möglicherweise wurde die Attraktivität des Praxisbetriebs und die Behandlung gesetzlich Versicherter durch die genannten Reformen gesteigert. (BARMER bifg 2022).

Die zukünftige Inanspruchnahme logopädischer Heilmittelleistungen wird maßgeblich durch demografische und epidemiologische Entwicklungen beeinflusst. Zum einen ist mit einer deutlichen Zunahme altersassoziierter Erkrankungen zu rechnen, insbesondere neurologischer Krankheitsbilder wie Parkinson, Schlaganfälle (Hirnfarkte) mit den Folgestörungen Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie sowie Demenz. Bereits heute ist ein steigender Anteil älterer Menschen in der logopädischen Versorgung zu beobachten: Während im Jahr 2007

lediglich 15 % aller Verordnungen auf Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren entfielen, lag dieser Anteil 2016 bereits bei 23 % (Deutsches Ärzteblatt 2017). Der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) führt diese Entwicklung in erster Linie auf den demografischen Wandel zurück. Mit dem weiteren Anwachsen des Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung wird sich dieser Trend fortsetzen.

Besonders deutlich wird dies im Hinblick auf Demenzerkrankungen: Jährlich treten etwa 300.000 Neuerkrankungen auf (Bur et al. 2019). Die Symptomatik umfasst neben kognitiven Einschränkungen auch kommunikative und sprachliche Beeinträchtigungen sowie Schluck- und Ernährungsstörungen. Somit bilden Patient:innen mit Demenz einen zentralen Behandlungsschwerpunkt innerhalb der logopädischen Therapie im Alter (Sickert 2011). Prognosen zufolge wird die Zahl der Menschen mit Demenz in Deutschland von derzeit rund 1,8 Millionen bis zum Jahr 2033 auf über 2 Millionen ansteigen (Blotenberg et al. 2023). In allen Statistischen Regionen in NDS wird mit einer Zunahme der Anzahl an Menschen mit Demenz gerechnet. Die Zunahme ist regional stark unterschiedlich (prozentuale Zunahmen der Prävalenz von 14,7-57,8% von 2023 bis 2024) und zeigt ein Gefälle von Braunschweig in Richtung Weser-Ems-Region (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung 2025b).

Ähnliche Entwicklungen werden für andere neurologische Erkrankungen wie den Schlaganfall erwartet (GBD 2019, Stroke Collaborators, 2021). Der demografische Wandel – insbesondere die Zunahme der Bevölkerung über 65 Jahre um mehr als 30 % bis 2042 in NDS (LSN 2024c) wird die Nachfrage nach logopädischen Leistungen daher erheblich erhöhen.

Gleichzeitig ist die logopädische Versorgung stark durch Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen geprägt. Die Diagnose *F80: Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache* dominiert das Versorgungsgeschehen in logopädischen Praxen. Kinder stellen mit großem Abstand die größte Patientengruppe dar und erhalten mehr als die Hälfte aller Verordnungen (59,1 %). Besonders hoch ist die Inanspruchnahme bei Jungen: Für 123 von 1.000 Kindern im Alter von fünf bis neun Jahren wurden sprachtherapeutische Maßnahmen verordnet, bei Jungen lag der Wert sogar bei 149 je 1.000, bei Mädchen bei 96 je 1.000. Im Vergleich zu älteren Patient:innen mit Schlaganfall oder Parkinson sind die Therapiedauern bei Kindern jedoch kürzer (WIdO 2024b). Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern und Jugendlichen (0-14 Jahre) haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Lag der Anteil dokumentierter Diagnosen im Jahr 2005 noch bei 8,3 %, stieg er bis zum Jahr 2023 auf 14,9 % (BARMER bifg 2023).

Gegenüberstellung Personalkapazitäten und prognostizierte Inanspruchnahme

Insgesamt zeichnet sich eine zweigeteilte Entwicklung ab: Einerseits bleibt die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen im Kindesalter der größte Bereich logopädischer Versorgung. Andererseits ist angesichts des demografischen Wandels von einer zunehmenden Inanspruchnahme im höheren Lebensalter auszugehen. Die steigende Prävalenz altersassoziierter Erkrankungen wie Demenz, Parkinson und Schlaganfall wird die logopädische Therapie älterer Menschen zu einem immer größeren Versorgungsfeld machen. Zwar könnten präventive Maßnahmen die Krankheitslast langfristig positiv beeinflussen, dennoch wird der Bedarf an logopädischen Heilmittelleistungen insgesamt deutlich zunehmen.

Dabei unterliegt die Entwicklung morbiditätsorientierter Indikatoren wie die Prävalenz von Entwicklungsstörungen und neurologischer Erkrankungen starker Unsicherheit. Dies ist einerseits bedingt durch die Definition des Bedarfs und daraus abgeleiteten Ansprüchen wie auch durch die Gegensteuerung (Ausbau von Präventionsmaßnahmen). Parallel dazu ergeben sich mögliche Systemeffekte durch eine Veränderung der Rahmenbedingungen und Zugangsmöglichkeiten für die Verordnung (Bsp. Blankoverordnung, Direktzugang und erweiterte Versorgungsverantwortung), aber auch der Einfluss der angebotsinduzierten Nachfrage auf die Inanspruchnahme.

Daher werden im Folgenden zwei potenzielle Szenarien bis zum Jahr 2035 entwickelt (Tabelle 27). Zugrunde gelegt werden für jedes Szenario außerdem Berufsaustritte von 3-5 % p. a. (aufgrund Alter, Berufswechsel), d. h. geschätzte 80-135 Personen/ Jahr zusätzlich zu den offenen Stellen, die durch Ausbildung/Studium und/oder Zuwanderung kompensiert werden müssen. Während die berufsdemografische Entwicklung sicherer vorherzusagen ist, unterliegen die Berufsaustritte weiteren Entwicklungen (Zufriedenheit der Therapeut:innen, Attraktivität des Berufs, Arbeitsbelastung, Bezahlung, Entwicklungsmöglichkeiten etc.).

- **Szenario A— Moderates Wachstum**

Annahmen: Anteil 65+ in Niedersachsen steigt bis 2035 um **+20-25 %** gegenüber 2025; Zusätzliche Zunahme durch Diagnosen (Demenz/Parkinson/Schlaganfall) + **3–5 %** (mehr absolute Fälle, stabiler Therapieanteil), stabile Entwicklung der Prävalenz von Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei gleichzeitiger Abnahme des Anteils Kinder und Jugendliche in NDS; Restriktivere Verordnungsintensität (geringe Kassenlage, angebotsinduzierte Nachfrage sinkt)

Ergebnis (2035 vs. 2025): Moderater Anstieg der Nachfrage nach Logopädie in NDS: +10 – 20 %

Implikation für Personal: Bei konstanter Produktivität würde das vorhandene Angebot **≈10–20% mehr Logopäd:innen** benötigen, um zu gleichen Wartezeiten und Versorgungsquoten zu kommen.

- **Szenario B— Starkes Wachstum:**

Annahmen: Stärkere Alterung in manchen Regionen / höhere Inzidenzsteigerungen: Anteil 65+ bis 2035 **+20-25 %**. (regionales Hoch-Szenario: besonders in einigen Landkreisen starker Anstieg). Zusätzliches Wachstum durch Verordnungsintensivierung: stärkere Inanspruchnahme durch starke Zunahme der Prävalenzen von altersbedingten Erkrankungen wie Demenz/Parkinson/Schlaganfall bei gleichzeitiger Zunahme der Prävalenz von Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache bei Kindern) **+5-10 %**.

Ergebnis (2035 vs. 2025): Geschätzter Anstieg der Nachfrage: $\approx +25\text{--}35\%$.

Implikation für Personal: Entsprechend wäre **ein Zuwachs an ~25–35 % Logopäd:innen** erforderlich, falls Produktivität unverändert bleibt.

Tabelle 27: Szenarienentwicklung bis 2035 für die Entwicklung der Inanspruchnahme und der erforderlichen Angebotsentwicklung in der Logopädie (eigene Berechnung).

Szenario	Berufsaus- tritte	Nachfrage- anstieg (2035 vs. 2025)	Erforderli- cher Netto- Zuwachs an Ergothera- peut:innen	Brutto-Zu- wachsbe- darf (mit Berufsaus- tritten)	Ausbil- dungs- /Studien- platz-Er- höhung	Erforderli- cher Ausbau Studien- plätze
Szenario A: Moderate Steigerung der Inan- spruch- nahme	3-5 %, d. h. 80-135 p. a.	+10-20 %	270-540 ins- gesamt bzw. 27-54/ Jahr	im Mittel +150 p.a.	+20 % mehr zur Deckung	Aufbau pri- märqualifizie- render Studi- engänge
Szenario B: Starke Stei- gerung der Inanspruch- nahme	3-5 %, d. h. 80-135 p. a.	+25–35 %	675-945 ins- gesamt bzw. 68-95/ Jahr	im Mittel +190 p.a.	+35 % mehr zur Deckung	deutlicher Auf- und Aus- bau der pri- märqualifizie- renden Stu- dienplätze

Für Szenario A wie auch für Szenario B ist **ein deutlicher Ausbau der Ausbildungskapazitäten sowie ein Aufbau primärqualifizierender Studiengänge erforderlich**, um nicht nur die geforderten mindestens 10 % Akademisierungsquote zu erreichen, sondern Berufsaus-
tritte und den prognostizierten Nachfrageanstieg zu kompensieren.

3.4.5 Fazit Logopädie

Logopäd:innen versorgen Patient:innen mit Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen und sind damit sowohl in der Pädiatrie als auch in der Versorgung älterer Menschen von Bedeutung. In NDS zeigt die berufsschulische Ausbildung seit dem Jahr 2019 eine gestiegene Schülerzahl mit 363 in Ausbildung im Schuljahr 2024/25 und 96 Absolvierenden im Schuljahr 2023/24. Die bisherigen Absolventenzahlen reichen nicht aus, um den Bedarf an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt vollständig zu decken – aktuell können etwa 205 von 349 offenen Stellen in NDS nicht besetzt werden, wobei die Anzahl nicht gemeldeter Stellen noch darüber hinausgehen könnte.

Mit der Änderung des Rechtsrahmens und der Entfristung von Modellstudiengängen besteht seit 2025 die Möglichkeit, die Logopädie regulär hochschulisch zu qualifizieren, was die Akademisierungsperspektive verbessert. In NDS werden derzeit nur ausbildungsintegrierende und additive Studiengänge angeboten. Der Ausbau primärqualifizierender Studienangebote erscheint als zielführend, da dadurch gleichzeitig der Bedarf an Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt bedient, die akademische Disziplinentwicklung gefördert und die langfristige Sicherung professoraler Kapazitäten gestützt werden könnte.

Die Prognoseszenarien zeigen einen potenziellen Anstieg der Inanspruchnahme um etwa 10-20 % im moderaten Fall und um ca. 25-35 % im starken Fall bis 2035. Entsprechend wäre ein jährlicher Nettozuwachs an Fachkräften erforderlich, der durch verstärkte Ausbildung, gezielte Maßnahmen zur langfristigen Verweildauer im Beruf und Vermeidung von Berufswechseln sowie ggf. verstärkter Zuwanderung gedeckt werden muss. Zudem wird in allen Szenarien ein deutlicher Ausbau von Ausbildungs- und Studienplätzen empfohlen, um sowohl Berufsaustritte als auch den prognostizierten Nachfrageanstieg zu kompensieren.

Zusammenfassend ist die Logopädie in NDS derzeit grundlegend gut verankert, steht jedoch vor einer mehrfachen Herausforderung aus demografisch bedingter Nachfragezunahme und begrenzter Akademisierungsquote. Vor diesem Hintergrund ist ein abgestuftes Maßnahmenpaket angezeigt, das kurzfristig die Ausbildungs- und Studienkapazitäten stärkt und langfristig den Aufbau primärqualifizierender Studiengänge fördert, um die Versorgungsqualität und die Fachkräftebasis nachhaltig zu sichern.

3.5 Physician Assistant

Physician Assistants (PAs) sind in Deutschland ein vergleichsweise „neuer“ Gesundheitsfachberuf, die im Rahmen ihrer Tätigkeit explizit Aufgaben der Ärzt:innen im Delegations- und Übernahmeverfahren übernehmen und nicht selbstständig tätig werden. Es handelt sich um einen gesetzlich (noch) nicht geregelten Tätigkeitsbereich. Seit 2005 gibt es die Möglichkeit, sich für den Beruf an Hochschulen im Bachelor und seit 2021 auch im Master zu qualifizieren. Unter die Tätigkeiten der PAs fallen: Unterstützung beim ärztlichen Prozess- und Dokumentationsmanagement, bei der Erstellung der Behandlungspläne von der Aufnahme bis zum Entlassmanagement und bei patientenbezogenen Tätigkeiten, wie der Diagnostik und Therapie in der Praxis als auch bei Haus- oder Pflegeheimbesuchen. PAs sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich einsetzbar, wobei sie derzeit noch häufiger im stationären als im ambulanten Bereich vorzufinden sind (Bundesärztekammer 2025).

Zur Historie der PAs im internationalen Vergleich: In den USA entstand die Berufsgruppe bereits Mitte der 60er Jahre. Mittlerweile gibt es über das Land verteilt rund 160.000 angestellte PAs (DATA USA 2023). 50 % der PAs arbeiten in den USA stationär, 30 % in Privatpraxen und etwa 20 % in Allgemein- und Familienmedizinpraxen. Seit 2001 sind PAs in den Niederlanden und seit 2003 in Großbritannien tätig und werden vielfältig im ambulanten und stationären Sektor eingesetzt. Die Entwicklungen in anderen Ländern zeigen das Potenzial für den Einsatz von PAs und die Wachstumsmöglichkeit in dem Berufsfeld für Deutschland. Im Hinblick auf die in Kapitel 1.4 beschriebene Versorgungssituation der ambulant tätigen Ärzt:innen in NDS, insbesondere in den ländlichen Regionen, und der bestehenden Unterversorgung sowie prognostizierten weiteren Verschlechterung, können PAs für Entzerrung sorgen. Durch die Übertragung von Sprechstunden und weiteren anfallenden delegierbaren Tätigkeiten in der Praxis können mehr Patient:innen versorgt werden als ohne den zusätzlichen Einsatz von PAs (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe 2025).

Eine derzeitige Implementierungshürde stellt die Bezahlbarkeit der PAs dar, vor allem für den ambulanten Bereich durch kleine Praxen. Weder über den ambulanten EBM, noch über den stationären DRG gibt es eine direkte Abrechnungsmöglichkeit der PAs. Im Vergleich gibt es bei den weitergebildeten Medizinischen Fachangestellten (MFA), den Nichtärztlichen Praxissassistenten (NäPa), Abrechnungskennziffern im ambulanten Bereich. Zudem besteht die Möglichkeit in der Hausarztpraxis, Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) und Entlastende Versorgungsassistent:innen (EVA) über die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzurechnen.

3.5.1 Status quo Beschäftigte

Der Gesundheitsfachberuf der PAs ist relativ jung in Deutschland implementiert. Laut dem Bericht im Deutschen Ärzteblatt arbeiten nach Angaben der KV bisher schätzungsweise rund 500 PAs in NDS, allerdings überwiegend in Kliniken (ÄrzteZeitung 2025). Insgesamt verfügen in Deutschland (zum Stichtag 15.10.2024) 2.454 Personen über einen deutschen Bachelor-Abschluss als Physician Assistant (DHPA e.V. 2025). Wie viele davon in dem Beruf aktuell tätig sind, ist nicht dokumentiert. Laut Angaben der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V. studieren aktuell circa 5.000 Personen im Studiengang PA. Den Prognosen zufolge steigt die Anzahl der ausgebildeten PAs bis 2030 auf 30.000 an (Bollen und Köster 2024).

Heistermann et al. (2022) führten durch Beauftragung des Deutschen Hochschulverbands Physician Assistant e.V. eine Querschnittstudie mit PAs mit Bachelorabschluss durch. Es gab eine Rücklaufquote von etwa 50 %, sodass von einer repräsentativen Studie ausgegangen werden kann. 77 % der Befragten sind weiblich, 21 % sind männlich. 76 % der PAs sind unter 35 Jahre alt. Etwa 5 % arbeiten in ambulanten Praxen, etwa 95 % in stationären Einrichtungen (überwiegend Krankenhäusern). 87 % der PAs geben an, derzeit in Vollzeit zu arbeiten, 12 % in Teilzeit. Von den beschäftigten Befragten arbeiteten 91 % auch als PAs (241 von 265).

3.5.2 Arbeitsmarktsituation

Der Arbeitsmarkt für PAs ist wachsend, da sie flexibel in Fachbereichen und Sektoren einsetzbar sind. Aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen und des Ärztemangels, der steigenden Bekanntheit und Akzeptanz des Berufsbilds sowie des vielseitigen Einsatzes steigt die Nachfrage nach PAs. Die genaue Analyse der Nachfrage gestaltet sich als herausfordernd, da Stellenanzeigen häufig mehrfach auf derselben oder auf verschiedenen Plattformen veröffentlicht sowie abweichende Schreibweisen wie „Physician Assistance“ oder „Physician Assistent“ verwendet werden (Bollen und Köster 2024).

Es gibt zwei übliche Modelle, wie eine PA-Stelle besetzt werden kann: Entweder wird eine praxisfremde PA eingestellt oder eine bereits in der Praxis tätige MFA/ Pflegefachkraft/ andere Mitarbeitende der Gesundheitsprofessionen studieren in einem PA-Studiengang. Die Weiterbildung kann aufgrund des erweiterten Tätigkeitsfelds und eines attraktiveren Gehalts interessant für ausgebildete Fachkräfte sein. Der durchschnittliche Bruttolohn für PAs liegt bei 3.500 € bis 4.000 € (Heistermann et al. 2022).

Da die Datenlage der PAs noch nicht umfänglich erhoben wird und ein enger Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgungssituation besteht, werden zusätzlich Kennzahlen aus dem medizinischen bzw. ärztlichen Bereich beleuchtet. In NDS sind derzeit 577 Hausarztsitze unbesetzt (ÄrzteZeitung 2025), Tendenz steigend aufgrund der weiteren Renteneintritte und ärztlichen Altersstruktur im ambulanten Bereich (s. Kapitel 1.5 und Abbildung 24). Der ambulante Bereich ist insgesamt stärker von fehlenden Ärzt:innen betroffen (2023 gingen 20 % der Hausärzt:innen in Rente (Heitmann 2018)) als der stationäre Sektor.

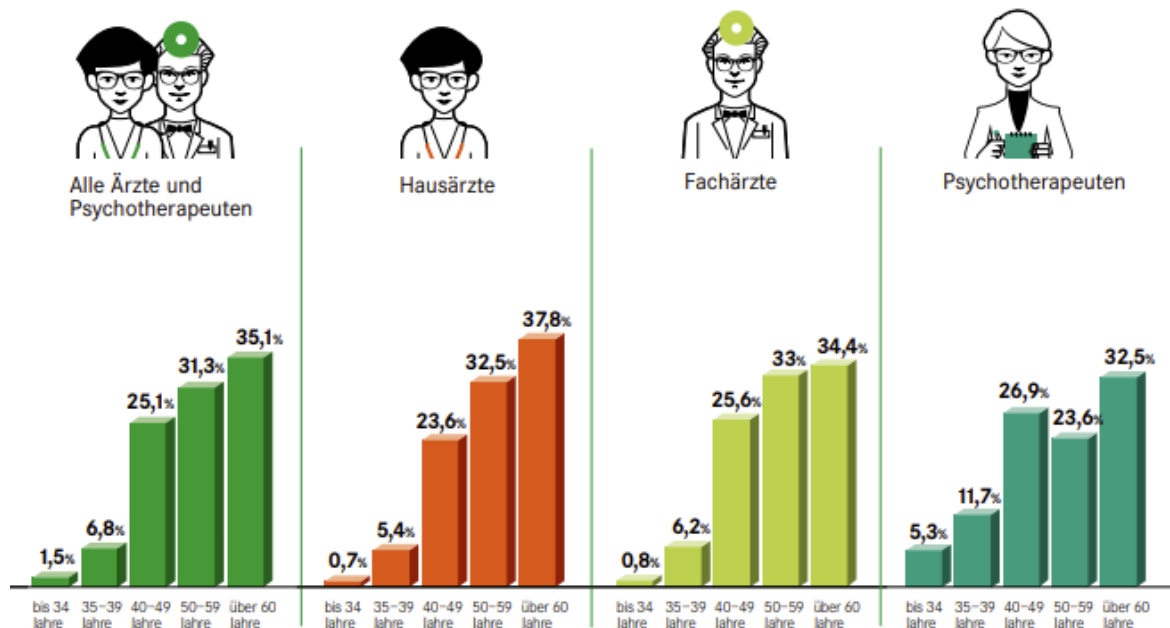


Abbildung 24. Altersstruktur aller Vertragsärzte in Niedersachsen. Quelle KVN 2025, S. 25.

Das Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung (Zi) hat 2024 eine Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland herausgegeben. Bereits 2019 wurde vom Zi konstatiert, dass je nach einbezogenen Faktoren (Alterung der Bevölkerung, Verrentung der Ärzt:innen, gestiegener Versorgungsbedarf, Zuwanderung) 3.000-6.000 Studienplätze fehlen. Die aktuelle Projektion sagt ohne außerordentliche Zuwanderung von Mediziner:innen ein Absinken der vertragsärztlichen Versorgung auf 74 % voraus. Weiter heißt es: „Aufgrund der Dauer des Medizinstudiums und der Weiterbildung lässt sich das bereits heute absehbare Defizit bis zum Jahr 2040 daher nur durch strukturelle Veränderungen, wie eine **Verlagerung ärztlicher Aufgaben im Sinne eines Ausbaus delegierbarer Leistungen** und gezielte Patient:innensteuerung bzw. zum Teil durch Zuwanderung ärztlichen Personals kompensieren.“ (Lipovsek et al. 2024, S. 20).

Die KVN führt über eine Förderung des Landes eine modellhafte Erprobung mit 70 Praxen in ländlichen Planungsbereichen mit einem angepassten Versorgungsgrad ≤ 80 Prozent durch, um die PA-Ausbildung und Implementierung zu fördern (Förderungszeitraum 2025-2027). Weitere Förderungsbemühungen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der PA-Implementierung sind vor allem in zwei Projekten zu finden. Zum einen fördert der Innovationsfonds das Projekt PAAM (01NVF23114) – Physician Assistants meet Allgemeinmedizin, um die PA-Implementierung zu begleiten und zu evaluieren (Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinik Essen 2025). Zum anderen wird in der Region Westfalen-Lippe durch die Kassenärztliche Vereinigung (KVWL) im Modellprojekt „Physician Assistants im ambulanten Bereich“ die Ausweitung der PAs in den ambulanten Sektor gefördert. Als Ergebnis kann zusammengefasst werden, dass Ärzt:innen, PAs und Patient:innen insgesamt ein sehr positives Resümee zum Modellprojekt und Einsatz der PAs gegeben haben. Dabei ist zu beachten, dass eine strukturelle Implementierung und eine ausreichende Patientenaufklärung notwendig sind, um eine reibungslose Umsetzung zu gewährleisten (Hagen et al. 2025).

Die zukünftige Arbeitsmarktsituation hängt von der Bewerbung des PA-Berufs, politischer Unterstützung sowie dem Interesse und der Akzeptanz der Ärzt:innen ab. Das Identifizieren bzw. Kalkulieren eines genauen Status quo und weiterer Prognosen zur Arbeitsmarktsituation ist aufgrund der Datenlage nicht möglich, gleichwohl der Bedarf durch ärztlichen Fachkräftemangel angezeigt ist.

3.5.3 Ausbildungssituation

Um ein PA zu werden, muss nach heutigem Stand mindestens ein Bachelorstudium abgeschlossen werden. In den meisten Fällen ist eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem Gesundheitsfachberuf, z. B. zum/zur MFA, Pflegefachkraft, Notfallsanitäter:in etc. Zugangsvoraussetzung, um das PA-Studium beginnen zu dürfen (additiver Bachelorstudiengang). Die Regelstudienzeit beträgt zwischen 6 und 8 Semestern. Dennoch gibt es die Möglichkeit, einen primärqualifizierenden Studiengang ohne vorherige Ausbildung im Gesundheitswesen zu beginnen.

Hochschulische Ausbildung

Die Bundesärztekammer hat 2025 ein Positionspapier zum PA und seiner Ausbildung und Tätigkeit veröffentlicht, um eine Einheitlichkeit und Stringenz bezüglich des Berufsbildes und Studiums zu erreichen. Dies ist notwendig, da kein eigenes Berufsgesetz vorliegt.

Aufgeführt werden folgende Tätigkeiten, die eine PA in der ambulanten und stationären Versorgung übernehmen kann, worauf ein Studium vorbereiten soll (Bundesärztekammer 2025, S. 4):

- Durchführung einer standardisierten, vorbereitenden Anamneseerhebung
- Durchführung standardisierter Untersuchungstechniken
- Übernahme von Leistungen im Bereich der Diagnostik
- Umsetzung des Therapieplans inklusive Prozesssteuerung und Monitoring
- Vermittlung und Erläuterung von standardisierten Informationsmaterialien zur Aufklärung
- Datenerfassung und Kommunikation von Untersuchungs- und Therapieergebnissen
- administrative und koordinatorische Tätigkeiten wie zum Beispiel die Vorbereitung von standardisierten Arztbriefen, Entlassungsbriefen und OP-Berichten, Dokumentation des Behandlungsverlaufs und ärztlicher Anordnungen, Organisation diagnostischer Untersuchungen und Konsile und Ähnliches
- Fokus stationärer Sektor: Durchführung von Visiten, die zweite Assistenz bei Operationen, das Verfassen von Arztbriefen und OP-Berichten, der postoperativen Betreuung, Durchführung von diagnostischen Tätigkeiten wie Sonographien und Echokardiographien, Legen von Zugängen und Durchführen von Punktionen wie Pleurapunktionen und Ähnliches

Das Studium umfasst mindestens 180 ECTS (6 Semester) für Personen mit vorausgegangener Ausbildung im Gesundheitswesen und mindestens 210 ECTS (7 Semester) für angehende PAs als primärqualifizierendes Studium. Als Voraussetzung ist mindestens ein sechswöchiges Pflegepraktikum oder ein Freiwilliges Soziales Jahr oder Bundesfreiwilligendienst im Gesundheitssystem vor Beginn des Studiums zu absolvieren. Das Studium ist in fünf Lehr- und Ausbildungsgebiete geteilt, mit einem zusätzlichen Unterrichtsblock für primärqualifizierende Studiengänge. Zu den einzelnen Modulen müssen Prüfungsleistungen erbracht sowie eine Abschlussarbeit (Bachelor-Thesis) verfasst werden. Für hochspezialisierte Versorgungssettings wie in der Intensiv- und Notfallmedizin, Pädiatrie und Handlungsfelder wie Forschung/ Lehre, Stabsstellen und Organisations-/ Qualitäts-/ Risikomanagement ist eine Qualifikation durch ein additives Masterstudium notwendig (Bundesärztekammer 2025).

Laut der HQGplus-Studie haben im Jahr 2017 109, 2018 300 und 2019 391 Studienanfänger:innen das PA-Studium begonnen (Abbildung 25).

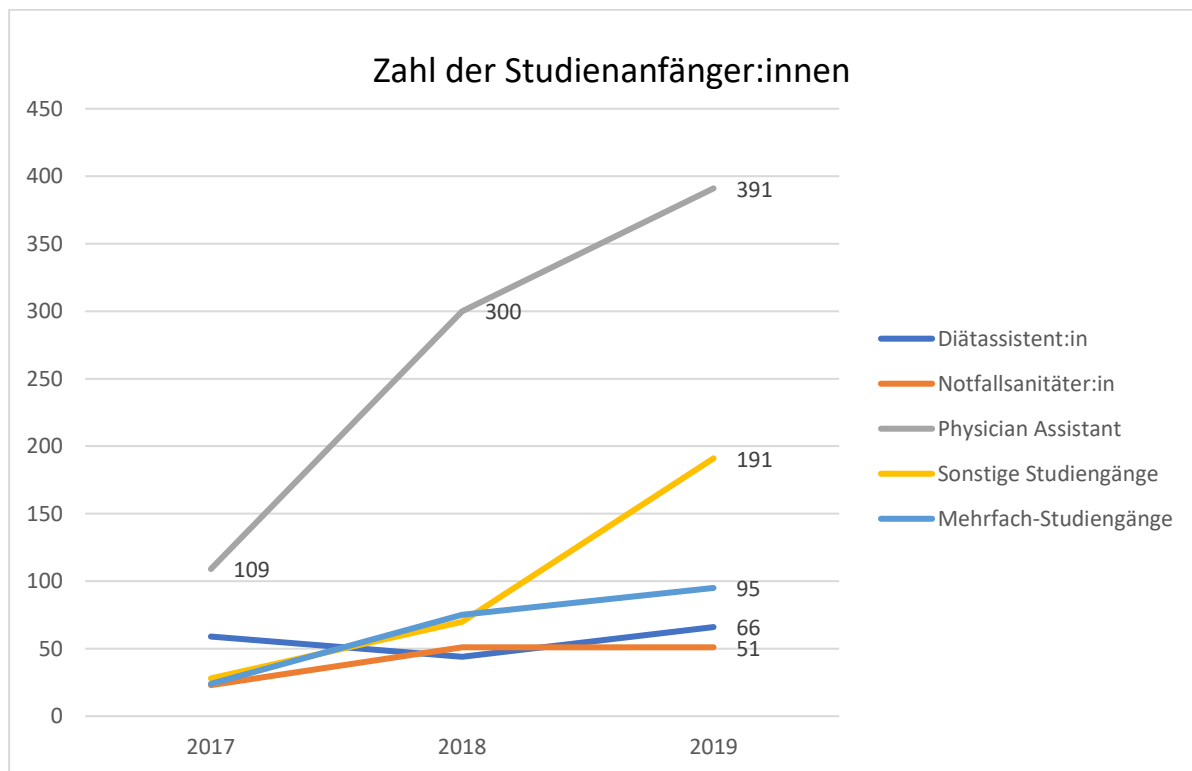


Abbildung 25: Studienanfänger:innen des PA-Studiengangs von 2017-2019. Quelle: Wissenschaftsrat 2022, S. 74

Der Deutsche Hochschulverband erhebt jährlich die Studiengänge auf Studierende und Absolvent:innen seiner Mitgliedshochschulen. Zum Stichtag 15.10.2024 wurden an 24 der 26 Mitgliederhochschulen (deutschlandweit) insgesamt 2.231 Studierende immatrikuliert, ein Zuwachs von 465 Studierenden im Vergleich zum Vorjahr. Insgesamt gibt es 5.081 Studierende und damit einen neuen Höchststand. Bei den Bachelor-Absolvent:innen gab es ebenfalls einen Anstieg im Vergleich zum Vorjahr von 233 auf 648 Personen (DHPA e.V. 2025).

Die Zahl der Immatrikulationen in den Masterstudiengängen stieg im Wintersemester 2024/25 auf 104 Personen und somit insgesamt auf 154 Studierende (DHPA e.V. 2025). Abbildung 26 zeigt zusammengefasst die PA Bachelor-Studiengänge und ihre Absolvent:innen, Immatrikulationen und Studierende.

Wie hoch die Kapazitäten an den Hochschulen sind, geht aus den Erhebungen für NDS nicht hervor.

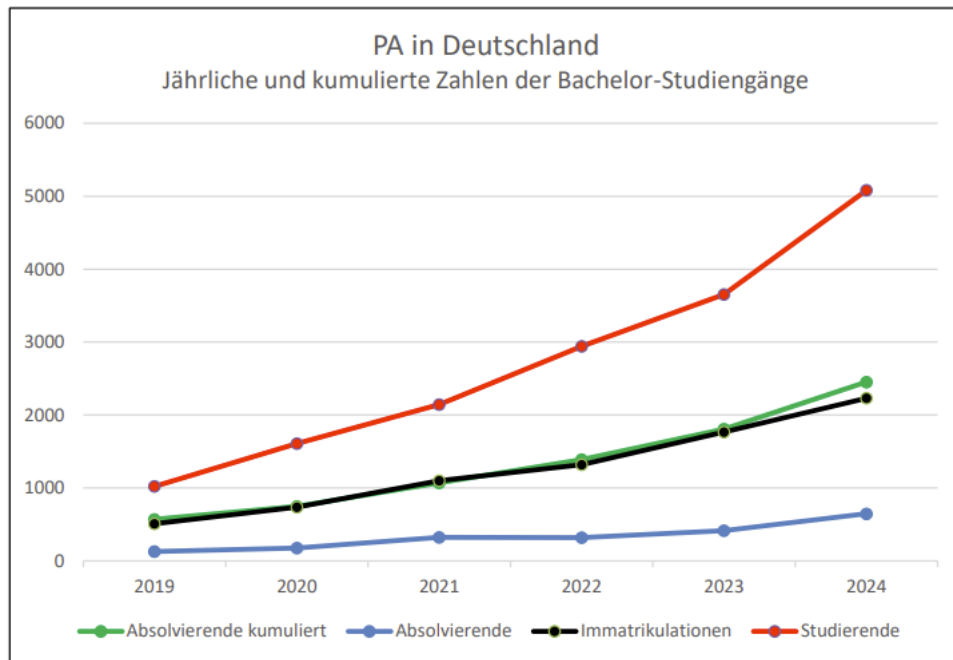


Abbildung 26. PA in Deutschland (Absolvent:innen, Immatrikulationen, Studierende). Quelle: DHPA e.V. 2025.

Es gibt 26 Mitgliedshochschulen der DHPA in Deutschland, an denen der PA-Studiengang angeboten wird. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Studienoptionen in NDS. An vier bzw. fünf Standorten (IU Hochschule pausiert momentan) ist es möglich, einen PA-Studiengang zu belegen.

Tabelle 28: Hochschulen in NDS mit Angebot an Physician Assistant Studiengängen (o.Ä.). Quelle: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile⁴²

Hochschule	Angebot Physician Assistant
Fachhochschule des Mittelstands (FHM) Hannover	Physician Assistant (Bachelor, berufsbegleitend)
CBS University of Applied Sciences (Standort Zeven) (ab WS 2025)	Physician Assistant (Bachelor, berufsbegleitend)
Campus Papenburg der Hochschule Anhalt	Physician Assistant (Bachelor, berufsbegleitend)
Carl Remigius Medical School (Standort Braunschweig)	Physician Assistance (Bachelor, primärqualifizierend)
	Physician Assistance für Gesundheitsberufe (Bachelor, berufsbegleitend)
IU Internationale Hochschule (Fernstudium)	„Die IU Internationale Hochschule setzt aus präventiven Gründen für zukünftige Bewerber:innen den Vertragsabschluss für den Studiengang „B.Sc. Physician Assistant“ bis auf Weiteres aus. Hintergrund ist ein kürzlich veröffentlichtes Positionspapier der Bundesärztekammer zur künftigen Regulierung auf primär- und sekundärqualifizierende Studiengänge mit Praxisanteil des Berufsbildes Physician Assistant in Deutschland.“

3.5.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Berufsdemografische Entwicklung

Aufgrund der berufsdemografischen Entwicklung der Ärzt:innen, insbesondere der Gruppe der Hausärzt:innen werden in naher Zukunft viele Ärzt:innen in den Ruhestand gehen. Der noch recht junge Gesundheitsfachberuf der PAs hat Potenzial darin, Ärzt:innen in ihrer Tätigkeit zu unterstützen. In NDS sind 577 Hausarztsitze unbesetzt und zugleich sind laut Zi zu wenige Studienplätze im Fach Medizin vorhanden (je nach Einbezug der Faktoren zwischen 3.000-6.000), um einen Ausgleich zu schaffen, der allerdings im Durchschnitt 15 Jahre verzögert eintritt (nach Studienbeginn mit Facharztausbildung). Zudem sind fehlende Facharztsitze im ambulanten Bereich und Versorgungslücken im stationären Sektor zu beachten und hinzuzurechnen. Außerdem arbeiten PAs eher im stationären (95 %) als im ambulanten

⁴² Für keinen Studiengang waren Studiengangskapazitäten/ Plätze pro Semester einsehbar.

Bereich (5 %). 87 % der PAs geben an, in Vollzeit zu arbeiten, 12 % in Teilzeit; 2 % sind nicht weiter spezifiziert. Von den beschäftigten Befragten arbeiteten 91 % auch als PAs.

Bereits 2021 hat die Enquetekommission in NDS empfohlen, die Stärkung und Ausweitung der Übertragung ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen zu fördern und dabei insbesondere den Einsatz von PAs im ambulanten Sektor zu berücksichtigen (Enquetekommission des Niedersächsischen Landtages 2021).

Heute verfügen 2.454 Personen in Deutschland über einen PA-Bachelorabschluss (Stand 15.10.2024), davon arbeiten rund 500 PAs in Niedersachsen. Die Tendenz für Studieninteressierte und zukünftige Absolvent:innen ist stark steigend, nicht zuletzt durch den Fakt eines besseren Gehalts im Vergleich zu einem Ausbildungsberuf zu MFA, Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Operationstechnischen Angestellten o. Ä.

Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen

Um den Vertragsärztemangel in NDS auszugleichen, gab die KVN 2024 an, dass jährlich 470 mehr Studienplätze benötigt werden, um die Versorgungslücke zu reduzieren und freie Arzt-sitze zu besetzen. Nach KVN ist die massive Steigerung der Medizinstudienplatz-Kapazitäten nicht umsetzbar, sodass sich der Ärztemangel zukünftig vergrößern wird (KVN 08.11.2024).

Die größte Hürde, um PAs einzusetzen, ist der geringere Bekanntheitsgrad des Berufs, die rechtliche Lage zum Einsatz von PAs und die Refinanzierung der PAs. Letzteres könnte damit unterstützt werden, indem der Vorschlag aus dem aktuellen Koalitionsvertrag umgesetzt wird. Darin heißt es: „Durch Flexibilisierung des Quartalsbezugs ermöglichen wir neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang und die Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakt“ (CDU, CSU, SPD 2025, S. 107). Die Änderung könnte für die Vergütung von PAs in der (z. B. hausärztlichen) Praxis förderlich sein. Sobald rechtliche Fragen und Fragen der Refinanzierung von PAs geklärt sind, zeigt sich ein großes Potenzial für den Einsatz von PAs. Die Ausweitung eines primärqualifizierenden PA-Studiums könnte die Attraktivität des Studiums steigern und schneller Fachkräfte zur Verfügung stellen, als es durch ein Medizinstudium mit Fachweiterbildung möglich ist (etwa 15 Jahre). Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass PAs lediglich im Delegationsverfahren durch Ärzt:innen tätig werden dürfen. Mit Blick in die USA, die PAs bereits seit mehreren Jahrzehnten einsetzen, zeigt sich heute noch ein großes Wachstumspotenzial für die Berufsgruppe (Hooker et al. 2022). In der Querschnitts-

Zeitreihenstudie von Patel et al. (2023) wurde konstatiert, dass ärztliche Assistenzberufe in den USA bereits 25 % aller Patientenbehandlungen übernehmen.

Beispielrechnung benötigter PA-Studienplätze für NDS

Laut Zi gibt es ein bundesweit jährliches Defizit von 2.500 fehlenden ärztlichen Nachbesetzungen; kumuliert bis 2040 fehlen 50.000 Ärzt:innen. Wenn dieses Defizit durch PAs abgefangen werden soll (Annahme) und diese 30-50 % der ärztlichen Leistungen übernehmen können (Annahme), werden **jährlich 5.000-7.500 PAs (zusätzlich) bundesweit** benötigt⁴³. Die Berufseinmündungsquote liegt bei 90 %. Die Abbrecherquote ist angelehnt an die Medizinstudierenden bei etwa 10 %, sodass diese Faktoren aufgrund der geringen Auswirkungen in der Kalkulation vernachlässigt werden. Durch den jungen Gesundheitsfachberuf müssen Verrentungen weniger berücksichtigt werden. Zukünftig muss der Faktor Verrentung der PAs mit einkalkuliert werden.

In NDS sind im Jahr 2025 690 Stellen bzw. Sitze der Niedergelassenen (577 Hausarztsitze und 113 Fachärzt:innen) unbesetzt sowie eine unbekannte Zahl an stationär tätigen Ärzt:innen. Das jährlich geschätzte Defizit liegt bei 50 Ärzt:innen (ohne stationären Sektor). Angeähert wurde das Defizit basierend auf den jährlichen Defiziten an Hausarztsitzen (Tabelle 29) und jährlich fehlenden niedergelassenen Fachärzt:innen.

Tabelle 29. Entwicklung fehlender Hausarztsitze in NDS.

Jahr	Unbesetzte Haus- arztsitze	Defizit zum Vorjahr	HA pro Sitz (Faktor 1,2)
2023	523	/	/
2024	549	26	32
2025	577	28	34

⁴³ Im Vergleich gab es zum Wintersemester 2024/25 10.219 Medizinstudienplätze und im Sommersemester 2024 1.808 Plätze. Insgesamt fingen 12.027 Studierende im Jahr 2024 an, Medizin zu studieren. (Quelle: Gelbe Liste 2025 Online: <https://www.gelbe-liste.de/politik-verbaende/medizinstudium-studienplaetze-aerztmangel-versorgungssicherheit>).

Die Vollzeitquote in NDS liegt bei rund 2/3 und die Teilzeitquote bei 1/3 unter den Hausärzt:innen (Hons 2024). Das ergibt einen Faktor von 1,2, sodass 34 Hausärzt:innen in NDS jährlich fehlen bei gleichbleibendem Defizit zum Vorjahr. Insgesamt fehlen aktuell etwa 700 Hausärzt:innen unter Berücksichtigung der 577 fehlenden Hausarztsitze und des Faktors 1,2 für die Kalkulation von Hausärzt:innen pro Sitz. Unter Berücksichtigung fehlender Fachärzt:innen und Verschlechterung der Situation unter den Hausärzt:innen wird von einem jährlichen durchschnittlichen Defizit von 50 Niedergelassenen ausgegangen. Unter derselben Annahme, dass PAs 30-50 % der ärztlichen Tätigkeit übernehmen können, werden **jährlich 100-150 zusätzliche PA-Studienplätze in NDS benötigt (ausgehend vom niedergelassenen Bereich)**. Das derzeitige Defizit in der hausärztlichen Versorgung von etwa 700 Hausärzt:innen in NDS ist darin nicht einkalkuliert, sodass eine Erweiterung der Studienplätze sinnvoll sein kann. Zudem muss das große Potenzial des stationären Sektors für die PAs als Arbeitsbereich berücksichtigt werden. Daher nachfolgend die Ableitung von Bundesebene:

In NDS wohnt etwa 10 % der deutschen Gesamtbevölkerung (8 Mio. Einwohner in NDS zu 83,5 Mio. Einwohner in Deutschland (statista 2025b)). Wird diese Prozentzahl den benötigten Studienplätzen in NDS zugrunde gelegt, sollten **500-750 PAs jährlich in NDS ausgebildet werden** (10 % von jährlich 5.000-7.500 PAs bundesweit benötigten PAs). Verrentungen von PAs, die Berufseinmündungsquote, die Abbrecherquote sowie das bereits vorliegende Defizit fehlender Ärzt:innen sind in der Kalkulation nicht berücksichtigt, sodass eine Erweiterung der Studienplätze sinnvoll sein kann.

3.5.5 Fazit Physician Assistant

Die Berufsgruppe der Physician Assistants (PAs) stellt einen vergleichsweise „neuen“ Gesundheitsfachberuf im deutschen Gesundheitswesen dar, der bisher insbesondere im stationären Bereich tätig wird. In NDS sind derzeit rund 500 PAs tätig, wobei der überwiegende Teil in Kliniken arbeitet. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten beträgt 12 %. Die Nachfrage nach PAs steigt angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels im ärztlichen Bereich sowie der prognostizierten Renteneintritte von Ärzt:innen deutlich an. In NDS ist die hausärztliche Versorgung von einem Versorgungsdefizit bedroht: Im Jahr 2025 sind 577 Hausarztsitze in NDS unbesetzt.

Die derzeitigen Kapazitäten der Medizinstudienplätze reichen nicht aus, um den prognostizierten Bedarf zu decken. Laut Berechnungen des Zi fehlen bundesweit jährlich 2.500 ärztliche Nachbesetzungen. Die PAs könnten durch die Übernahme delegierbarer Leistungen einen substanziellen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung leisten. Unter der Annahme, dass PAs 30–50 % ärztlicher Tätigkeiten übernehmen können, ergibt sich ein jährlicher Bedarf von 5.000–7.500 PAs bundesweit. Bezogen auf den Bevölkerungsanteil von NDS (ca. 10 % der Bundesbevölkerung) wären demnach jährlich 500–750 PA-Studienplätze (äquivalent zu den Absolvent:innen) erforderlich; nur auf den niedergelassenen Bereich bezogen sind es 100-150 PA-Studienplätze.

Die Ausbildung erfolgt bislang überwiegend berufsbegleitend, wobei auch primärqualifizierende Studiengänge existieren. Die Zahl der Studierenden und Absolvent:innen steigt kontinuierlich, was auf eine zunehmende Attraktivität des Berufsbildes hinweist. Die Refinanzierung und rechtliche Absicherung des Berufsbildes sind jedoch bislang nicht abschließend geregelt, was die Implementierung insbesondere im ambulanten Bereich erschwert. Politische Initiativen, wie Modellprojekte in NDS und Nordrhein-Westfalen, zeigen positive Effekte und könnten als Grundlage für eine breitere Etablierung dienen.

Abschließendes Fazit ist, dass PAs relevante Aufgaben in der Patientenversorgung zur Entlastung des ärztlichen Personals übernehmen können. Die vorhandenen Daten und Prognosen deuten auf einen erheblichen benötigten Ausbau der Studienplatzkapazitäten hin, um den zukünftigen Versorgungsbedarf zu decken. Die Etablierung des Gesundheitsfachberufs erfordert jedoch neben dem quantitativen Ausbau auch eine strukturelle und rechtliche Weiterentwicklung (bisher nicht reglementierter Tätigkeitsbereich).

3.6 Berufe im Rettungswesen

Die Berufe im Rettungswesen haben sich aus einer langen Historie herauskristallisiert (Pfüttsch 2020). Heute gibt es die drei Berufe Rettungshelfer:in, Rettungssanitäter:in und Notfallsanitäter:in. Aufgeführt sind die Gesundheitsfachberufe aufsteigend nach Bildungsabschluss.

Der niedrigschwellige Einstieg in das Rettungswesen besteht über eine kürzere Ausbildung (länderspezifisch zwischen 60 und 160 Unterrichtseinheiten) mit Abschlussprüfung, die als **Rettungshelfer:in** befähigt den Krankentransporter zu fahren (entsprechender Führerschein erforderlich) und bei der Erstversorgung von Kranken und Verunfallten zu helfen. Die nächste Stufe ist die Ausbildung **zum Rettungssanitäter/ zur Rettungssanitäterin** mit 160 Stunden Seminar, klinischem Praktikum und Praktikum in der Rettungswache, einem Abschlusslehrgang (40-stündiges Fach- und Prüfungsseminar) und finaler staatlicher Abschlussprüfung. Dieser befähigt Rettungssanitäter:innen zur Unterstützung von Notfallsanitäter:innen bei der Ersten Hilfe, zum Fahren von Einsatzfahrzeugen (mit entsprechender Fahrerlaubnis) und zur medizinischen Betreuung von Patient:innen (z.B. Vorbereitung und Durchführung von Intubationen oder Defibrillation) (Malteser 2025).

Laut Deutschem Bundestag (2022) ist die Ausbildung in NDS wie folgt aufgeschlüsselt: *Theoretische-praktische Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, einschließlich der Erfolgskontrolle zum Abschluss des Ausbildungsabschnittes (240 Stunden), praktische Ausbildung in einer geeigneten Einrichtung der Patientenversorgung (80 Stunden), praktische Ausbildung im Rettungsdienst (160 Stunden), Abschlusslehrgang (40 Stunden).*

Die nächste Stufe ist die dreijährige Ausbildung **zum Notfallsanitäter / zur Notfallsanitäterin** mit 4.600-stündigen theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen und praktischer Ausbildung beim Ausbildungsunternehmen (§ 1 (1) NotSan-APrV). Außerdem beinhaltet die Ausbildung den Führerschein C1 (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2022).

Als Notfallsanitäter:in darf abhängig von der Anwesenheit von Notärzt:innen das Vorgehen der Ersten Hilfe festgelegt werden. Zudem haben Notfallsanitäter:innen durch die Ausbildung Kompetenzen erworben, die zur erweiterten Patientenversorgung befähigen. Dazu gehören u.a. auf Basis klar definierter Indikationen die Medikamentenverabreichung oder Infusionsgabe. Im sogenannten Rendezvous-System arbeiten Notfallsanitäter:innen und

Notärzt:innen gemeinsam um die medizinische Patientenversorgung und das Patientenwohl (Malteser 2025).

Außerdem ist es seit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) im Jahr 2014 möglich, Rettungswissenschaften, Notfallsanitäter, Rettungswesen/Notfallversorgung o.Ä. im Bachelor zu studieren. Das Studium wird derzeit überwiegend nicht primärqualifizierend angeboten außer in Jena. Dies qualifiziert die Absolvent:innen für leitende und wissenschaftliche Tätigkeiten. Für die Lehre an Fachschulen ist gemäß § 6 (2) NotSanG ein abgeschlossenes Hochschulstudium verpflichtend. Weitere Möglichkeiten und Notwendigkeiten für die Akademisierung von Notfallsanitätern ergibt sich zum einen in der Überbrückung der bereits bestehenden Versorgungslücke der Hausärzt:innen und KV-Notdiensten und zum anderen in der Ergänzung der Versorgungslücke in der rettungsdienstlichen Versorgung durch Notärzt:innen. Derzeit liefert eine akademische Ausbildung der Notfallsanitäter:innen in der rettungsdienstlichen Patientenversorgung keine weiteren heilkundlichen Kompetenzen bzw. besteht keine gesetzliche Grundlage zur Befugniserweiterung in der Versorgung.

Mit der Gesetzeserlassung begann außerdem die Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen von Delegation und Substitution⁴⁴ ärztlicher Tätigkeiten im Rettungsdienst. Auch wie in anderen Gesundheitsfachberufen (z.B. Physician Assistants) ist die Frage darüber nicht abschließend geklärt. Bis dahin gilt weiterhin die Delegationstätigkeit.

3.6.1 Status quo Beschäftigte

Gesamtzahlen der Gesundheitsfachgruppen im Rettungswesen

Im Rettungswesen arbeiten nach GBE im Jahr 2023 in Deutschland insgesamt ca. 98.000 Personen im Rettungswesen⁴⁵, davon die Mehrheit (90.000) als „Spezialist“ und etwa 8.000 „Helfer“. Ein größerer Teil der im Rettungswesen Tätigen sind männlich: ca. 68.000 bzw. 69 % gegenüber weiblich 30.000 bzw. 31 % (Statistisches Bundesamt 2025a). Nach Angaben der BA arbeiten in der Bundesrepublik 92.265 sv-pflichtig Beschäftigte. Nach der Erfassung der BA ist der Anteil der Männer in etwa gleich (67 %). Die BA beziffert die Anzahl der im

⁴⁴ Delegation bedeutet, dass innerhalb der Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Gesundheitsfachberufen ein rechtliches Konzept der Arbeitsteilung durch Übertragung von Tätigkeiten der Ärzt:innen an das Gesundheitsfachpersonal besteht. Substitution bedeutet hingegen die Übernahme bestimmter heilkundlicher Aufgaben durch eine andere Berufsgruppe im eigenverantwortlichen Handeln (Quelle: DocCheck Flexikon).

⁴⁵ Die Gesamtzahl basiert auf der Einordnung der Berufe „81342 Spezialist“, d. h. ausgebildete Rettungssanitäter und Notfallsanitäter sowie „81341 Helfer“, d.h. Rettungshelfer mit Ausbildung.

Rettungswesen Tätigen mit Deutscher Staatsangehörigkeit mit 89.825 und mit ausländischer Staatsangehörigkeit mit 2.440 (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

Nach Angaben der BA arbeiten in NDS zum Stichtag 30.12.2024 12.397 sv-pflichtig Beschäftigte im Rettungswesen mit Ausbildung. Von den im Rettungswesen tätigen Personen mit abgeschlossener Ausbildung sind 53 % männlich und 47 % weiblich. Damit zeigt sich in NDS ein deutlich ausgeglicheneres Geschlechterverhältnis als auf Bundesebene. Zu den akademisierten Notfallsanitäter:innen stehen bundesweit 4.645 Personen zur Verfügung (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

Gesamtzahl der Beschäftigten nach Einrichtungen

Die Gesamtzahl der im Rettungswesen Tätigen nach Einrichtungen liegt nur bundesweit vor, es gibt keine gesonderten Daten zu NDS. Bundesweit arbeiten nach Angaben der GBE (Tabelle 30) die meisten Personen im Rettungswesen in Rettungsdiensten (73.000 bzw. 74 %), die restliche Anzahl verteilt sich auf sonstige Einrichtungen (18.000 bzw. 18 %), Krankenhäuser (3.000 bzw. 3 %) und ambulante Einrichtungen und Arztpraxen (3.000 bzw. 3 %) (Statistisches Bundesamt 2025a).

Tabelle 30: Berufe im Rettungsdienst bundesweit nach Einrichtungen und Beruf im Jahr 2023, gerundet (Bundesagentur für Arbeit 2025c).

	Einrichtungen gesamt	Rettungs- dienste	Sonstige Einrichtungen	Krankenhäuser	Ambulante Einrichtungen und Arzt- praxen
Rettungs- dienst – „Helfer“	8.000	6.000	1.000	0	0
Rettungs- dienst – „Fachkraft“	90.000	67.000	17.000	3.000	3.000
Rettungs- dienst – „Spezialist“	0	0	0	0	0
Gesamt	98.000	73.000	18.000	3.000	3.000

Vollzeit-/Teilzeit Verteilung

Die Mehrheit der im Rettungswesen Beschäftigten in Deutschland arbeitet in Vollzeit (77.757 bzw. 84 %). In Teilzeit arbeiten 16 % (Statistisches Bundesamt 2025a).

In NDS arbeiten insgesamt 7.220 sv-pflichtig Beschäftigte. Davon liegt der Anteil in Teilzeit nach Angaben der BA bei 16 % (Bundesagentur für Arbeit 2025a). Der Anteil der männlichen Personen liegt bei 70 %.

Altersstruktur der im Rettungsdienst Beschäftigten

Im Rettungsdienst sind tendenziell jüngere Personen im Einsatz. Die Gruppe 15-44 Jährige macht 73 % aller im Rettungswesen Beschäftigten aus. 27 % sind 45 Jahre und älter (Abbildung 27).

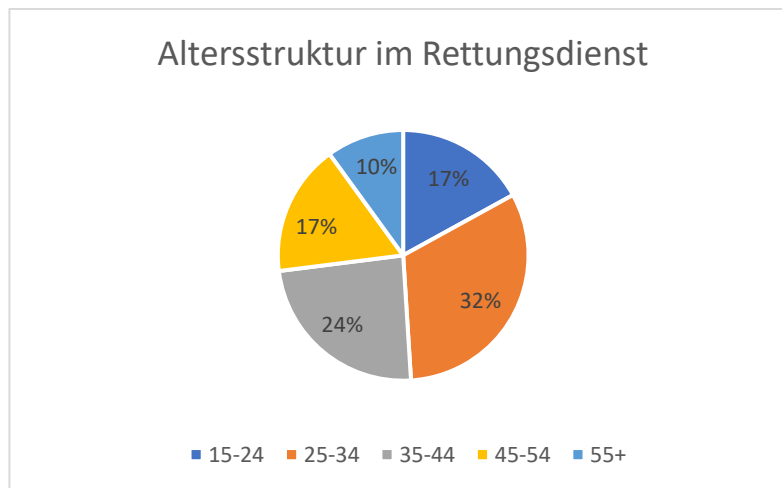


Abbildung 27: Altersverteilung der im Rettungsdienst Tätigen in NDS (Stand 30.06.2024) (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

3.6.2 Arbeitsmarktsituation

Die Berufe im Rettungswesen sind als Engpassberuf eingestuft mit einer Gesamtbewertung im Jahr 2024 von 2,0⁴⁶ (Bundesagentur für Arbeit 2025b). Grund für den Gesamtwert sind u. a. lange Vakanzzeiten bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle, eine geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote (geringes Risiko, im Rettungswesen arbeitslos zu sein) sowie einer hohen Abgangsrate aus der Arbeitslosigkeit.

⁴⁶ Aus dem Gesamtwert erfolgt die Einteilung in Engpass- bzw. Nichtengpassberufe. Liegt dieser zw. 3,0 bis einschl. 2,0 Punkten, so handelt es sich um einen Engpassberuf (Bundesagentur für Arbeit 2025b)

Die Fachkräftelücke in NDS (offene Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose) beträgt 85 (Jahresdurchschnitt 2024/2025). Insgesamt wurden 221 offene Stellen gemeldet bei 136 Arbeitslosen im Rettungswesen, d. h. die Stellenüberhangsquote⁴⁷ liegt bei 38 % (KOFA 2025b). Die regionale Verteilung auf Ebene der Statistischen Regionen für Berufe im Rettungswesen (Einordnung: mit Berufsabschluss) ist in Tabelle 31 dargestellt.

Tabelle 31: Arbeitsmarktsituation im Rettungswesen nach Statistischen Regionen in NDS. Quelle: KOFA (2025a).

Stat. Region	Offene Stellen	Arbeitslose	Fachkräftelücke	Stellenüberhangsquote
Braunschweig	58	22	36	62%
Leine-Weser	86	47	39	45%
Lüneburg	28	30	0	0%
Weser-Ems	49	37	12	24%
Gesamt	221	136	85	38%

Die Vakanzzeit bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle beträgt in NDS 2024 im Median 97 Tage (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

3.6.3 Ausbildungssituation

An den 16 Schulen für Notfallsanitäter:innen in NDS waren im Schuljahr 2023/24 insgesamt 1.085 Schüler:innen in Ausbildung (Schülerzahl gesamt), davon waren 416 weiblich (38 %) und 669 männlich (62 %). Die Zahl der Schüler:innen in Ausbildung hat seit dem Jahr 2019/ 20 um 13,5 % zugenommen und der Geschlechteranteil männlich/weiblich hat sich angenähert. Abbildung 28 zeigt die Anzahl an Schüler:innen in NDS seit dem Schuljahr 19/20.

⁴⁷ Die Stellenüberhangsquote beschreibt den Anteil der Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose.

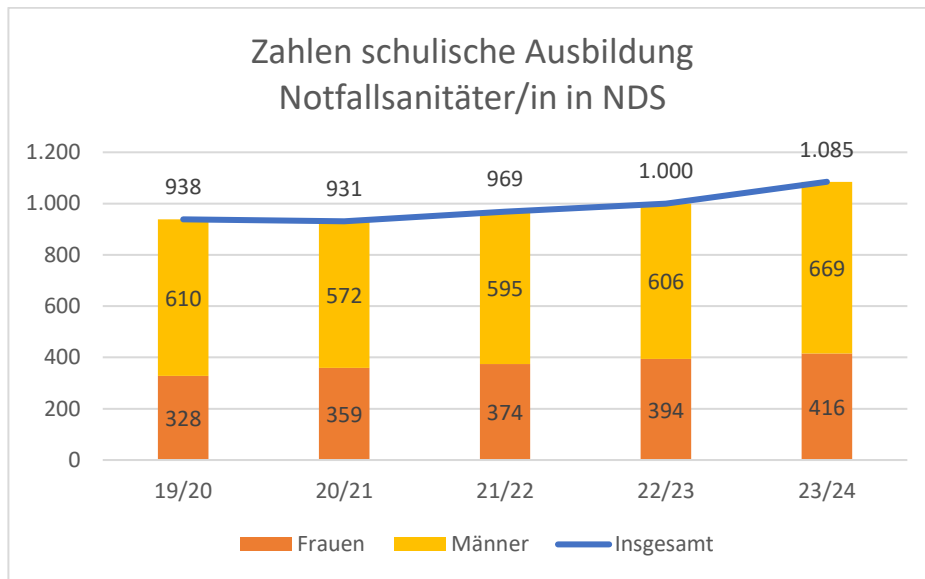


Abbildung 28: Schülerzahlen gesamt in berufsschulischer Ausbildung Notfallsanitäter:in in NDS (Schuljahre 2019/20 bis 2023/24) (Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. 2025; LSN 2025c)

Die Zahl der Absolvent:innen in NDS betrug im Schuljahr 2023/24 297 Personen (LSN 2025c). Die Absolvent:innen im zeitlichen Vergleich sind in Tabelle 32 dargestellt.

Tabelle 32: Absolventenzahl der Notfallsanitäter:innen im zeitlichen Vergleich in NDS. (LSN 2021a, 2022, 2025c)

Abschlussjahr	Absolventenzahlen Ausbildung Notfallsanitäter:in
2019/20	271
2020/21	319
2021/22	keine Daten vorliegend
2022/23	keine Daten vorliegend
2023/24	297

Hochschulische Ausbildung

In der systematischen Online-Recherche von Marung et al. (2025) wurden bundesweit 39 verfügbare Studiengänge an privaten Hochschulen identifiziert: Rettungsdienstmanagement (25,6 %), Katastrophenschutz und Gefahrenabwehr (33,3 %), Medizinpädagogik mit Rettungsdienstbezug (20,5 %), Rettungsingenieur (12,8 %) und Paramedic (7,7 %).

Im Hochschulkompass verzeichnet ist außerdem der Studiengang Notfallsanitäter, der in Bielefeld und Dresden studiert werden kann (DAAD 2025). Einen primärqualifizierenden Studiengang gibt es in Jena mit integrierter staatlicher berufszulassender Prüfung. Nach Angaben der HQTplus-Studie des Wissenschaftsrats gab es im Jahr 2019 bundesweit 51 Studienanfänger:innen im Studienfach Notfallsanitäter:in und noch keine Absolvent:innen (Wissenschaftsrat 2022). Bundesweit stehen bezogen auf die hochschulische Ausbildung keine aktuellen Daten zur Verfügung, außer dass bundesweit 4.645 Personen mit akademischem Abschluss im Rettungswesen arbeiten.

In NDS wird derzeit der Studiengang Berufspädagogik und Management im Rettungsdienst an der Ostfalia Hochschule angeboten. Ein Studiengang zum Notfallsanitäter bzw. zur Notfallsanitäterin wird in NDS aktuell nicht angeboten.

3.6.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Berufsdemografische Entwicklung

Durch die demografischen Entwicklungen und dem damit einhergehenden Anstieg an komplexen Versorgungsfällen kümmert sich der Rettungsdienst inzwischen in einem Drittel der Fälle um Personen, die differenzierte Fallsteuerung oder psychosoziale Begleitung benötigen. Der Fokus der Ausbildung liegt weiterhin bei der Versorgung von Notfällen und weniger auf komplexen Versorgungsszenarien wie in geriatrischen oder psychosozialen Notlagen (Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW) 2025).

In der Studie von Lehweß-Litzmann & Hofmann (2024) konnte konstatiert werden, dass Notfallsanitäter:innen aufgrund fehlender Aufstiegschancen (39 %) und geringer Weiterbildungsmöglichkeiten (31 %) nicht länger als 10 Jahre im Beruf verweilen möchten. Demgegenüber geben 27 % an, bis zum Ruhestand im Rettungswesen arbeiten zu wollen. Die Ergebnisse decken sich mit den unter Kapitel 3.6.1 erhobenen Anteilen der Altersdekaden. Demnach machen Personen bis 45 Jahre etwa drei Viertel aller Personen im Rettungswesen aus. Die Gruppe der 25-34-Jährigen ist mit 32 % am größten (Lehweß-Litzmann und Hofmann 2024). Darüber hinaus ist erkennbar, dass sich in Zukunft der Frauenanteil im Rettungswesen vergrößern könnte, da unter den Auszubildenden eine annähernd gleiche Geschlechterverteilung vorliegt. Mit der Möglichkeit der akademisierten Weiterbildung könnte ein langfristiger Verbleib in dem Beruf ermöglicht werden, da sich dadurch Perspektiven für Lehr- oder Leitungspositionen und flexiblere Arbeitsbedingungen eröffnen. Die Aufnahme eines Studiums wird von den Befragten erwogen.

Der Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW) empfiehlt als Bildungsweg der Wahl das Studium an einer Hochschule. Der Verband kann sich vorstellen, ähnlich wie bei den Hebammen die Notfallsanitäter:innen-Ausbildung vollständig in den akademisierten Bereich zu verlagern. Auf Initiative der Bertelsmann Stiftung wurden Empfehlungen entwickelt, die an denen der BVBRW anschließen. Außerdem fordert die Initiative, dass die Ausbildung der Rettungssanitäter:innen verlängert und bundeseinheitlich strukturiert wird. Der Schritt in die Akademisierung bringt zusätzliche Kompetenzen, um die Notärzt:innen mehr unterstützen und entlasten zu können. Zur außerklinischen Versorgung zählen Patient:innensteuerung und Falleinschätzung, weniger komplexe akute Erkrankungen eigenständig behandeln zu können und Lotsenfunktion (Bertelsmann Stiftung 2024).

Zukünftig könnte die Echtzeit-Telemedizin dabei unterstützen, wie sie bereits in Pilotprojekten getestet wurde, interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und Notärzt:innen virtuell noch schneller zum Patienten in Not dazu zu holen.

In der Vergangenheit wurde in den Medien häufiger der Fachkräftemangel im Rettungswesen beklagt. Gründe für die kurze Verweildauer von etwa 7 Jahren im Rettungsdienst sind die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, aufgrund z. B. 12 Stunden Schichten oder unattraktiven Arbeitsbedingungen (Tätigkeit körperlich und mental anstrengend) (Malteser 2024; Lehweß-Litzmann und Hofmann 2024; Deutschlandfunk 2025).

Abbildung 29 zeigt ein ausgeglichenes Bild von Angebot und Nachfrage von Beschäftigten im Rettungswesen am Arbeitsmarkt in NDS. Wird die Auswertung der BA hinzugezogen (s. Kap. 3.6.2), wird das Rettungswesen insgesamt als Engpassberuf klassifiziert. Das rührt ggf. an dem durchschnittlich kurzen Verbleib von wenigen Jahren im Beruf des Rettungswesens. Ob es genügend akademisierte und berufsspezifische Ausbilder:innen an den Berufsfachschulen gibt, zeigen die Datenlage und Literatur nach unserer Recherche nicht.

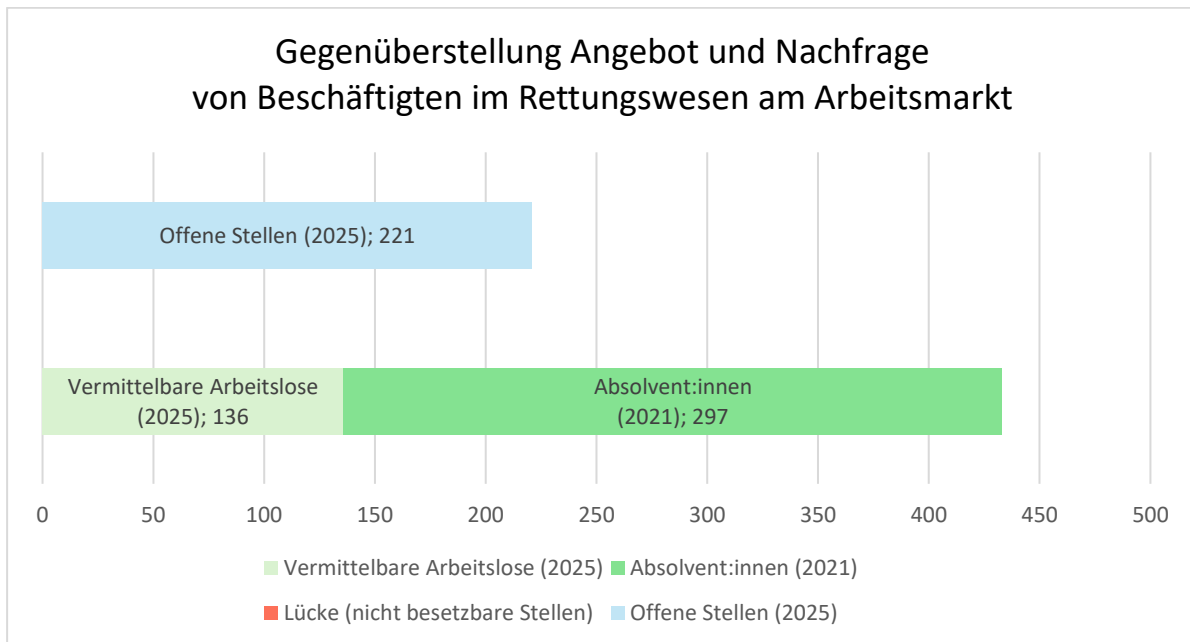


Abbildung 29. Angebot und Nachfrage von Beschäftigten im Rettungsdienst am Arbeitsmarkt (NDS) (eigene Darstellung) (KOFA 2025a; LSN 2025c).

Inanspruchnahme an Versorgungsleistungen

Die Bundesanstalt für Straßen- und Verkehrswesen (bast) erhebt alle vier Jahre die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bundesweit. Somit sind die letzten verfügbaren Daten von 2020/2021 aus 75 Erhebungsstellen. Hochgerechnet unternahm der öffentliche Rettungsdienst 16,1 Millionen Einsatzfahrten und 13,1 Millionen Einsätze. Im Vergleich zum vorherigen Erhebungszeitraum nahm die Einsatzzahl ab⁴⁸ (2016/17: 16,4 Mio. Einsatzfahrten und 13,9 Mio. Einsätze). Von den 13,1 Mio. Einsätzen waren 38 % Krankentransporte und 62 % entfielen auf Notfalleinsätze. Die Notarztrate sank zum vorherigen Erhebungszeitpunkt um 25 % (Bundesanstalt für Straßen- und Verkehrswesen (bast) 2024). Hingegen berichtet der AOK-Bundesverband unter seinen Versicherten für den Berichtszeitraum 2015-2023 eine Einsatzsteigerung von rund 15 %. Die Ausgaben aller Kranken- und Rettungstransporte inklusive Flugzeugrettungen sowie Taxifahrten haben sich im Zeitraum 2015 bis 2024 von 4,96 Mrd. Euro auf 9,56 Mrd. Euro fast verdoppelt. 21,5 % der Einsätze bezogen sich auf den internistischen Notfall, 6,3 % auf sonstige Unfälle und lediglich 1,8 % auf Verkehrsunfälle. Alle anderen Einsätze wurden unter sonstigem Notfall subsumiert (70,1 %) (AOK-Bundesverband 2025).

⁴⁸ Zu beachten ist die Pandemiezeit durch COVID-19, die die Verringerung der Einsatzzahlen erklärt.

Vergleichend dazu liegt die Rate für Notfalleinsätze der Barmer und ihrer Versicherten im Jahr 2022 in NDS bei 19,5 pro tausend Einwohner (Deutsches Ärzteblatt 2024).

Gegenüberstellung Personalkapazitäten und prognostizierte Inanspruchnahme

Die Datenlage ermöglicht keine abschließende Einschätzung über die Personalressourcen im Rettungsdienst. Es gibt regionale Unterschiede zwischen den Ländern, aber auch innerhalb der Länder zwischen urbanen (meist besser besetzt) und ruralen Gebieten (Deutsches Ärzteblatt 2024). In den Medien wird teils über Personalmangel geklagt und die BA hat den Rettungsdienst als Engpassberuf eingestuft, der durch die Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten begründet ist. Nach wenigen Jahren scheiden drei Viertel der Beschäftigten aus dem Beruf, nur etwa ein Viertel bleibt bis zum Ruhestand. Zudem nimmt der Frauenanteil unter den Auszubildenden momentan zu, der üblicherweise im Arbeitsmarkt mit einem höheren Teilzeitanteil einhergeht.

Nachfolgend werden drei Szenarien für zukünftige Entwicklungen diskutiert:

- **Szenario A - Frauenanteil im Rettungsdienst nimmt zu**

Annahmen: Der Frauenanteil nimmt wie in anderen Gesundheitsfachberufen/Medizin weiter zu.

Ergebnis (2025 vs. 2035): Der derzeitige Vollzeitanteil liegt bei 84 % mit einem Männeranteil von 69 % und nähert sich zukünftig einem Gleichgewicht zwischen männlichem und weiblichem Personal an.

Implikation für Personal: Um ein ähnliches Vollzeitäquivalent zu erreichen, muss im Rettungswesen mehr Personal eingestellt werden. Je nach Entwicklung des Vollzeitanteils und Geschlechteranteils wird ein **Personalwachstum von 10-20 %** prognostiziert.

- **Szenario B - Adäquate Steuerung von 112-Anrufen**

Annahmen: Angedacht ist eine Notfallsteuerung nach der beschlossenen Reform der Notfallversorgung, die gemeinsam mit der 116117 stattfindet.

Ergebnis (2025 vs. 2035): Der öffentliche Rettungsdienst reduziert die 16,1 Millionen Einsatzfahrten und 13,1 Millionen Einsätze, sodass weniger häufig Personal mit Rettungswagen ausrücken muss. Weitere Öffentlichkeitsarbeit wird benötigt, damit Menschen den Rettungsdienst nur in adäquaten Fällen alarmieren.

Implikation für Personal: Es gibt **eine Umverteilung** der Personen aus dem Rettungswesen in den ambulanten Versorgungsbereich (z.B. Lotsentätigkeit, Gemeindesanitäter:in). Es wird **kein weiteres Personal, aber ggf. qualifizierteres Personal** im Rettungswesen benötigt.

- **Szenario C - Berufspolitische Entscheidung zur Akademisierung der Notfallsanitäter:innen**

Annahmen: Berufspolitisch wird entschieden, dass das Rettungswesen - ähnlich wie bei den Hebammen - reformiert wird. Rettungshelfer:innen werden in den Rettungssanitäter:innen Beruf überführt und müssen eine dreijährige Ausbildung durchlaufen und erfolgreich abschließen. Die Notfallsanitäter:innen werden akademisiert, sodass sie ein Bachelorstudium erfolgreich abschließen müssen. Optionen für ein Masterstudium werden geschaffen. Dieser Schritt wird benötigt, um qualitative Unterschiede in der Notfallversorgung über dem Bundesgebiet zu beseitigen (Krafft et al. 2022). Die Berufsverbände empfehlen und unterstützen die Vorgehensweise.

Ergebnis (2025 vs. 2035): Laut GBE arbeiten im Jahr 2023 in Deutschland insgesamt etwa 98.000 Personen im Rettungswesen, in NDS sind es 12.397 sv-pflichtig Beschäftigte. Ab 2035 müssen Personen im Rettungswesen entweder eine Berufsausbildung oder ein Studium abschließen. In den Berufsfachschulen arbeiten mehr Notfallsanitäter:innen mit einem mindestens abgeschlossenem Bachelorstudium Notfallsanitäter:in.

Implikation für die Praxis: In NDS gibt es bislang keine Möglichkeit Notfallsanitäter:in zu studieren, lediglich ähnliche Studiengänge (nicht primärqualifizierend). Mit der berufspolitischen Entscheidung der Reformierung werden Studienplätze für Notfallsanitäter:innen geschaffen. Die Absolvent:innen sind in Leitungs- und Lehrstellen angestellt. Durchschnittlich absolvieren in NDS 300 Schüler:innen die Notfallsanitäter-Ausbildung. Nach den Empfehlungen des Wissenschaftsrats (10-20 % der Absolvent:innen zu akademisieren) sollten in NDS 30-60 Notfallsanitäter:innen akademisiert ausgebildet werden. Demnach sollten **30-60 Studienplätze (zzgl. Berücksichtigung einer geschätzten Abbruchquote) für eine jährliche Einschreibung geschaffen werden** - bei einer Reformierung zur **Vollakademisierung der Notfallsanitäter:innen entsprechend mehr**.

3.6.5 Fazit Rettungswesen

Die Berufe im Rettungswesen umfassen ein gestuftes Qualifikationssystem mit den Berufsgruppen Rettungshelfer:in, Rettungssanitäter:in und Notfallsanitäter:in. In NDS sind derzeit rund 12.400 Personen im Rettungsdienst sv-pflichtig beschäftigt, wobei der Anteil männlicher Beschäftigter bei 67 % liegt. Die Altersstruktur zeigt eine Konzentration auf jüngere Altersgruppen, insbesondere auf die 25–34-Jährigen, was auf eine vergleichsweise frühe Berufseinstieg und eine hohe Fluktuation hindeutet. Ein Großteil der Beschäftigten arbeitet in Vollzeit (84 %).

Die Arbeitsmarktsituation ist durch eine uneindeutige Personaldeckung gekennzeichnet. Die Berufe im Rettungswesen sind als Engpassberufe eingestuft. Die Zahl der Absolvent:innen der Notfallsanitäter-Ausbildung lag im Schuljahr 2023/24 bei 297 Personen. Die Verweildauer im Beruf ist vergleichsweise kurz: Laut einer Studie geben knapp die Hälfte der Auszubildenden an, nicht länger als zehn Jahre im Beruf tätig sein zu wollen. Als Hauptgründe werden fehlende Aufstiegsmöglichkeiten und begrenzte Weiterbildungsperspektiven genannt.

Die Inanspruchnahme rettungsdienstlicher Leistungen zeigt im Rückblick bundesweit eine eher steigende Tendenz (mit Ausnahme in der COVID-19-Pandemie). In NDS liegt die Rate für Notfalleinsätze bei 19,5 pro tausend Einwohner.

Die hochschulische Ausbildung im Rettungswesen ist bislang nur vereinzelt etabliert. In NDS wird derzeit kein Studiengang zur/zum Notfallsanitäter:in angeboten. Bundesweit sind etwa 4,7 % der im Rettungswesen Tätigen akademisch qualifiziert. Perspektivisch wird ein Ausbau der Studienplatzkapazitäten empfohlen, insbesondere vor dem Hintergrund der Forderungen nach einer vollständigen Akademisierung der Notfallsanitäter:innen-Ausbildung und einer bundeseinheitlichen Strukturierung der Rettungssanitäter:innen-Ausbildung.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Berufe im Rettungswesen in NDS derzeit durch eine stabile Ausbildungs- und Beschäftigungssituation geprägt sind, jedoch vor strukturellen Herausforderungen stehen. Die begrenzten Aufstiegsmöglichkeiten und die fehlende akademische Durchlässigkeit wirken sich negativ auf die langfristige Berufsbindung aus. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der zunehmenden Komplexität von Einsatzszenarien und der steigenden Inanspruchnahme rettungsdienstlicher Leistungen erscheint ein strategischer Ausbau akademischer Bildungswege sowie eine strukturelle Weiterentwicklung der Berufsbilder im Rettungswesen erforderlich.

3.7 Hebammen

Mit dem Hebammenreformgesetz, das am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, müssen angehende Hebammen nun eine akademisierte Ausbildung absolvieren. Das Studium ist durch ein duales Studium mit theoretischem und praktischem Teil ausgestaltet. Eine Hebamme muss seit dem 01.01.2023 mindestens einen Bachelor-Abschluss und eine Zulassung vorweisen, um in dem Berufsfeld arbeiten zu dürfen. Vorher genügte eine berufsschulische Ausbildung (BMG 2025b).

Heute gilt das neue Hebammengesetz (HebG) sowie die dazugehörige Studien- und Prüfungsverordnung (HebStPrV). Der Hebammenberuf umfasst „umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, während des Wochenbetts und während der Stillzeit, die selbständige Leitung von physiologischen Geburten sowie die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen (§ 1 Hebammengesetz – HebG)“.

Hebammen betreuen Familien von Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. 2025). Sie arbeiten in Geburtsabteilungen von Krankenhäusern, in Hebammenpraxen oder Geburtshäusern. Während der Geburt begleiten die Hebammen die gebärenden Frauen im Kreißsaal, danach auf der Wochenbettstation. Freiberufliche Hebammen betreuen Schwangere bei einer Hausgeburt bzw. bei Geburten in hebammengeleiteten Einrichtungen (2 % der Fälle) (Deutsches Ärzteblatt 2025) und anschließend bei der ambulanten Nachsorge. Somit ist der Hebammenberuf der einzige Gesundheitsfachberuf, der ohne ärztliche Anweisung arbeitet (BMG 2025b).

3.7.1 Status quo Beschäftigte

In Deutschland arbeiten ungefähr 29.000 Hebammen/Entbindungspfleger (statista 2025a). Diese werden unterteilt in Fachkräfte (Wochenpfleger/in, Geburtsvorbereiter/in, Hebammenhelfer/in, Laktationsberater/in, Stillberater/in, Wochenbettpfleger/in), die 3 % ausmachen, und Spezialist:innen (Beleghebammen, Hebammen, Hebammen (Hochschule), Geburtshelfer:in, Kreißsaalhebamme), die etwa 97 % der Hebammen ausmachen. In dem Beruf der Hebamme arbeiten fast ausschließlich Frauen. Deutschlandweit arbeiten zum Stichtag 31.12.2024, 57 männliche Hebammen von insgesamt 17.313 sv-pflichtig beschäftigten Hebammen⁴⁹ (Bundesagentur für Arbeit 2025a). Die Altersverteilung sieht wie folgt aus:

⁴⁹ . Freiberuflich arbeiten demnach etwa 11.687 Hebammen.

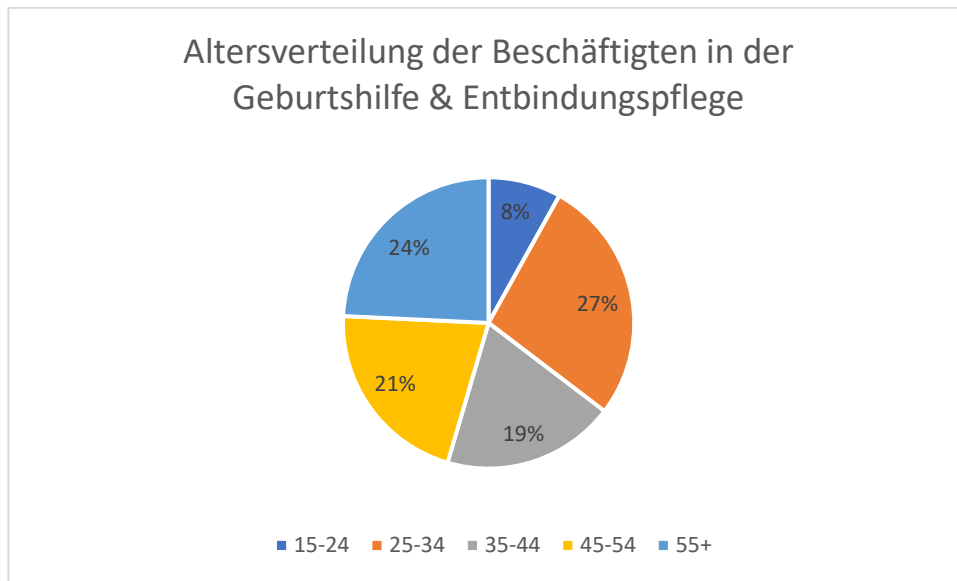


Abbildung 30: Altersverteilung der Beschäftigten in der Geburtshilfe & Entbindungspflege. Quelle: (Bundesagentur für Arbeit 2025a)

Nach dem Statistischen Bundesamt sind etwa 80 % der Hebammen teilzeitbeschäftigt (Zahlen basierend auf dem Bund). Laut der Bundesagentur für Arbeit sind in NDS 69 % der Hebammen in Teilzeitbeschäftigung und 31 % in Vollzeitbeschäftigung.

In NDS arbeiten 1.080 sv-pflichtig beschäftigte Hebammen. Die Daten aus der bundesweiten Recherche der Hebammen wurden auf NDS übertragen, um weitere Informationen (Hebammen gesamt, Differenz freiberufliche Hebammen und Hebammen freiberuflich und sv-pflichtig in Kombination) annähern zu können (Tabelle 33).

Tabelle 33. Ableitung der bundesweiten Daten der Hebammen auf Niedersachsen (Fett markierte Daten sind aus der Literatur bekannt).

	Deutschland	Niedersachsen
Hebammen gesamt	29.000	1.809
Sv-pflichtige Hebammen	17.313	1.080
Differenz freiberufliche Hebammen (%)	11.687 (67,5 %)	729
Hebammen freiberuflich und sv-pflichtig in Kombination (13 % von Hebammen gesamt ⁵⁰)	3.770	236
Vollzeitäquivalent (69 % der Hebammen gesamt)	20.000	1.249

3.7.2 Arbeitsmarktsituation

In NDS betreuen Hebammen etwa 80-90 Geburten pro Jahr (ggf. weniger – s. nachfolgende Tabelle). In der Tabelle sind die jährlichen Geburten, Anzahl an festangestellten Hebammen und die Geburtenrate verzeichnet:

⁵⁰ Laut der Bayerischen Hebammenstudie von 2017 arbeiten rund 13 % in Kombination (freiberuflich und angestellt).

Tabelle 34. Arbeitsmarktsituation für Hebammen in Niedersachsen. Tabelle nach Quelle: Zielinsky (2021).

Jahr	Jährliche Anzahl Geburten	Festangestellte Hebammen	Geburten pro Hebamme (jährlich)
2015	67.183	836	80
2016	75.215	845	89
2019	73.286	905	81
2024	65.646	Datenlücke 1.080 (Hinweis: sv-pflichtig Beschäftigte nach Bundesagentur für Arbeit)	73 (unter der Annahme von 900 praktizierenden Hebammen) 77 (unter der Annahme von 850 praktizierenden Hebammen) 61 (unter der Annahme von 1.080 praktizierenden Hebammen)

Um eine optimale Betreuung der Gebärenden in einer 1:1 Situation zu gewährleisten, sollte eine Hebamme 60 Geburten pro Jahr in einem Vollzeitäquivalent betreuen (Deutscher Hebammenverband 2025b). Derzeit sind diese Forderungen kaum in der Praxis umgesetzt. Zu der oben aufgeführten Tabelle ist nicht angegeben, in welchem Beschäftigungsverhältnis (Voll- oder Teilzeit) die Hebammen arbeiten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass unter „Festangestellte Hebammen“ keine Vollzeitäquivalente angegeben sind. Dazu arbeiten Beleghebammen in Krankenhäusern, die ebenfalls nicht angegeben sind, sodass eine Einschätzung zum vorherrschenden Betreuungsgrad schwer abgegeben werden kann.

Der Beruf der Hebamme wechselt laut Bundesagentur für Arbeit zwischen einem Engpassberuf und „unter Beobachtung“ mit einer Gesamtbewertung 2024 von 1,7⁵¹ (Tabelle 35) (Bundesagentur für Arbeit 2025b). Gründe für den Gesamtwert sind u. a. lange Vakanzzeiten bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle, die Entwicklung mittlerer Entgelte in Prozent

⁵¹ Aus dem Gesamtwert erfolgt die Einteilung in Engpass- bzw. Nichtengpassberufe. Liegt dieser zw. 3,0 bis einschl. 2,0 Punkten, so handelt es sich um einen Engpassberuf (Bundesagentur für Arbeit 2025b)

und eine geringe berufsspezifische Arbeitslosenquote (geringes Risiko, als Hebamme arbeitslos zu sein).

Tabelle 35. Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (2024).

Be- richts- jahr	Gesamtbe- wertung	Vakanz- zeit in Tagen	Arbeitsu- chenden- Stellen-Re- lation	Berufs- spez. Ar- beitslosen- quote in Prozent	Veränd. Anteil sv- pfl. be- schäftig- ter Aus- länder in Prozent- punkten	Ab- gangs- rate aus Arbeits- losigkeit in Pro- zent	Ent- wick- lung mittlere Ent- gelte in Prozent	Einstufung
2024	1,7	72	13,9	1	1	14	10	unter Be- obachtung
2023	2	65	11,6	0,9	1,5	14,1	11,5	Engpass- beruf
2022	1,8	54	7,4	0,7	2,1	15,8	11,9	unter Be- obachtung
2021	2	57	5	0,6	2,4	15,8	11	Engpass- beruf
2020	2,3	136	4,6	1,2	2,3	15,3	13,9	Engpass- beruf
2019	1,8	32	3,4	1,1	2,4	10,5	12,2	unter Be- obachtung

Die Fachkräftelücke in NDS (offene Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose) beträgt 0 (Jahresdurchschnitt 2024/2025). Insgesamt wurden 31 offene Stellen und 37 arbeitslose Personen gemeldet, d. h. die Stellenüberhangsquote⁵² liegt bei 0 % (KOFA 2025b). Die regionale Verteilung auf Ebene der Statistischen Regionen der Hebammen (Niveau: Spezialist:in mit Fortbildung, Bachelor) ist in Tabelle 36 dargestellt.

⁵² Die Stellenüberhangsquote beschreibt den Anteil der Stellen ohne passend qualifizierte Arbeitslose.

Tabelle 36: Arbeitsmarktsituation der Hebammen nach Statistischen Regionen in NDS (KOFA 2025a).

Stat. Region	Offene Stellen	Arbeitslose	Fachkräftelücke	Stellenüberhangsquote
Braunschweig	6	8	0	0%
Leine-Weser	5	9	0	0%
Lüneburg	4	5	0	0%
Weser-Ems	16	15	1	6%
Gesamt	31	37	0	0%

Die Vakanzzeit bis zur Abmeldung einer gemeldeten Arbeitsstelle beträgt im Median 133 Tage (Bundesagentur für Arbeit 2025a).

Die Bezahlung von angestellten Hebammen richtet sich nach den Tarifen im öffentlichen Dienst oder dem Haustarif der Klinik, in der die Hebamme arbeitet (Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. 2025).

3.7.3 Ausbildungssituation

Seit der gesetzlichen Regelung zur Vollakademisierung der Hebammen mussten die Universitäten und (Fach-)Hochschulen binnen drei Jahren die Studienplatzkapazitäten stark erweitern. Die Studienplatzkapazität wurde bspw. in Tübingen verdoppelt (Staatsministerium Baden-Württemberg 10.12.2020).

Der Deutsche Hebammenverband gab 2025 an, dass deutschlandweit 1.650 Studienplätze zur Verfügung standen. Die Nachfrage zum Studium sei weiterhin kontinuierlich auf einem sehr hohen Niveau, da die Hochschulen mehr Bewerbungen erhalten, als Plätze zur Verfügung stehen (Deutscher Hebammenverband 2025a). Außerdem informiert der Verband darüber, dass weitere Studienplätze geschaffen werden, da die Nachfrage über das Angebot hinausgeht (Deutscher Hebammenverband 2025a). Daher kann davon ausgegangen werden (unter der Voraussetzung einer geringen Abbrecherquote⁵³), dass der Umfang der Studienplätze den Absolvent:innen entspricht.

⁵³ Die Datenlage zur Abbrecherquote ist unbekannt.

Zugangsvoraussetzungen zum Hebammenstudium

1. Der Abschluss einer mindestens zwölfjährigen allgemeinen Schulausbildung (Fach-/Abitur) **oder**

Der Abschluss einer erfolgreich absolvierten Berufsausbildung

- zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in **oder**
- zur/zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in **oder**
- zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann **oder**
- zur für die allgemeine Pflege verantwortlichen Krankenschwester oder zum Krankenpfleger im EU-Ausland, sofern die Ausbildung den europarechtlichen Vorgaben entspricht;

2. Gesundheitliche Eignung zur Absolvierung des Hebammenstudiums;
3. Für das Hebammenstudium erforderliche Kenntnisse der deutschen Sprache;
4. Die Bewerberin oder der Bewerber darf sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht haben, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Absolvierung des Hebammenstudiums ergibt (§ 10 Absatz 1 HebG).

In den einzelnen Bundesländern können zusätzliche Voraussetzungen für den Zugang zum Hebammenstudium bestehen (§ 10 Absatz 2 HebG). Die konkret geltenden Zugangsvoraussetzungen können im jeweiligen Land bzw. bei der jeweiligen Hochschule erfragt werden (BMG 2025b).

Dauer und Struktur des Hebammenstudiums

Mit der Reform der Hebammenausbildung wurde erstmals das duale Studium als neue Ausbildungsform für Heilberufe eingeführt.

Durch das duale Studium können die angehenden Hebammen ein wissenschaftliches Studium mit einer beruflichen Ausbildung verbinden. Die Studiendauer beträgt in Vollzeit mindestens sechs Semester (drei Jahre) und höchstens acht Semester (vier Jahre). Das Studium hat einen hohen Praxisanteil und zeichnet sich durch eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis aus. Die Praxiseinsätze finden im Krankenhaus und im ambulanten Bereich, z. B. bei einer freiberuflichen Hebamme oder in einem Geburtshaus, statt. Dabei besteht die Möglichkeit, einen auf das Studium anrechenbaren Praxiseinsatz im Ausland zu absolvieren.

Das duale Hebammenstudium schließt mit der Verleihung des akademischen Grades durch die Hochschule ab und umfasst eine staatliche Prüfung zur Erlangung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“ (BMG 2025b).

In Tabelle 37 sind die Hochschulen aus NDS aufgeführt, an denen Hebammenwissenschaft studiert werden kann. Außer an der Hochschule Osnabrück, an der 37-40 Studienplätze für Hebammenwissenschaft pro Semester zur Verfügung stehen, gibt es keine öffentlich zugänglichen Informationen über die Gesamtzahl verfügbarer Studienplätze in NDS.

Tabelle 37: Hochschulen in NDS mit Angebot an Hebammenstudiengängen. Quellen: Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung (2025) und Hochschulprofile/ Zulassungsverfahren.

Hochschule	Angebot Hebammenwissenschaft	Studienplätze/ Kapazitäten
Hochschule Osnabrück	Hebammenwissenschaft (Bachelor, dual)	WiSe 24/25: 37 Plätze, 35 Bewerbungen
	Midwifery (Bachelor, berufsbegleitend)	SoSe 2025: 40 Plätze, 21 Bewerbungen
HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (Hildesheim/Holzminden/Göttingen)	Hebammenwissenschaft (Bachelor, dual) (Kooperation mit der Universitätsmedizin Göttingen)	Keine Infos zur Anzahl der Studienplätze. Lediglich, dass alle zugelassen wurden.
Medizinische Hochschule Hannover	Hebammenwissenschaft (Bachelor, dual)	Keine Daten
Jade Hochschule Oldenburg	Hebammenwissenschaft (Bachelor, dual bzw. berufsbegleitend)	Keine Daten
Fachhochschule des Mittelstands (FHM) Hannover	Hebammenwissenschaft (Bachelor, dual)	Keine Daten
	Hebammenwissenschaft (Bachelor, berufsbegleitend)	Keine Daten

3.7.4 Gegenüberstellung Angebot und Inanspruchnahme – Status quo und Trends

Berufsdemografische Entwicklung

Mit dem Inkrafttreten des Hebammenreformgesetzes am 01.01.2020 wurde das Ausbildungssystem der Hebammen hin zu einem hochschulischen Bildungsweg reformiert. Seit 2023 müssen Hebammen einen hochschulischen Abschluss sowie eine Zulassung vorweisen, um praktizieren zu dürfen. Der Beruf ist von einer hohen Frauen- (97 %) sowie Teilzeitquote (NDS: 69 % Teilzeitquote) gekennzeichnet. In NDS sind 1.080 sv-pflichtig beschäftigte

Hebammen tätig und insgesamt (freiberuflich und/oder angestellt tätig) - nach Annäherung durch bundesweite Daten - etwa 1.800. Hebammen.

Die Altersstruktur ist regelmäßig auf die einzelnen Altersdekaden verteilt (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**³⁰). Durch die vorliegende Altersstruktur wird knapp ein Viertel der Hebammen (55 + Jahre) in den folgenden Jahren in Rente gehen - durch die Babyboomer-Generation verstärkt ab den kommenden fünf Jahren. Explizite Zahlen über Renteneintritte werden nicht erhoben, sodass ein direkter Vergleich zwischen Renteneintritten und Berufseinmündungen nicht möglich ist. Es wäre möglich, dass in den kommenden 5-10 Jahren zunächst ein Hebammendefizit vorliegt, das sich durch die nachrückenden Altersdekaden und Berufseinmündungen wieder angleicht. Da in etwa selben Maße jüngere Hebammen nachrücken, gleicht sich der Wegfall der in Rente eintretenden Hebammen langfristig aus. Dazu kommt, dass bundesweit die Geburtenraten seit Jahren stetig fallen. NDS ist im Vergleich das Bundesland mit der höchsten durchschnittlichen Fertilitätsrate in Deutschland (NDS: 1,42; bundesweit: 1,35) (NDR 2025).

In einem Artikel von Hoberg (2024) wird berichtet, dass von den insgesamt 18.500 tätigen Hebammen, lediglich 4.200 in der Geburtshilfe arbeiten. Das macht etwa 23 % aller Hebammen aus (Hoberg 2024). Der Verband fordert eine 1:1 Betreuung der Gebärenden durch Hebammen. Durch den neuen Hebammenhilfevertrag, der ab dem 01.11.2025 gilt und einen finanziellen Anreiz bei 1:1 Betreuung bietet, könnte die Forderung zukünftig mehr Anwendung finden (GKV-SV 2025b). Die Auswirkungen des neuen Vertrags werden politisch eng begleitet und beobachtet, sodass durch das Monitoring unerwünschten Entwicklungen (z. B. vermehrte Kündigungen von Beleghebammen) entgegengewirkt werden könnte.

Da für NDS aktuell keine eindeutigen Daten zu den Absolvent:innen vorliegen, wurde für die Hebammen basierend auf bundesweiten Daten die Gegenüberstellung des Angebots und der Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt vorgenommen (Abbildung 31). Auf Grundlage der KOFA-Daten wurden 221 offene Stellen in 2025 identifiziert. Demgegenüber stehen vermittelbare Arbeitslose (n= 524) und Absolvent:innen (n= 1.650). Auf Basis der Daten und dieser Gegenüberstellung besteht ein großer Angebotsüberhang im Vergleich zur Nachfrage bei Hebammen in Anstellung ($\Sigma = 1.953$).

Da etwa 2/3 der Absolvent:innen bzw. Hebammen freiberuflich arbeiten, kann keine eindeutige Aussage über ein mögliches Marktgleichgewicht getroffen werden.

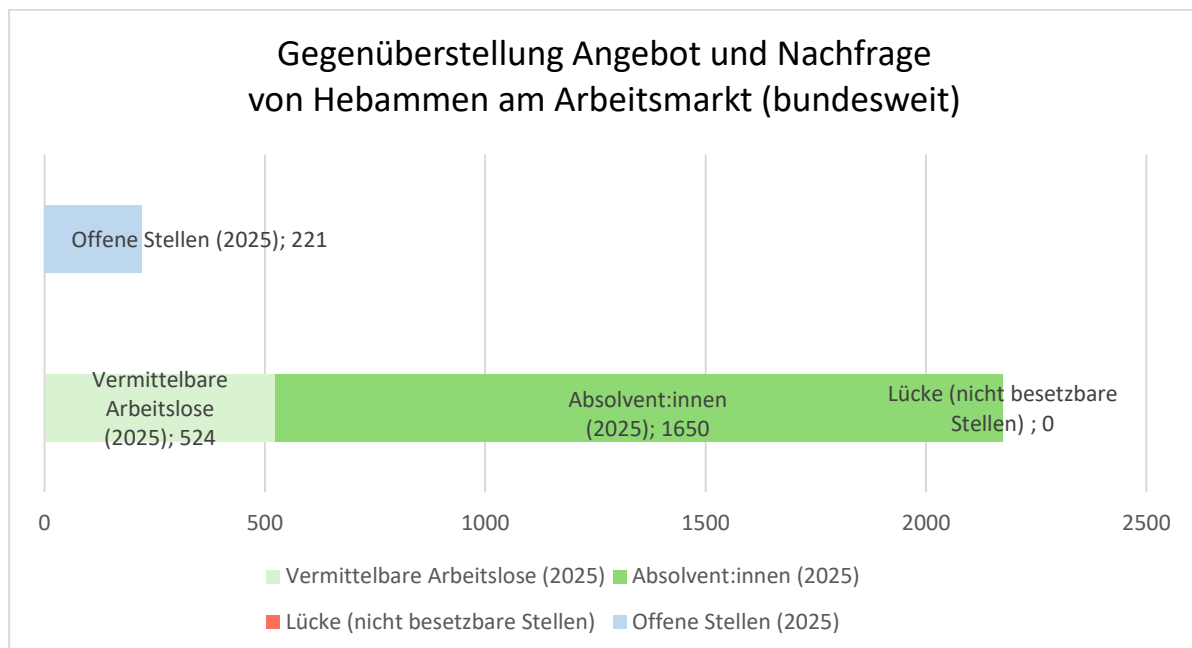


Abbildung 31. Angebot und Nachfrage von Hebammen am Arbeitsmarkt (bundesweit) (eigene Darstellung) (KOFA 2025a; LSN 2025c)

Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen

Im Jahr 2024 gab es 65.646 Geburten in NDS, mit denen in der Regel Vor- und Nachsorge durch Hebammen einhergehen. Da in Deutschland durch die Hinzuziehungspflicht Hebammen bei jeder Geburt anwesend sein müssen, entspricht die Inanspruchnahme der Hebammentätigkeiten der Anzahl an Geburten.

Nach § 134a SGB V wurde vom GKV-SV ein Vergütungsverzeichnis einzelner Hebammenleistungen angelegt.

In der nachfolgenden Abbildung 32 sind die Anteile der Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettperiode, bei denen mindestens eine freiberufliche Hebammenleistung erbracht wurde, gezeigt. Am häufigsten sind Wochenbettbetreuungen (= 80 %), Beratung / Datenerhebung Schwangerschaft (= 75 %), Hilfe bei Beschwerden in der Schwangerschaft (= 69 %) und Beratung der Wöchnerinnen (= 58 %) durchgeführt worden.

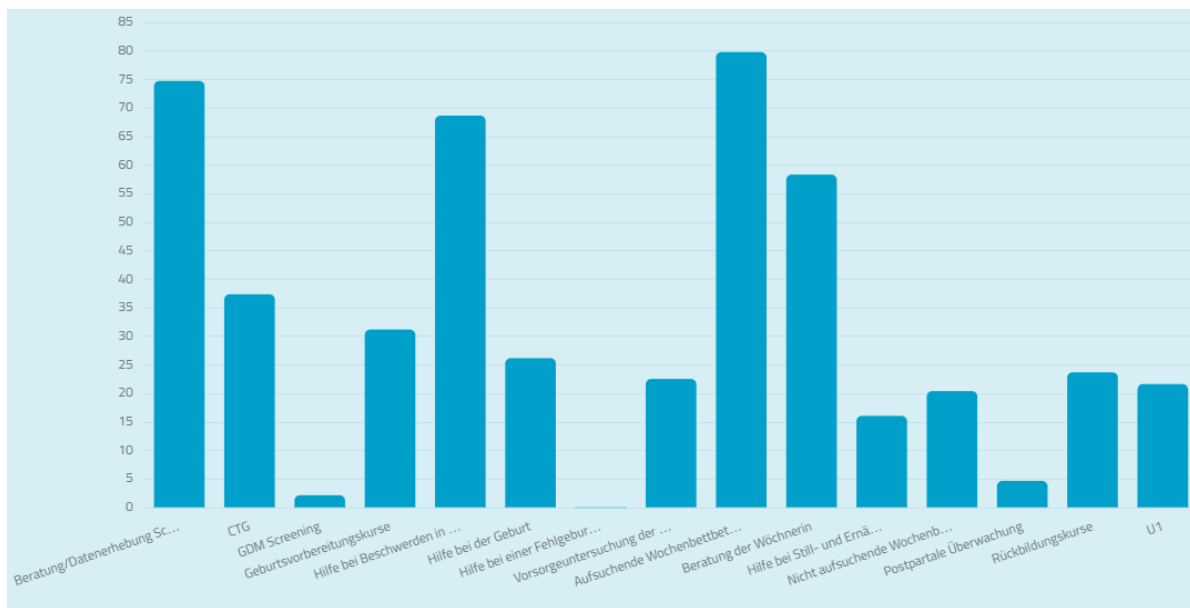


Abbildung 32. Abgerechnete Leistungen freiberuflicher Hebammen. Die y-Achse zeigt den Anteil der Schwangerschaften, Geburten und Wochenbettperiode, bei denen mind. eine freiberufliche Hebammenleistung erbracht wurde. Quelle: BARMER bifg (2021).

Gegenüberstellung Personalkapazitäten und prognostizierte Inanspruchnahme

Insgesamt lässt sich nicht eindeutig feststellen, ob ein Marktgleichgewicht von Angebot und Nachfrage bei den Hebammen vorliegt. Dies rührt vor allem von der getrennten Tätigkeit als angestellte Hebamme oder freiberuflich tätige Hebamme in der Häuslichkeit oder als Beleghebamme sowie von der ungenügenden Datenlage.

Durch Abbildung 31 könnte angenommen werden, dass eine Sättigung vorhanden ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass etwa 2/3 der Hebammen freiberuflich im ambulanten Bereich und stationären Bereich als Beleghebamme tätig sind. Im ambulanten Bereich liegt der Fokus auf der Vor- und Nachsorge und im stationären Bereich auf der Betreuung bei der Geburt und direkter Nachsorge. 98 % der Frauen gebären in der Klinik.

Laut Angaben des Verbands sind weitere Studienplätze in Planung. Aufgrund der beschriebenen Sachlage und Analyse ist die Ausweitung der Studienplätze in NDS eher konservativ zu betrachten und gesundheitspolitische Entwicklungen mit einzubeziehen. Dazu zählen die Datenerfassung und -auswertung der 1:1 Betreuungen im Kreißsaal und möglicher Intervention durch z. B. gesetzliche Vorgaben (Personalvorhaltung).

3.7.5 Fazit Hebammen

Die Hebammenversorgung in NDS ist durch die vollständige Akademisierung des Berufs seit Inkrafttreten des Hebammenreformgesetzes zum 01.01.2020 grundlegend neu strukturiert. Seit 2023 ist die Berufsausübung ausschließlich mit mindestens einem abgeschlossenen Bachelorstudium und Zulassung möglich. Im Jahr 2024 waren in NDS rund 1.080 Hebammen sv-pflichtig beschäftigt, wobei der Gesamtbestand – unter Einbezug freiberuflich tätiger Hebammen – auf etwa 1.800 geschätzt wird. Die Teilzeitquote liegt bei 69 %, was die tatsächliche Versorgungskapazität schmälert. Die Altersstruktur zeigt eine gleichmäßige Verteilung über die Altersdekaden, wobei etwa ein Viertel der Hebammen älter als 55 Jahre ist. Damit ist mittelfristig mit einem relevanten Anteil an Renteneintritten zu rechnen, der jedoch durch jüngere Berufseinmündungen langfristig kompensiert werden kann.

Die Arbeitsmarktsituation ist differenziert zu betrachten: Während die Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit den Beruf der Hebammen wechselnd als Engpassberuf oder „unter Beobachtung“ einstuft, liegt die derzeitige Stellenüberhangsquote in NDS bei 0 % (37 Arbeitslose auf 31 ausgeschriebene Stellen). Die Inanspruchnahme von Hebammenleistungen korreliert direkt mit der Geburtenentwicklung. NDS weist mit 1,42 Kindern pro Frau die höchste Geburtenrate im Bundesvergleich auf. Im Jahr 2024 wurden 65.646 Geburten verzeichnet. Darüber hinaus werden freiberufliche Hebammenleistungen im ambulanten Bereich in der Schwangerschaft und im Wochenbett in hohem Umfang in Anspruch genommen.

Die Datenlage zur Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage ist aufgrund der unterschiedlichen Beschäftigungsformen und fehlender Vollzeitäquivalente begrenzt belastbar. Zwar deutet die bundesweite Gegenüberstellung auf einen Angebotsüberhang hin, jedoch ist dieser durch die hohe Quote freiberuflich tätiger Hebammen nicht eindeutig interpretierbar. Zumal laut Verband weitere Studienplätze geschaffen werden sollen. Zudem bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungskapazitäten, insbesondere im stationären Bereich und bei der Umsetzung einer 1:1 Betreuung im Kreißaal.

Insgesamt zeigt sich, dass die Akademisierung der Hebammenausbildung erfolgreich umgesetzt wurde und die Versorgungssituation in NDS derzeit stabil erscheint. Die Etablierung zusätzlicher Studienangebote ist vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage und der strategischen Ausrichtung konservativ zu bewerten und lediglich unter Berücksichtigung gesundheitspolitischer Entwicklungen und regionaler Versorgungsbedarfe zu diskutieren.

4 Einbeziehung politischer Entwicklungen

4.1 Reformen auf Bundesebene

4.1.1 Vorhaben zu den Gesundheitsberufen aus dem Koalitionsvertrag

Die geplanten gesundheitspolitischen Reformprozesse auf Bundesebene könnten eine Verschiebung hin zu einer kompetenzorientierten, qualifikationsgestuften und zunehmend interprofessionellen Struktur der Gesundheitsberufe initiieren. Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung formuliert hierzu drei zentrale Zielrichtungen für diesen Bereich: die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Stärkung der Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis sowie die Ermöglichung eines „kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz[es] und die eigenständige Heilkundenausübung“ (CDU, CSU, SPD 2025). Diese Vorhaben zielen sowohl auf die Stabilisierung der Versorgungskapazitäten (durch die geplante Attraktivitätssteigerung der Berufe) als auch auf eine nachhaltige Erweiterung der fachlichen und rechtlichen Handlungsspielräume insbesondere in der Pflege sowie auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität ab. Im Folgenden werden die einzelnen, aktuell geplanten Reformen mit Bezug auf die Gesundheitsfachberufe im Detail erörtert und ihre Auswirkungen auf das Angebot an Gesundheitsfachberufen in NDS dargestellt.

4.1.2 Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG)

Mit dem Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG) werden die ökonomischen und strukturellen Rahmenbedingungen des stationären Versorgungssektors neu geordnet. Der Kabinettsentwurf vom 8. Oktober 2025⁵⁴ sieht eine Anpassung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vor.

Der Transformationsfonds wird neu justiert, wobei der Bund einen deutlich größeren Finanzierungsanteil übernimmt. Aus dem Sondervermögen „Infrastruktur“ sollen 29 Milliarden Euro durch den Bund bereitgestellt werden, während die Länder 21 Milliarden beitragen und Krankenkassen aus der Finanzierung ausgenommen werden. Künftig können auch Hochschulkliniken für krankenhausbegleitende Strukturmaßnahmen Mittel aus dem Transformationsfonds erhalten, wobei eine Finanzierung hochschulrechtlicher Aufgaben ausdrücklich ausgeschlossen bleibt.

⁵⁴ Gesetzesentwurf der Bundesregierung – Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHAG_Kabinettsentwurf.pdf

Die Reform verfolgt das Ziel, Qualität, Konzentration und Spezialisierung im stationären Bereich zu beschleunigen. Die Fristen für die Umsetzung von Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen werden verkürzt: Kliniken müssen diese künftig innerhalb von drei statt bisher fünf Jahren erfüllen. Dabei wird es möglich, die Kriterien in Kooperationen oder Verbünden umzusetzen. Zudem wird die Definition von Fachkliniken überarbeitet und die Mindestfallzahlenregelung flexibilisiert. Durch die Verschiebung der Vorhaltevergütung bis 2030, begleitet von budgetneutralen Übergangsjahren (2026–2027) und einer Konvergenzphase bis 2029, entsteht ein längerer Anpassungshorizont für Krankenhäuser. Zuschläge für die Pädiatrie und Geburtshilfe werden analog verlängert. Die Reduktion der Leistungsgruppen von 65 auf 60 – ergänzt um eine spezielle Gruppe für die Traumatologie – sowie spezifische Ausnahmeregelungen für Nordrhein-Westfalen verdeutlichen die Tendenz zu einer stärker differenzierten, aber zugleich straffer regulierten Krankenhauslandschaft. Mit der Verschiebung der Leistungsgruppen geht auch eine spätere Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung ihrer Umsetzung in den Kliniken einher.

Bewertung: Diese strukturellen Eingriffe beeinflussen mittelbar auch die Arbeits- und Beschäftigungssituation in den Gesundheitsfachberufen durch die zukünftige Spezialisierung und Reduktion der Krankenhäuser, mögliche Kooperationsstrukturen von Krankenhäusern in Klinikverbünden und Qualifikationsanforderungen in den einzelnen Leistungsbereichen.

4.1.3 Pflegekompetenzgesetz – Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Das Pflegekompetenzgesetz (Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege) und das Pflegeassistentengesetz waren bereits in der vorangegangenen 20. Legislaturperiode im parlamentarischen Verfahren⁵⁵. Der aktuelle Kabinettsentwurf⁵⁶ wurde am 11. September 2025 in erster Lesung behandelt und anschließend an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Der Gesetzesentwurf zielt auf eine Erweiterung der Befugnisse und Kompetenzen von Pflegefachpersonen ab. Für Leistungen der GKV im neuen § 15a SGB V

⁵⁵ Das Pflegefachassistenteneinführungsgesetz wurde am 4. September 2024 im Kabinett verabschiedet. Eine abschließende Befassung im Bundestag erfolgte durch den Bruch der damaligen Koalition nicht (1. Lesung: 05.12.2024). Das Pflegekompetenzgesetz wurde derselben Legislaturperiode am 18. Dezember 2024 im Kabinett verabschiedet. Der Bundestag befasste sich durch den Bruch der damaligen Koalition nicht mit dem Kabinettsentwurf.

⁵⁶ BT-Drucksache 21/1511

und parallel in § 28 Absatz 5 SGB XI wird festgelegt, dass auch Pflegefachpersonen bestimmte Aufgaben der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im Rahmen der leistungrechtlichen Vorschriften erbringen dürfen.

Dies bedeutet, dass Pflegefachpersonen künftig (in bestimmten Bereichen) bestimmte ärztliche Leistungen eigenverantwortlich und weisungsfrei im Sinne der Substitution erbringen dürfen. Definiert werden die Leistungen im neuen § 73d SGB V anknüpfend an die Modellvorhaben und den Rahmenvertrag nach § 64d SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder der häuslichen Krankenpflege. Auch für die weiteren Versorgungsbereiche im SGB V und SGB XI (Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) gilt, dass auf Grundlage von § 15a SGB V bzw. § 28 Abs. 5 SGB XI diese Leistungen erbracht werden dürfen. Erforderlich für die Durchführung der eigenverantwortlichen Leistungserbringung durch Pflegekräfte bleibt weiterhin eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung.

Im Krankenhausbereich sollen die Vertragsparteien bis 2028 einen Katalog vereinbaren, welche ärztlichen Leistungen Pflegefachpersonen eigenverantwortlich übernehmen dürfen. Die Übertragung dieser Leistungen orientiert sich an dem Katalog für den vertragsärztlichen Bereich nach § 73d SGB V (neu). Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt:innen soll zudem verbindlich geregelt werden. Diese eigenverantwortliche Heilkundenausübung durch Pflegefachpersonen in der Versorgung soll evaluiert werden mit besonderem Fokus auf den Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (mit Bachelor und Masterabschluss).

Außerdem sollen Pflegefachpersonen Leistungen der häuslichen Pflege wie auch Hilfsmittel nach einem definierten Leistungskatalog empfehlen können – ebenfalls erst nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung. Pflegefachpersonen übernehmen somit die Pflegeprozessverantwortung einschließlich der Unterstützung der Pflegebedürftigen in kooperativer interprofessioneller Zusammenarbeit.

Die Leistungen sollen eigenverantwortlich erbracht werden dürfen von Pflegefachpersonen mit beruflicher oder hochschulischer Ausbildung, aufgrund einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung oder aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder nachgewiesen wurde. *„Dazu gehören sowohl Pflegefachpersonen mit einer beruflichen Ausbildung, mit einer hochschulischen Ausbildung sowie mit einer hochschulischen Ausbildung, die über Kompetenzen für die eigenverantwortliche Wahrnehmung von Aufgaben nach § 37 Absatz 2*

*Satz 2 des Pflegeberufgesetzes in der ab 1. Januar 2025 geltenden Fassung in den Bereichen diabetische Stoffwechselerkrankungen, chronische Wunden und Demenz verfügen. Darüber hinaus gehören hierzu Pflegefachpersonen mit qualifizierten (Fach-)Weiterbildungen, beispielsweise auf Grundlage der Weiterbildungsordnungen der Landespflegekammern oder der Länder, Weiterbildungen von Fachgesellschaften (z. B. zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater DDG der Deutschen Diabetes-Gesellschaft), Weiterbildungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, und Pflegefachpersonen mit versorgungsbezogenen Master-Abschlüssen in der Pflege, z. B. Community Health Nursing bzw. Advanced Practice Nursing.“ Weiterhin sollen Empfehlungen für Mindestinhalte von Weiterbildungen entwickelt werden, die dann als Qualifikationsvoraussetzungen zugrunde gelegt werden sollen. **Die eigenständige Heilkundeausübung ist daher ausdrücklich nicht nur für akademisierte Pflegefachpersonen vorgesehen.***

In vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Absatz 3b SGB XI u. a. Vorschläge zur möglichen Einbeziehung hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unterbreitet werden. Um „zusätzliche Beschäftigungsanreize für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen zu schaffen, wird [...] vorgesehen, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen über die geltenden Personalanhaltswerte für Pflegefachpersonen hinaus Stellen für Pflegefachpersonen mit hochschulischer Qualifikation nach § 1 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes verhandeln können, wenn diese mit mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit in der direkten Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen tätig sind.“

Im Entwurf sind weiterhin Modellvorhaben vorgesehen, in denen Pflegefachpersonen, die in der Versorgung tätig sind, Begutachtungsaufgaben (z. B. zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Empfehlung eines Pflegegrads) übernehmen dürfen sowie Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege.

Ein Projekt auf Bundesebene soll Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Versorgung differenziert beschreiben („Scope of Practice“) und Grundlage von weiteren Entwicklungsschritten hinsichtlich der leistungsrechtlichen Befugnisse von Pflegefachpersonen werden.

Das Gesetz sieht darüber hinaus eine Reduktion der Pflegedokumentation auf das gesetzlich erforderliche Maß sowie die Förderung innovativer Versorgungsmodelle im Quartier vor. Substanzielle Veränderungen bezgl. der Entbürokratisierung, wie der Name der Gesetzesreform suggeriert, sind nicht vorgesehen.

Bewertung: Die eigenverantwortliche Heilkundenausübung ist ein wichtiger Schritt in Richtung der Kompetenzerweiterung der Pflege. Allerdings wird sie in diesem Gesetz nur in sehr eingeschränktem Rahmen ermöglicht. Zudem wird keine ausreichende Differenzierung zwischen den Kompetenzen von berufsschulisch und hochschulisch ausgebildeten Pflegenden vorgenommen, wie sie im internationalen Kontext gängig ist. Für die Ausgestaltung der Studiengänge gewinnt die Integration heilkundlicher Module perspektivisch dennoch an Bedeutung.

4.1.4 Pflegeassistenzgesetz – Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegeassistentenausbildung

Das Pflegeassistenzgesetz im Kabinettsentwurf vom 6. August 2025⁵⁷, beschlossen in der 2. und 3. Lesung vom Bundestag am 09.10.2025, soll ein bundesweit einheitliches und eigenständiges Berufsbild der Pflegefachassistenz schaffen. Das Gesetz ist zustimmungspflichtig; der Bundesrat hat dem am 09.10.2025 verabschiedeten Gesetz am 17.10.2025 zugestimmt.

Die Ausbildung soll generalistisch angelegt werden und umfasst Pflichteinsätze in der stationären Akutpflege, der stationären Langzeitpflege sowie der ambulanten Pflege. Sie dauert in der Regel 18 Monate, kann bei einschlägiger Berufserfahrung verkürzt werden und setzt in der Regel einen Hauptschulabschluss voraus. In Ausnahmefällen kann eine Aufnahme auch ohne Abschluss erfolgen, sofern eine Pflegeschule eine positive Prognose stellt. Eine bundeseinheitliche Finanzierungsgrundlage für die Ausbildungseinrichtungen und Pflegeschulen wird etabliert und eine Ausbildungsvergütung für Lernende ist vorgesehen. Nach Abschluss soll die Möglichkeit bestehen, sich zur Pflegefachperson weiterzubilden. Für Pflegekräfte mit ausländischen Qualifikationen wird eine einheitliche Regelung geschaffen, die eine Kenntnisprüfung oder einen Anpassungslehrgang anstelle umfassender Gleichwertigkeitsprüfungen vorsieht. Der Ausbildungsbeginn ist für das Jahr 2027 geplant.

In den Stellungnahmen zum Gesetzentwurf wird auf einen steigenden Bedarf an Pflegepädagog:innen hingewiesen. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) geht von etwa 300 zusätzlichen Lehrkräften aus, während bereits über 2.000 Fachkräfte fehlen.

⁵⁷ BT-Drucksache 21/1493

Zudem müssen Praxisanleiter:innen ab dem Jahr 2030 hochschulisch qualifiziert sein, wofür eine Übergangsfrist bis Ende 2029 gilt. Dies wird in der Stellungnahme des Bundesrates zum Pflegeassistenzgesetz kritisiert, da hochschulisch qualifizierte Praxisanleiter:innen weiterhin in dem Umfang nicht vorhanden seien⁵⁸. Die Bundesregierung hat dem Vorschlag des Bundesrates zur Verlängerung der Übergangsfrist nicht zugestimmt.

Bewertung: Das Vorhalten hochschulisch qualifizierter Praxisanleiter:innen für die Pflege wird in der Umsetzung herausfordernd werden – hierfür ist perspektivisch ein Ausbau der Studienkapazitäten erforderlich.

4.1.5 Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen

Der Kabinettsentwurf des Gesetzes vom 1. Oktober 2025 sieht eine Vereinheitlichung, Digitalisierung und Entbürokratisierung der Anerkennungsverfahren für Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, Apotheker:innen sowie Hebammen vor⁵⁹. Ziel ist eine deutliche Beschleunigung der Verfahren. Mit einer Änderung des Hebammengesetzes soll es ermöglicht werden, im Ausland absolvierte praktische Einsätze anzurechnen sowie die Berücksichtigung digitaler Lehrformate bei theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen.

Bewertung: Eine beschleunigte Anerkennung für ausländische Qualifizierte ist auch für die weiteren Gesundheitsfachberufe, insbesondere in der Pflege und den Therapieberufen, dringend notwendig, um dem Fachkräfteengpass zu begegnen und die Versorgungsbedarfe aktuell und perspektivisch zu decken

4.1.6 Vorhaben für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung/ Rettungsdienst

Entsprechend der Vorhabenplanung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird eine Reform des Rettungsdienstes angestrebt, welche die bisherige Zersplitterung der Notfallversorgung überwinden soll. Dafür ist allerdings laut inoffizieller Vorhabenplanung des BMG kein definitiver Zeitplan definiert worden, wodurch eine konkrete und zeitnahe

⁵⁸ BT-Drucksache 21/1940: Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 31 Absatz 1 Satz 4 PflAPrV)

⁵⁹ Gesetzesentwurf der Bundesregierung – Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/Berufsanerkennung_Heilberufe_Kabinett.pdf

Umsetzung unwahrscheinlich erscheint (POLITICO 2025). Parallel dazu wird ein Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in erster Lesung im Bundestag beraten. Ein eigener Vorschlag der Unionsfraktion soll vor der Winterpause vorliegen (Garrelts 2025).

Vorgesehen sind eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer, die Digitalisierung von Prozessen sowie die Einrichtung integrierter Strukturen. Dazu gehören ein digitales Gesundheitssystem, das die Notrufnummer 112 mit der 116117 der Kassenärztlichen Vereinigungen verknüpft, sowie die Schaffung gemeinsamer Notfallzentren, die Krankenhäuser und den ärztlichen Bereitschaftsdienst verbinden. Im Koalitionsvertrag wurde zudem die Schaffung gesetzlicher „Rahmenbedingungen für den Gesundheitssektor und den Rettungsdienst im Zivilschutz- sowie Verteidigungs- und Bündnisfall mit abgestimmter Koordinierung und eindeutigen Zuständigkeiten“ (CDU, CSU, SPD 2025) angekündigt.

Bewertung: Zusammen mit einer Reform der Notfallversorgung ist auch die Reform des Rettungsdienstes dringend notwendig, um die Kompetenzen von Notfallsanitäter:innen in der Versorgung nutzbar zu machen i.S. einer eigenständigen Heilkundenausübung in Notfallsituationen, ähnlich wie in der Pflege.

4.1.7 Vorhaben zu Berufsgesetzen der Therapieberufe

Bereits zum wiederholten Mal schaffte es ein Vorhaben zur Reformation der Berufsgesetze der Therapieberufe in den Koalitionsvertrag der Bundesregierung: *“Die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Eine ausschließliche Voll-Akademisierung lehnen wir ab.”* (CDU, CSU, SPD 2025, Z.3604-3605). Bereits in der letzten Legislaturperiode der Ampelregierung kursierte ein inoffizieller Referentenentwurf für das Berufsgesetz der Physiotherapie datiert mit Bearbeitungsstand 21.12.2023, veröffentlicht von Table Media (2023). Unklar bleibt, ob der Referentenentwurf durch das BMG lediglich überarbeitet wird oder ein neu erarbeiteter Entwurf eingebracht wird. Wie auch die Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes wurde diese Reform in der inoffiziellen Vorhabenplanung des BMG nicht datiert (POLITICO 2025).

Die Heilmittelerbringer scheinen aktuell nicht prioritär behandelt zu werden, während der Fokus der Bundesregierung v. a. auf der Stabilisierung der Finanzen von GKV und PKV liegt.

Währenddessen veröffentlichte die Techniker Krankenkasse ihre eigenen Vorschläge „gegen steigende Kassenbeiträge“, darunter auch die erneute Rückkehr zur Grundlohnsummenanbindung für Heilmittelerbringer (Techniker Krankenkasse 2025). Dies würde die Steigerungsraten bei der Vergütung der Therapeut:innen deutlich begrenzen.

Indes stehen die Heilmittelerbringer auch in der Digitalisierung hinten an. Die Regierungsparteien hatten einen Änderungsantrag zum Gesetzesentwurf zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege eingebracht. Die Frist zum Anschluss der Heil- und Hilfsmittelerbringer an die Telematikinfrastruktur (TI) soll vom 01. Januar 2026 auf den 01. Oktober 2027 verschoben werden. Grund dafür: Die Einführung der elektronischen Heilmittelverordnung (eVO) verzögert sich⁶⁰. Damit verschiebt sich die für Heilmittelerbringer relevante Funktion der TI deutlich.

Bewertung: Die verschobene Einführung der eVO, die unklare zeitliche Perspektive der Berufsgesetz-Novelle und der fehlende Fortschritt bei der Akademisierung verdeutlichen, dass Therapieberufe auf Bundesebene derzeit in vielerlei Hinsicht nachrangig behandelt werden. Im Gegensatz zur ärztlichen und pflegerischen Profession haben die Therapieberufe im öffentlichen Diskurs sowie in der politischen Interessensvertretung eine geringere Präsenz. Die politische Aufmerksamkeit konzentriert sich daher auf scheinbar krisenhaftere Bereiche, wodurch strukturelle Fragen der Heilmittelerbringung zurückstehen und es nicht ausreichend gelingt, die Probleme auf die politische Agenda zu setzen.

4.2 Reformen für Niedersachsen:

4.2.1 Novelle des Hochschulgesetzes

Die letzte Reform des Niedersächsischen Hochschulgesetzes erfolgte im Januar 2022 mit dem vom Landtag beschlossenen „Gesetz zur Stärkung der differenzierten Hochschulautonomie“. Dies war die letzte Reform seit dem Jahr 2015.

Im aktuellen Koalitionsvertrag der rot-grünen Landesregierung wurde ein „Hochschulentwicklungsvertrag“ für die Jahre 2024 bis 2028 veröffentlicht. Dieser sieht u. a. eine weitere Modernisierung des Hochschulgesetzes vor.

⁶⁰ Deutscher Bundestag Ausschuss für Gesundheit – Ausschussdrucksache 21(14)25

Der Genehmigungsvorbehalt von Studiengängen soll verändert und die Erstakkreditierung kann parallel zur Einführung eines neuen Studiengangs erfolgen, um die Hochschulen stärker zu autonomisieren. Gleichzeitig soll das Promotionsrecht an den Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW) eingeführt werden. Im Hochschulentwicklungsvertrag wird der Fachkräfteengpass explizit benannt sowie die Rolle der „nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe“ in der gesundheitlichen Versorgung: *„Das Land und die Hochschulen werden gemeinsam prüfen, ob ein bedarfsgerechter weiterer Ausbau in den Studiengängen der Pflege und der Hebammenwissenschaft realisierbar ist. Dies umfasst auch berufsbegleitende Aufbaustudiengänge für diese in der Vergangenheit noch nicht akademisierten Berufe“.*

Bewertung: Eine stärkere Autonomisierung der Hochschulen ermöglicht die Einführung neuer primärqualifizierender Studiengänge in den Gesundheitsfachberufen. Die Einführung des Promotionsrechts an den HAWs stärkt die Professionsentwicklung und wissenschaftliche Qualifizierung in den Gesundheitsfachberufen. Für den Ausbau der Studiengänge sollten die Analysen aus den Kapiteln 3.1 bis 3.7 berücksichtigt werden, wie im nächsten Kapitel zu den Handlungsempfehlungen konkretisiert wird.

5 Ableitung von Handlungsempfehlungen für Niedersachsen

5.1 Empfehlungen für den strategischen Ausbau akademischer Bildungswege in den Gesundheitsfachberufen in Niedersachsen

Um die Studienkapazitäten zu erweitern und das Angebot an Studiengängen zu erweitern, benötigen die Hochschulen Planungssicherheit. Daher werden in Abschnitt 5.1.1 zunächst strukturelle Handlungserfordernisse benannt, die Initiativen aus der Politik heraus erfordern. In Abschnitt 5.1.2 folgen konkrete Empfehlungen für die Hochschulen.

5.1.1 Strukturelle Handlungserfordernisse

Der gezielte Auf- und Ausbau akademischer Bildungswege in den Gesundheitsfachberufen erfordert verbindliche strukturelle und politische Rahmenbedingungen. Ziel ist es, Hochschulen, Ausbildungsträgern und Gesundheitsfachberufen langfristige Planungssicherheit zu geben und attraktive Karriere- und Entwicklungsperspektiven zu schaffen.

Empfehlungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen:

- **Verlässliche rechtliche und politische Rahmenbedingungen schaffen:** Für die Einführung und dauerhafte Etablierung insbesondere primärqualifizierender Studiengänge sind klare gesetzliche Regelungen und nachhaltige politische Entscheidungen erforderlich fernab von Modellprojekten (Wissenschaftsrat 2023).
- **Klinische Karrierepfade und Handlungsspielräume für akademisch qualifizierte Fachkräfte etablieren:** Es bedarf klar definierter Tätigkeitsfelder, Handlungsspielräume und Verantwortungsbereiche, die das Qualifikationsniveau akademisch ausgebildeter Gesundheitsfachpersonen widerspiegeln. Dies schließt angepasste Vergütungsstrukturen ein. Zudem sind spezifische Konzepte zu entwickeln, um akademisierte Fachkräfte gezielt in die Versorgung zu integrieren und ihre Potenziale systematisch zu nutzen. *(siehe auch Kapitel 5.2.2 zur Verbesserung der Attraktivität der Gesundheitsfachberufe).*
- **Professionsentwicklung und wissenschaftliche Qualifizierung fördern:** Akademische Karrierewege müssen geöffnet werden – mit klaren Möglichkeiten zur Promotion, Habilitation und zur Beteiligung an Forschung. Der Aufbau einer gesundheitsberuflichen Forschungskultur stärkt zugleich die evidenzbasierte Versorgung.
- **Attraktivität von Ausbildungen und Studiengänge steigern:** Maßnahmen wie bezahlte Praxiseinsätze, flexible Studienmodelle oder duale Strukturen können die Attraktivität deutlich erhöhen. Darüber hinaus sollte der Ausbau primärqualifizierender Studiengänge an öffentlichen Hochschulen prioritär erfolgen, da das Angebot bislang in NDS überwiegend durch private Anbieter dominiert wird.

5.1.2 Empfehlungen zur Gestaltung der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe

Der zukünftige Ausbau akademischer Qualifizierungsangebote soll insbesondere primärqualifizierende und dual ausgerichtete Bachelorstudiengänge adressieren. Ziel ist es, den Akademisierungsgrad in den Gesundheitsfachberufen gemäß der Empfehlung des Wissenschaftsrates (2023) auf **20 % in der Pflege** und **10–20 % in den Therapiewissenschaften** zu erhöhen. Im Folgenden wird auch Bezug auf die Prüfung des bedarfsgerechten Ausbaus in den Studiengängen der Pflege und der Hebammenwissenschaften nach dem Hochschulentwicklungsvertrag in NDS 2024-2029 genommen.

Empfehlungen für NDS zur Gestaltung der Studiengänge für Gesundheitsfachberufe:

- **Pflegeberufe priorisieren:** Der Ausbau primärqualifizierender Studiengänge in der Pflege hat oberste Priorität, um dem steigenden Versorgungsbedarf und der Zunahme von Pflegebedürftigkeit zu begegnen. NDS verfügt bislang über keinen entsprechenden Studiengang. Mit Blick auf die politische Entwicklung (Pflegekompetenzgesetz) sollte die Integration heilkundlicher Kompetenzen und die Vorbereitung auf eigenverantwortliche Tätigkeiten strategisch vorangetrieben werden.
- **Therapieberufe gezielt ausbauen:** Vorrangig ist die Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge in der Physiotherapie, da hier der Fachkräftemangel besonders ausgeprägt und der künftige Bedarf besonders im Hinblick auf den steigenden Anteil älterer Menschen und Pflegebedürftigen besonders hoch ist. Ergänzend sollten Ergotherapie und Logopädie ausgebaut werden, um auch in diesen Engpassberufen den prognostizierten Versorgungsbedarf abzudecken.
- **Physician Assistant strategisch positionieren:** Studienangebote für PAs sollten gezielt ausgebaut werden, um Versorgungslücken zu schließen und ärztliche Teams effektiv zu entlasten. Dabei ist auf eine enge curriculare und praktische Anbindung an das Versorgungssystem zu achten.
- **Rettungswesen weiterentwickeln:** Der Aufbau akademischer Strukturen im Rettungswesen ist im Hinblick auf die zunehmende Komplexität präklinischer Versorgung und die Schnittstellen zu ärztlichen Tätigkeiten zu prüfen. Zu bedenken ist allerdings die fehlende gesetzliche Grundlage zur eigenständigen Heilkundenausübung.
- **Hebammenwesen:** kein zusätzlicher Ausbau erforderlich: Aufgrund des bereits erreichten Vollakademisierungsgrades und der stabilen Fachkräftesituation besteht aktuell kein zusätzlicher Ausbaubedarf. Die vorhandenen Studienplatzkapazitäten werden als ausreichend eingeschätzt.

5.2 Allgemeine Empfehlungen zur Erhöhung des Fachkräfteangebots

5.2.1 Einführung einer Gesundheitspersonalplanung

Eine evidenzbasierte Gesundheitspersonalplanung ist zentrale Voraussetzung, um Engpässe im Gesundheitswesen vorausschauend zu erkennen und gezielte Maßnahmen ableiten zu können. Dafür sind valide, differenzierte und kontinuierlich erhobene Daten notwendig, die derzeit weder auf Landesebene in NDS, noch auf Bundesebene⁶¹ in ausreichender Qualität und Tiefe vorliegen (Wissenschaftsrat 2023).

Insbesondere fehlen Daten zu Studierendenzahlen, Studienangeboten und zur Beschäftigungssituation in den Gesundheitsfachberufen – etwa hinsichtlich Alter, Arbeitszeitanteilen, Tätigkeitsort oder Selbstständigkeit. Bei Ärzt:innen im ambulanten Bereich findet diese Datenerhebung und -aufbereitung zur Fachkräftesituation bereits durch die Bundesärztekammer als Institution der Selbstverwaltung statt. Während für die Pflege mit dem Landespflegebericht bereits eine solide Datengrundlage besteht, fehlen vergleichbare Informationen für die übrigen Gesundheitsfachberufe weitgehend. Aufgrund des hohen Anteils Selbstständiger – etwa in den Therapieberufen und bei den Hebammen – bilden die Daten der BA nur einen Teil der tatsächlichen Fachkräftesituation ab.

Empfehlungen für eine systematische Personalplanung:

- **Landesweite Gesundheitspersonalplanung etablieren:** Aufbau eines kontinuierlichen, zentral koordinierten Monitoringsystems zur Erhebung und Analyse von Daten zu Ausbildungs- und Studienkapazitäten, Beschäftigung, Qualifikationsstruktur und Versorgungsbedarf.
- **Datenlücken bei Studienangeboten schließen:** Systematische Erfassung aller Studiengänge der Gesundheitsfachberufe, insbesondere der primärqualifizierend-dualen Studiengänge, um Entwicklungs- und Steuerungsentscheidungen datenbasiert treffen zu können.

⁶¹ „Eine Bedarfsplanung erfolgt für die genannten Gesundheitsfachberufe auf Bundesebene nicht.[...] Für die Berufsgruppe 817 wird in Zukunft erwartet, dass aufgrund einer wachsenden Demografie getriebenen Nachfrage, die bereits heute angespannte Arbeitskräftesituation, wie beispielsweise für Spezialistinnen und Spezialisten der Berufe der Physiotherapie und der Sprachtherapie (vgl. BA Engpassanalyse Dezember 2019), sich zukünftig nicht entspannen wird“ (<https://dserver.bundestag.de/btd/19/174/1917411.pdf>).

- **Differenzierte Datenerhebung zur Fachkräftesituation umsetzen:** Erhebung auf fünfstelliger Ebene nach Berufsklassifikation sowie kleinräumig nach Regionen, differenziert nach Alter, Geschlecht, Beschäftigungsform und Arbeitszeitanteil. Aufgrund der fehlenden Verkammerung der Gesundheitsfachberufe sollte eine offizielle Primärdatenerhebung analog zu den Modellen in Rheinland-Pfalz und Bremen (Huter et al. 2022) erfolgen⁶².

Durch die genannten Maßnahmen können eine bedarfsgerechte Ausbildungs- und Studienplatzplanung sowie belastbare Prognosen zur zukünftigen Arbeitsmarktsituation ermöglicht werden.

5.2.2 Attraktivität der Gesundheitsfachberufe verbessern

Die nachhaltigste Strategie zur Sicherung des Fachkräfteangebots liegt in der Bindung vorhandener Fachkräfte sowie in der Erhöhung der Attraktivität für Berufseinsteiger:innen. Ziel ist es, Beschäftigungsabbrüche, Berufswechsel und frühzeitige Renteneintritte zu reduzieren, um Personalressourcen möglichst lange im System zu halten (IEGUS, WifOR GmbH, IAW 2017). Gleichzeitig müssen neue Zielgruppen für Ausbildung und Studium gewonnen, um die Austritte – insbesondere durch den berufsdemografischen Wandel – zu kompensieren.

Um die Attraktivität für die Beschäftigten zu verbessern und gleichzeitig Interesse für eine Ausbildung bzw. ein Studium in einem Gesundheitsfachberuf zu wecken, bedarf es eines sinnvollen Gesamtkonzepts. Dies muss vor allem auf eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen allen Gesundheitsberufen sowie auf die größere Eigenständigkeit der Gesundheitsfachberufe abzielen (Nickel und Thiele 2023).

⁶² In Rheinland-Pfalz wird das „Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe“, gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung. Mit der Gegenüberstellung von Fachkräfteangebot und -nachfrage liefern das Webportal (Online verfügbar unter <https://www.branchenmonitoring-gesundheitsfachberufe-rlp.de/>) sowie die Gutachten ein umfassendes Bild zur Situation in Rheinland-Pfalz. Für Bremen hat das UBC Zentrum für Sozialpolitik der Uni Bremen im Auftrag der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Jahr 2021 eine Aktualisierung des Gesundheitsberufe-Monitorings von 2017 für das Land Bremen durchgeführt.

Empfehlungen zur Steigerung der Attraktivität:

- **Leistungen delegierbar machen und Kompetenzen in der Versorgung nutzen:** Pflegefachpersonen und Heilmittelerbringende verfügen über einen großen Wissensstand, den sie nur unzureichend eigenverantwortlich in der Versorgung einsetzen können. Eine Stärkung in der interprofessionellen Versorgung nutzt vorhandene Ressourcen und kann eine drohende Unterversorgung (auch durch Mangel an Ärzt:innen) vermeiden. Das Pflegekompetenzgesetz ist ein erster Schritt, der jedoch in beschränkten Handlungsspielräumen verharret und akademisierten Pflegekräften keine Handlungsoptionen eröffnet.
- **Neue Rollen- und Karrierepfade schaffen:** Entwicklung differenzierter Rollenprofile insbesondere für akademisierte Gesundheitsfachberufe mit klar definierten Verantwortungsbereichen, Aufstiegsmöglichkeiten und angemessener Vergütung.
- **Verbesserung der Arbeitsbedingungen:** Maßnahmen zur Reduzierung administrativer Belastung, zur Steigerung der Arbeitsplatzattraktivität und zur Flexibilisierung von Arbeitszeiten (z. B. Lebensarbeitszeitkonten, selbstorganisierte Teams) können zur Erhöhung der Verweildauer im Beruf beitragen.
- **Karriere- und Weiterbildungsdurchlässigkeit fördern:** Verbesserung der vertikalen Durchlässigkeit von Karrierewegen und Förderung der Handlungsautonomie, Verbesserung von Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten (IEGUS, WifOR GmbH, IAW 2017).
- **Vereinfachte Anerkennung:** Um die Migration ausländischer qualifizierter Fachkräfte nach Deutschland zu ermöglichen, ist eine vereinfachte Anerkennung für alle Gesundheitsfachberufe, insbesondere aber die Engpassberufe notwendig, wie bereits für (Zahn-)Ärztinnen, Hebammen und Apotheker:innen im Kabinettsentwurf vom 01.10.2025 des BMG vorgesehen (siehe Kapitel 4.1.3).
- **Internationale Wettbewerbsfähigkeit erhöhen:** Deutschland sollte sich an den internationalen Standards orientieren, nach denen die Pflege und die Therapieberufe mindestens ein Qualifikationsniveau auf DQR-/EQR-Stufe 6 (Bachelor-Niveau) erfordern. Nur durch attraktive Beschäftigungsmöglichkeiten für akademisierte Fachkräfte können qualifizierte internationale Bewerber:innen gewonnen und dauerhaft gebunden werden (Nickel und Thiele 2023; IEGUS, WifOR GmbH, IAW 2017).

5.3 Strukturelle Handlungserfordernisse und Empfehlungen zur Reduktion der (patientenseitigen) Nachfrage

Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen ist einerseits abhängig vom Angebot (Zugang zu Versorgungsleistungen und Verfügbarkeit) sowie vom subjektiven und objektiven (regionalen) Versorgungsbedarf und dessen Einflussfaktoren (Abbildung 33). Stellschrauben, die Einfluss auf den Bedarf an Fachkräften haben, sind nach dem Modell des Sachverständigenrats (SVR 2024) zum einen Steuerinstrumente mit Wirkung auf das Fachkräfteangebot (siehe Kapitel 5.1 und 5.2) und zum anderen auch Steuerinstrumente mit Wirkung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Um einen vollständigen Überblick zur Gesamtsituation in dieser Trendanalyse zu gewährleisten, werden allgemeine Handlungserfordernisse zur Reduktion der Nachfrage nachfolgend in diesem Kapitel kurz erläutert.

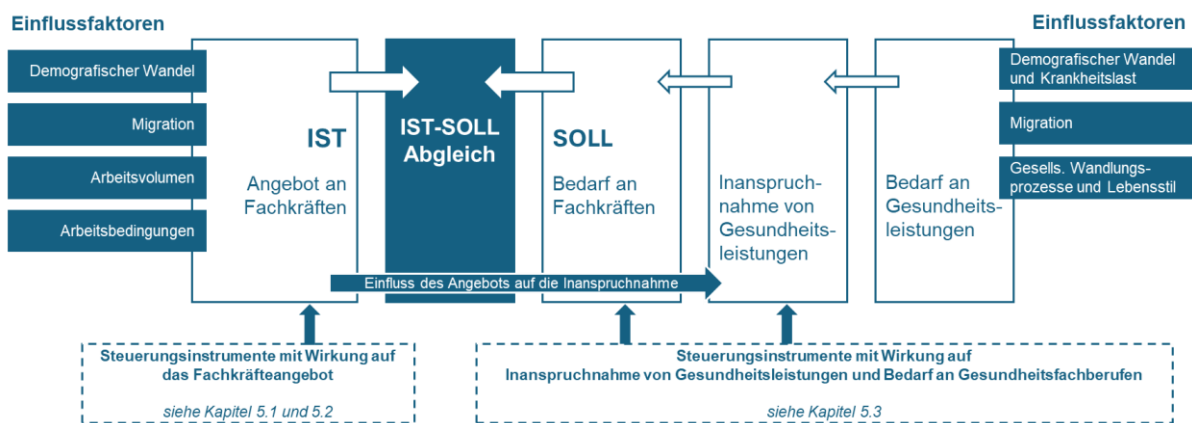


Abbildung 33: Ist-Soll Abgleich der gesundheitlichen Versorgung, eigene Darstellung in Anlehnung an SVR (2024)

Der Sachverständigenrat legt in seinem Gutachten von 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen“ Folgendes dar: Der Bedarf an Versorgung wird in den bisherigen Strukturen künftig nicht gedeckt werden können, selbst wenn es zu einer überdurchschnittlichen Zunahme an Personal kommen würde. Dem steht die voraussichtlich zunehmende Zahl von Patient:innen und Pflegebedürftigen gegenüber. Zum nachhaltigen Einsatz der knappen Personalressourcen und zur Verbesserung der Fachkräftesituation gehört daher nicht nur der isolierte Aufwuchs an Fachkräften durch verstärkte Ausbildung, sondern auch die effiziente und bedarfsgerechte Steuerung der Nachfrage nach Fachkräften (SVR 2024).

Um die Nachfrage von Gesundheitsleistungen zu reduzieren, müssen Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung massiv ausgebaut werden. Eine besondere Rolle spielt

hierbei die Prävention von Pflegebedürftigkeit, um altersbedingte Erkrankungen bzw. deren Folgen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und die Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten. Hierbei spielen die Heilmittelerbringer und die Pflege inkl. Beratungsleistungen eine große Rolle.

Hebel zur bedarfsgerechten Steuerung sind die Stärkung der Primärversorgung und die Reduktion stationärer Behandlungen, die besonders kostenintensiv im Hinblick auf personelle und finanzielle Ressourcen sind.

Als größte Hebel nennt der SVR u. a. folgende Empfehlungen zur besseren Steuerung der Patient:innen in der Versorgung:

- die **vernetzte Versorgung und Etablierung von Primärversorgungszentren**
- den **Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen**
- die **Reform der Notfallversorgung** mit Integrierten Leistellen und Integrierten Notfallzentren sowie Abrechnung der Einsätze des Rettungsdienstes zukünftig als eigenständige, präklinische notfallmedizinische Leistung, um die Notaufnahmen zu entlasten.

6 Fazit

Die vorliegende Trendanalyse zeigt, dass die Gesundheitsversorgung in NDS vor erheblichen Herausforderungen steht, die vor allem auf den demografischen Wandel und den damit steigenden Versorgungsbedarf zurückzuführen sind. In den meisten betrachteten Gesundheitsfachberufen – Pflege, Therapieberufe und Rettungswesen – besteht ein anhaltender Fachkräftemangel, verstärkt durch hohe Renteneintritte und begrenzte Berufseinmündungen. Ohne geeignete strukturelle Maßnahmen ist mittelfristig mit einer Verschärfung der Engpässe zu rechnen. Physician Assistants (PAs) können künftig ärztliche Tätigkeiten unterstützen. Mit Ausnahme der Hebammen liegt der Akademisierungsgrad unter der Empfehlung des Wissenschaftsrats von mindestens 10 %, was auf einen fortbestehenden Bedarf an akademischen Bildungswegen hinweist. In NDS bestehen bislang (mit Ausnahme der Hebammen) keine primärqualifizierenden Studiengänge, wodurch ein erheblicher Nachholbedarf besteht. Die Analyse verdeutlicht, dass die strategische Weiterentwicklung akademischer Bildungsangebote einen zentralen Hebel zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung darstellt.

Auf Bundesebene prägen Reformvorhaben wie das Pflegekompetenzgesetz und die geplanten Änderungen der Berufsgesetze der Heilmittelerbringenden die Rahmenbedingungen für Qualifikation und Tätigkeitsfelder. In NDS eröffnet die Novelle des Hochschulgesetzes Möglichkeiten zur Gestaltung entsprechender Studiengänge. Dabei sollten primärqualifizierende und dual ausgerichtete Bachelorstudiengänge im Fokus stehen, um Engpässe zu mindern und den Akademisierungsgrad zu erhöhen. Zentrale Empfehlungen ergeben sich wie folgt:

- **Pflegeberufe priorisieren:** NDS verfügt bislang über keine primärqualifizierenden Studiengänge. Mit Blick auf Reformen zur Befugnisserweiterung sollten heilkundliche Kompetenzen integriert werden.
- **Therapieberufe gezielt ausbauen:** Vorrangig ist die Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge in der Physiotherapie, gefolgt von Ergotherapie und Logopädie, um die prognostizierten Versorgungsbedarfe zu decken und Engpässe zu vermeiden.
- **PA strategisch positionieren:** Der Ausbau von Studienangeboten für PAs kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der medizinischen Versorgung und der Entlastung von Ärzt:innen leisten.
- **Rettungswesen weiterentwickeln:** Der Aufbau akademischer Strukturen im Rettungswesen ist zu prüfen und die gesundheitspolitische Entwicklung zu beachten.
- **Hebammenwesen – keine weiteren Studienplätzen erforderlich:** Aufgrund der bereits erreichten Vollakademisierung und der stabilen Fachkräftesituation besteht aktuell kein zusätzlicher Ausbaubedarf.

Für die Erweiterung von Studienkapazitäten benötigen Hochschulen verlässliche rechtliche und politische Rahmenbedingungen. Die Attraktivität von Studiengängen sollte gesteigert und klinische Karrierepfade und Handlungsspielräume für akademisch qualifizierte Fachkräfte etabliert werden.

Eine fundierte und datengestützte Gesundheitspersonalplanung ist Voraussetzung, um Engpässe frühzeitig zu erkennen und gezielte Maßnahmen abzuleiten. Dazu ist ein kontinuierliches, zentral koordiniertes Monitoringsystem zur Datenerhebung und Analyse notwendig.

Langfristig erfordert die Minderung von Engpässen nachhaltige Maßnahmen über Landesgrenzen hinweg, die die Attraktivität der Berufe erhöhen. Somit können einerseits Fachkräfte im System gehalten und neue Zielgruppen für die Berufe gewonnen werden. Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass der Ausbau akademischer Bildungswege nicht nur den Fachkräftebedarf deckt, sondern auch die Professionalisierung und Qualitätssicherung der Versorgung stärkt. Die Umsetzung der Empfehlungen setzt eine koordinierte Zusammenarbeit von Hochschulen, Politik und Versorgungseinrichtungen sowie stabile strukturelle Rahmenbedingungen voraus. Nur durch eine strategische Akademisierung kann NDS den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen wirksam begegnen.

7 Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband (2024): Transformation in eine zukunftsfähige Heilmittelversorgung. AOK-Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter https://www.podo-deutschland.de/fileadmin/user_upload/Berufsbilder/20241108_AOK-Positionspapier_Heilmittelversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

AOK-Bundesverband (2025): Von Krankentransport bis Flugrettung: Kassenausgaben steigen ungebremst. Online verfügbar unter <https://www.aok.de/pp/gg/daten-und-analysen/fahrkosten-rettungsdienste/>, zuletzt aktualisiert am 01.07.2025, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

ÄrzteZeitung (2025): Wie Rot-Grün den Ärztemangel in Niedersachsen stoppen will. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Wie-Rot-Gruen-den-Aerztmangel-in-Niedersachsen-stoppen-will-456615.html>, zuletzt aktualisiert am 19.02.2025, zuletzt geprüft am 01.09.2025.

BARMER bifg (2021): Abgerechnete Leistungen freiberuflicher Hebammen. BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg). Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/versorgungskompass/geburtshilfe-und-hebammenversorgung/abgerechnete-leistungen-freiberuflicher-hebammen>, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

BARMER bifg (2022): Heilmittel-Atlas Interaktive Grafiken. Hg. v. BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg). Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/heil-und-hilfsmittelreport>, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

BARMER bifg (2023): Arztreport: Kinderatlas - Ambulant dokumentierte Diagnosen auf dreistelliger ICD-10-Ebene nach Bundesland, Geschlecht und Altersgruppen (2005-2023). BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg). Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/arztreport/arztreport-kinderatlas-ambulante-diagnosen-nach-top-icd-10-dreistellern>, zuletzt geprüft am 01.10.2025.

BARMER bifg (2024): Heilmittelreport 2024. Hg. v. BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg). Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/heil-und-hilfsmittelreport-2024>, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

BARMER bifg (2025): Morbiditäts- und Sozialatlas. Hg. v. BARMER Institut für Gesundheitsforschung (bifg). Online verfügbar unter <https://www.bifg.de/atlas>, zuletzt geprüft am 26.08.2025.

Bertelsmann Stiftung (2024): Neuordnung der Rettungsdienstberufe. Online verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/neuordnung-versorgungslandschaft/projektnachrichten/neuordnung-der-rettungsdienstberufe>, zuletzt aktualisiert am 09.10.2024, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Blotenberg, Iris; Hoffmann, Wolfgang; Thyrian, Jochen René (2023): Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential. In: *Deutsches Ärzteblatt international* 120 (27-28), S. 470–476. DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0100.

BMBFSFJ (2025): Primärqualifizierende Studiengänge nach Pflegeberufegesetz. Online verfügbar unter <https://www.pflegeausbildung.net/pflegestudium/uebersicht-der-studiengaenge/>, zuletzt geprüft am 21.08.2025.

BMG (2025a): Gesundheitsberufe – Allgemein. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein>, zuletzt aktualisiert am 06.05.2025, zuletzt geprüft am 18.08.2025.

BMG (2025b): Hebammen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/hebammen.html>, zuletzt aktualisiert am 30.04.2025, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Bollen, Hendrik; Köster, Tim (2024): Arbeitsmarkt für Physician Assistants. Online verfügbar unter <https://www.mwv-berlin.de/meldung/!/id/582>, zuletzt geprüft am 15.09.2025.

Bundesagentur für Arbeit (2025a): Arbeitsmarktmonitor. Faktencheck zum Arbeitsmarkt. Online verfügbar unter <https://arbeitsmarktmonitor.arbeitsagentur.de/faktencheck/fachkraefte/tabelle/515/92236/3/?r=&b=&o=indikatoren>, zuletzt geprüft am 05.09.2025.

Bundesagentur für Arbeit (2025b): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2024. Nürnberg. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20894&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

Bundesagentur für Arbeit (2025c): Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen). Stichtag: 31.12.2024. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202412/iiia6/beschaeftigung-sozbebo-heft/bo-heft-d-0-202412-xlsx.xlsx?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

Bundesanstalt für Straßen- und Verkehrswesen (bast) (2024): Leistungen des Rettungsdienstes 2020/21. Online verfügbar unter <https://www.bast.de/DE/Publikationen/DaFa/2024-2023/2024-03.html>, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Bundesärztekammer (2025): Physician Assistance - ein etabliertes Berufsbild im deutschen Gesundheitswesen. April 2025. Hg. v. Bundesärztekammer. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Gesundheitsfachberufe/Physician_Assistance_Papier_.2025_.pdf, zuletzt geprüft am 28.08.2025.

Bundesverband für Bildung im Rettungswesen (BVBRW) (2025): Zur Qualifikation von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern für den Einsatz im Fahrdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen. Online verfügbar unter https://bildung-rettungswesen.de/wp-content/uploads/2025/09/BVBRW_Stellungnahme_NotSanQuali_KVFahrdienst_S0125.pdf, zuletzt aktualisiert am 29.09.2025, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

CDU, CSU, SPD (2025): Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 21. Legislaturperiode. Online verfügbar unter <https://www.koalitionsvertrag2025.de/>, zuletzt geprüft am 18.09.2025.

DAAD (2025): Hochschulkompass. Online verfügbar unter <https://www.daad.de/de/in-deutschland-studieren/hochschulen/alle-studiengaenge/?hec-q=notfallsanit%C3%A4ter>, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

DATA USA (2023): Physician Assistants. Online verfügbar unter <https://datausa.io/profile/soc/physician-assistants>, zuletzt geprüft am 15.09.2025.

Deutsche Rentenversicherung (2024): Reha Bericht 2024. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Online verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html, zuletzt geprüft am 27.10.2025.

Deutscher Bundestag (2022): Sachstand Gesundheitsberufe in Deutschland. WD 9 - 3000 - 058/22. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/914564/WD-9-058-22-pdf.pdf>, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Deutscher Hebammenverband (2025a): Entwicklung der Ausbildungszahlen von Hebammen von der Ausbildung an Hebammenschulen zum primärqualifizierenden Studiengang Hebammenwissenschaft an Hochschulen und Universitäten. Online verfügbar unter

https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/02/2025_02_12_Ausbildungszahlen-Hebammen.pdf, zuletzt aktualisiert am 12.02.2025, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Deutscher Hebammenverband (2025b): Warum braucht es eine 1:1-Betreuungsgarantie unter der Geburt. Online verfügbar unter https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/02/2025_DHV-Kampagne_BTW25_Betreuungsgarantie.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Deutsches Ärzteblatt (2017): Immer mehr Ältere erhalten logopädische Therapie. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/themen/senioren/immer-mehr-aeltere-erhalten-logopaedische-therapie-2cb668cb-c531-46d6-a532-d3013f625e0c#comments>, zuletzt aktualisiert am 26.09.2017, zuletzt geprüft am 01.10.2025.

Deutsches Ärzteblatt (2024): Große regionale Unterschiede bei Zahl von Rettungseinsätzen. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/grosse-regionale-unterschiede-bei-zahl-von-rettungseinsaetzen-cf9aabb8-6b91-4e79-8136-b9d0ca9f0d9b>, zuletzt aktualisiert am 09.10.2024, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Deutsches Ärzteblatt (2025): Komplikationen bei außerklinischen Geburten selten. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/komplikationen-bei-ausserklinischen-geburten-selten-ad0c085e-2852-4c9d-b72c-b96b35187c7d>, zuletzt aktualisiert am 13.10.2025, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Deutsches Krankenhausinstitut (2024): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2024. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Krankenhaus_Barometer_2024_final.pdf, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

Deutschlandfunk (2025): Die Probleme des Rettungsdienstes. Online verfügbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/rettungsdienst-notfallversorgung-100.html#Fachkraefte-mangel>, zuletzt aktualisiert am 19.03.2025, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

DHPA e.V. (2025): Grenzen des Wachstums der Studiengänge zum Physician Assistant? Online verfügbar unter <https://www.hochschulverband-pa.de/wp-content/uploads/2025/02/Datenerhebung-DHPA-2024-07.02.2025.pdf>, zuletzt geprüft am 01.09.2025.

Dieterich, Sven; Hoßfeld, Rüdiger; Latteck, Anne-Dörte; Bonato, Marcellus; Fuchs-Rechlin, Kirsten; Helmbold, Anke; große Schlarmann, Jörg (Hg.) (2019): Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS) - Abschlussbericht. Bochum. Online verfügbar unter <https://gesundheitscampus.hochschule->

bochum.de/fileadmin/user_upload/hochschule/Praesidium/Stabsstellen/Qualitaet_Studium_Lehre/VAMOS_ABSCHLUSSBERICHT_hsg_Endversion__Publikation_.pdf#page=11.08, zuletzt geprüft am 24.09.2025.

Enquetekommission des Niedersächsischen Landtages (2021): Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung. Online verfügbar unter https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf, zuletzt geprüft am 17.09.2025.

Garcia-González, Daniel; Peters, Miriam (2021): Ausbildungs- und Studienabbrüche in der Pflege – ein integratives Review. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17573>, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

Garrelts, Nantke (2025): Grüne wollen starke INZ-Anreize und mehr Länderbeteiligung. In: *Tagesspiegel Background*, 16.10.2025. Online verfügbar unter <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/gruene-wollen-starke-inz-anreize-und-mehr-laenderbeteiligung>, zuletzt geprüft am 16.10.2025.

GBD 2019 Stroke Collaborators (2021): Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. In: *The Lancet. Neurology* 20 (10), S. 795–820. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.

GKV-SV (2020): GKV-Heilmittel-Schnellinformation für die KV Niedersachsen. nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V. Januar bis September 2019. Hg. v. Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Online verfügbar unter https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2019_03/HIS-Bericht-Niedersachsen-KV17_201903.pdf, zuletzt geprüft am 26.08.2025.

GKV-SV (2025a): GKV-Heilmittel-Schnellinformation für die KV Niedersachsen. nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V. Januar bis September 2024. Hg. v. Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Online verfügbar unter https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2024_03/HIS-Bericht-Niedersachsen-KV17_202403.pdf, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

GKV-SV (2025b): Mehr 1:1-Betreuungen und höhere Vergütung im Beleghebammensystem. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/25-05-12_Infopapier_Beleghebammen.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Hagen, Bernd; Bruder, Sina; Frings, Sara; Kretschmann, Jens; Nieporte, Tobias (2025): Physician Assistants im ambulanten Bereich. Modellprojekt der KVWL. Abschlussbericht. Hg. v. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung (Zi). Online verfügbar unter https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/PAWL-Abschlussbericht_20-03-25.pdf, zuletzt aktualisiert am 20.03.2025, zuletzt geprüft am 16.09.2025.

Heistermann, Peter; Günther, Hans-Joachim; Heilmann, Claudia; Meyer-Treschan, Tanja; Sesselmann, Stefan; Schneke, Andre et al. (2022): A cross-sectional survey of German PA employment and workforce entry. In: *JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants* 35 (12), S. 45–49. DOI: 10.1097/01.JAA.0000892728.78698.75.

Heitmann, Jens (2018): Bis 2030 geht fast jeder fünfte Hausarzt in Rente. Hg. v. Hannoversche Allgemeine. Online verfügbar unter <https://www.haz.de/der-norden/hausarzt-mangel-in-niedersachsen-fast-jeder-fuenfte-mediziner-geht-in-rente-B7ICBJOMRPJN4GCI6LZEBPCO2E.html>, zuletzt aktualisiert am 11.04.2018, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Hoberg, Fabian (2024): Wie steht es um die Hebammen in Deutschland? Online verfügbar unter <https://www.doctari.de/magazin/wissenswertes/aktuelles/tag-der-hebamme/>, zuletzt geprüft am 28.10.2025.

Hons, Jörn (2024): Medizin in der Teilzeitfalle. Hg. v. AOK-Bundesverband. Online verfügbar unter <https://www.aok.de/pp/gg/magazine/gesundheit-gesellschaft-06-2024/aerzte-teilzeit/>, zuletzt aktualisiert am 20.06.2024, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Hooker, Roderick S.; Kulo, Violet; Kayingo, Gerald; Jun, Hyun-Jin; Cawley, James F. (2022): Forecasting the physician assistant/associate workforce: 2020-2035. In: *Future healthcare journal* 9 (1), S. 57–63. DOI: 10.7861/fhj.2021-0193.

Huter, Kai; Becker, Lena; Kalwitzki, Thomas; Rothgang, Heinz (2022): Aktualisierung des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Bedarfsvorausschätzung für ausgewählte Gesundheitsberufe im Land Bremen. Gutachten im Auftrag der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz. Hg. v. Uni Bremen Campus GmbH und UBC-Zentrum für

Sozialpolitik. Bremen. Online verfügbar unter https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Gesundheitsberufe_Monitoring_2021_Final.pdf, zuletzt geprüft am 17.09.2025.

IEGUS, WifOR GmbH, IAW (2017): Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Berlin, Darmstadt, Tübingen. Online verfügbar unter https://www.bundeswirtschaftsministerium.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nicht-aerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 23.10.2025.

Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinik Essen (2025): PAAM Physician Assistants meet Allgemeinmedizin. Online verfügbar unter <https://paam-projekt.de/>, zuletzt geprüft am 18.09.2025.

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP). Köln. Online verfügbar unter https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/berufseinmuendung_studienbericht.pdf#page=5.11, zuletzt geprüft am 25.08.2025.

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2025): Ein Leitfaden zur Integration in die Teampraxis. Physician Assistants in der ambulanten Versorgung. Online verfügbar unter https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Medien/Sonderbroschueren/Physician_Assistants_in_der_ambulanten_Versorgung_Leitfaden.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2025.

kfsn (2025): Koordinierungsstelle für Studieninformation und -beratung – Studieren in Niedersachsen. Online verfügbar unter www.studieren-in-niedersachsen.de, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

KOFA (2025a): Fachkräftesituation nach Berufen und Regionen. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung. Online verfügbar unter <https://www.kofa.de/daten-und-fakten/regionale-daten/arbeitsmarkt-nach-berufen-und-regionen/>, zuletzt geprüft am 26.08.2025.

KOFA (2025b): Ländersteckbrief Niedersachsen. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung. Online verfügbar unter <https://www.kofa.de/media/Publikationen/Laendersteckbriefe/Niedersachsen.pdf>, zuletzt geprüft am 20.08.2025.

Kompetenzzentrum Technik-Diversity-Chancengleichheit e.V. (2025): Datentool Ausbildung. Online verfügbar unter <https://www.kompetenzz.de/service/datentool/datentool-ausbildung>, zuletzt geprüft am 16.09.2025.

Krafft, Thomas; Neuerer, Maresa; Böbel, Simone; Reuter-Oppermann, Melanie (2022): Notfallversorgung & Rettungsdienst in Deutschland. Partikularismus vs. Systemdenken. Hg. v. Maastricht University Care and Public Health (CAPHRI). Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/PicturePark/2022-12/Studie_Notfallversorgung.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

KVN (08.11.2024): Mehr Praxisaufgaben, kaum Nachfolger: Droht in Niedersachsen ein Praxissterben? Online verfügbar unter https://www.kvn.de/Mitglieder/Publikationen/Presse/Mehr+Praxisaufgaben_+kaum+Nachfolger_+Droht+in+Niedersachsen+ein+Praxissterben_-p-35013.html, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

KVN (2025): Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen 2025. Hannover. Online verfügbar unter https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Publikationen/Brosch%C3%BCren+und+Flyer/Versorgung+in+Niedersachsen_+Brosch%C3%BCre-p-29744.pdf, zuletzt geprüft am 15.09.2025.

Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (24.05.2024): NRW: Über 10 000 erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen in der Pflege im Jahr 2023. Online verfügbar unter <https://www.it.nrw/nrw-viele-pflegekraefte-sind-erfolgreich-in-der-ausbildung-2023>, zuletzt geprüft am 20.10.2025.

Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. (2025): Beruf Hebamme. Online verfügbar unter <https://www.hebammen-nrw.de/beruf/beruf-hebammen/>, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Lehmann, Yvonne; Behrens, Johann (2016): Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 51–71.

Lehweß-Litzmann, René; Hofmann, Thomas (2024): Fachkräftenachwuchs für den Rettungsdienst? Wie auszubildende Notfallsanitäter:innen ihre berufliche Zukunft sehen. Online verfügbar unter https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/user_upload/WorkingPaper_Lehwess-Litzmann_Hofmann_2022.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Lipovsek, Jan; Schulz, Mandy; Hering, Ramona; Czihal, Thomas; Kroll, Lars Eric (2024): Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland - Aktualisierung 2024. Hg. v. Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung (Zi). Online verfügbar unter https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Zi-Bericht-Studienplaetze_2024.pdf, zuletzt aktualisiert am 12.02.2024, zuletzt geprüft am 18.09.2025.

LSN (2021a): Absolventinnen und Absolventen an den Schulen des Gesundheitswesens in Niedersachsen im Schuljahr 2019/2020 nach Ausbildungsberuf. Online verfügbar unter <https://www.statistik.niedersachsen.de/download/164986>, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

LSN (2021b): Schülerinnen und Schüler an den Schulen des Gesundheitswesens in Niedersachsen im Schuljahr 2020/21 nach Ausbildungsberuf. Hannover. Online verfügbar unter <https://www.statistik.niedersachsen.de/download/164988>, zuletzt geprüft am 02.09.2025.

LSN (2022): Absolventinnen und Absolventen an den Schulen des Gesundheitswesens in Niedersachsen im Schuljahr 2020/21 nach Ausbildungsberuf. Online verfügbar unter <https://tinyurl.com/3shekjpc>, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

LSN (2023): Was die Zukunft wohl bringt? Ergebnisse der regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung für Niedersachsen bis zum Jahr 2040. Online verfügbar unter <https://www.statistik.niedersachsen.de/download/194984>, zuletzt geprüft am 15.09.2025.

LSN (2024a): LSN-Online Regionaldatenbank. Online verfügbar unter <https://www1.nls.niedersachsen.de/statistik/html/default.asp>, zuletzt geprüft am 18.08.2025.

LSN (2024b): Niedersachsen-Monitor 2024. Hannover. Online verfügbar unter <https://www.statistik.niedersachsen.de/download/212985>, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

LSN (2024c): Wird die Bevölkerung Niedersachsens weiterwachsen? Die 4. regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen, Ergebnisse und Limitationen. Hannover. Online verfügbar unter <https://www.statistik.niedersachsen.de/download/209939>, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

LSN (2025a): Die generalisierte Pflegeausbildung in Niedersachsen 2023. Unter Mitarbeit von Katja Zielinsky und Hanna Köritz. Online verfügbar unter <https://magazin.statistik.niedersachsen.de/die-generalisierte-pflegeausbildung-in-niedersachsen-2023/#more-5080>, zuletzt aktualisiert am 26.06.2025, zuletzt geprüft am 21.08.2025.

LSN (2025b): Regionalmonitoring Niedersachsen. Online verfügbar unter <https://www.regionalmonitoring-statistik.niedersachsen.de/index.html>, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

LSN (2025c): Schulen des Gesundheitswesens in Niedersachsen. Tabellen. Online verfügbar unter <https://www.statistik.niedersachsen.de/schulen-gesundheitswesen-niedersachsen/schulen-des-gesundheitswesens-in-niedersachsen-tabellen-217007.html>, zuletzt geprüft am 22.08.2025.

Malteser (2024): Fachkräftemangel: Droht dem Rettungsdienst bald der Kollaps? Online verfügbar unter <https://www.malteser-in-nrw.de/news-listenansicht/news-detailansicht/news/fachkraeftemangel-droht-dem-rettungsdienst-bald-der-kollaps.html>, zuletzt aktualisiert am 05.02.2024, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Malteser (2025): Helfen und Leben retten. Online verfügbar unter <https://www.malteser.de/karriere/deine-karriere-im-rettungsdienst-auf-einen-blick.html>, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Marung, H.; Beckmann-Knoop, Sebastian; Beeck, Saskia; Coban, Inan; Czerniejewski, Anne; Durek, Victor et al. (2025): Rettungsdienstbezogene Studiengänge in Deutschland. In: *Notfall Rettungsmed.* DOI: 10.1007/s10049-025-01557-w.

Meng, Michael; Peters, Miriam; Dorin, Lena (2022): Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels : ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Version 1.0. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn. Online verfügbar unter https://res.bibb.de/vet-repository_780291, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

NDR (2025): Niedersachsen bei Geburtenrate vorne - aber bundesweiter Rückgang. Online verfügbar unter <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/niedersachsen-bei-geburtenrate-vorne-aber-bundesweiter-rueckgang,geburtenrate-108.html>, zuletzt aktualisiert am 17.07.2025, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Nickel, Sigrun; Thiele, Anna-Lena (2023): Akademisierung der Therapieberufe. Hg. v. Centrum für Hochschulentwicklung (DUZ Spotlight - Gute Praxis international). Online verfügbar unter <https://www.che.de/download/spotlight-therapieberufe/>, zuletzt geprüft am 21.10.2025.

Nickel, Sigrun; Thiele, Anna-Lena (2025): Akademisierung der Therapieberufe in Deutschland. Webinar in der Veranstaltungsreihe "CHETalk feat. DUZ Spotlight". Centrum für Hochschulentwicklung, 2025. Online verfügbar unter <https://www.che.de/event/chetalk-feat-duz-spotlight-2/>.

Niedersächsischer Landtag (2021): Bericht der Enquetekommission: „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ

hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“. LT-Drucksache 18/8650. Online verfügbar unter https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2025.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2023): Handlungsorientierte Sozialberichterstattung Niedersachsen. Statistikteil Bericht 2023. Hannover. Online verfügbar unter https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2025a): Krankenhäuser in Niedersachsen. Online verfügbar unter <https://www.ms.niedersachsen.de/krankenhaeuser/krankenhauser-in-niedersachsen-14126.html>, zuletzt geprüft am 24.09.2025.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (2025b): Landespflegebericht Niedersachsen 2024. Hannover. Online verfügbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/download/218568/Landespflegebericht_2024.pdf, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

Patel, Sadiq Y.; Auerbach, David; Huskamp, Haiden A.; Frakt, Austin; Neprash, Hannah; Barnett, Michael L. et al. (2023): Provision of evaluation and management visits by nurse practitioners and physician assistants in the USA from 2013 to 2019: cross-sectional time series study. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 382, e073933. DOI: 10.1136/bmj-2022-073933.

Pfüttsch, Pierre (2020): Notfallsanitäter als neuer Beruf im Rettungsdienst. Ein Überblick über Entwicklungen und Tendenzen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Essentials). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-30742-4>.

Physio Deutschland (Hg.) (2020): Hochschulumfrage 2020. PHYSIO-DEUTSCHLAND ermittelt Absolventenzahlen von “Physiotherapeuten mit akademischem Abschluss”. Köln. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/Hochschulumfrage-2020.pdf, zuletzt geprüft am 02.09.2025.

Physio Deutschland (2021): Physiotherapie: Fakten und Zahlen – ein Überblick. Stand: September 2021. Online verfügbar unter <https://www.physio->

deutschland.de/fileadmin/data/bund/news/pdfs/PHYSIO-DEUTSCHLAND_VPT_Faktenblatt_2021.pdf, zuletzt geprüft am 26.08.2025.

Physio Deutschland (2023): Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie. Köln. Online verfügbar unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Fakten/Zahlen_Daten_Fakten28.12.2023.pdf, zuletzt geprüft am 26.08.2025.

POLITICO (2025): Vorhabenplanung des BMG (Gesetzesentwürfe). Online verfügbar unter https://www.politico.eu/wp-content/uploads/2025/06/16/250616_BMG_Vorhabenplanung-1.pdf, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Einzelkapitel 9: Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? Hg. v. RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Gesundheit-in-Deutschland/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 28.10.2025.

RKI (2025): Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/Krankheitsfolgen/Funktionseinschraenkungen/ChronischesKranksein/chronisches-Kranksein_node.html?darstellung=1&kennzahl=1&zeit=21&geschlecht=0&standardisierung=0&varyingParamForTrendline=%7B%22region%22%3A3%7D, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

Schwarzmann, Anne-Luise; Gerlach, Sabine; Rohde-Schweizer, Renate; Straßer, Bernadette; Paul, Sören; Hammer, Sabine (2018): "Ich bin dann mal weg". Eine Studie zur Berufsfucht von LogopädInnen. In: *Forum Logopädie* 32 (3), S. 22–27.

Staatsministerium Baden-Württemberg (10.12.2020): Land baut Studienplätze für Hebammen aus. Online verfügbar unter <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-baut-studienplaetze-fuer-hebammen-aus-1>, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

statista (2025a): Angestellte in der Geburtshilfe und Entbindungspflege in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2023. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/159664/umfrage/hebammen-und-entbindungspfleger-in-deutschland-seit-2000/>, zuletzt aktualisiert am 12.08.2025, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

statista (2025b): Bevölkerung - Anzahl der Einwohner in den Bundesländern in Deutschland am 31. Dezember 2024. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71085/umfrage/verteilung-der-einwohnerzahl-nach-bundeslaendern/>, zuletzt aktualisiert am 20.06.2025, zuletzt geprüft am 13.10.2025.

Statistisches Bundesamt (2022): Fläche und Bevölkerung nach Ländern. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/flaeche-und-bevoelkerung>, zuletzt geprüft am 24.09.2025.

Statistisches Bundesamt (2025a): Gesundheitspersonalrechnung. Tabellen (Code 23621*). Online verfügbar unter <https://tinyurl.com/mr287p8u>, zuletzt geprüft am 26.08.2025.

Statistisches Bundesamt (2025b): Statistischer Bericht – 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung in Variante 15 (G1L1W2). Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-bvb-deutschland-2070-5124202219005.html?nn=208696>, zuletzt geprüft am 15.09.2025.

Statistisches Bundesamt (2025c): Zusammengefasste Geburtenziffer - Anzahl der Kinder pro Frau in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2024 [Graph]. In Statista. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76262/umfrage/geburtenziffer-anzahl-der-kinder-pro-frau-2007-und-2008/>, zuletzt aktualisiert am 16.07.2025, zuletzt geprüft am 19.08.2025.

Statistisches Bundesamt (29.07.2025): Pressemitteilung Nr. 276 vom 29. Juli 2025. 37 400 erfolgreich ausgebildete Pflegefachfrauen und -männer im Jahr 2024. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_276_212.html, zuletzt geprüft am 21.08.2025.

Steffen, Annika; Manas K. Akmatov; Holstiege, Jakob; Bätzing, Jörg (2018): Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Online verfügbar unter https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

SVR (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Hg. v. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR). Online verfügbar unter <https://www.svr->

gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.____durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf.

Table Media (2023): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie. Online verfügbar unter https://wp.table.media/wp-content/uploads/2024/02/14142613/Entwurf-eines-Gesetzes-zur-Reform-der-Berufe-in-der-Physiotherapie_.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

Techniker Krankenkasse (2025): 10-Punkte-Plan für eine Ausgabenwende: Wettbewerb, Mitteleffizienz und Beitragsstabilität in der GKV stärken. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2201382/9a1da8d3dc942ef59215b6bc14a0a6cf/tk-position-10-punkte-plan-gegen-steigende-kassenbeitraege-data.pdf>, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V. (2025): Auswertung 2. VPT-Umfrage. Arbeitssituation Physiotherapie - ein Ausstieg aus dem Beruf ist für viele ein vorstellbares Szenario. Online verfügbar unter <https://www.vpt.de/aktuelles/news-ansicht/auswertung-2-vpt-umfrage-arbeitssituation-physiotherapie-ein-ausstieg-aus-dem-beruf-ist-fuer-viele-ein-vorstellbares-szenario/#>, zuletzt geprüft am 24.09.2025.

WIdO (2024a): Heilmittelbericht 2023/2024. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. Unter Mitarbeit von Andrea Waltersbacher. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin. Online verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produnkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2023_2024.pdf?utm_source=chatgpt.com, zuletzt geprüft am 24.09.2025.

WIdO (2024b): Heilmittelbericht 2024. Schwerpunktthema: Die physiotherapeutische Versorgung bei Schulterbeschwerden. Unter Mitarbeit von Andrea Waltersbacher. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Berlin. Online verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produnkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2024p.pdf, zuletzt geprüft am 24.09.2025.

Wisniowski, Nora; Schluttig, Marie; Lenz, Lara; Kurscheid, Clarissa (2024): Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe. In: *GuS* 78 (1-2), S. 49–57. DOI: 10.5771/1611-5821-2024-1-2-49.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2022): Ausbildung und Berufsausübung von Rettungssanitätern. Vergleich landesrechtlicher Bestimmungen. Online verfügbar unter

<https://www.bundestag.de/resource/blob/912896/e896cc1c5c4599645ff6b1cbb4fd3deb/WD-9-049-22-pdf-data.pdf>, zuletzt aktualisiert am 20.09.2022, zuletzt geprüft am 17.10.2025.

Wissenschaftsrat (2022): HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem - Update. Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung. Hg. v. Wissenschaftsrat: Geschäftsstelle. Köln. Online verfügbar unter https://www.wissenschaftsrat.de/download/2022/9541-22.pdf?__blob=publicationFile&v=18, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

Wissenschaftsrat (2023): Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe | Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Online verfügbar unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/2023/1548-23>, zuletzt geprüft am 18.08.2025.

xit GmbH (2021): Lebenswertes Braunschweig: Altenhilfe- und Pflegeplanung 2020 - 2035, Entwicklungsperspektiven für eine attraktive Stadt. Auftraggeber Stadt Braunschweig. Online verfügbar unter https://www.braunschweig.de/politik_verwaltung/fb_institutionen/fachbereiche_referate/ref0500/Altenhilfe_Pflegeplan_2030_Braunschweig_mitZF-10.11.2021.pdf, zuletzt geprüft am 24.10.2025.

Zielinsky, Katja (2021): Für einen guten Start ins Leben – Die Akademisierung der Hebammenausbildung. In: *Statistische Monatshefte Niedersachsen* (6), S. 307–309.