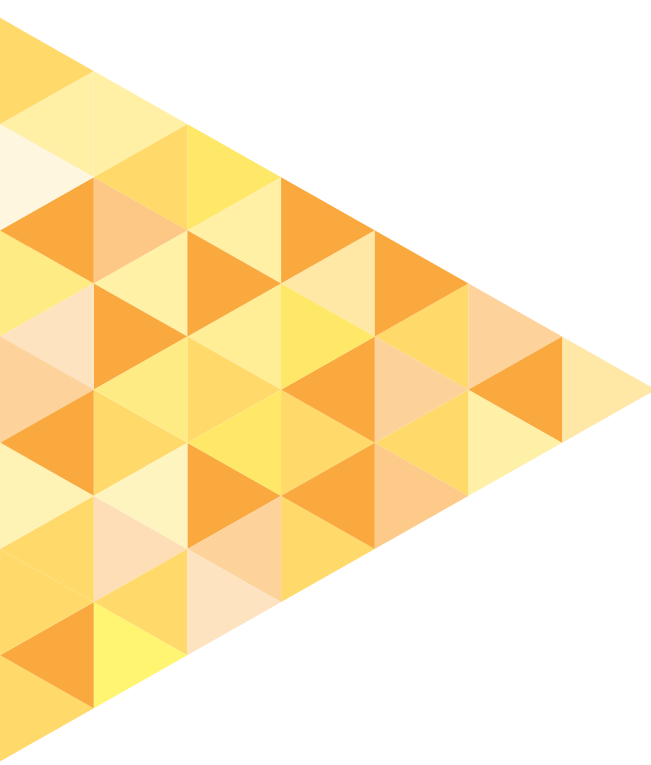


Tobias Maier | Jan Philipp Schroer | Alexander Schur
Anja Sonnenburg | Linus Ronsiek | Ines Thobe | Gerd Zika
Johanna Zenk

Implementierung und Durchführung eines Fachkräftemonitorings für das Bundesministerium für Gesundheit („Fachkräftemonitoring für das BMG“)



VET | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
REPOSITORY
| 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |

Ein Gemeinschaftsprojekt von



Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Zitiervorschlag:

Maier, Tobias; Schroer, Jan Philipp; Schur, Alexander;
Sonnenburg, Anja; Ronsiek, Linus; Thobe, Ines; Zika, Gerd;
Zenk, Johanna: Implementierung und Durchführung eines
Fachkräftemonitorings für das Bundesministerium für
Gesundheit : („Fachkräftemonitoring für das BMG“). Version
1.0 Bonn, 2026.

Online: <https://doi.org/10.66390/GZOO4306>



Version 1.0
Juli 2026

Herausgeber
Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114-116
53113 Bonn
Internet: www.vet-repository.info
E-Mail: repository@bibb.de

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernimmt das BIBB
keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der
verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber
verantwortlich.

CC Lizenz

Der Inhalt dieses Werkes steht unter Creative-Commons-Lizenz
(Lizenztyp: Namensnennung - Weitergabe unter gleichen
Bedingungen 4.0 International).

Weitere Informationen finden sie im Internet auf unserer
Creative-Commons-Infoseite
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Diese Netzpublikation wurde bei der Deutschen
Nationalbibliothek angemeldet und archiviert.

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze	12
1 Hintergrund	16
2 Das Projektionskonzept des Fachkräftemonitorings für das BMG	17
2.1 Berufe und Bereiche des Fachkräftemonitorings für das BMG	18
2.2 Projektionskonzept	23
2.3 Datengrundlagen	26
2.4 QuBe-Bevölkerungsprojektion	27
2.5 Fortschreibungsmethodik Angebotsseite	29
2.6 Fortschreibungsmethodik Nachfrageseite	32
2.6.1 Ansätze über die demografische Entwicklung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	33
2.6.1.1 Ansatz A1	33
2.6.1.2 Ansatz A2	33
2.6.1.3 Ansatz A3	35
2.6.1.4 Ansatz A4	35
2.6.1.5 Ansatz A5	35
2.6.1.6 Ansatz A6	36
2.6.1.7 Pflegekräfte nach Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen sowie (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen	36
2.6.2 Ansatz B über die Produktionsweisen in den Berufen	36
2.6.3 Ansatz C über die Schätzung des Arbeitsvolumenbedarfs der Berufsgruppen	37
2.6.4 Ansatz D – empirische Trendschätzung	37
2.6.5 Ansatz E – Konstanzannahme	38
2.6.6 Zuordnung der Ansätze zu den Berufen	38
3 Ergebnisse	41
3.1 Arbeitsmarktsituation in Gesundheitsberufen im Jahr 2024	41
3.2 Demografie	44
3.3 Entwicklung der FKM-Berufe insgesamt	48
3.4 Entwicklungen nach Berufen	50
3.4.1 Human- und Zahnmedizin	50
3.4.1.1 Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten (Expertin/Experte)	54
3.4.1.2 Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	57
3.4.1.3 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin	59
3.4.1.4 Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung	61

3.4.1.5	Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin	63
3.4.2	(Zahn-)Medizinische Fachangestellte, Berufe des Gesundheitshandwerks und (medizinisch-)technische Berufe	65
3.4.2.1	Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft.....	70
3.4.2.2	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	72
3.4.2.3	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium.....	73
3.4.2.4	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	74
3.4.3	Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe	75
3.4.3.1	Pflegeberufe – Hilfs- und Assistenz Tätigkeiten	79
3.4.3.2	Pflegeberufe – Fachkraft Tätigkeiten	83
3.4.3.3	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	86
3.4.3.4	Berufe im Rettungsdienst	87
3.4.4	Therapie- / Heilkundeberufe.....	88
3.4.4.1	Podologinnen/Podologen – Fachkraft	92
3.4.4.2	Berufe in der Sprachtherapie.....	93
3.4.4.3	Nichtärztliche Psychotherapie	95
3.4.4.4	Berufe in der Physiotherapie (Spezialistin/Spezialist)	99
3.4.4.5	Berufe in der Ergotherapie	101
3.4.5	Apothekenberufe	103
4	Fazit	108
4.1	Interpretation vor dem Hintergrund der verwendeten Methodik	108
4.2	Zentrale Entwicklungen	109
4.3	Limitationen und alternative Entwicklungsmöglichkeiten.....	113
5	Literaturverzeichnis	116
Anhang A: Tabelle 15: Übersicht über die BA-Engpassanalyse für die Berufe des Fachkräftemonitorings (FKM-Berufe) für das BMG, 2022–2024		125
Anhang B: Tabelle 16: Übersicht über die Landesbeschlüsse zur Über- und Unterversorgung nach Arztgruppen und Planungsbereichen für das Jahr 2024 im Rahmen der KBV- Bedarfsplanung		127
Anhang C: Tabelle 17: Berücksichtigung von KldB-2010-Systematikpositionen in der GPR.....		129
Anhang D: Tabelle 18: Anforderungsniveaus der FKM-Berufe mit beispielhaftem Beruf		133
Anhang E: Tabelle 19: Soziodemografische Merkmale der Erwerbspersonen in FKM-Berufen 2023 bis 2040.....		137
Anhang F: Abbildung 53: Entwicklung der Anteile an Facharztanerkennungen 2012 bis 2040		141
Anhang G: Das QuBe-Projekt.....		142
Anhang H: Datenquellen und Datenaufbereitung.....		144
Anhang H.I. Gesundheitspersonalrechnung.....		144

Anhang H.II. Ärztestatistik der Bundesärztekammer	144
Anhang H.III. Bundesarztregister und Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.	145
Anhang H.IV. GKV-Heilmittel-Schnellinformation	148
Anhang H.V. GKV-Arzneimittel-Schnellinformation – GAmSI-Daten.....	148
Anhang H.VI. Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes	149
Anhang H.VII. Abrechnungsdaten ärztlicher Leistungen	150
Anhang H.VIII. Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes	150
Anhang H.IX. Datenaufbereitung Arbeitsangebotsseite	152
Anhang H.IX.i. Abschätzung der beruflichen Mobilität	153
Anhang H.X. Nachfragefortschreibung über die demografische Entwicklung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ansätze A1, A2 und A4.....	157
Anhang H.X.i. Ansatz A1	157
Anhang H.X.ii. Ansatz A2	158
Anhang H.X.iii. Ansatz A4	158

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektionskonzept des Fachkräftemonitorings für das BMG	25
Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung, 2014 bis 2040, in Mio. Personen	28
Abbildung 3: Stock-Flow-Modell für die Fortschreibung der Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf.....	30
Abbildung 4: Projektion des Arbeitsangebots.....	32
Abbildung 5: Ansätze zur Nachfragefortschreibung über die demografische Entwicklung und unter Anwendung von Inanspruchnahmen und Personalschlüssel.....	34
Abbildung 6: Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren, 2014 bis 2040, in Mio. Personen	45
Abbildung 7: Entwicklung der Lebenserwartung ab Geburt, 2014 bis 2040, in Jahren	45
Abbildung 8: Entwicklung der Nulljährigen, 2014 bis 2040, in Mio. Personen	46
Abbildung 9: Entwicklung der weiblichen Bevölkerung von 15 bis 49 Jahren, 2014 bis 2040, in Mio. Personen.....	47
Abbildung 10: Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer, 2014 bis 2040.....	48
Abbildung 11: Entwicklung der Erwerbstätigen und Erwerbspersonen von 2012 bis 2040	49
Abbildung 12: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten insgesamt von 2012 bis 2040	54
Abbildung 13: Ambulante Behandlungen bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten im Jahr 2023 nach Altersjahren der Patientinnen und Patienten	56
Abbildung 14: Anzahl ambulanter Behandlungsfälle je VZÄ unter den Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin und unter den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten, 2014 bis 2040.....	57
Abbildung 15: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe von 2012 bis 2040	58
Abbildung 16: Ambulante Behandlungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Jahr 2023 nach Altersjahren der Patientinnen	59
Abbildung 17: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin von 2012 bis 2040	60
Abbildung 18: Krankenhauswahrscheinlichkeit in der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin nach Altersjahren im Jahr 2023.....	61
Abbildung 19: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung von 2012 bis 2040.....	62

Abbildung 20: Zahl der Krankenhauspatientinnen und -patienten und Krankenhauswahrscheinlichkeit insgesamt 2023.....	63
Abbildung 21: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin von 2012 bis 2040	64
Abbildung 22: Patientinnen- bzw. Patientenzahl und Krankenhauswahrscheinlichkeit in der Fachabteilung Innere Medizin im Jahr 2023.....	65
Abbildung 23: Beispiel zur Fortschreibung von Trends in den Verhältnissen zwischen Berufen im ambulanten Bereich.....	67
Abbildung 24: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der medizinischen Fachangestellten von 2012 bis 2040	71
Abbildung 25: Entwicklung des realisierten Bedarfs (Erwerbstätige) und des Arbeitskräfteangebots (Erwerbspersonen) der zahnmedizinischen Fachangestellten (Fachkraft) von 2012 bis 2040 in Köpfen und Vollzeitäquivalenten	72
Abbildung 26: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Angebot an Erwerbspersonen der medizinisch-technischen Berufe im Laboratorium von 2012 bis 2040	74
Abbildung 27: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der medizinisch-technischen Berufe in der Radiologie von 2012 bis 2040	75
Abbildung 28: Pflegebedürftige in Deutschland nach Versorgungsart, 1999 bis 2040.....	80
Abbildung 29: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Hilfs- und Assistenzberufe in der Pflege von 2012 bis 2040.....	80
Abbildung 30: Entwicklung des realisierten Bedarfs (Erwerbstätige) und des Angebots an Erwerbspersonen in Hilfs- und Assistenzberufe der Pflege von 2012 bis 2040 nach Krankenhaus/Rehaeinrichtung und stationärer Pflegeeinrichtung	82
Abbildung 31: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Pflegefachkräfte von 2012 bis 2040	83
Abbildung 32: Pflegefachkräfte im sonstigen Bereich: Anteil der Beschäftigung in Leiharbeitsverhältnissen und in Privathaushalten unter allen Pflegefachkräften im sonstigen Bereich 2012 bis 2023.....	84
Abbildung 33: Entwicklung des realisierten Bedarfs (Erwerbstätige) und des Angebots an Erwerbspersonen der Pflegefachkräfte von 2012 bis 2040 nach Krankenhaus/Rehaeinrichtung und stationärer Pflegeeinrichtung	84
Abbildung 34: Krankenhauswahrscheinlichkeiten von Männern in den Altersgruppen ab 60 Jahren, 2015 bis 2023	86
Abbildung 35: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege von 2012 bis 2040	87
Abbildung 36: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe im Rettungsdienst von 2012 bis 2040	88

Abbildung 37: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe der Podologie von 2012 bis 2040	92
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungseinheiten im Heilmittelbereich Podologie nach Altersgruppe 2023	93
Abbildung 39: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe der Sprachtherapie von 2012 bis 2040	94
Abbildung 40: Behandlungseinheiten pro Person in der Sprachtherapie nach Altersgruppen im Jahr 2023	95
Abbildung 41: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der nichtärztlichen Psychotherapie von 2012 bis 2040	97
Abbildung 42: Wahrscheinlichkeit eines Praxisarztbesuchs – nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten	98
Abbildung 43: Behandlungsfälle – nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten	99
Abbildung 44: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe in der Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist von 2012 bis 2040	100
Abbildung 45: Verteilung der Behandlungseinheiten im Heilmittelbereich der Physiotherapie nach Altersgruppe	100
Abbildung 46: Behandlungseinheiten pro Person bei Physiotherapeuten im Heilmittelbereich nach Altersgruppe	101
Abbildung 47: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe in der Ergotherapie von 2012 bis 2040	102
Abbildung 48: Behandlungseinheiten der Ergotherapie pro Person nach Altersgruppen im Jahr 2023	103
Abbildung 50: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Apothekerinnen/ Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten (Expertin/Experte) von 2012 bis 2040	106
Abbildung 50: Entwicklung der Arzneimittelverordnungen bei Frauen und Männern	107
Abbildung 51: Arzneimittelverordnungen nach Altersjahren 2023 – Frauen und Männer	108
Abbildung 52: Entwicklung der Anteile an Facharztanerkennungen 2012 bis 2040	141
Abbildung 53: Das QuBe-Modellsystem QINFORGE	143
Abbildung 54: Datenaufbereitung des Arbeitsangebotes der FKM-Berufe	153

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufe des Fachkräftemonitorings (FKM-Berufe) für das BMG.....	20
Tabelle 2: Die drei Bereiche des Fachkräftemonitorings für das BMG und ihre Aggregation	23
Tabelle 3: Zentrale Kenngrößen der QuBe-Bevölkerungsprojektion.....	28
Tabelle 4: Berufe und Fortschreibungsmethodik auf der Nachfrageseite	39
Tabelle 5: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Berufen der Human- und Zahnmedizin 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.....	51
Tabelle 6: Arbeitsmarktbilanz Human- und Zahnmedizin 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten	53
Tabelle 7: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Berufen der (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten, Berufen des Gesundheitshandwerks und (medizinisch-)technischen Berufen 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.....	66
Tabelle 8: Arbeitsmarktbilanz (Zahn-)Medizinische Fachangestellte, Berufe des Gesundheitshandwerks & (medizinisch-)technische Berufe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten	69
Tabelle 9: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.....	76
Tabelle 10: Arbeitsmarktbilanz der Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten.....	78
Tabelle 11: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Therapie- und Heilkundeberufen 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.....	89
Tabelle 12: Arbeitsmarktbilanz Therapie- und Heilkundeberufe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten.....	91
Tabelle 13: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Apothekenberufen 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.....	103
Tabelle 14: Arbeitsmarktbilanz Apothekenberufe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten.....	105
Tabelle 15: Übersicht über die BA-Engpassanalyse für die Berufe des Fachkräftemonitorings (FKM-Berufe) für das BMG, 2022–2024	125
Tabelle 16: Übersicht über die Landesbeschlüsse zur Über- und Unterversorgung nach Arztgruppen und Planungsbereichen für das Jahr 2024 im Rahmen der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung	127
Tabelle 17: Berücksichtigung von KldB-2010-Systematikpositionen in der GPR	129
Tabelle 18: Anforderungsniveaus der FKM-Berufe mit beispielhaftem Beruf	133
Tabelle 19: Soziodemografische Merkmale der Erwerbspersonen in FKM-Berufen 2023 bis 2040	137
Tabelle 20: Auswahl der ärztlichen humanmedizinischen Gruppen und ihre Zusammensetzung auf Grundlage der Daten der Ärztestatistik	144

Tabelle 21: Auswahl der ärztlichen humanmedizinischen Gruppen und ihre Zusammensetzung auf Grundlage der Daten der Ärztestatistik und des Bundesarztregisters im ambulanten Tätigkeitsbereich.....	147
Tabelle 22: Berufliche Mobilität zwischen dem höchsten erlernten Beruf und ausgeübten Beruf im Jahr 2023	156

Abkürzungsverzeichnis

ÄST	Ärztestatistik
BA	Bundesagentur für Arbeit
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundesarztregister
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBFSFJ	Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
FKM	Fachkräftemonitoring
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GWS	Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH
GPR	Gesundheitspersonalrechnung
HEROES	Health woRkfOrce to meet health challEngeS
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ILO	International Labor Organization
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KldB 2010	Klassifikation der Berufe 2010
KH	Krankenhaus
Mio.	Millionen
oS	ohne Spezialisierung
PKV	Private Krankenversicherung
QuBe	BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsprojektionen
ssT	sonstige spezifische Tätigkeitsangabe
StBA	Statistisches Bundesamt
Tsd.	Tausend
VGR	Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WZ	Wirtschaftszweig
WZ 2008	Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008

Das Wichtigste in Kürze

Dieser Bericht stellt die Ergebnisse der ersten **Basisprojektion des Fachkräftemonitorings für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** vor. Auf Grundlage einer **umfangreichen Datenbasis** zur Beschäftigtenstruktur (u. a. der Gesundheitspersonalrechnung, Krankenhaus- und Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (u. a. Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Heil- und Arzneimittel-Schnellinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung) wird der realisierte Bedarf an Erwerbstätigen für **54 Berufe** des Gesundheitswesens nach **ambulanten, stationären und sonstigen Einrichtungsarten** ermittelt – ausgehend vom Jahr 2023 bis zum Jahr 2040. Die Projektion des realisierten Bedarfs erfolgt anhand der **demografischen Entwicklung** und der Verknüpfung von **Inanspruchnahmen berufsspezifischer Gesundheitsleistungen** mit entsprechenden Bevölkerungsgruppen. Zudem werden Arbeitsweisen zwischen Berufen des Gesundheitssystems berücksichtigt.

Auf der Arbeitsangebotsseite werden bislang erkennbare Verhaltensweisen in der Berufswahl, Erwerbsbeteiligung und beruflichen Mobilität ebenfalls mithilfe einer eigenen Bevölkerungsprojektion fortgeschrieben. Diese **QuBe-Bevölkerungsprojektion** berücksichtigt bereits Anpassungen, die sich aufgrund des Zensus 2022 ergeben und schreibt die aktuell wahrscheinlichsten Entwicklungen im Geburten- und Wanderungsverhalten (Fort- und Zuzüge) sowie in der Lebenserwartung fort.

Ziel des Fachkräftemonitorings für das BMG ist es, mögliche berufliche Passungsprobleme in der Zukunft frühzeitig zu erkennen, um darauf aufbauend Ansatzpunkte für politische Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren und eventuelle Folgewirkungen von Maßnahmen zur Behebung dieser Probleme abzuschätzen. Ausgangspunkt der Projektion ist die Versorgungssituation im Status quo. Die im Basisjahr beobachtete Inanspruchnahme und Leistungserbringung kann jedoch nicht vollständig mit medizinischer Notwendigkeit gleichgesetzt werden. Sie kann auch durch vorhandene personelle Kapazitäten und etablierte Versorgungsroutinen beeinflusst sein. Konnten im Jahr 2023 z. B. Leistungen nicht erbracht werden, weil es an finanziellen und/oder personalen Ressourcen fehlte, so ist diese eventuelle Minderbeanspruchung im Projektionskonzept nicht berücksichtigt. Einen Hinweis auf möglicherweise fehlende personale Ressourcen liefert die Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (BA) oder wird bspw. im ambulanten vertragsärztlichen Bereich als Über- oder Unterversorgung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten benannt.

Die Projektion der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) und der voraussichtlich zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen (Arbeitskräfteangebot) zeigt auf, wie sich die zukünftige berufsspezifische Arbeitsmarktsituation darstellt, wenn Gesundheitsleistungen wie im Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht beansprucht werden und wenn sich das Arbeitskräfteangebot entsprechend der in der Vergangenheit feststellbaren Verhaltensweisen weiterentwickelt. Sie haben somit den Charakter einer **Wenn-dann-Aussage** und sind wie folgt zu interpretieren:

- Nimmt die Differenz zwischen den projizierten Erwerbspersonen (Arbeitskräfteangebot) und Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) in der Zukunft im Vergleich zum Status quo ab, deutet dies auf eine zunehmende arbeitsmarktbezogene Anspannung im Beruf hin. Konkret bedeutet dies, dass die Gesundheitsleistungen nicht in derselben Häufigkeit wie in 2023 beansprucht werden können, ohne dass sich das Arbeitskräfteangebot stärker erhöht als in den

bisherigen Entwicklungen absehbar ist oder sich die Arbeitsweisen (z. B. stationäre oder ambulante Leistungserbringung) verändern.

- Die im Jahr 2023 erbrachten Gesundheitsleistungen nach Alter und Geschlecht stellten keinen normativ bewerteten oder medizinisch optimalen Bedarf dar. Wenn die Gesundheitsleistungen nicht wie im Basisjahr erbracht werden können, kann das zwar auf eine zunehmende Unterversorgung hindeuten, kann aber nicht ohne Kenntnis der tatsächlich erbrachten, konkreten medizinischen Leistungen als solche interpretiert werden. Zudem ist es möglich, dass sich die Krankheitslast der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht verändert. Die Entwicklung der Morbidität und ihre Auswirkungen auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung sind in der hier vorgestellte Basisprojektion noch nicht berücksichtigt.
- Erhöht sich die projizierte Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen, ist dies ebenfalls vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungslage zu interpretieren. So ist es z. B. möglich, dass bei einem höheren Arbeitskräfteangebot zukünftig Leistungen erbracht werden können, die bislang aufgrund fehlender personaler Ressourcen nicht erbracht werden konnten. In der Folge könnte die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch zunehmen.

Folgende Ergebnisse zeigen sich in der Gesamtbetrachtung:

- Die Zahl der **Erwerbstätigen** in den untersuchten Berufen des Fachkräftemonitorings (FKM-Berufe) wächst zwischen 2023 und 2040 um rund 181 000 Personen (+4,5 %) von 4,06 Mio. auf insgesamt 4,25 Mio. an. **Die relative Bedeutung der FKM-Berufe in der Volkswirtschaft steigt**, ihr Anteil an allen Erwerbstätigen nimmt von 8,8 Prozent (2023) auf 9,6 Prozent (2040) zu.
- Für die Zukunft ist davon auszugehen, dass **die Zahl der Erwerbspersonen, die in einem FKM-Beruf qualifiziert sind**, um rund 210 000 Personen von 3,85 Mio. im Jahr 2023 auf rund 4,06 Mio. (+5,3 %) im Jahr 2040 zunimmt. Dies ist einerseits auf die Berufswahl jüngerer Menschen und andererseits auf die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse zurückzuführen.
- Grundsätzlich profitieren die FKM-Berufe von **beruflicher Mobilität**, denn es ist festzustellen, dass eine höhere Anzahl an Personen in die FKM-Berufe eintreten, als dass qualifizierte Personen den von ihnen erlernten FKM-Beruf verlassen. Bei Berücksichtigung der beruflichen Mobilität fällt der Anstieg des **Arbeitsangebots an Erwerbspersonen** mit rund 130 000 (+3,3 %) von 4,14 Mio. im Jahr 2023 auf 4,27 Mio. im Jahr 2040 aber geringer aus. Denn der Rückgang der Erwerbspersonen in der Volkswirtschaft insgesamt wirkt sich auch auf das Arbeitsangebot in den FKM-Berufen aus, da weniger Personen zur Verfügung stehen, die in einen FKM-Beruf hineinwechseln können.
- Die **Differenz zwischen dem Arbeitskräfteangebot und dem realisierten Bedarf wird kleiner**: Lag die Zahl an Erwerbspersonen im Jahr 2023 noch 1,8 Prozent über der Zahl an Erwerbstätigen, verringert sich dieses Verhältnis bis 2040 auf 0,7 Prozent. Bei der Betrachtung der Erwerbspersonen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sinkt das Verhältnis von 3,0 auf 2,2 Prozent. Dies deutet darauf hin, dass Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen im Jahr 2040 nicht in derselben Häufigkeit oder Weise erfolgen könnten wie im Jahr 2023. Während sich das Arbeitskräfteangebot bundesweit betrachtet bis zum Jahr 2040 in 23 der 54 FKM-Berufe im Verhältnis zum realisierten Bedarf verknappt, findet in 31 der FKM-Berufe aber auch eine Ausweitung des Arbeitskräfteangebots im Vergleich zum realisierten Bedarf statt.

Berufsspezifisch lassen sich folgende Entwicklungen hervorheben:

- Das höchste Erwerbstätigenwachstum und auch die höchsten Engpässe zeigen sich bei den **Pflegeberufen**. Sowohl bei den Fachkräften als auch bei den Hilfs- und Assistenzkräften steigt die Zahl der Erwerbstätigen bis 2040 um jeweils +64 000 (+11 bzw. 6 %) im Vergleich zum Jahr 2023 an. Bei den Hilfs- und Assistenzkräften liegt die Zahl der Erwerbspersonen rund 31 000 Personen unterhalb der projizierten Erwerbstätigenzahl (-4,8 %). Dies wird unter Annahme einer Beibehaltung der aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten durch den starken Anstieg Älterer ab dem Jahr 2035 hervorgerufen. Dies dürfte insbesondere die Personalrekrutierung in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegeeinrichtungen vor Herausforderungen stellen.
- In der **Human- und Zahnmedizin** nimmt die Zahl der Erwerbstätigen bei den Facharztgruppen ab, deren relevante Bevölkerungsgruppen für die Leistungserbringung in Zukunft schrumpfen. Hierzu gehören die **Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin oder auch Zahnmedizin**. Facharztgruppen, die stark von älteren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden – wie die **Innere Medizin, die Augenheilkunde und die Urologie** – erfahren im Zuge des demografischen Wandels eine langfristig stärkere Nachfrage.
- In der **Chirurgie** kommt es zu einer Verknappung im Vergleich zum Jahr 2023. Dies resultiert aus der Annahme steigender Zahlen von Krankenhauspatientinnen und -patienten in dieser Fachabteilung – ausgelöst durch die Alterung der Gesellschaft und konstante Inanspruchnahmen – sowie der gleichzeitig in der Entwicklung zurückgehenden Anzahl an Facharzttiteln.
- Bei den **Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten** entsteht in der Bundesbetrachtung ein geringer Überhang. Dies berücksichtigt gleichwohl nicht die bereits heute regional unterschiedlich verteilten unbesetzten Niederlassungsmöglichkeiten im hausärztlichen Bereich (vgl. Bedarfsplanungszahlen der KBV). Zudem konnte ein möglicher Anstieg der Inanspruchnahme aufgrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems in der Basisprojektion ebenfalls noch keine Berücksichtigung finden.
- In der **nichtärztlichen Psychotherapie** wächst die Zahl der Erwerbstätigen im Projektionszeitraum (+18 000 Erwerbstätige), während die Zahl der Erwerbspersonen verhältnismäßig langsam zunimmt.
- Der stärkste relative Engpass (-35 % bzw. -8 000 Personen) im Jahr 2040 zeigt sich bei Berufen in der **Hörgeräteakustik**. Dies resultiert aus der steigenden Zahl an Erwerbstätigen in Verbindung mit den entsprechenden ärztlichen Leistungen bei gleichbleibendem Angebot an Erwerbspersonen.
- Bei den **(zahn-)medizinischen Fachangestellten** auf Fachkraftebene kann die langfristig sinkende Zahl an Erwerbspersonen die zunehmende Zahl der Erwerbstätigen nicht decken.
- In den Apothekenberufen zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen. Bei den pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten trägt der u.a. digitalisierungsbedingte Abbau von Arbeitsplätzen dazu bei, dass das vorhandene Arbeitskräfteangebot rechnerisch über dem realisierten Bedarf liegt. Für

Apothekerinnen und Apotheker bzw. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten ist demgegenüber mit einer steigenden Nachfrage zu rechnen. Maßgeblich hierfür sind die zunehmende Komplexität der pharmazeutischen Betreuung sowie zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten in der Industrie.

Alle im Bericht vorgestellten Ergebnisse gelten für die Bundesebene. Es werden keine Aussagen zur regionalen Verteilung getroffen und damit noch nicht berücksichtigt, dass sich die Versorgungssituation regional sehr unterschiedlich darstellen kann. Auf Grundlage der Basisprojektion sollten Überlegungen zu alternativen Entwicklungen in Form von Szenarien- und Sensitivitätsanalysen angestellt werden, um Wirkungen von Maßnahmen, die den Passungsproblemen begegnen könnten, adäquat abschätzen zu können. Zudem wird auf die Darstellung der Limitationen im **Kapitel 0** verwiesen, die dieser Basisprojektion unterliegen und die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

1 Hintergrund

Der Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen nimmt seit Jahren zu. Die demografische Entwicklung, aber auch die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die rechtliche Ausgestaltung werden die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und somit den Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen auch weiterhin beeinflussen. Zugleich wird der Arbeitsmarkt durch einen Fachkräftewettbewerb geprägt sein (ZIKA U. A. 2024). Daher stellt sich die Frage, wie eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung flächendeckend mittel- und langfristig sichergestellt werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, empfiehlt der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege in seinem Gutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“ (2024) eine „strategische „Gesundheitspersonalplanung“,

„[...], d. h. den Aufbau eines nationalen Monitorings der Personalressourcen und darauf basierender regelmäßiger Prognosen des zukünftigen Angebots an und der Nachfrage nach Fachkräften. Vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen und Handlungskompetenzen der Berufsgruppen sollte diese Modellierung zwingend berufsgruppenübergreifend erfolgen, damit Substitutionspotenziale identifiziert und genutzt werden können.“ (GUTACKER U. A. 2024, S. XXIV)

Als bereits bestehende Instrumente zur Erfassung der zukünftigen Fachkräftesituation im Gesundheitswesen würdigt der Sachverständigenrat das Fachkräftemonitoring des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), welches Aussagen zur Fachkräftesituation in rund 140 Berufsgruppen (Dreisteller der Klassifikation der Berufe 2010 (KldB2010) ohne Militärberufe) zu treffen vermag. Das Fachkräftemonitoring für das BMAS fußt auf den Qualifikations- und Berufsprojektionen (www.qube-projekt.de). Das QuBe-Projekt wird vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) gemeinsam mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (GWS) durchgeführt – mit dem Ziel, berufliche Passungsprobleme möglichst frühzeitig zu erkennen. Der Detailgrad dieser Projektionen ist für eine strategische Personalplanung im Gesundheitsbereich jedoch nicht differenziert genug.

Die Berufsausübung im Gesundheitswesen ist überwiegend an spezifische Zulassungen geknüpft (insb. Approbation, Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung), um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und um eine hochwertige Arbeitsqualität sicherzustellen. Die Anzahl Erwerbstätiger in zulassungspflichtigen Berufen ist hier im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen ausgesprochen hoch. Diese Reglementierung verhindert zwischenberufliche Mobilität, die in anderen Teil-Arbeitsmärkten einen Beitrag zum Ausgleich von Angebot und Nachfrage leisten kann: Personen, die keine entsprechende Zulassung besitzen, können nicht in die reglementierten Gesundheitsberufe wechseln. Um frühzeitig berufliche Passungsprobleme in den Berufen des Gesundheitswesens zu erkennen und geeignete Maßnahmen zur Verringerung der Passungsproblematik zu identifizieren, bedarf es deshalb eines detaillierten langfristigen Monitorings von Angebot und Bedarf in den Gesundheitsberufen.

Um die praktische Umsetzbarkeit eines solchen Monitorings zu prüfen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das BIBB und die GWS mit einer

Machbarkeitsstudie beauftragt. In dieser Studie wurden die zur Verfügung stehenden Daten im Gesundheitswesen begutachtet, ihre Kompatibilität zueinander geprüft und darauf aufbauend ein Projektionskonzept erstellt. Anschließend wurde das Konzept mit relevanten Datenproduzentinnen und -produzenten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten unterschiedlicher Ministerien und im Rahmen der Joint Action HEROES („HEalth woRkforce to meet health challEngeS“) der Europäischen Kommission (<https://healthworkforce.eu/>) diskutiert und bei Bedarf geschärft. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie sind in einem Endbericht (MAIER U. A. 2024b) festgehalten.

Auf Grundlage der Machbarkeitsstudie wurden das BIBB, die GWS und das IAB mit der Durchführung eines „detaillierten, langfristigen Monitoring des Bedarfs an und des Angebots von Gesundheitsberufen („Fachkräftemonitoring für das BMG“) beauftragt. Die erste Projektphase erfolgt von November 2024 bis September 2027 und wird von einem wissenschaftlichen Projektbeirat begleitet. Der vorliegende Bericht stellt die ersten Projektionsergebnisse vor.

In **Kapitel 2** wird das verwendete Projektionskonzept vorgestellt, welches zum Verständnis der Ergebnisse notwendig ist. Die detaillierte Modellierung und die verwendeten Datenquellen sind in **Anhang H**: einsehbar. In **Kapitel 3** werden die Ergebnisse präsentiert und in **Kapitel 4** ein Fazit gezogen.

2 Das Projektionskonzept des Fachkräftemonitorings für das BMG

Das Fachkräftemonitoring für das BMG baut auf dem Projektionskonzept des QuBe-Projektes auf, welches auch die Grundlage für das Fachkräftemonitoring des BMAS darstellt. Das QuBe-Modellsystem ist durch drei wesentliche Merkmale gekennzeichnet:

- Ein harmonisierter Datensatz, der die Vorteile unterschiedlicher Datenquellen wie der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR), der Beschäftigtenhistorik der Bundesagentur für Arbeit (BA) und des Mikrozensus verbindet und damit anschlussfähig zu allen offiziellen Statistiken ist, die auf einen Gesamtblick ausgerichtet sind
- Die Verknüpfung der Bildungs- mit der Erwerbsseite durch international einzigartige Mobilitätsmatrizen zwischen erlerntem und ausgeübtem Beruf
- Kontinuität und regelmäßige Aktualisierung, um ein datenaktuelles, durchgehendes Monitoring zu ermöglichen

Die im QuBe-Modellsystem verwendeten Modelle, Module und Methoden sind in ZIKA U. A. (2025b) dargestellt. Für das Fachkräftemonitoring für das BMG wird die Datenbasis und die Methodik umfassend erweitert mit dem Ziel,

- einen Beruf und, wenn möglich, die von diesem Beruf erbrachten Gesundheitsleistungen in einer möglichst kleinteiligen Differenzierung zu erfassen und
- Ansatzpunkte politischer Handlungsmöglichkeiten zu operationalisieren, um Folgewirkungen von Maßnahmen zur adäquaten Behebung von Passungsproblemen abzuschätzen.

Im Folgenden werden zunächst die Berufe vorgestellt, die im Rahmen der Machbarkeitsstudie (MAIER U. A. 2024b) in Absprache mit relevanten Stakeholderinnen

und Stakeholdern als für das Fachkräftemonitoring relevant und aufgrund der verfügbaren Daten als zuverlässig projizierbar erachtet wurden (**Kapitel 2.1**). Anschließend wird ein kurzer Überblick über das Projektionskonzept gegeben (**Kapitel 2.2**), bevor die verwendeten Daten (**Kapitel 2.3**) sowie die drei wesentlichen Modelle, die Bevölkerungsprojektion (**Kapitel 2.4**), die Modellierung der Arbeitsangebotsseite (**Kapitel 2.5**) und die Modellierung der Arbeitsnachfrageseite (**Kapitel 2.6**) vorgestellt werden. Eine darüberhinausgehende, ausführliche Darstellung der verwendeten Daten und Modellierung findet sich in **Anhang H**.

2.1 Berufe und Bereiche des Fachkräftemonitorings für das BMG

Die Machbarkeitsstudie von MAIER U. A. (2024b) bildet die Grundlage für die Auswahl der im Fachkräftemonitoring des BMG betrachteten Berufe. In der vorliegenden Projektion werden 54 Einzelberufe berücksichtigt, die in **Tabelle 1** dargestellt sind. Die Nummerierung und Bezeichnung der Berufe entspricht, der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) folgend, der KldB 2010 – allerdings u. a. mit Abänderungen bei den Humanmedizinerinnen und -mediziner, weshalb sie als KldB 2010x bezeichnet wird. Die KldB 2010 differenziert im kleinsten Detailgrad nach rund 1 300 Berufsgattungen (Fünfsteller) (BA 2021). Die ersten vier Stellen stehen für die Berufsfachlichkeit, die fünfte Stelle für das Anforderungsniveau. Berufe mit den drei ersten Stellen in **Tabelle 1** befinden sich in derselben der insgesamt 144 Berufsgruppen (Dreisteller) der Volkswirtschaft, mit den ersten vier Stellen in derselben der 702 möglichen Berufsuntergruppen (Viersteller).

Das Anforderungsniveau nach der KldB 2010 beschreibt den Komplexitätsgrad einer Tätigkeit und wird in vier Stufen unterteilt: „Helfer- und Anlern Tätigkeiten“, „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, „komplexe Spezialistentätigkeiten“ und „hoch komplexe Tätigkeiten“. Zur Ausübung von fachlichen Tätigkeiten wird üblicherweise ein entsprechender Berufsabschluss verlangt – bei Helfertätigkeiten nicht. Spezialistentätigkeiten setzen üblicherweise eine Fortbildung oder einen Bachelorabschluss voraus; hoch komplexe Tätigkeiten, auch als „Expertentätigkeiten“ bezeichnet, einen Masterabschluss an einer Universität. Weist **Tabelle 1** kein Anforderungsniveau aus, dann werden mit dem genannten Beruf alle dort verfügbaren Anforderungsniveaus zusammen dargestellt (wie z. B. bei den medizinisch-technischen Berufen 8121, 8122, 8123 und 8124). Der Hauptgrund dafür liegt darin, dass die Fallzahlen in den herangezogenen Statistiken zu gering sind, um sinnvoll zwischen den Anforderungsniveaus differenzieren zu können.

Bei den Humanmedizinerinnen und -mediziner wird in der KldB 2010 nach zehn verschiedenen Kategorien unterschieden (erkennbar an der vierten Stelle der KldB 2010x in **Tabelle 1**). Diese werden für das Fachkräftemonitoring weiter differenziert, sodass Aussagen zu 14 unterschiedlichen Fachärztinnen- bzw. Facharztgruppen der Humanmedizin vorliegen. Die weitere Differenzierung wird über die sechste Stelle der KldB2010x in **Tabelle 1** wiedergegeben. So werden beispielsweise die 81444 der KldB2010 „Fachärztinnen/-ärzte für Sinnes- und Geschlechtsorgane – Expertin/Experte“ weiter untergliedert nach 814441 „Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde“, 814442 „Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, 814443 „Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“, 814444 „Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten“ und 814445 „Fachärztinnen/-ärzte für Urologie“. Auch der hausärztliche Bereich für Erwachsene, bestehend aus Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sowie hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten, wird herausgearbeitet aus der 81404-Gruppe, die in der KldB-Klassifizierung mehrere humanmedizinische Berufe umfasst. Die in der KldB 2010 bestehende Berufsgattung der 81494 „Führungskräfte – Human- und Zahnmedizin“ werden über die Ärztestatistik (ÄST)

der Bundesärztekammer (BÄK) den jeweiligen Fachärztinnen- bzw. Fachärzttrichtungen zugeteilt.

Eine Besonderheit ergibt sich auch in der Darstellung der Pflegeberufe. Die bisher im Altenpflege- und im Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Pflegeausbildungen wurden in einem neuen Pflegeberufegesetz (BMG 2024) durch das Pflegeberufereformgesetz zusammengeführt. Der erste Ausbildungsjahrgang startete im Jahr 2020 und beendete die Ausbildung im Jahr 2023. Es ist aktuell unklar, wie die neu qualifizierten Pflegefachfrauen und -männer in der KldB 2010 in Zukunft von den Erfassenden der Statistik eingeordnet werden. Erste eigene Auswertungen der Beschäftigtenhistorik der BA der Jahre 2018 bis 2024 zeigen, dass Auszubildende, die ihre Ausbildung im Jahr 2020 begannen, häufiger von den Betrieben in die 81302 „Gesundheits- und Krankenpflege“, als in die 82102 „Altenpflege“ eingeordnet werden als Auszubildende, die ihre Ausbildung in 2019 begannen (+12 % bzw. -12 % im dritten Lehrjahr). Die Zahl der „Altenpflege“ zugeordneten Auszubildenden übersteigt die Zahl der rund 100 Absolventinnen und Absolventen der Spezialisierung in der Altenpflege im ersten Abschlussjahrgang 2023 aber bei Weitem (STBA 2024a).

Die BA kommt in Bezug auf die neue generalistische Pflegeausbildung deshalb zu dem Schluss, dass es „sukzessive auch zu quantitativen Verschiebungen zwischen den betreffenden Berufsgattungen kommen [wird], die insbesondere Zeitreihenvergleiche verzerren. Daher ist unbedingt zu empfehlen, bei der Interpretation der statistischen Ergebnisse die beiden Berufsgattungen 81302 „Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege“ und 82102 „Berufe in der Altenpflege“ nicht isoliert zu betrachten.“ (STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2021, S. 4)

Wir können uns der Empfehlung der BA auch aufgrund unserer eigenen Analysen und der Diskussion der Entwicklungen mit dem wissenschaftlichen Projektbeirat anschließen. Da die bereits im Erwerbsleben stehenden Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger sowie Altenpflegerinnen und -pfleger nicht von derselben beruflichen Mobilität profitieren wie die generalistisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männer, erschien es zunächst sinnvoll, eine getrennte Modellierung für die in der KldB2010 unterschiedenen Berufe vorzunehmen, aber die Fachkräfte der „Gesundheits- und Krankenpflege“ und der „Altenpflege“ gemeinsam als „Pflege – Fachkräfte“ auszuweisen. Dasselbe gilt für die Helfertätigkeiten in der „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Altenpflege“. Im Folgenden werden diese in **Tabelle 1** dargestellten Berufe des Fachkräftemonitorings (FKM) als „FKM-Berufe“ bezeichnet.

Tabelle 1 gruppiert die FKM-Berufe nach fünf Überkategorien. Diese orientieren sich zum einen an den Berufsgruppen (Dreisteller) der KldB2010, zum anderen aber auch an der gewählten Modellierung der Nachfrageseite (vgl. **Kapitel 2.6**). So ist für die Ärztinnen und Ärzte die demografische Entwicklung und die Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen der unterschiedlich wachsenden oder schrumpfenden Bevölkerungsgruppen von Bedeutung. Die Entwicklung der (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten und der (medizinisch-)technischen Berufe ist wiederum an die Entwicklung der korrespondierenden Arztgruppen geknüpft. Die Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe sind überwiegend im stationären Bereich tätig, während die Therapie-/Heilkundeberufe sowie die Apothekenberufe eher ambulant tätig sind.

Tabelle 1: Berufe des Fachkräftemonitorings (FKM-Berufe) für das BMG

Überkategorie	KldB 2010x	Berufsbezeichnung
Human- und Zahnmedizin	81474	Zahnärztinnen/-ärzte, Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte
	814041	Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte
	814441	Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte
	814444	Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte
	814443	Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – Expertin/Experte
	814442	Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte
	814445	Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte
	814140	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte
	814841	Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte
	814842	Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte
	814042	Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte
	814540	Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte
	814240	Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte
	814340	Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte
		Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin – Expertin/Experte
	814641	Expertin/Experte
	814843	Fachärztinnen/-ärzte sonstiger Fachgebiete – Expertin/Experte
(Zahn-)Medizinische Fachangestellte, Berufe des Gesundheitshandwerks und (medizinisch-) technische Berufe	81112	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft
	81113	Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist
	81102	Medizinische Fachangestellte (ohne Spezialisierung (oS); sonstige spezifische Tätigkeitsangabe (ssT) – Fachkraft
	81103	Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist
	82593	Aufsicht; Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik
	8253	Berufe in der Hörgeräteakustik
	8252	Berufe in der Augenoptik
	8251	Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik
	82542	Zahntechnik – Fachkraft
	8250	Berufe in der Medizintechnik (oS)
	8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium
	8122	Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik
	8123	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie
	8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz

Überkategorie	KldB 2010x	Berufsbezeichnung
Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe	81301 & 82101	Pflege – Helfende (81301 – Gesundheits- und Krankenpflege – Helfende und 82101 Altenpflege – Helfende zusammengefasst)
	81302 & 82102	Pflege – Fachkraft (81302 – Gesundheits- und Krankenpflege – Fachkraft und 82102 Altenpflege – Fachkraft zusammengefasst)
	81393	Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung
	82103	Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung – Altenpflege
	81313	Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist
	81323	Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist
	8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege
	83142	Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist
	8134	Berufe im Rettungsdienst
Therapie-/Heilkunde- berufe	8175	Berufe in der Heilkunde und Homöopathie
	81772	Podologinnen/Podologen – Fachkraft
	8173	Berufe in der Sprachtherapie
	81694*	Nichtärztliche Psychotherapie
	81712	Physiotherapie – Fachkraft
	81713	Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist
	8172	Berufe in der Ergotherapie
	8178	Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung
	822	Erährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness
Apothekenberufe	8174	Berufe in der Musik- und Kunsttherapie
	8176	Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist
	81804	Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte
	81822	Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/Assistenten – Fachkraft

Quelle: eigene Darstellung

oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

* Die Kodierung 8169 entstammt der GPR und wurde für das Fachkräftemonitoring für das BMG zu 81694 angepasst.

Der Bedarf an Erwerbstätigen ist nicht nur für die Berufe insgesamt, sondern auch nach Einrichtungsarten von Interesse. Hier unterscheidet das Monitoring nach den drei Bereichen „ambulant“, „stationär“ und „sonstige“, mithilfe derer eine Kompatibilität zu der in der VGR verwendeten Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008) (StBA 2008) hergestellt werden kann. **Tabelle 2** gibt die Zuordnung der jeweiligen Einrichtungsarten auf die drei Bereiche wieder. Hierbei wird ebenfalls der Zuordnung in der GPR gefolgt. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist hier im „Gesundheitsschutz“ zu finden. Die Leiharbeit ist ihrerseits in den „sonstige[n] Einrichtungen“ abgebildet. Sie ist unter den FKM-Berufen mit Blick auf die Erwerbstätigenzahlen einzig in den Pflegeberufen relevant, weshalb die entsprechenden **Abschnitte unter 3.4.3** das Thema aufnehmen.

Für die Arbeitsangebotsseite ist eine Aufteilung nach Bereichen nicht sinnvoll, da die berufliche Qualifikation in der Regel nicht bereichsspezifisch erfolgt. Lediglich bei den Pflegeberufen auf Hilfskraft- und Fachkraftniveau wird eine Differenzierung nach Einrichtungsarten vorgenommen, da hier, wie erläutert, eine Zusammenfassung der Gesundheits- und Krankenpflege mit der Altenpflege erfolgte, Aussagen über eventuelle Engpässe oder Überhänge im stationären oder ambulanten Bereich aber von politischem Interesse sind. Der stationäre Bereich wird hierzu tiefer unterschieden in einerseits Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und andererseits stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Die dazu verwendete Methodik ist in **Abschnitt 2.6.1.7** beschrieben.

Tabelle 2: Die drei Bereiche des Fachkräftemonitorings für das BMG und ihre Aggregation

Bereiche	Einrichtungen
Insgesamt	Ambulante Einrichtungen Gesundheitsversorgung: Arztpraxen Zahnarztpraxen Praxen sonstiger medizinischer Berufe Öffentliche Apotheken Gesundheitshandwerk und -einzelhandel sonstige ambulante Einrichtungen Langzeitpflege: Einrichtungen der ambulanten Pflege
	Stationäre und teilstationäre Einrichtungen Gesundheitsversorgung: Krankenhäuser Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Langzeitpflege: stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen
	Sonstige Rettungsdienste Verwaltung Sonstige Einrichtungen (u. a. Leiharbeit) Vorleistungsindustrien des Gesundheitswesens pharmazeutische Industrie medizintechnische und augenoptische Industrie medizinische Laboratorien und Großhandel Gesundheitsschutz

Quelle: StBA 2025c, eigene Darstellung

2.2 Projektionskonzept

Das Projektionskonzept des Fachkräftemonitorings für das BMG setzt auf der Methodik des QuBe-Projektes (ZIKA U. A. 2025a) auf, wodurch die Projektionen auf der aggregierten Ebene der Berufsordnungen (Dreisteller) auch kompatibel zu den Ergebnissen des Fachkräftemonitorings für das BMAS sind (ZIKA U. A. 2025c). Das Projektionskonzept des Fachkräftemonitorings für das BMG verfolgt wie das QuBe-Projekt das Konzept des **realisierten Bedarfs**. Grundlage der Projektion der Arbeitsnachfrage sind somit Erwerbstätige und VZÄ und keine offenen Stellen.

Erwerbstätige sind gemäß der Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) Personen, die wöchentlich mindestens eine Stunde lang gegen Entgelt oder im Rahmen einer selbstständigen oder mithelfenden Tätigkeit arbeiten und mindestens 15 Jahre alt sind. **Erwerbspersonen** umfassen Erwerbstätige plus Erwerbslose. Gesamtwirtschaftlich ist es entsprechend nicht möglich, dass die Zahl der Erwerbstätigen jene der Erwerbspersonen übersteigt. Voraussichtlich wird die aufgrund des demografischen Wandels geringer werdende Zahl an Erwerbspersonen dazu führen, dass die Zahl der Erwerbstätigen zurückgeht (MAIER U. A. 2024a; ZIKA U. A. 2025c). Da das Fachkräftemonitoring für das BMG das Ziel verfolgt, Passungsprobleme auf detaillierter beruflicher Ebene im

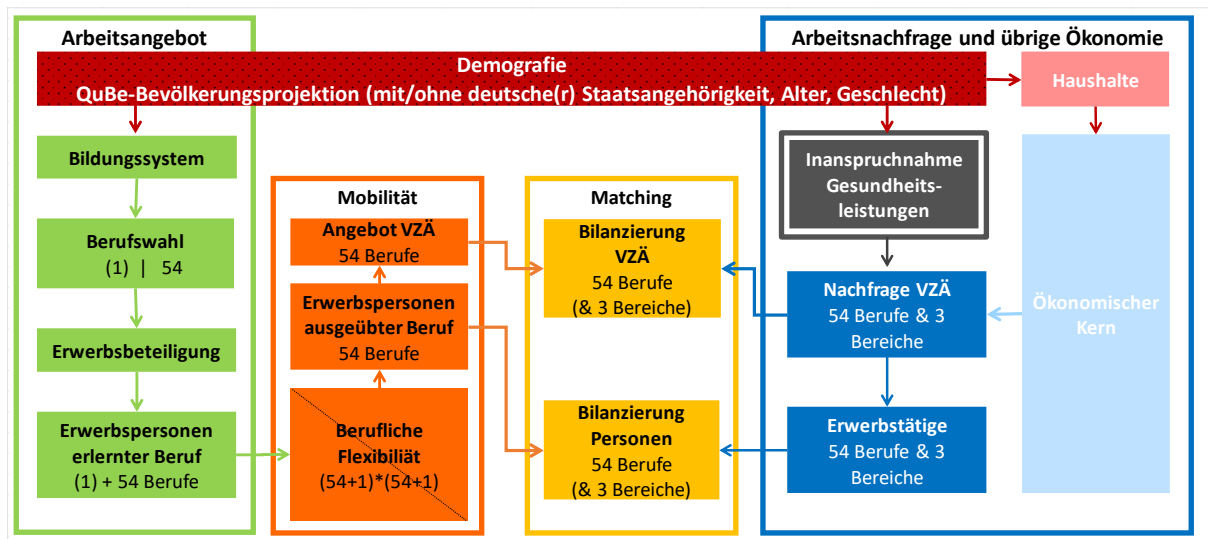
Gesundheitsbereich abzuschätzen, werden aber Passungsprobleme auf beruflicher Ebene zugelassen, d. h. die Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen kann in der Berechnung auch negativ werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Erwerbspersonen statistisch nur dem Arbeitsangebot eines einzelnen Berufs zugeordnet werden können, allerdings ergeben sich aufgrund beruflicher Mobilitäten Beschäftigungsmöglichkeiten in mehreren Berufen. So wird die Möglichkeit negativer Arbeitskräftebilanzen im Modell explizit zugelassen, um Engpässe auf beruflicher Ebene aufzuzeigen.

Die mit diesem Bericht vorgestellte Basisprojektion schreibt hierfür die vergangenen und aktuellen Entwicklungen in die Zukunft fort. Sollten sich z. B. die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die Berufswahl oder die berufliche Mobilität nicht verändern, so könnte z. B. die berufsspezifische Zahl der Erwerbstätigen die berufsspezifische Zahl der Erwerbspersonen übersteigen. Im Falle einer solchen Situation sind Überlegungen anzustellen, welche Implikationen sich daraus für die Versorgung ergeben und wie mit entsprechenden Engpässen umgegangen werden kann. Im Rahmen der Überlegungen sind mögliche Maßnahmen zu evaluieren, die eine Erhöhung des Arbeitsangebots umfassen oder ggf. auch eine Einschränkung der Leistungen zur Folge haben kann. Sofern die Zahl der Erwerbspersonen die Zahl der Erwerbstätigen signifikant übersteigt, können Rückschlüsse gezogen werden, ob eine Erweiterung dringend erforderlicher Leistungen als sinnvoll erachtet wird oder welche weiteren Perspektiven sich für die entsprechenden Berufe bieten.

Sensitivitäts- und Szenarioanalysen, die ein von der vergangenen und aktuellen Entwicklung abweichendes Verhalten simulieren, können entsprechend genutzt werden, um die Folgen entsprechender Maßnahmen auf den Arbeitsmarkt abzuschätzen.

Abbildung 1 stellt die wesentlichen Modelle und Module des Fachkräftemonitorings dar. Die Demografie (rot, **Abbildung 1**) ist ein entscheidender Faktor, der nicht nur die Zahl der Erwerbspersonen beeinflusst, sondern auch die demografisch bedingte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Die Entwicklung bestimmter Bevölkerungsgruppen wie z. B. Kinder oder Pflegebedürftige, ist dabei von besonderer Relevanz. Für die demografische Entwicklung wird auf die QuBe-Bevölkerungsprojektion zurückgegriffen, die im Gegensatz zu anderen Bevölkerungsprojektionen zwischen Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit unterscheidet (vgl. **Kapitel 2.4**).

Abbildung 1: Projektionskonzept des Fachkräftemonitorings für das BMG



Quelle: eigene Darstellung

Für das zukünftige **Arbeitsangebot** (grün, **Abbildung 1**) ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler, Auszubildenden und Studierenden und ihrer Berufswahl von Interesse. Hier wird auf das BIBB-Angebotsmodell (KALINOWSKI 2025) zurückgegriffen, welches in der Berufswahl nach 144 Berufsgruppen unterscheidet. Für das Fachkräftemonitoring des BMG wird diese Berufswahl weiter auf die 54 detaillierten FKM-Berufe in **Tabelle 1** untergliedert (siehe **Kapitel 2.5**). Alle anderen Berufe werden ebenfalls berücksichtigt, da sie im Rahmen der beruflichen Mobilität als Herkunfts- oder Zielberufe für das Fachkräftemonitoring relevant sind. Die Erwerbsbeteiligung wird nach Geschlecht, Alter, Personen mit und ohne deutsche(r) Staatsangehörigkeit sowie Qualifikationsniveau in die Zukunft fortgeschrieben. Hier wird unterstellt, dass sich die Trends der Vergangenheit (steigende Erwerbsquoten bei Frauen und älteren Menschen) weiter fortsetzen. Die Erwerbsbeteiligung entspricht immer jener der aktuellsten Mittelfristprognose für das BMAS (ZIKA U. A. 2025c). Das Arbeitsangebot nach höchstem beruflichem Abschluss bezeichnen wir unabhängig von der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit als **Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf**. Sie zeigen, wie viele Personen mit einer entsprechenden Qualifikation dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Allerdings arbeiten nicht alle Erwerbspersonen in ihrem gesamten Erwerbsleben in ihrem erlernten Beruf, sondern wechseln diesen. Diese berufliche Mobilität (orange, **Abbildung 1**) wird über die geschlechts-, alters-, staatsangehörigkeits- und qualifikationsspezifische Mobilität zwischen dem höchsten beruflichen Abschluss und dem ausgeübten Beruf wiedergegeben. Sie bestimmt, wie viele Erwerbspersonen für einen Beruf zur Verfügung stehen (vgl. **Anhang H.IX.i**). Wenn in diesem Bericht von **Erwerbspersonen** bzw. **Arbeitskräfteangebot** gesprochen wird, dann sind immer die **Erwerbspersonen unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität** gemeint. Die Zahl der Erwerbspersonen in einem Beruf A setzt sich zusammen aus Personen, die den Beruf A erlernt haben und in diesem Beruf ihre Arbeitskraft anbieten (Stayer) und Erwerbspersonen, die keinen oder einen anderen Beruf B erlernt haben und nun in Beruf A arbeiten bzw. dort arbeiten wollen (Mover). Erwerbspersonen, die den Beruf A erlernt haben, aber in Beruf B abwandern, sind nicht mehr Bestandteil des Arbeitskräfteangebots für Beruf A. Die Wahrscheinlichkeit der beruflichen Mobilität zwischen erlerntem und ausgeübtem Beruf wird anhand von Erwerbstätigen berechnet und auf Erwerbslose (und damit auf alle Erwerbspersonen) nach selbem erlernten Beruf, Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit übertragen. Die

Geschlechts- und Altersstruktur der Erwerbspersonen legt wiederum die Präferenz für die Arbeitsstunden fest, wodurch das Arbeitsangebot an VZÄ berechnet werden kann.

Auf der **Nachfrageseite** spielt die demografische Entwicklung sowie die Ökonomie eine Rolle (blau, **Abbildung 1**). Über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bestimmter Bevölkerungsgruppen wirkt der demografische Wandel direkt auf die Nachfrage nach VZÄ in den drei Bereichen (**Tabelle 2**) auf die interessierenden FKM-Berufe (siehe **Kapitel 2.6** für das spezifische Vorgehen). Über das bereichsspezifische Verhältnis von VZÄ zu Erwerbstätigen lässt sich die Zahl der Erwerbstätigen berechnen, die dann – ebenso wie die VZÄ – mit dem entsprechenden Arbeitskräfteangebot bilanziert werden können.

Das Fachkräftemonitoring für das BMG legt den Fokus auf die Analyse spezieller Berufe und Arbeitsmarkttrends im Gesundheitsbereich sowie demografischer Entwicklungen. Die Nachfrage nach Arbeitskräften wird dennoch zum Teil unter Berücksichtigung ökonomischer Komponenten des Modells bestimmt: über Arbeitsvolumenbedarfsschätzungen, was v. a. Berufe außerhalb des Gesundheitswesens betrifft – beispielsweise solche in der Pharmaindustrie. Diese Schätzungen berücksichtigen u. a. Endnachfragekomponenten (bspw. Konsumausgaben für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen), die das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte einbeziehen, sowie Produktionsniveaus und Löhne in branchenspezifischen Berufsfeldern. Alle Berufsprojektionen im Fachkräftemonitoring für das BMG werden im Aggregat auf Konsistenz mit den Ergebnissen der QuBe-Basisprojektion (siehe **Anhang F:**) bzw. des Fachkräftemonitorings für das BMAS geprüft und abgestimmt.

Für die detaillierte Bestimmung der Bestände an Erwerbstätigen und Erwerbspersonen sowie für das Angebot und den Bedarf an VZÄ nach den FKM-Berufen und ihre Fortschreibung ist die Harmonisierung einer Vielzahl an Datenquellen notwendig. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt.

2.3 Datengrundlagen

Neben dem Mikrozensus, der Beschäftigtenhistorik der BA und der VGR, die bereits standardmäßig im QuBe-Modellsystem integriert sind, wird die Datengrundlage für das Fachkräftemonitoring für das BMG umfassend erweitert. Die maßgebliche Datengrundlage für die Zahl der Erwerbstätigen und VZÄ ist die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) und die damit verknüpften Basisstatistiken (vgl. **Anhang H.I.**). Aus ihr wird auch die Zahl der Erwerbspersonen nach ausgeübtem Beruf (Arbeitskräfteangebot) und angebotsseitigen VZÄ geschätzt (vgl. **Kapitel 2.5**). Die GPR stellt die Gesundheitsberufe nach der KldB 2010 dar, unterscheidet im ärztlichen Bereich, aber nur zwischen Human- und Zahnmedizin.

Die Ärztestatistik (ÄST) der Bundesärztekammer (BÄK) dient dazu, die Gliederung der Berufe im Bereich der ärztlichen Gruppen in der Humanmedizin zu erweitern. Zudem informiert sie für das Arbeitsangebot über die anerkannten Facharzttitle. Der Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird genutzt, um aus der Kopfbzahlbetrachtung der BÄK die Zahl der VZÄ über die Bedarfsplanungsgewichte der Vertragsärztinnen und -ärzte zu schätzen. Das Bundesarztregister wird verwendet, um Daten zu hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten zu integrieren, um die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und der ärztlich tätigen Internistinnen und Internisten für Erwachsene abzubilden.

Um die demografisch bedingte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit der Bevölkerungsprojektion zu verknüpfen, dient die Krankenhausstatistik im stationären Bereich dazu, den Personalbedarf auf die Krankenhauspatientinnen und -patienten nach Fachabteilung abzustimmen. Die Pflegestatistik erhebt umfassende Strukturdaten zu stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, pflegebedürftigen Personen sowie zum

Pflegepersonal. Für die Projektion der Nachfrage nach ambulanten ärztlichen sowie psychotherapeutischen Leistungen werden Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) verwendet. Die GKV-Heilmittel-Schnellinformation (GKV-SPITZENVERBAND 2025b) berichtet jedes Quartal über Bruttoumsätze, die mit Heilmitteln erzielt wurden, sowie über die Anzahl ausgestellter Verordnungsblätter und in Anspruch genommener Behandlungseinheiten. Die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) (GKV-SPITZENVERBAND 2025a) ist ein zentrales Instrument für die Überwachung und Steuerung der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und berichtet u. a. über die Anzahl der Arzneimittelverordnungen.

Eine detailliertere Darstellung der Datenquellen und deren Verwendung befindet sich in **Anhang H:** .

2.4 QuBe-Bevölkerungsprojektion

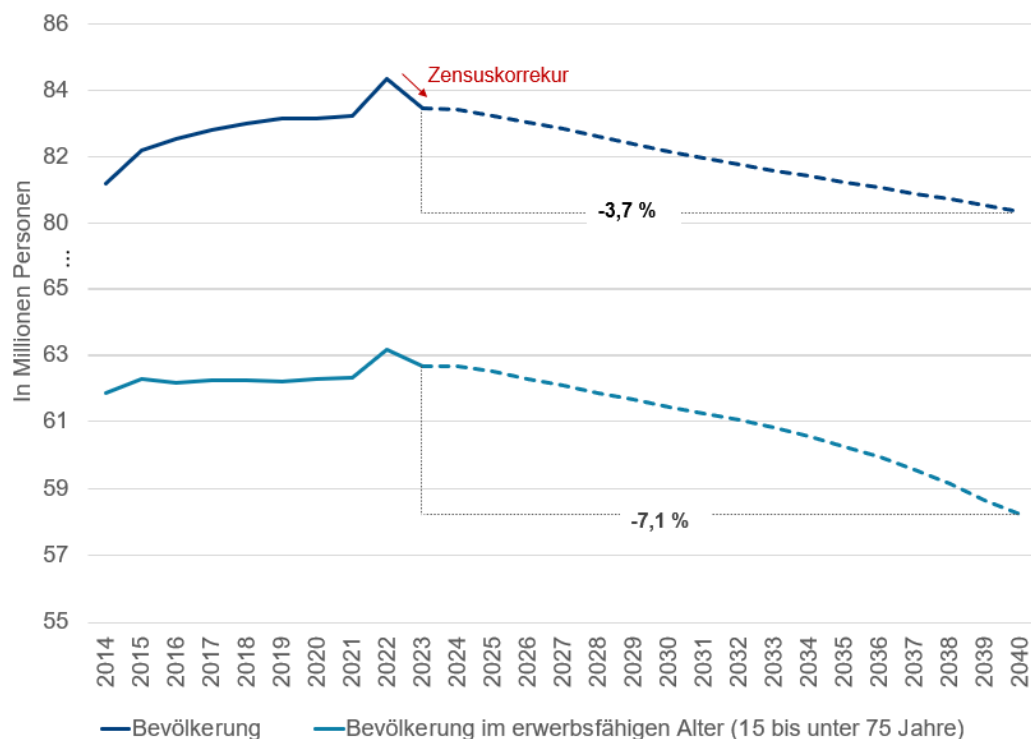
Die demografische Entwicklung ist sowohl für den Arbeitsmarkt als auch die Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen eine wichtige Determinante. Mit der QuBe-Bevölkerungsprojektion kann nach Alter, Geschlecht sowie zwischen Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit unterschieden werden. Hierdurch können die erheblichen Unterschiede bei den Geburtenziffern und dem Wanderungsverhalten berücksichtigt werden. Auch mit Blick auf das Erwerbsverhalten ist eine entsprechende Differenzierung von Bedeutung (MÖNNIG/ZIKA 2025; MAIER/KALINOWSKI/KRINITZ 2024). Durch die eigens erstellte QuBe-Bevölkerungsprojektion wird jedoch nicht nur die benötigte Differenzierungstiefe zur Verknüpfung mit dem Arbeitsmarktmodell geschaffen, sie erlaubt auch schnell, auf sich ändernde Entwicklungen zu reagieren (z. B. Fluchtbewegungen, Zensuskorrektur) oder alternative Entwicklungspfade für Szenariorechnungen zu modellieren (z. B. veränderte Zuwanderung).

Die Methodik der QuBe-Bevölkerungsprojektion basiert auf dem integrierten Arbeitskräfteangebots- und Bevölkerungsmodell des IAB (FUCHS u. a. 2016). Ausgangspunkte der Projektion sind der Bestand und die Struktur der Bevölkerung in Deutschland aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht sowie Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Die Bevölkerungsprojektion erfolgt mit einem Kohorten-Komponentenmodell, das Geburten- und Sterbeziffern, Wanderungen und Einbürgerungen unter Verwendung zeitreihenanalytischen Verfahren berücksichtigt (SCHNEEMANN u. a. 2025). Die verwendeten Datengrundlagen stammen vom StBA. Die vorliegende QuBe-Bevölkerungsprojektion berücksichtigt den korrigierten Bevölkerungsbestand aufgrund des Zensus 2022, Geburten- und Sterbeziffern sowie Einbürgerungsquoten mit Datenstand zum 31. Dezember 2023. Für das Wanderungsgeschehen werden Daten bis Ende 2024 herangezogen.

Auf Grundlage dieses Datenstandes nimmt die Gesamtbevölkerung von 83,46 Mio. Personen im Jahr 2023 auf 80,36 Mio. Personen im Jahr 2040 ab – ein Rückgang um 3,7 Prozent. Der Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 75 Jahre) fällt deutlich stärker aus, was sich über die altersspezifische Erwerbsbeteiligung direkt auf das Arbeitskräfteangebot auswirkt. Zwischen dem Jahr 2023 und 2040 sinkt die Bevölkerungszahl in dieser Altersgruppe von 62,68 Mio. Personen auf 58,22 Mio. Personen und damit um 7,1 Prozent (vgl. **Abbildung 2**). Die Zahlen der QuBe-Bevölkerungsprojektion liegen damit bis zum Projektionsjahr 2040 auf einem ähnlichen Niveau wie Variante 22 (G3L1W1) der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (StBA 2026a), welche im Dezember 2025 veröffentlicht wurde und auf einem Datenstand vom 31. Dezember 2024 beruht. Im Vergleich zur vorausgegangenen 15. koordinierte Bevölkerungsprojektion, die noch auf Basis des Zensus 2011 erstellt wurde,

berücksichtigt die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung die Daten aus dem Zensus 2022, die auch bereits in die QuBe-Bevölkerungsprojektion eingeflossen sind. Die Überschätzung des Bevölkerungsstandes im Zensus 2022 ist vor allem auf eine Untererfassung der Fortzüge zurückzuführen (StBA 2024b). Bei höheren Fortzugsquoten verringert sich auch das Wanderungssaldo, was für die Zukunft zu berücksichtigen ist.

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung, 2014 bis 2040, in Mio. Personen



Quelle: StBA 2025j, eigene Berechnungen

Tabelle 3 zeigt die zentralen Kenngrößen der QuBe-Bevölkerungsprojektion. Die Entwicklungen im Detail werden in **Kapitel 3.2** erläutert. Nachfolgend ist dargestellt, wie die Demografie in die Modellierung der Arbeitskräfteangebot- und Arbeitskräftenachfrageseite einfließt.

Tabelle 3: Zentrale Kenngrößen der QuBe-Bevölkerungsprojektion

QuBe-Bevölkerungsprojektion		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040
Gesamtbevölkerung (in Mio. Personen)		83,46	83,43	83,25	83,05	82,83	82,60	82,38	82,16	81,23	80,36
Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 75 Jahre) (in Mio. Personen)		62,68	62,65	62,49	62,29	62,07	61,86	61,65	61,45	60,25	58,22
Bevölkerung ab 75 Jahren (in Mio. Personen)		9,14	9,14	9,17	9,19	9,23	9,27	9,33	9,41	10,23	11,50
Nulljährige (in Mio. Personen)		0,69	0,68	0,68	0,69	0,69	0,69	0,69	0,69	0,70	0,72
Lebenserwartung in Jahren bei Geburt	weiblich	83,18	82,99	83,04	83,13	83,23	83,32	83,42	83,51	84,02	84,36
	männlich	78,33	78,17	78,39	78,51	78,63	78,77	78,88	78,99	79,57	79,95

QuBe-Bevölkerungsprojektion		2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035	2040
Zusammengefasste Geburtenziffer	mit deutscher Staatsangehörig- keit	1,26	1,25	1,27	1,29	1,31	1,33	1,34	1,36	1,42	1,46
	ohne deutsche Staatsangehörig- keit	1,74	1,75	1,78	1,81	1,82	1,84	1,85	1,86	1,89	1,90
Wanderungssaldo (in Mio. Personen)		0,66	0,42	0,27	0,23	0,19	0,16	0,15	0,15	0,15	0,15
Einbürgerungsquoten (in Prozent)		1,65	1,80	1,90	2,00	2,10	2,19	2,19	2,19	2,19	2,19

Quelle: StBA (2025j, 2025k, 2025l, 2025m, 2025n), eigene Berechnungen

2.5 Fortschreibungsmethodik Angebotsseite

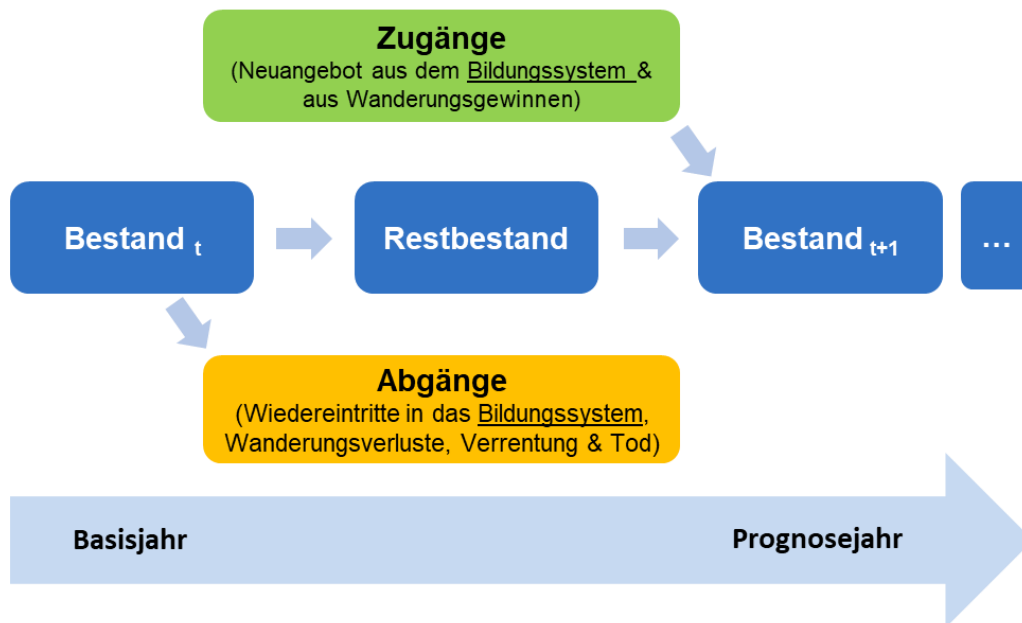
Die Projektion des berufsspezifischen Arbeitsangebots orientiert sich am Konzept der QuBe-Modellwelt (**Kapitel 2.2**). Dort bilden die Erwerbstätigen mit den Erwerbslosen die Zahl an Erwerbspersonen und damit des Arbeitsangebotes. Personen, die weder erwerbslos noch erwerbstätig sind, zählen hierbei zu den Nichterwerbspersonen (KALINOWSKI/BERNARDT/MAIER 2025).

Zur Bestimmung eines zukünftigen Angebots an Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf sind drei Konzepte zentral: Der aktuelle Bestand an Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf, Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Qualifikationsniveau sowie die Zugänge und Abgänge, welche seine Entwicklung im Zeitverlauf bestimmen. Im Sinne eines Stock-Flow-Ansatzes (**Abbildung 3**) kann vom Bestand_t des aktuellen Randes mithilfe der zu errechnenden Zu- und Abgänge der Bestand_{t+1} an Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf zu einem interessierenden Zeitpunkt in der Zukunft prognostiziert werden.

Dabei liegt diesem Ansatz das BIBB-Angebotsmodell KALINOWSKI (2025) zugrunde, welches die Bevölkerung zunächst in zwei Gruppen unterteilt:

- (1) Personen in Ausbildung – also Kinder, Schülerinnen und Schüler an allgemein- und berufsbildenden Schulen (einschließlich des Gesundheitswesens), Auszubildende sowie Studierende – sowie
- (2) alle übrigen Personen („nicht in Ausbildung“), die im Prognosezeitraum einer Alterung unterzogen werden und deren Eckdaten mit der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung bzw. der QuBe-Angebotsprojektion abgestimmt sind.

Abbildung 3: Stock-Flow-Modell für die Fortschreibung der Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf



Quelle: eigene Darstellung

Die **Zugänge** (Neuangebot) ergeben sich durch neue Ausbildungskohorten aus dem Bildungssystem und aus Wanderungsgewinnen mit dem Ausland. Relevant für die Projektion des aus dem Bildungssystem strömenden Neuangebots sind dabei vor allem Personen im Bildungssystem, die einen berufsqualifizierenden Abschluss anstreben. Dabei werden im sogenannten Modell des „beruflichen Bildungssystems“ die Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen und dem Arbeitsmarkt bestimmt (KALINOWSKI 2025). So erfolgt die Vorausberechnung der Schülerinnen und Schüler sowie der Studierenden im QuBe-Projekt auf Basis der Annahme konstanter Bildungsentscheidungen. Dabei werden die zukünftigen Schülerinnen und Schüler mithilfe von Schulbesuchsquoten und die Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger mittels Studienanfängerquoten – jeweils getrennt nach Alter, Geschlecht sowie Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit – fortgeschrieben. Der Bestand an Studierenden resultiert wiederum aus der Fortschreibung des Ausgangsbestands an Studierenden mit konstant gehaltenen Übergangsquoten von einem Studienjahr ins nächste. Die Berufswahl innerhalb der beruflichen und akademischen Bildungsstätten erfolgt nach langfristigen Trends. Die Zahl der Absolventinnen und Absolventen wird über Erfolgsquoten in den Bildungsstätten bestimmt, die für die Zukunft konstant gehalten werden.

Abgänge an Erwerbspersonen ergeben sich durch Wanderungsverluste mit dem Ausland, Wiedereintritte in das Bildungssystem, Verrentung oder Tod. Um die Zahl der zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen für die interessierenden FKM-Berufe in der Zukunft bestimmen zu können, muss zunächst der Bestand an Erwerbspersonen in der Gegenwart und Vergangenheit bekannt sein. Die GPR, BÄK und KBV liefern nur Informationen zu Erwerbstätigen – die Erwerbslosen, also jene Personen, die aktiv nach einer Tätigkeit in den Gesundheitsberufen suchen und eine solche auch innerhalb von zwei Wochen aufnehmen könnten, müssen hinzugeschätzt werden. Sind die Erwerbspersonen (Erwerbstätige + Erwerbslose) und damit das Arbeitsangebot für die entsprechenden Berufe bekannt, kann über die berufliche Mobilitätsmatrix aus dem Mikrozensus (vgl. [Tabelle 22](#) im Anhang)

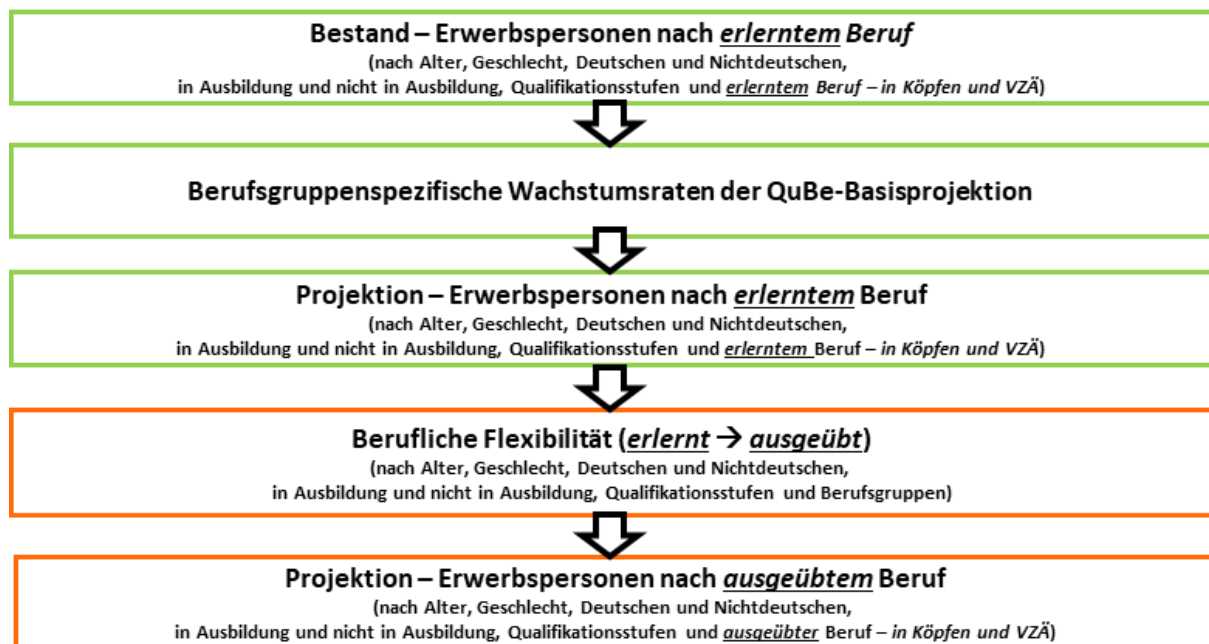
ermittelt werden, welchen höchsten beruflichen Abschluss die Erwerbspersonen erlernt haben. **Anhang H.IX.i.** beschreibt das Vorgehen im Detail.

Ein Vorteil des konsistenten Datensatzes der QuBe-Modellwelt ist, dass die Zahl der Erwerbspersonen bereits nach dem Stock-Flow-Ansatz auf der Ebene von Berufsgruppen (Dreisteller) – differenziert nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Bildungsstatus, Qualifikationsniveau und erlerntem Beruf – vorliegt und nur mithilfe der aufbereiteten Daten aus GPR, BÄK und KBV und der beruflichen Mobilität differenziert werden muss (vgl. **Anhang H.IX.**). Um Trends im Neuangebot aus dem Bildungssystem zu berücksichtigen, wird für Berufsgruppen, deren Neuangebot aus dem Bildungssystem vorwiegend einer Bildungs- bzw. Anerkennungsstatistik entnommen werden kann, geprüft, ob sich in der Vergangenheit Verschiebungen in den Neuabschlüssen innerhalb von Berufsordnungen (Dreisteller) beobachten lassen. Für die Gruppe der Fachärztinnen und -ärzte kann hierfür auf die Anerkennung von Facharztbezeichnungen zurückgegriffen werden, die die ÄST der BÄK enthält. Die dort verzeichneten Trends in den Anteilen der Facharzttrichtungen an sämtlichen Facharztanerkennungen werden bis zum Jahr 2040 fortgeschrieben und im Modell für das Neuangebot aus dem Bildungssystem an Fachärztinnen und -ärzten berücksichtigt (vgl. **Abbildung 50** im Anhang). Weitere Trendentwicklungen, z. B. innerhalb der Berufsgruppen „(811) Arzt- und Praxishilfe“ und „(825) Medizin-, Orthopädie- und Reha-technik“ in der Berufsbildungs- und Fortbildungsstatistik, ließen sich nicht erkennen.

Wie in **Abbildung 4** schematisch dargestellt, lässt sich der aktuelle berufsspezifische Bestand an Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf mittels der berufsgruppenspezifischen Wachstumsraten der QuBe-Basisprojektion bis zum Jahr 2040 fortschreiben und über das Konzept der beruflichen Mobilität in das Arbeitsangebot (Erwerbspersonen) nach ausgeübtem Beruf umrechnen. Die Ermittlung dieser Mobilitätsmatrix ist in **Anhang H.IX.i.** dargestellt. Die für das Jahr 2023 geschätzte Matrix wird für alle Projektionsjahre – getrennt nach Alter (bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre und über 50 Jahre), Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Qualifikationsniveau konstant gehalten. Verändert sich die soziodemografische Struktur der Bevölkerung nach diesen Merkmalen, wirkt somit ein anderer Mobilitätsmechanismus, weshalb das Arbeitsangebot für einen Beruf durch die Mobilitätsbewegungen in der Zukunft im Vergleich zum Ausgangsjahr zu- oder abnehmen kann.

Neben der Anzahl an Erwerbspersonen lässt sich das Arbeitskräfteangebot unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität durch eine entsprechende Umschlüsselung auch in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) darstellen. Dabei wird das berufsspezifische Verhältnis von Personen zu VZÄ für die in der GPR verfügbaren Altersgruppen (unter 30 Jahre, 30 bis unter 40 Jahre, 40 bis unter 50 Jahre, 50 bis unter 60 Jahre, 60 Jahre und älter) und Geschlecht im aktuellen Bestand herangezogen. Für die Projektion wird der 3-Jahres-Durchschnitt von 2021 bis 2023 als konstant angenommen. Da für Humanmedizinerinnen und -mediziner keine Informationen zum Personen-VZÄ-Verhältnis getrennt nach Alter und Geschlecht vorliegen, kann hier lediglich auf das berufsspezifische Verhältnis nach Drei-Jahres-Durchschnitt zurückgegriffen werden. Veränderungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur des Arbeitsangebots wirken somit auf die zur Verfügung gestellten Arbeitsstunden und dadurch auf die Anzahl an VZÄ.

Abbildung 4: Projektion des Arbeitsangebots



Quelle: eigene Darstellung

2.6 Fortschreibungsmethodik Nachfrageseite

Die Projektion des realisierten Bedarfs setzt an den vorliegenden Zeitreihen der erwerbstätigen VZÄ aus der GPR auf, die aktuell von 2012 bis einschließlich 2023 verfügbar sind. Der Ansatz schreibt damit keine unbefriedigte Nachfrage nach Erwerbstätigen (z. B. offene Stellen) fort, sondern nur diejenigen, die in der Vergangenheit realisiert werden konnte. Das Monitoring projiziert die Erwerbstätigenzahlen in VZÄ in den ambulanten, stationären und sonstigen Bereichen (siehe [Tabelle 2](#)) und addiert sie anschließend zu einer Gesamtzahl je Beruf auf. Die Kopfzahl der Erwerbstätigen ergibt sich auf Grundlage eines konstanten Verhältnisses zu den gemessenen VZÄ nach Bereichen. Während für die Angebotsseite die Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht relevant für die Bestimmung der angebotsseitigen VZÄ ist, ist es auf der Nachfrageseite somit die veränderte Struktur zwischen den Bereichen.

Im Grundsatz lassen sich fünf verschiedene Ansätze zur Bestimmung des realisierten Bedarfs der FKM-Berufe – jeweils getrennt nach den drei Bereichen – unterscheiden:

- A. Demografische Entwicklung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- B. Produktionsweisen im Beruf
- C. Schätzung des Arbeitsvolumenbedarfs der Berufsgruppen aus QuBe-Ergebnissen
- D. Empirische Trendschätzung
- E. Konstanzannahme

Der wesentliche Nachfragetreiber ist im ambulanten wie stationären Bereich die zuletzt gemessene Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die über die demografische Entwicklung in die Zukunft projiziert wird (Ansatz A). In dieser Basisprojektion unterstellt das Monitoring bis auf wenige Ausnahmen (wie in Berufen der nichtärztlichen Psychotherapie oder den Fachärztinnen und -ärzten für Strahlenheilkunde – jeweils im ambulanten Bereich) ein konstantes Nutzungsverhalten sowie einen stabilen Personaleinsatz je Behandlungseinheit. In der Folge gehen Veränderungen in der zukünftigen Nachfrage der Berufe nach Ansatz A alleinig auf mengenmäßige sowie strukturelle Effekte der

Bevölkerungsentwicklung zurück. Alternative Entwicklungen können über Veränderungen von Inanspruchnahmen modelliert werden.

Die Projektionsansätze sind im Folgenden jeweils kurz beschrieben. Eine ausführliche Beschreibung unter Heranziehung der jeweiligen Datenquellen befindet sich in **Anhang H.X.**

2.6.1 Ansätze über die demografische Entwicklung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die demografische Entwicklung kann über sechs verschiedene Kennzahlen (Ansatz A1 bis A6) mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung verknüpft werden. Für alle Inanspruchnahmen ist der letzte Datenstand aus dem Jahr 2023. Die dort ermittelten Verhältnisse werden – sofern nicht anders genannt – für die Zukunft konstant gehalten. Dasselbe gilt für die entsprechenden Personalschlüssel nach Bereich. **Abbildung 5** gibt einen Überblick über die Nachfragefortschreibung anhand der demografischen Entwicklung und den sechs verschiedenen Ansätzen. Das entsprechende Vorgehen ist nachfolgend ausformuliert.

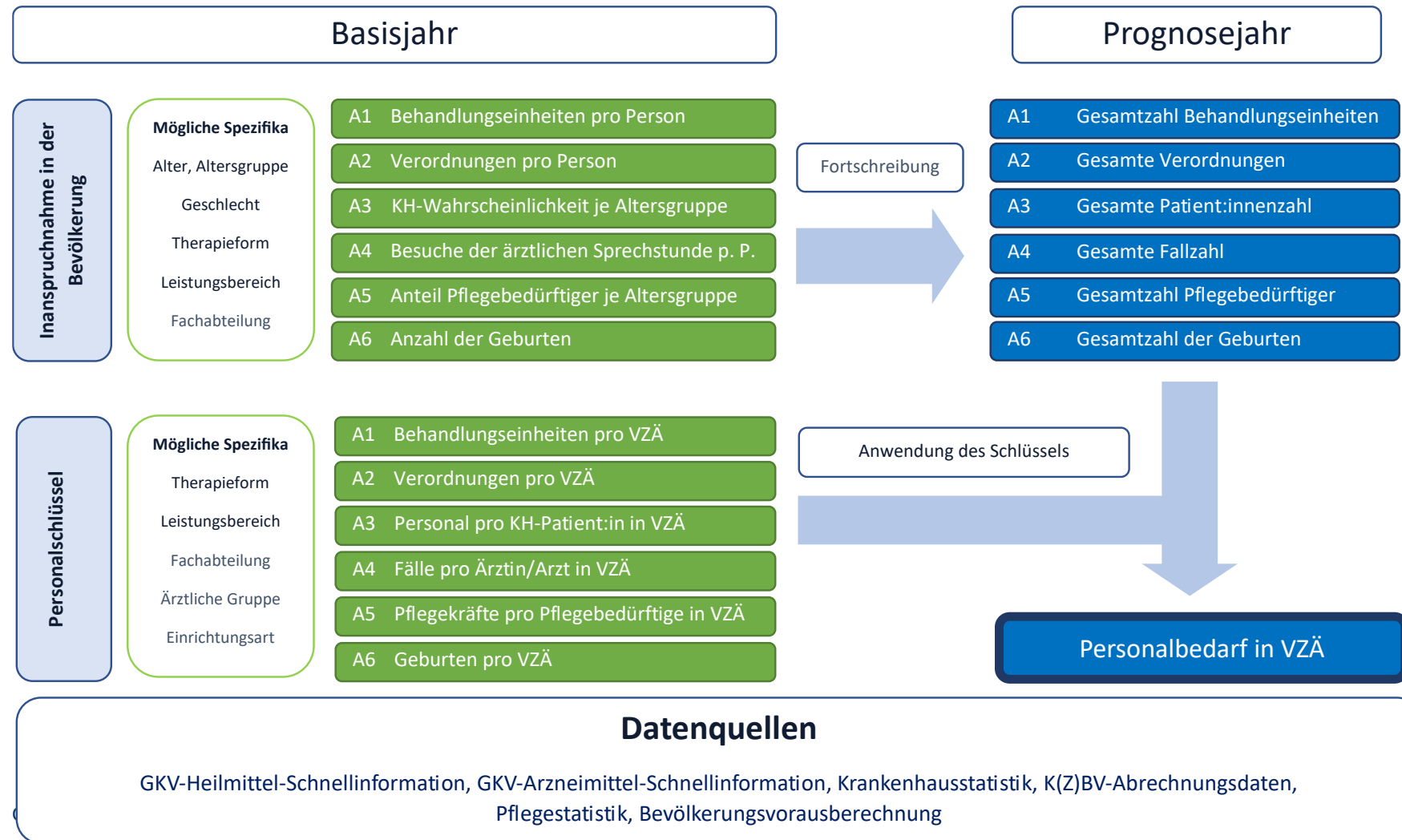
2.6.1.1 Ansatz A1

Ansatz A1 greift auf die GKV-Heilmittel-Schnellinformations-Daten (GKV-SPITZENVERBAND 2025b) zurück. Sie geben u. a. Auskunft über in Anspruch genommene Behandlungseinheiten in der **Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm- und Sprechtherapie, Podologie und Ernährungstherapie im ambulanten Bereich**. Die Zahl der Behandlungseinheiten pro Person ist für jede Therapiegruppe spezifisch nach Altersklassen ermittelt. Die Gesamtzahl an Behandlungseinheiten der fünf Therapiebereiche ist über die demografische Entwicklung und die sich ändernde Altersstruktur der Bevölkerung fortgeschrieben. Um die dafür benötigte Zahl an Personal zu berechnen, wird ein Personalschlüssel herangezogen: Er berechnet die Zahl der Behandlungseinheiten pro VZÄ der jeweiligen Heilmittelerbringenden aus der GPR. Zu spezifischen Ausführungen siehe **Anhang H.X.i.**

2.6.1.2 Ansatz A2

Grundlage des Ansatzes A2 bilden die GKV-Arzneimittel-Schnellinformations-Daten (GKV-SPITZENVERBAND 2025a). In diesem Fall die darin enthaltenen Informationen zur Anzahl der Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. Die entsprechende Verordnungszahl pro Person nach Alter und Geschlecht dient der Fortschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen der **Apothekerinnen und Apothekern im ambulanten Bereich** über die Bevölkerungsprojektion. Um schließlich den Personalbedarf zu bestimmen, wird aus Verordnungszahlen je VZÄ im Beruf ein Schlüssel gebildet. Daten zu den VZÄ liefert wieder die GPR. Zu spezifischen Ausführungen siehe **Anhang H.X.ii.**

Abbildung 5: Ansätze zur Nachfragefortschreibung über die demografische Entwicklung und unter Anwendung von Inanspruchnahmen und Personalschlüssel



Quelle: eigene Darstellung

2.6.1.3 Ansatz A3

Für den Ansatz A3 wird die Krankenhausstatistik, genauer gesagt die Grunddaten der Krankenhäuser sowie die Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten (vgl. (STBA 2025e) herangezogen. Die Zahl, der aus einer vollstationären Versorgung entlassenen Patientinnen und Patienten nach Fachabteilungen werden zum einen zu den entsprechenden **Arztgruppen, Pflegekräften und therapeutischen Personal im stationären Bereich** in Beziehung gesetzt und zum anderen genutzt, um Krankenhauswahrscheinlichkeiten nach Alter, Geschlecht und medizinische Fachabteilungen zu berechnen. Hier ist zu erwähnen, dass ambulant behandelte Patientinnen und Patienten nicht in den Rohdaten berücksichtigt werden. Werden die errechneten Krankenhauswahrscheinlichkeiten dann auf die Bevölkerungsprojektion angewandt, ergibt sich für jedes Prognosejahr bis 2040 die gesamte Zahl an Patientinnen und Patienten je Fachabteilung. Beim Pflege- und sonstigen nichtärztlichen Personal dient die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten als Bemessungsgrundlage für die Berechnung des Personalschlüssels (VZÄ). Für die ärztlichen Berufe sind die Patientinnen- und Patientenzahlen getrennt nach Fachabteilung in Relation zu den VZÄ gesetzt. Die Methodik im Fachkräftemonitoring für das BMG ist in dieser Hinsicht analog zum Vorgehen in der Studie des DKI (BLUM/OFFERMANN/STEFFEN 2019) oder im Bremer Monitoring (HUTER U. A. 2022).

2.6.1.4 Ansatz A4

Mit dem Ansatz A4 wird auf Grundlage der kassen(zahn-)ärztlichen Abrechnungsdaten der K(Z)BV die Nachfrage nach **fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen im ambulanten Bereich** projiziert. Die ärztlichen Abrechnungsdaten liegen pro Ärztinnen- bzw. Arztgruppe nach Altersjahren und Geschlecht vor. Dementsprechend lassen sich mittels der Zahlen zur Gesamtbevölkerung spezifische Wahrscheinlichkeiten eines Praxisbesuchs je Alter und Geschlecht und des jeweiligen Berufs berechnen. Über die Veränderung der Bevölkerungsstruktur in der Bevölkerungsprojektion ist entsprechend die Gesamtzahl der jährlichen Praxisbesuche je ärztlicher Gruppe berechnet. Es wird dabei davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit des Jahres 2023 auch für die Zukunft gilt – ausgenommen in den Berufen der Fachärztinnen und -ärzte für Strahlenheilkunde und der nichtärztlichen Psychotherapie. Hier zeigten sich in den von 2014 bis 2023 vorliegenden Daten klare Trends, die mithilfe empirischer Trendschätzungen fortgeschrieben werden (vgl. **Abschnitt 3.4.4.3**). Die Personalschlüssel sind als Anzahl von Behandlungsfällen pro VZÄ für jede Arztgruppe einzeln berechnet. Zu spezifischen Annahmen wie z. B. den privat Versicherten siehe **Anhang H.X.iii**.

2.6.1.5 Ansatz A5

Ansatz A5 greift auf die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (STBA 2024c) zurück, um die Zahl der Leistungsempfängenden, also der Anzahl der Pflegebedürftigen aller Versorgungsformen und die Pflegewahrscheinlichkeit nach Alter und Geschlecht zu bestimmen. Die Zahl der zukünftigen Pflegebedürftigen ergibt sich entsprechend über die Veränderung der Bevölkerung und deren Geschlechts- und Altersstruktur.

Die Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen wird anschließend in zwei personalrelevante Untergruppen unterschieden: Jene, die vollstationär im Heim versorgt werden und jene, die mit Unterstützung ambulanter Dienste zuhause gepflegt werden. Die Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen berechnet sich aufgrund einer aus dem letzten Berichtsstand als konstant angenommenen Quote je Altersgruppe unter den Pflegebedürftigen. Die Zahl der zuhause mit Unterstützung durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen wird

per Regressionsanalyse geschätzt. Die erklärende Größe ist die Zahl derjenigen, die insgesamt zuhause gepflegt werden, welche wiederum als Restgröße aus der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen und den stationär versorgten Personen vorliegt. Die Personalschlüssel der Pflegebedürftigen zu den VZÄ in der **Altenpflege** sind getrennt für den stationären und ambulanten Bereich ermittelt.

2.6.1.6 *Ansatz A6*

Um die Nachfrage nach Erwerbstätigen in der **Geburtshilfe und Entbindungspflege** abzubilden, sind die Geburtenzahlen in Deutschland entscheidend. Das Monitoring nutzt dazu die Zahl der 0-Jährigen aus der QuBe-Bevölkerungsprojektion (vgl. **Abbildung 8**). Das im ambulanten Bereich nachgefragte Arbeitsvolumen entwickelt sich damit in Abhängigkeit der Geburtenzahlen aus der Bevölkerungsprojektion, unter der Annahme, dass das zuletzt gemessene Verhältnis von Neugeborenen je VZÄ konstant bleibt. Dieses Verhältnis ist als realisierter Bedarf zum letzten Datenstand zu interpretieren. Die Nachfrage des stationären Bereichs berechnet sich ähnlich, mit dem Unterschied, dass die projizierte Zahl der 0-Jährigen herangezogen wird, die im Krankenhaus geboren werden.

2.6.1.7 *Pflegekräfte nach Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen sowie (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen*

Da durch die Zusammenfassung der „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Altenpflege“ auf Hilfs- und Fachkraftniveau zu Pflegeberufen ein Informationsverlust entsteht, wird dieser durch eine detailliertere Modellierung der Nachfrage im stationären Bereich ausgeglichen.

Im Fall der Helfer- und Fachkrafttätigkeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege unterscheidet das Monitoring die Nachfrage des stationären Bereichs zusätzlich nach den Krankenhaus- und Rehaeinrichtungen und den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Hier überträgt sich die im Rahmen des **Ansatzes A3** ermittelte Bedarfsentwicklung nach stationären Leistungen auf die erstere Kategorie, während der Bedarf nach Gesundheits- und Krankenpflegekräften in den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen mit dem **Ansatz A5** über die Pflegestatistik abgeschätzt wird. Die bereichsspezifischen Ergebnisse für die Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte und -hilfskräfte addieren sich mit den Äquivalenten der Altenpflegekräfte in der Zusammenschau zur Gruppe der Pflegekräfte.

2.6.2 *Ansatz B über die Produktionsweisen in den Berufen*

Im Unterschied zu den zuvor dargestellten Ansätzen wird beim Ansatz B die Demografie lediglich indirekt einbezogen. Für die Nachfrage nach bestimmten Berufen ist es dabei sinnvoll, sie im Verhältnis zur Nachfrage nach anderen Berufen fortzuschreiben. Ein Beispiel sind die **medizinischen Fachangestellten** (81102 und 81103), sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in der Gesundheitsversorgung. Es werden Quoten von medizinischen Fachangestellten pro Ärztin bzw. Arzt gebildet. Durch den demografisch bedingten Wandel des Bedarfs an ärztlichen Leistungen verändert sich auch der Personalbedarf an medizinischen Fachangestellten (RODRIGUEZ U. A. 2024). Ein weiteres Beispiel ist die Nachfrage nach Leistungen von **pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten** (81822), ebenfalls im ambulanten und im stationären Bereich. Sie ist an den Bedarf an Apothekerinnen und Apothekern bzw. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (81804) gebunden. In Berufen des Gesundheitshandwerks werden die Bedarfe im ambulanten Bereich durch die Verhältnisse zu den jeweiligen fachärztlichen Gruppen projiziert. Dies betrifft die Berufe in der **Orthopädie- und Reha-technik**, in der **Augenoptik**, in der **Hörgeräteakustik** und in der **Zahn-technik**. Die verknüpften fachärztlichen Gruppen sind die Fachrichtungen Chirurgie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Zahnheilkunde. **Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie**,

im **Labor** und in der **operations- und medizintechnischen Assistenz** sind mit der Nachfrageentwicklung in den ärztlichen Berufen der Radiologie, Labormedizin und Chirurgie verbunden. Die Erwerbstätigenentwicklung der Führungskräfte ist mit der jeweiligen Entwicklung des Berufs auf Helfer- und Fachkraftniveau verknüpft.

Im ambulanten Bereich werden in der Vergangenheit beobachtete Trends in den Quoten mittels empirischer Trendschätzung für alle Berufe mit Ansatz B fortgeschrieben, was bedeutet, dass sich das Verhältnis zwischen den miteinander verknüpften Berufen in den Projektionsjahren ändert. Veränderungen können beispielsweise durch technologischen Fortschritt ausgelöst werden, der zum Teil in organisationalen Anpassungen in den Beschäftigtenstrukturen resultiert.

Im stationären Bereich ist dies aufgrund der Kürze der Zeitreihe noch nicht möglich. Die zugrundeliegenden Daten für die Berechnung der Verhältnisse stammen hier aus der Krankenhausstatistik, welche lediglich sechs Datenpunkte von 2018 bis 2023 umfasst. Zudem ist in den Jahren der COVID-19-Pandemie mit einer Verzerrung zu rechnen. Hier werden die Verhältnisse zwischen den Berufen folglich als konstant angenommen.

2.6.3 Ansatz C über die Schätzung des Arbeitsvolumenbedarfs der Berufsgruppen

Viele Beschäftigte im sonstigen Bereich sind vor allem außerhalb des Gesundheitswesens beschäftigt, wie zum Beispiel in der Pharmaindustrie. Es ist folglich bei einigen Berufen sinnvoll, die ökonomische Entwicklung zu berücksichtigen. Dafür werden die Ergebnisse aus dem QuBe-Modell QINFORGE, welches auch im Fachkräftemonitoring für das BMAS verwendet wird, herangezogen. Bei QINFORGE handelt es sich im Kern um ein nach 72 Branchen disaggregiertes, makroökometrisches Prognose- und Simulationsmodell. Die Arbeitsnachfrage in Stunden wird je Branche für 144 Berufsgruppen mittels Regressionsanalyse modelliert, unter Einbeziehung der Produktion sowie der Entwicklung der Branchen- und Berufslöhne. Mitunter wird auch ein autonomer Einfluss auf das Arbeitsvolumen mittels eines Zeittrends berücksichtigt. Hauptdatenquellen im QuBe-Modell sind die Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung sowie die Ergebnisse des Mikrozensus und Beschäftigtenhistorik der Bundesagentur für Arbeit (ZIKA U. A. 2025b – und **Anhang F:**).

Für den Ansatz C dient das in QINFORGE berechnete Arbeitsvolumen des zu den Berufen aus **Tabelle 1** passenden Berufsgruppe innerhalb der einschlägigen Branche – beispielsweise der Pharmaindustrie – als erklärende Variable für den Bedarf in VZÄ. Angewandt wird dieser Fortschreibungsansatz beispielsweise bei einigen der **Arztgruppen im sonstigen Bereich** oder auch bei **Apothekerinnen und Apothekern**, die laut den GPR-Daten innerhalb der Kategorie der sonstigen Einrichtungen hauptsächlich **in der pharmazeutischen Industrie** arbeiten. Die entsprechende Branchen-Berufskombination aus QINFORGE, deren Arbeitsvolumen als Erklärungsansatz dient, ist hier die Berufsgruppe (818) „Pharmazie mit Anforderungsniveau Experte bzw. Expertin“ im Wirtschaftszweig „Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen“.

2.6.4 Ansatz D – empirische Trendschätzung

Für einzelne Berufe liegen in bestimmten Bereichen, trotz einer hinreichend großen Anzahl an VZÄ keine sinnvoll verwendbaren Datenquellen für die Fortschreibung des Bedarfs vor. In diesen Fällen wird eine empirische Schätzung auf Basis des Vergangenheitstrends vorgenommen. Bedingung ist allerdings, dass die Zeitreihe ausreichend lang ist. Angewandt wird dieser Ansatz für die Bedarfsfortschreibung von **Pflegekräften auf Helferniveau im sonstigen Bereich** sowie darüber hinaus für **Berufe in der Medizintechnik (oS)** und für

medizinisch-technische Berufe im Laboratorium im sonstigen Bereich und für Berufe in der Musik- und Kunsttherapie.

2.6.5 Ansatz E – Konstanzannahme

Insbesondere im sonstigen Bereich gibt es einige Berufe, die sehr kleine Fallzahlen aufweisen – zumeist weniger als 4 000 VZÄ – oder auch keinen klaren Trend in der Vergangenheit aufweisen, was mitunter auch an zu kurzen Zeitreihen liegen kann. In diesen Fällen lässt sich keiner der zuvor beschriebenen Ansätze für die Bedarfsfortschreibung sinnvoll anwenden. Aus diesem Grund wird der Bedarf in diesen Berufen nach dem letzten verfügbaren Datenstand konstant gehalten. Vereinzelt gilt dies auch für Berufe im ambulanten und stationären Bereich (siehe **Tabelle 4**).

2.6.6 Zuordnung der Ansätze zu den Berufen

Eine Übersicht, welcher der beschriebenen Ansätze für welchen Beruf angewendet wird, bietet **Tabelle 4**. In jeweils hellgrün ist der Fortschreibungsansatz hervorgehoben, mit dem die größte Anzahl an VZÄ des Berufs projiziert wird.

Tabelle 4: Berufe und Fortschreibungsmethodik auf der Nachfrageseite

Code	Bezeichnung	Ansatz ambulant	Ansatz stationär	Ansatz sonstige
81474	Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	A4	A3	E
814041	Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte	A4	A3	C
814441	Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte	A4	A3	E
814444	Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte	A4	A3	E
814443	Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – Expertin/Experte	A4	A3	C
814442	Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte	A4	A3	C
814445	Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte	A4	A3	C
814140	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte	A4	A3	C
814841	Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte	A4	A3	E
814842	Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte	A4*	A3	C
814042	Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte	A4	A3	C
814540	Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte	A4	A3	C
814240	Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte	A4	A3	C
814340	Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte	A4	A3	C
814641	Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin – Expertin/Experte	A4	A3	C
814843	Fachärztinnen/-ärzte sonstiger Fachgebiete – Expertin/Experte	A4	A3	C
81112	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	B*	B	E
81113	Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	B*	-	-
81102	Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft	B*	B	C
81103	Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist	B*	-	E
82593	Aufsicht; Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik	B*	-	E
8253	Berufe in der Hörgeräteakustik	B*	-	E
8252	Berufe in der Augenoptik	B*	-	E
8251	Berufe in der Orthopädie- und Rehatechnik	B*	-	E
82542	Zahntechnik – Fachkraft	B*	-	C

8250	Berufe in der Medizintechnik (oS)	E	E	D
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	B*	B	C
8122	Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	-	A3	-
8123	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	B*	B	E
8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	B*	B	E
	Pflegekräfte – Helfende	A5	A3, A5	D
	Pflegekräfte – Fachkraft	A5	A3, A5	C
81393	Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Aufsicht; Führung	B	B	E
82103	Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	B*	B	E
81313	Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	A5	A3	E
81323	Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	A5	A3	-
8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	A6	A6	E
83142	Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist	A5	E	-
8134	Berufe im Rettungsdienst	E	A3	A3
8175	Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	C	-	E
81772	Podologinnen/Podologen – Fachkraft	A1	-	E
8173	Berufe in der Sprachtherapie	A1	A3	E
81694**	Nichtärztliche Psychotherapie	A4*	A3	E
81712	Physiotherapie – Fachkraft	A1	A3	E
81713	Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	A1	A3	E
8172	Berufe in der Ergotherapie	A1	A3	E
8178	Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung	B*	B	E
822	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	E	E	C
8174	Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	E	D	E
8176	Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte	A1	A3	E
81804	Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte	A2	A3	C
81822	Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/Assistenten – Fachkraft	B*	B	E

Anmerkung: * Fortschreibung mithilfe Trendschätzung; ** Die Kodierung 8169 entstammt der GPR und wurde für das Fachkräftemonitoring für das BMG zu 81694 angepasst; - unbesetzte Gruppe;
hellgrün hervorgehoben: Einrichtungsart mit der größten Personalzahl (in VZÄ) im jeweiligen Beruf 2023
oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe
Quelle: eigene Darstellung

3 Ergebnisse

Im Folgenden ist zunächst die Arbeitsmarktsituation in Gesundheitsberufen im Jahr 2024 mittels der Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit dargestellt (**Kapitel 3.1**). Anschließend wird die Entwicklung einzelner Bevölkerungskomponenten dargelegt (**Kapitel 3.2**), da sie aufgrund der direkten Verknüpfung einiger berufsspezifischer Prognoseansätze (siehe **Tabelle 4**) einen unmittelbaren Einfluss auf die Nachfrage nach den entsprechenden Berufen ausüben. Die darauffolgenden **Kapitel 3.3 und 3.4** widmen sich den berufsspezifischen Ergebnissen. Diese werden jeweils gebündelt für die beruflichen Überkategorien diskutiert.

3.1 Arbeitsmarktsituation in Gesundheitsberufen im Jahr 2024

Im Jahr 2024 waren laut GPR rund 6,2 Mio. Personen in Gesundheitsberufen tätig, was 13,4 Prozent aller Erwerbstätigen in Deutschland entspricht. Die absolute und die relative Zahl der Erwerbstätigen in Gesundheitsberufen hat damit über die Jahre hinweg zugenommen. Zwischen 2012 und 2024 ist die Zahl des Personals im Gesundheitswesen um rund 22 Prozent angestiegen. So zählte die GPR im Jahr 2012 noch 5,1 Mio. Personen (12,1 % aller Erwerbstätigen) (StBA 2026b, StBA 2026c).

Mit zunehmend ausgelastetem Arbeitsmarkt, der sich u. a. durch hohe Erwerbstätigenzahlen, niedrige Arbeitslosenquoten und viele offene Stellen kennzeichnet, waren Arbeitgebende oftmals mit Engpässen bei der Stellenbesetzung konfrontiert. Dies zeigt sich beispielsweise anhand der Engpassanalyse der BA. Sie betrachtet eine Reihe von Indikatoren, um Fachkräfteengpässe auf Berufsebene nach Anforderungsniveau zu bewerten. Als Engpassindikatoren werden die Vakanzzeit, die Arbeitssuchenden-Stellen-Relation, die berufsspezifische Arbeitslosenquote, die Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von ausländischen Personen, die Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit sowie die Entwicklung der Entgelte herangezogen. Für die Engpassindikatoren wird – je nach Ausprägung – eine bestimmte Punktzahl vergeben. Erreicht die durchschnittliche Punktezahl eines Berufs einen definierten Grenzwert, wird der Beruf entweder als Engpassberuf (2,0 bis 3,0 Punkte), als Beruf unter Beobachtung (1,5 bis 1,9 Punkte) oder nicht als Engpassberuf (0 bis 1,4 Punkte) eingestuft. Zusätzliche Risiko- und Ergänzungsindikatoren, die nicht direkt in die Bewertung einfließen, ermöglichen eine bessere Einschätzung und Interpretation der Arbeitsmarktsituation. Es gilt zu beachten, dass sich die Engpassindikatoren nur auf gemeldete Arbeitsstellen bei der BA, die Arbeitslosenstatistik der BA sowie sozialversicherungspflichtig Beschäftigte beziehen und damit nicht den gesamten Arbeitsmarkt abdecken. Je höher der Anteil an Selbstständigen in einem Beruf ist, desto weniger aussagekräftig sind beispielsweise die Ergebnisse der Engpassindikatoren (BA 2020). Zu betonen ist, dass sich die BA-Engpassanalyse immer auf den Arbeitsmarkt des Vorjahres bezieht. Die BA-Engpassanalyse 2025 beschreibt also die Situation im Jahr 2024.

Im Jahr 2024 zeigten sich Engpässe vor allem in Pflegeberufen und im Bereich der medizinischen Berufe (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2025b). **Tabelle 15** im Anhang gibt eine Übersicht über die Gesamtbewertung der BA-Engpassanalyse für die FKM-Berufe für das BMG (siehe **Kapitel 2.1**) für die Jahre 2022, 2023 und 2024. Dabei kommt es zu vereinzelten Abweichungen in der Analysetiefe zwischen den FKM-Berufen und den Berufen der BA-Engpassanalyse. Dies liegt einerseits daran, dass Berufe auf Hilfskraftniveau in der BA-Engpassanalyse nicht bewertet werden (in **Tabelle 15** mit „-“ gekennzeichnet). Andererseits werden für die restlichen Anforderungsniveaus in der BA-Engpassanalyse nur dann Werte ausgewiesen, wenn ausreichende Fallzahlen eine belastbare Datengrundlage

zulassen (anderenfalls in **Tabelle 15** mit „k. A.“ gekennzeichnet). Hinzu kommt, dass die FKM-Berufe teilweise tiefer gegliedert sind als die Klassifikation der Berufe (KldB 2010), auf der die BA-Engpassanalyse basiert. Dies betrifft insgesamt zehn FKM-Berufe, die zwischen verschiedenen Facharztberufen bzw. Ärzten ohne Facharztbezeichnung differenzieren und in **Tabelle 15** unter drei Berufen gemäß KldB 2010 zusammengefasst sind. Umgekehrt ist für drei FKM-Berufe eine tiefergegliederte Auflistung in **Tabelle 15** im Anhang enthalten, die der unterschiedlichen Bewertung nach Anforderungsniveau Rechnung trägt. Insgesamt enthält die Übersicht in **Tabelle 15** somit 51 Berufe, wovon jedoch zwei Berufe auf Hilfskraftniveau nicht bewertet wurden und für zwei Berufe aufgrund der ungenügenden Datengrundlage keine Bewertung möglich war. Damit verbleiben 47 Berufe mit einer Gesamtbewertung für das Jahr 2024.

Gemäß Analyse der BA wurden für das Jahr 2024 Engpässe in 29 der 47 aufgelisteten Berufe mit Engpassindikatoren identifiziert. Demnach waren Arbeitgebende in mehr als der Hälfte dieser Berufe von Engpässen bei der Stellenbesetzung betroffen, was hauptsächlich mit niedrigen berufsspezifischen Arbeitslosenquoten und langen Vakanzzeiten begründet war. Die zusätzlichen Risiko- und Ergänzungsindikatoren zeigen zudem, dass Engpässe durch ein geringes Substituierbarkeitspotenzial sowie eine geringe berufliche Mobilität in den betroffenen Berufen begünstigt werden.

Weitere 13 der aufgelisteten Berufe standen im Jahr 2024 unter Beobachtung hinsichtlich möglicher Engpässe, während lediglich fünf Berufe (medizinisch-technische Berufe im Laboratorium auf Fachkräfteniveau (KldB 81212), Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness auf Spezialistinnen- und Spezialistenniveau (KldB 822x3) sowie auf Expertinnen- und Expertenniveau (KldB 822x4), Berufe in der Medizintechnik (oS) auf Expertinnen- und Expertenniveau (KldB 82504) und Berufe in der Haus- und Familienpflege auf Fachkräfteniveau (KldB 8314)) in die Bewertungskategorie „keine Engpassberufe“ eingestuft wurden. Die höchste Bepunktung in der Gesamtbewertung der Engpassindikatoren ist unter den FKM-Berufen für das Jahr 2024 bei den zahnmedizinischen Fachangestellten auf Fachkraftniveau (KldB 81112) mit 2,8 von maximal 3,0 Punkten auszumachen.

Im Vergleich zu den beiden Vorjahren 2022 und 2023 ist zu konstatieren, dass sich die Anzahl der Engpassberufe im Jahr 2024 zwar deutlich von 39 auf 29 reduziert hat, die meisten der Berufe aber weiterhin unter Beobachtung standen. Lediglich in den Berufen der Augenoptik (KldB 82522) und der Hörgeräteakustik (KldB 82532) war ein jährlicher Anstieg der Gesamtbewertung der Engpassindikatoren von 2022 bis 2024 zu beobachten. Dennoch stellt weiterhin mehr als die Hälfte der aufgelisteten Berufe Engpassberufe dar, was wichtig für die Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Basisprojektion ist, die ausschließlich die künftige Entwicklung betrachtet.

In der ambulanten Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten stellt die Bedarfsplanung ein Instrument zur Bewertung der regionalen Versorgungssituation und zur Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten von vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten (zur Teilnahme an der Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassen) dar. Mit Hilfe dieser Bedarfsplanung soll anhand der Verhältniszahlen von Einwohnerzahl pro Ärztin bzw. Arzt ein Soll-Versorgungsniveau für die jeweilige Arztgruppe beschrieben werden. Ziel ist bundesweit einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang der gesetzlich Krankenversicherten zur ambulanten Versorgung zu gewährleisten. Bei der Bedarfsplanung greifen verschiedene Zuständigkeiten und Steuerungsmöglichkeiten auf Bundes- und Landesebene ineinander. Hierzu definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der sogenannten Bedarfsplanungs-Richtlinie (vgl. G-BA 2025) einen bundeseinheitlichen Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen, die für eine bedarfsgerechte ambulante

Versorgung benötigt werden. Der G-BA hat dabei unter anderem die Aufgabe, die Zusammensetzung der beplanten Arztgruppen und die dafür jeweils maßgeblichen Planungsbereiche sowie das bedarfsgerechte Verhältnis der Anzahl der Einwohner je Arzt oder Ärztin (Verhältniszahlen) festzulegen.

Die vom G-BA festgelegten Verhältniszahlen sind nicht nur Grundlage für die Berechnung der vorhandenen Zulassungsmöglichkeiten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Sie sind auch Grundlage für die Feststellung, ob ein Planungsbereich im Hinblick auf die jeweilige Arztgruppe über- oder unterversorgt ist bzw. eine drohende Unterversorgung zu erwarten ist. Die zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können schließlich feststellen, ob eine Unterversorgung vorliegt oder droht.

Es ist zudem Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in der Region aufzustellen und den jeweiligen Entwicklungen entsprechend anzupassen. Dabei ist die regionale und lokale Versorgungssituation, insbesondere die regionale Demografie und Morbidität, zu berücksichtigen. Ausdrücklich geregelt ist zudem, dass von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden kann, soweit es unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten – insbesondere der regionalen Alters- und Krankheitsstruktur – für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Diese Abweichungsmöglichkeit gilt grundsätzlich nicht nur für die Verhältniszahlen, sondern auch für die Zuschnitte der Planungsbereiche, d. h. es besteht die Möglichkeit, z. B. kleinräumigere Planungsbereiche festzulegen, wenn dies für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Den Ländern ist zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt worden, bestehende Niederlassungsbeschränkungen in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten aufzuheben, soweit dies aus ihrer Sicht zur Verbesserung der Versorgung erforderlich ist (vgl. KBV 2026).

Für das Jahr 2024 wurde in rund 880 von insgesamt 5 000 Planungsbereichen ein Versorgungsgrad über 140 Prozent und damit eine rechnerische Überversorgung, in 33 Planungsbereichen eine Unterversorgung, in 67 Planungsbereichen ein zusätzlicher lokaler Bedarf und in 152 Planungsbereichen eine drohende Unterversorgung festgestellt. Unterversorgung ist im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich bei einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent und im fachärztlichen Bereich bei einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent anzunehmen. Eine festgestellte Unterversorgung oder drohende Unterversorgung betraf überwiegend die Fachgruppe der Hausärztinnen und -ärzte (KBV 2025c). **Tabelle 16** im Anhang zeigt eine entsprechende Übersicht nach Arztgruppe und Art der Planungsbereiche. Planungsbereiche gliedern sich in vier Versorgungsebenen, die hausärztliche Versorgung wird am kleinräumigsten in sogenannten Mittelbereichen (883) beplant, die allgemeine fachärztliche Versorgung in Kreisregionen (361), die spezialisierte fachärztliche Versorgung in Raumordnungsregionen (97) und die gesonderte fachärztliche Versorgung auf KV-Ebene (17). Die Zahl der Planungsbereiche schwankt dabei aufgrund der Möglichkeit, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen (vgl. KBV 2026).

Für das Fachkräftemonitoring dient der letztverfügbare Stand diverser Arbeitsmarktstatistiken und deren Historie (siehe **Kapitel 2.3**) als Ausgangspunkt für die Basisprojektionen des Arbeitskräfteangebots und des realisierbaren Bedarfs in den FKM-Berufen. Der Fokus ist dabei klar auf die zukünftigen Entwicklungen beider Arbeitsmarktseiten gerichtet und unterliegt der Prämisse, dass es zu keinen grundlegenden Änderungen in typischen Verhaltensweisen und/oder gesetzlichen Rahmenbedingungen kommt. Die Basisprojektion zeigt somit auf, wie sich der Arbeitsmarkt weiterentwickeln würde, wenn der zuletzt

beobachtete Entwicklungspfad fortgesetzt wird. Dabei werden die Anpassungen der Haushalte durch ihre Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen sowie die Anpassungen der Arbeitsmarktakteure in Form von Lohnveränderungen, Erwerbsneigung und beruflicher Mobilität berücksichtigt. Dies bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass Änderungen in den Verhaltensweisen und/oder politischen Rahmenbedingungen grundsätzlich ausgeschlossen werden. Maßnahmen, die beispielsweise auf eine verstärkte Arbeitskräftegewinnung abzielen und über das bislang beobachtbare Maß hinaus gehen würden, müssten jedoch anhand zusätzlicher Annahmen im Rahmen von Sensitivitäts- und/oder Szenarienrechnungen mit dem zur Verfügung stehenden Modellinstrumentarium analysiert werden und könnten dann mit der Basisprojektion verglichen werden. Beim vorliegenden Fachkräftemonitoring handelt es sich damit um keine „Lückenanalyse“ für einen medizinisch optimalen Bedarf. Die potenziellen zukünftigen Engpässe oder Überhänge sind stattdessen vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungssituation zu interpretieren.

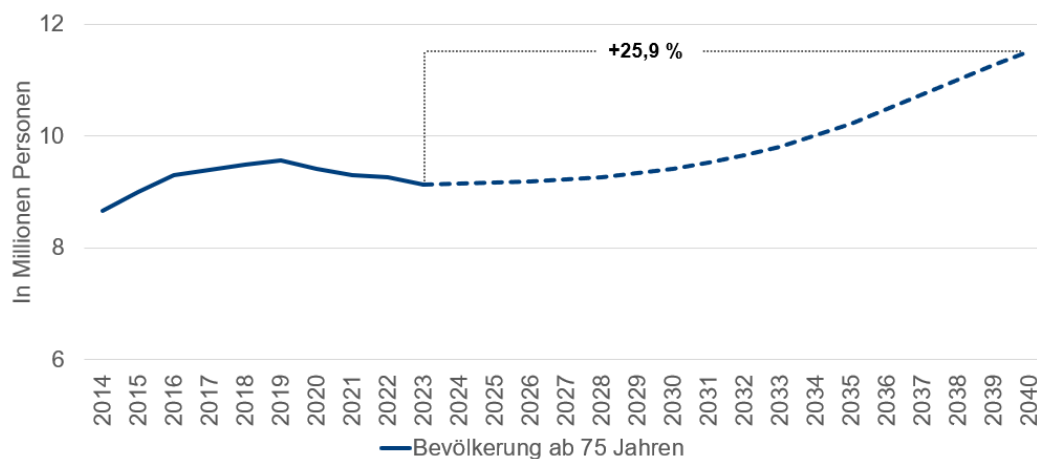
3.2 Demografie

In Auf Grundlage dieses Datenstandes nimmt die Gesamtbevölkerung von 83,46 Mio. Personen im Jahr 2023 auf 80,36 Mio. Personen im Jahr 2040 ab – ein Rückgang um 3,7 Prozent. Der Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 75 Jahre) fällt deutlich stärker aus, was sich über die altersspezifische Erwerbsbeteiligung direkt auf das Arbeitskräfteangebot auswirkt. Zwischen dem Jahr 2023 und 2040 sinkt die Bevölkerungszahl in dieser Altersgruppe von 62,68 Mio. Personen auf 58,22 Mio. Personen und damit um 7,1 Prozent (vgl. **Abbildung 2**). Die Zahlen der QuBe-Bevölkerungsprojektion liegen damit bis zum Projektionsjahr 2040 auf einem ähnlichen Niveau wie Variante 22 (G3L1W1) der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (StBA 2026a), welche im Dezember 2025 veröffentlicht wurde und auf einem Datenstand vom 31. Dezember 2024 beruht. Im Vergleich zur vorausgegangen 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, die noch auf Basis des Zensus 2011 erstellt wurde, berücksichtigt die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung die Daten aus dem Zensus 2022, die auch bereits in die QuBe-Bevölkerungsprojektion eingeflossen sind. Die Überschätzung des Bevölkerungsstandes im Zensus 2022 ist vor allem auf eine Untererfassung der Fortzüge zurückzuführen (StBA 2024b). Bei höheren Fortzugsquoten verringert sich auch das Wanderungssaldo, was für die Zukunft zu berücksichtigen ist.

Abbildung 2 wurde bereits gezeigt, dass die Bevölkerung Deutschlands von 83,46 Mio. Personen im Jahr 2023 um 3,1 Mio. auf 80,36 Mio. Personen im Jahr 2040 abnimmt. Der Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 75 Jahre) fällt mit 4,46 Mio. (2023: 62,68 Mio., 2040: 58,22 Mio.) deutlich stärker aus, was sich über die altersspezifische Erwerbsbeteiligung direkt auf das Arbeitskräfteangebot auswirkt. Die Zahl der Erwerbspersonen verringert sich von 47,14 Mio. Personen im Jahr 2023 auf 44,80 Mio. im Jahr 2040. Dieser Rückgang fällt geringer aus als bei der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, da weiterhin von einer steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Menschen ausgegangen werden kann.

Während die Bevölkerungszahl insgesamt abnimmt, steigt die Zahl der Personen in der Bevölkerung ab 75 Jahren von 9,14 Mio. Personen im Jahr 2023 auf 11,50 Mio. Personen im Jahr 2040 – eine Zunahme um 25,9 Prozent (siehe **Abbildung 6**). Damit befindet sich die QuBe-Bevölkerungsprojektion bis zum Projektionsjahr 2040 auf einem ähnlichen Niveau wie Variante 10 (G1L1W1) der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (StBA 2022). Durch den demografischen Wandel hin zu einer alternden Bevölkerung wird insbesondere die Zahl der Pflegebedürftigen und damit die Arbeitskräftenachfrage im Pflegebereich beeinflusst.

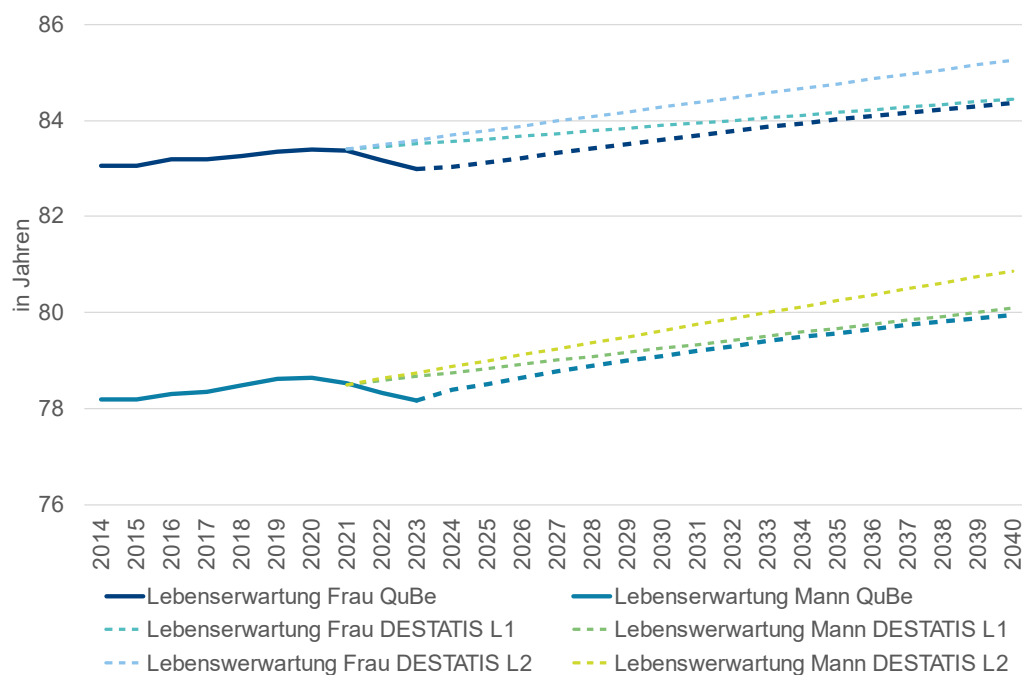
Abbildung 6: Entwicklung der Bevölkerung ab 75 Jahren, 2014 bis 2040, in Mio. Personen



Quelle: StBA 2025j, eigene Berechnungen

Die Lebenserwartung ab Geburt ist die Maßzahl zur Bestimmung der Entwicklung der Sterblichkeit. Durch die COVID-19-Pandemie ist die Lebenserwartung zwar zwischenzeitlich gesunken, in Zukunft dürfte sie jedoch wieder ansteigen. Für die weibliche Bevölkerung ist eine Erhöhung von 83,2 Jahren im Jahr 2023 auf 84,4 Jahre projiziert und für die männliche Bevölkerung im gleichen Zeitraum eine Erhöhung von 78,3 Jahren auf 80,0 Jahre. Bis zum Jahr 2040 liegt die Lebenserwartung in der QuBe-Bevölkerungsprojektion nur noch knapp unter der Annahme L1 der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, die von einem geringen Anstieg ausgeht (STBA 2022). **Abbildung 7** veranschaulicht die Entwicklung der Lebenserwartung in der QuBe-Bevölkerungsprojektion für Frauen und Männer im Vergleich zu den Annahmen L1 (geringer Anstieg) und L2 (moderater Anstieg) der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

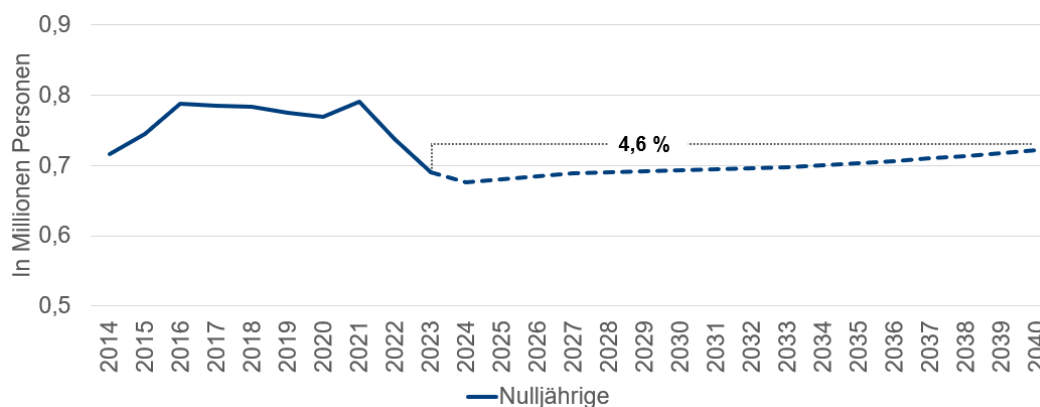
Abbildung 7: Entwicklung der Lebenserwartung ab Geburt, 2014 bis 2040, in Jahren



Quelle: StBA 2022, eigene Berechnungen

Am unteren Ende der Bevölkerungspyramide ist die Zahl der Säuglinge nach einem kurzzeitigen Anstieg im Jahr 2021 kontinuierlich gesunken. In der QuBe-Bevölkerungsprojektion wird jedoch von einer künftigen Stabilisierung der Säuglingszahlen ausgegangen. Die Zahl der Nulljährigen steigt von rund 690 000 im Jahr 2023 auf rund 720 000 im Jahr 2040, wie in **Abbildung 8** zu sehen ist. Damit liegt die QuBe-Bevölkerungsprojektion gegen Ende des Projektionszeitraums im Jahr 2040 zwischen Variante 12 (G2L1W1) und Variante 15 (G1L1W2) der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (STBA 2022). Die Zahl der Geburten – und damit verbunden auch die Zahl der Nulljährigen – beeinflusst unter anderem die Arbeitskräftenachfrage nach Hebammen (vgl. **Abschnitte 2.6.1.6 und 3.4.3.3**) und in den Folgejahren auch jene der Fachkinderkrankenpflege sowie der Fachärztinnen und -ärzte der Kinder- und Jugendmedizin (**Abschnitt 3.4.1.3**).

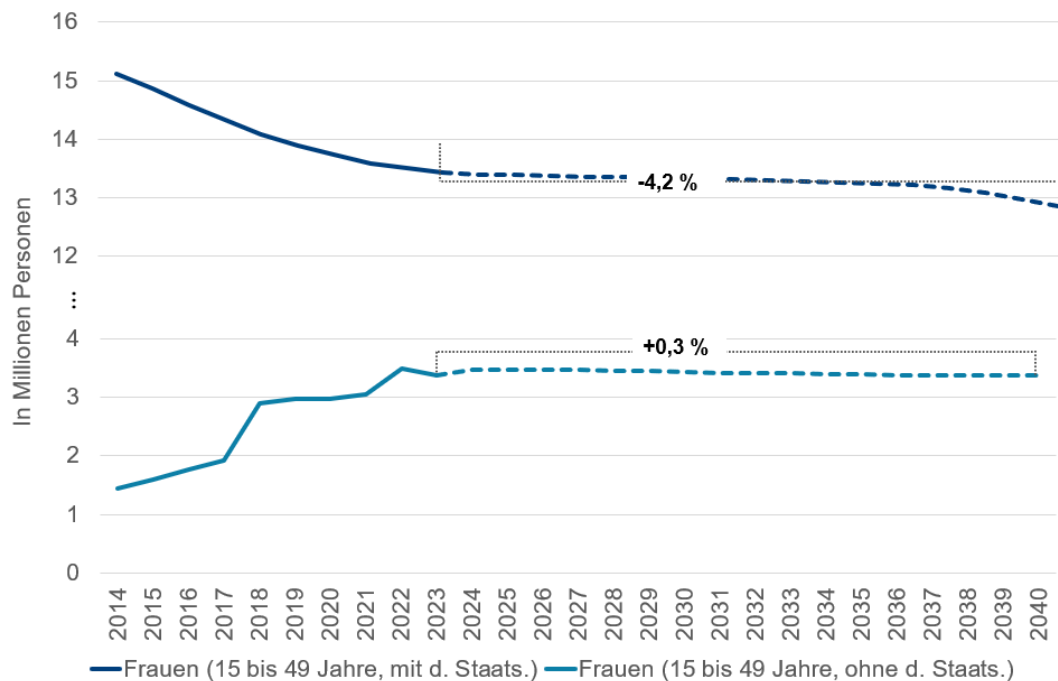
Abbildung 8: Entwicklung der Nulljährigen, 2014 bis 2040, in Mio. Personen



Quelle: StBA 2025j, eigene Berechnungen

Die Zahl der geborenen Kinder hängt sowohl von der Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter als auch von der Geburtenhäufigkeit der Frauen ab. Die weibliche Bevölkerung im Alter von 15 bis 49 Jahren mit deutscher Staatsangehörigkeit nimmt in der QuBe-Bevölkerungsprojektion von 13,42 Mio. Frauen im Jahr 2023 auf 12,87 Mio. Frauen im Jahr 2040 ab – ein Rückgang um 4,2 Prozent. Die weibliche Bevölkerung dieser Altersgruppe ohne deutsche Staatsangehörigkeit verändert sich hingegen kaum und bleibt mit durchschnittlich 3,42 Mio. Frauen verhältnismäßig stabil. Beide Entwicklungen sind in **Abbildung 9** dargestellt. Da die Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes in den zugänglichen Daten nicht nach Staatsangehörigkeit unterscheidet, kann hier kein direkter Vergleich gezogen werden. Ein Vergleich der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren insgesamt zeigt aber, dass die QuBe-Bevölkerungsprojektion mittelfristig bis 2030 auf dem Niveau der Variante 14 (G2L3W1) und langfristig bis 2040 zwischen Variante 14 (G2L3W1) und Variante 15 (G1L1W2) der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (STBA 2022) liegt.

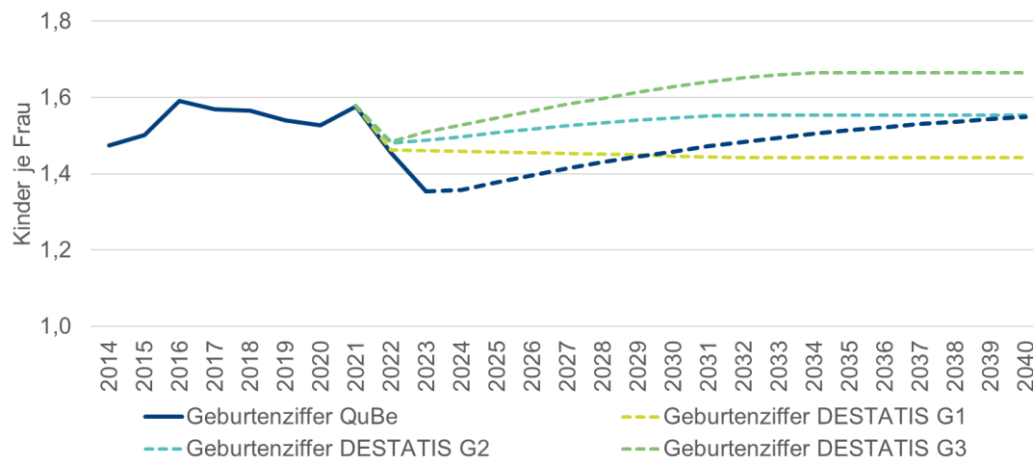
Abbildung 9: Entwicklung der weiblichen Bevölkerung von 15 bis 49 Jahren, 2014 bis 2040, in Mio. Personen



Quelle: StBA 2025j, eigene Berechnungen

Zur Bestimmung der Geburtenhäufigkeit wird die zusammengefasste Geburtenziffer, auch Geburtenrate genannt, herangezogen. Sie gibt die durchschnittliche Kinderzahl einer Frau an, wenn die Verhältnisse des betrachteten Jahres von ihrem 15. bis 49. Lebensjahr gelten würden (StBA 2025i). Seit 2017 zeigt sich ein abnehmender Trend der Geburtenrate, der nur 2021 – während der COVID-19-Pandemie – unterbrochen wurde. Zuletzt sanken die Geburten jedoch weiter auf 1,38 Kinder je Frau im Jahr 2023 und 1,35 Kinder je Frau im Jahr 2024 (StBA 2025a). Die 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bildet diesen deutlichen Rückgang aufgrund des älteren Datenstandes noch nicht ab (StBA 2022). In der QuBe-Bevölkerungsprojektion sind die niedrigeren Geburtenraten am aktuellen Rand bereits berücksichtigt und der weitere Projektionsverlauf lässt eine Rückkehr zum langfristigen Mittel erwarten. Damit ergibt sich für 2040 eine Geburtenrate von 1,55 Kindern je Frau, was dem Wert der Annahme G2 der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts entspricht (StBA 2022). **Abbildung 10** zeigt den Vergleich der zusammengefassten Geburtenziffern.

Abbildung 10: Entwicklung der zusammengefassten Geburtenziffer, 2014 bis 2040



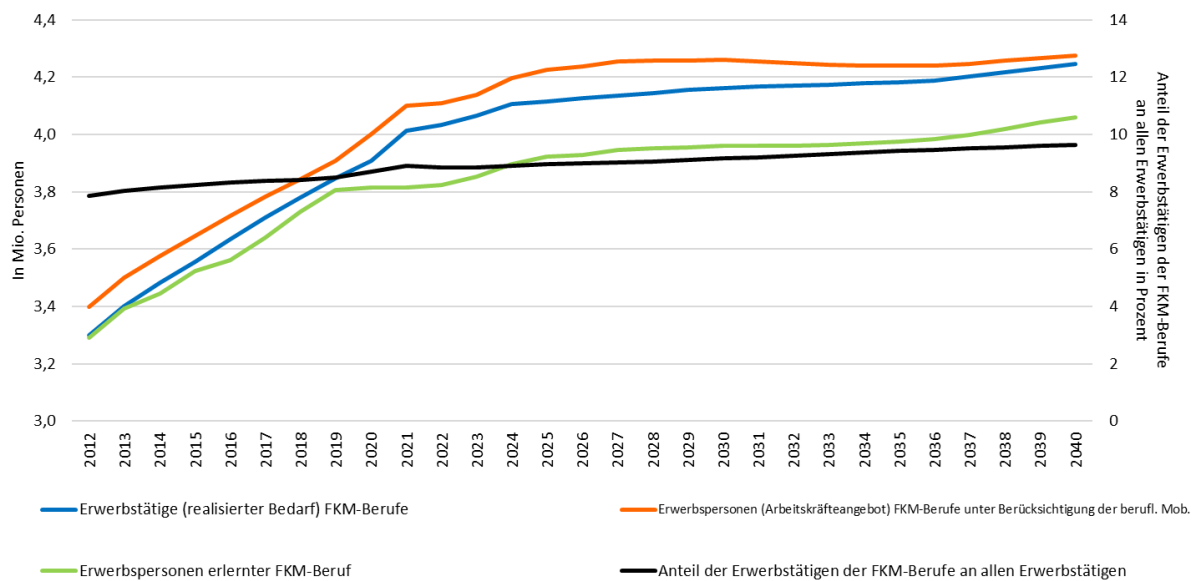
Quelle: StBA 2022, eigene Berechnungen

Durch den Wiederanstieg der Geburtenrate im Laufe des Projektionszeitraums erklärt sich der Anstieg der Nulljährigen in **Abbildung 8** bei gleichzeitigem Rückgang der weiblichen Bevölkerung im gebärfähigen Alter.

3.3 Entwicklung der FKM-Berufe insgesamt

Dieses Kapitel widmet sich den berufsspezifischen Ergebnissen. **Abbildung 11** stellt zunächst die Entwicklung der Erwerbstätigen und Erwerbspersonen in den FKM-Berufen in der Basisprojektion insgesamt dar. Es zeigt sich, dass die Zahl der Erwerbstätigen seit dem Jahr 2012 kontinuierlich zugenommen hat und auch in Zukunft weiterwächst – wenn auch geringer als in der Vergangenheit (blaue Linie, **Abbildung 11**). Dies liegt vor allem an der rückläufigen Erwerbsbevölkerung (**Tabelle 3, Abbildung 11**) und der dadurch zurückgehenden Zahl an Erwerbspersonen. Die Bedeutung der Gesundheitsberufe an der Erwerbstätigkeit insgesamt nimmt hingegen zu. Der Anteil der FKM-Berufe an allen Erwerbstätigen (schwarze Linie, **Abbildung 11**) steigt von 8,8 Prozent im Jahr 2023 auf 9,6 Prozent im Jahr 2040 an.

Abbildung 11: Entwicklung der Erwerbstätigen und Erwerbspersonen von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2024c, 2025c, 2025e, 2025g); BÄK 2024; GKV-Spitzenverband (2025a, 2025b); KBV (2025b, 2025d); KZBV 2025, eigene Berechnung und Darstellung

Zu beachten ist, dass die rund 4,1 Mio. Erwerbstätigen der 54 FKM-Berufe im Jahr 2023 nicht alle Erwerbstätigen des Gesundheitswesens repräsentieren. Sie sind eine Auswahl der in der GPR aufgeführten Berufe. Originär zählt die GPR im Jahr 2023 rund 4,3 Mio. Erwerbstätige in Berufen des Gesundheitswesens und weitere 1,77 Mio. Erwerbstätige, die nicht in explizit ausgewiesenen Berufen der GPR, aber in einer Einrichtung im Gesundheitswesen tätig sind (beispielsweise kann hier an eine Hausmeisterin bzw. ein Hausmeister im Pflegeheim oder eine IT-Mitarbeiterin bzw. ein IT-Mitarbeiter im Krankenhaus gedacht werden). Die in diesem Bericht projizierte Anzahl an Erwerbstätigen beschreibt somit nur rund 95 Prozent der Gesundheitsberufe der GPR (die ausgewählten Berufe sind im Anhang in **Tabelle 17** wiedergegeben) bzw. 67 Prozent der Erwerbstätigen in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Auch die Zahl der Erwerbspersonen ist in der Vergangenheit stetig gestiegen – sowohl jene, die in den FKM-Berufen ihren höchsten beruflichen Abschluss erworben haben (Erwerbspersonen im erlernten Beruf, grüne Linie, **Abbildung 11**), als auch jene die dort ihre Arbeitskraft anbieten (Erwerbspersonen (Arbeitskräfteangebot) unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität, orangene Linie, **Abbildung 11**). Die Zahl der Erwerbspersonen, die ihre Arbeitskraft in den FKM-Berufen anbieten, fällt im Prognosezeitraum von 2024 bis 2040 durchschnittlich um rund 280 000 (7,0 %) höher aus als die Zahl derer, die dafür qualifiziert sind. Das bedeutet, dass im Saldo weniger qualifizierte Kräfte die Gesundheitsberufe verlassen als dort mit einer anderen beruflichen Qualifizierung oder auch ohne vollqualifizierenden Abschluss eine Erwerbstätigkeit finden. Zum Ende des Projektionszeitraums nimmt der Zugewinn im Saldo jedoch ab. Während die Zahl der Erwerbspersonen unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität im Jahr 2023 noch 7,4 Prozent über dem Angebot an Erwerbspersonen im erlernten Beruf lag, sind es im Jahr 2040 nur noch 5,3 Prozent.

Ausschlaggebend für diese Entwicklung ist zum einen die Verschiebung der Altersstruktur: In Anbetracht der soziodemografischen Struktur des Arbeitsangebotes (**Tabelle 19**, Anhang), zeigt sich, dass der Anteil der mittleren Alterskohorten (30–60 Jahre) konsekutiv abnimmt,

während Jüngere (unter 30-Jährige) stärker vertreten sind und ältere Kohorten (über 60-Jährige), die häufiger in den Ruhestand wechseln, in etwa konstant bleiben. Zum anderen nimmt aber auch die Zahl der Erwerbspersonen, die in die FKM-Berufe hineinwechseln könnten, aufgrund der zurückgehenden Erwerbsbevölkerung ab.

Die Interpretation der Basisprojektion muss immer vor dem Hintergrund der getroffenen Annahmen erfolgen. Sie haben somit den Charakter einer Wenn-dann-Aussage. So ist z. B. mit der projizierten Anzahl an Erwerbstätigen in einem Beruf zu rechnen, wenn die Inanspruchnahme aus dem Jahr 2023 nach Alter und Geschlecht in der Bevölkerung beibehalten wird. Dies bedeutet aber auch, dass die Projektion keine veränderte Rechts- oder Finanzierungslage unterstellt, die z. B. Anreize für eine höhere oder geringere Inanspruchnahme setzt und dass sich die Prävalenzen und Inzidenzen in der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht nicht verändern. Solche Veränderungen könnten aber als Sensitivitätsanalysen oder Szenarien berechnet und mit der Basisprojektion gespiegelt werden.

Ein Vergleich der Zahl der Erwerbstätigen in den FKM-Berufen des Fachkräftemonitorings im Jahr 2023 mit jenen des Jahres 2040 lässt erkennen, dass an rund 181 000 Arbeitsplätzen Erwerbstätigkeit aufgebaut wird. Ein Erwerbstätigenaufbau findet jedoch nicht in allen Berufen statt. In rund 14 Berufen werden mehr als rund 1 000 Erwerbstätige benötigt, in rund 8 Berufen findet hingegen auch ein Rückgang in Höhe dieser Zahl der benötigten Erwerbstätigen statt (vgl. **Tabelle 6, Tabelle 8, Tabelle 10, Tabelle 12 & Tabelle 14**). Insgesamt können rund 211 000 Personen mehr in den FKM-Berufen erwerbstätig sein. Gleichzeitig geht die Zahl der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) aber auch in anderen Berufen um rund 30 000 Personen bis zum Jahr 2040 im Vergleich zum Jahr 2023 zurück. Diese zurückgehende Anzahl an Erwerbstätigen entsteht zum einen, weil berufsrelevante Bevölkerungsgruppen zurückgehen, zum anderen aber auch, weil sich bereits in der Vergangenheit eine Trendentwicklung hin zu einem Erwerbstätigenabbau zeigt.

3.4 Entwicklungen nach Berufen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Berufe diskutiert. Der Übersicht halber werden sie jeweils gebündelt für die beruflichen Überkategorien diskutiert. Zunächst für die Human- und Zahnmedizin (**Abschnitt 3.4.1**), anschließend für die (zahn-)medizinischen Fachangestellten, (medizinisch-)technischen Berufe sowie Berufe des Gesundheitshandwerks (**Abschnitt 3.4.2**), die Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe (**Abschnitt 3.4.3**), die Therapie-/Heilkundeberufe (**Abschnitt 3.4.4**) und zuletzt für die Apothekenberufe (**Abschnitt 3.4.5**).

3.4.1 Human- und Zahnmedizin

Im Jahr 2023 stellten die Human- und Zahnmedizin mit rund 500 000 Erwerbstätigen eine der zahlenmäßig größeren Berufsgruppen im Fachkräftemonitoring für das BMG. **Tabelle 5** sortiert die einzelnen Berufe nach ihrer Verteilung auf die Bereiche im Jahr 2023 und 2040. Insgesamt teilen sie sich zum letzten Datenstand zu ca. 47 Prozent auf den ambulanten und rund 45 Prozent auf den stationären Bereich auf. Rund 8 Prozent arbeiten im sonstigen Bereich. Bis zum Jahr 2040 findet relativ wie absolut eine leichte Verschiebung hin zum stationären Bereich statt. In den beiden hauptsächlich dort verorteten Berufen der Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung sowie Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin (siehe **Abschnitt 3.4.1.4** bzw. **Abschnitt 3.4.1.5**) findet hier mit 5 000 bzw. 3 000 Erwerbstätigen aufgrund der zunehmenden Zahl der Krankenhausaufenthalte bei einer alternden Bevölkerung auch der größte Aufbau an Arbeitsplätzen statt.

Tabelle 5: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Berufen der Human- und Zahnmedizin 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.

Beruf	Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) nach Bereichen						Erwerbstätigen- auf- bzw. -abbau (2040-2023)
	Ambulant	Stationär	Sonstige	Ambulant	Stationär	Sonstige	
81474 Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	95%	2%	3%	95%	2%	3%	-1
814041 Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte	89%	4%	7%	89%	4%	7%	2
814441 Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte	83%	13%	3%	83%	13%	3%	0
814444 Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte	76%	17%	6%	76%	18%	6%	0
814443 Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Expertin/Experte	70%	24%	6%	70%	24%	6%	0
814442 Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte	62%	33%	5%	62%	33%	5%	0
814445 Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte	52%	43%	5%	52%	43%	5%	0
814140 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte	50%	41%	9%	49%	42%	9%	-1
814841 Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte	48%	40%	12%	48%	41%	12%	0
814842 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte	48%	46%	6%	48%	47%	5%	0
814042 Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte	12%	79%	9%	12%	80%	9%	5
814540 Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte	16%	74%	9%	16%	76%	8%	1
814240 Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte	28%	64%	9%	27%	65%	8%	3
814340 Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte	32%	61%	7%	31%	62%	7%	1
814641 Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin – Expertin/Experte	42%	49%	9%	42%	50%	8%	0
814843 Fachärztinnen/-ärzte für sonstige Fachgebiete – Expertin/Experte	22%	23%	55%	22%	24%	54%	0
Summe	47,4%	44,5%	8,1%	46,9%	45,5%	7,6%	10

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten.

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

Mehrere, sich teilweise kompensierende Entwicklungen führen zum Anstieg bzw. Rückgang der Erwerbstätigen: Fachärztliche Gruppen, die stark von älteren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden – wie die Innere Medizin oder die Augenheilkunde – erfahren im Zuge des demografischen Wandels eine langfristig stärkere Nachfrage. Der Struktureffekt der Alterung überwiegt in diesen Fällen den mengenmäßigen Rückgang der Gesamtbevölkerung. Für andere Gruppen überwiegt hingegen der Mengeneffekt des Bevölkerungsrückgangs, da sich dieser auch in der für die Ärzteschaft relevanten Bevölkerungsgruppe zeigt (u. a. Zahnmedizin). Beispielsweise ist für Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin die Anzahl an Jugendlichen relevant (siehe [Abschnitt 3.4.1.3](#)).

Tabelle 6 zeigt die Arbeitsmarktbilanz der Berufe in der Human- und Zahnmedizin in Personen und VZÄ. Die ersten drei grünen Ergebnisspalten geben die Zahl der (projizierten) Erwerbstätigen in Tsd. Personen bzw. Tsd. VZÄ wieder. Die blauen Ergebnisspalten zeigen die Anzahl an Erwerbspersonen in Personen und VZÄ. Die gelb hinterlegten Spalten geben die Differenz zwischen den Erwerbspersonen (Arbeitskräfteangebot) und Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) in den jeweiligen Jahren in absoluten und relativen Größen an. Da die Daten auf ein Vielfaches von Tausend gerundet sind, die Differenzen aber auf den ungerundeten Werten berechnet werden, zeigen sich auch relative Differenzen in Berufen, in welchen die absolute Differenz einer (gerundeten) Null entspricht.

Während die Gesamtzahl der Erwerbstätigen zwischen 2023 und 2040 um rund 10 000 Erwerbstätige zunimmt, steigt die Zahl der Erwerbspersonen im gleichen Zeitraum um rund 23 000 Personen. Im Vergleich zum Ausgangsjahr 2023 erhöht sich damit das Arbeitskräfteangebot im Vergleich zur Anzahl an Erwerbstätigen proportional stärker. Ursächlich für die Erhöhung ist die konstante Anzahl an Studienanfängern und die in der Vergangenheit beobachtbare Zuwanderung (BÄK 2025), sodass trotz einer allgemeinen Alterung der Human- und Zahnmedizinerinnen und -mediziner das Nettoneuangebot aus dem Bildungssystem und Ausland höher ausfällt als die Anzahl an Personen, die in den Ruhestand übergehen.

Relativ am höchsten ist das Angebot an Erwerbspersonen im Vergleich zur Zahl an Erwerbstätigen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie in der Kinder- und Jugendmedizin mit jeweils 11,5 bzw. 11,2 Prozent. Bei Fachärztinnen und -ärzten für Urologie (-6,4 % im Jahr 2040), für Chirurgie (-1,7 %) und für Inneren Medizin (-1,1 %) reicht

das Angebot an Erwerbspersonen hingegen rechnerisch nicht aus, um den realisierten Bedarf an Erwerbstätigen zu decken. Treiber der Entwicklungen ist hier – wie in **Kapitel 2.5, und den Abschnitten 2.6.1.3 und 2.6.1.4** beschrieben – allein die demografische Entwicklung über die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch die Bevölkerung.

Unter Betrachtung der VZÄ ist die Lage ähnlich. Auch hier liegt das Angebot an VZÄ in der Urologie (-5,6 %) und in der Chirurgie (-0,7 %) im Jahr 2040 unterhalb des realisierten Bedarfs an Erwerbstätigen. In allen Berufen der Human- und Zahnmedizin wächst bei der Betrachtung nach VZÄ das Arbeitskräfteangebot prozentual stärker als bei der Betrachtung nach Köpfen. Dies kommt dadurch zustande, dass im Arbeitskräfteangebot jene Personengruppen nach Alter und Geschlecht zunehmen, die im Schnitt eine höhere Stundenanzahl arbeiten. Waren bei der Human- und Zahnmedizin im Jahr 2023 rund 1,18 Personen für ein VZÄ nötig, so sind es im Jahr 2040 mit 1,17 Personen geringfügig weniger. In der Kinder- und Jugendmedizin, Inneren Medizin und in der Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin zeigen sich die stärksten Effekte: Hier werden im Jahr 2040 rund 0,02 Personen weniger für eine VZÄ benötigt als 2023. In diesen Fachgruppen steigt das Medianalter der Erwerbspersonen und der Frauenanteil nimmt zu (**Tabelle 19**, im Anhang).

Zu beachten ist, dass in der dargestellten Basisprojektion die aktuellen Arbeitszeiten in der Human- und Zahnmedizin nach Alter und Geschlecht für die Zukunft konstant gehalten werden und keine Realisierung einer Wunscharbeitszeit unterstellt wird. Eine kürzlich durchgeführte Befragung von beruflich tätigen Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten sowie der Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung lässt auf einen zukünftigen Rückgang der Arbeitszeit in diesen Berufen schließen (LEINERT 2025). So äußerten Erstere den Wunsch, im Durchschnitt bis 2030 in der Woche zweieinhalb Stunden weniger zu arbeiten. Ebenfalls belegt die Befragung merkliche Unterschiede in der Arbeitszeit zwischen selbstständigen und angestellten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten mit durchschnittlich 48 bzw. 32 Arbeitsstunden in der Woche, bedingt durch die höhere Teilzeitquote im Angestelltenverhältnis. Ärztinnen und Ärzte, die in einer Arztpraxis ihre Facharztweiterbildung absolvieren, gaben den Wunsch an, in Zukunft seltener in Vollzeit und häufiger angestellt zu arbeiten als die derzeit tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie die hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten. Die auf dieser Studie aufbauende Projektion der hausärztlichen Versorgung des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung projiziert entsprechend einen deutlichen Rückgang an hausärztlichen VZÄ bis 2040 (WENDE U. A. 2025).

In Anbetracht der soziodemografischen Struktur des Angebots an Erwerbspersonen (**Tabelle 19**, im Anhang) zeigt sich, dass der Frauenanteil in nahezu allen Facharztgruppen von 2023 bis 2040 wächst. Auch das Medianalter steigt an. Lediglich bei den Fachärztinnen und -ärzten für Urologie und bei Ärztinnen und Ärzten ohne Facharztbezeichnung ist ein Rückgang des Medianalters zu sehen. Mit einem Medianalter von 54 Jahren sind jene in der Allgemeinmedizin auch im Jahr 2040 am ältesten (53,7 Jahre im Jahr 2023) und viele davon gehen in den Ruhestand über. So geht der Anteil der über 60-Jährigen von 35 Prozent im Jahr 2023 auf 31 Prozent zurück. Aufgrund eines steigenden Neuangebots (Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin) kann die Zahl der Erwerbspersonen jedoch leicht erhöht werden (**Abschnitt 3.4.1.4**).

Tabelle 6: Arbeitsmarktbilanz Human- und Zahnmedizin 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten

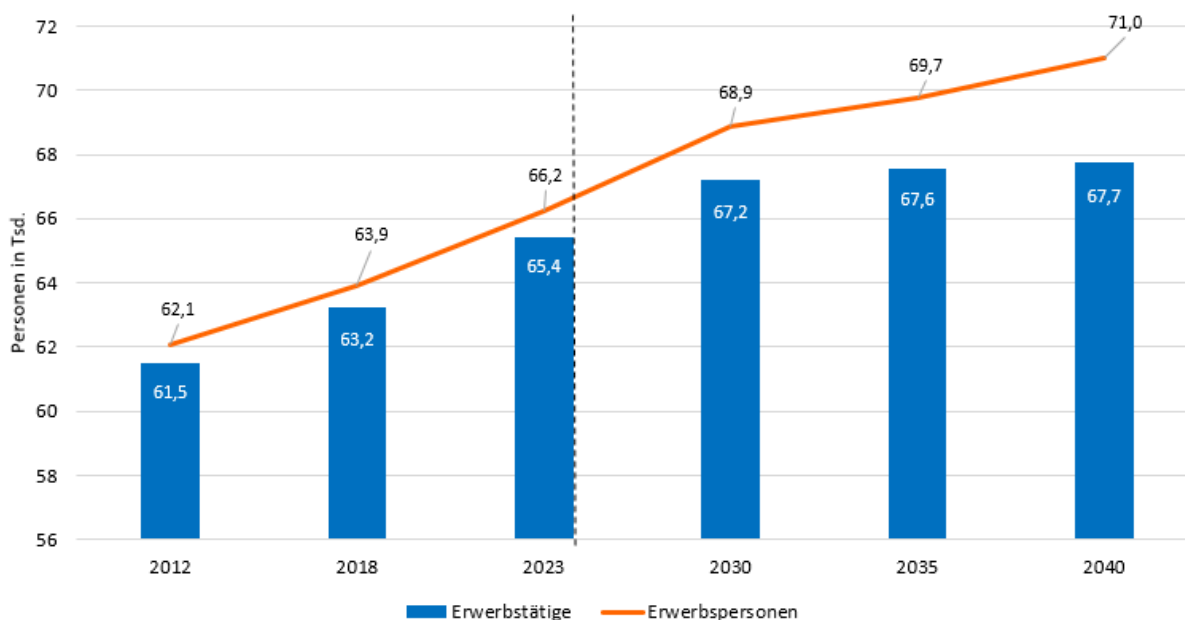
Beruf	Personen											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81474 Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	75	76	74	76	77	77	1	1	3	1,2%	0,8%	4,5%
814041 Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte	65	67	68	66	69	71	1	2	3	1,2%	2,5%	4,8%
814441 Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte	8	8	9	8	8	9	0	0	0	1,2%	1,1%	0,8%
814444 Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte	7	7	7	7	7	7	0	0	0	1,2%	3,6%	5,2%
814443 Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Expertin/Experte	7	7	7	7	7	7	0	0	0	1,2%	2,4%	2,5%
814442 Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte	20	19	19	20	21	21	0	1	2	1,2%	7,1%	11,5%
814445 Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte	7	7	7	7	7	7	0	0	0	1,2%	-2,6%	-6,4%
814140 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte	17	17	16	17	18	18	0	1	2	1,2%	8,3%	11,2%
814841 Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte	5	5	5	5	5	5	0	0	0	1,2%	2,4%	2,9%
814842 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte	13	13	13	13	13	13	0	0	0	1,2%	1,0%	1,6%
814042 Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte	124	127	129	126	133	135	2	6	6	1,2%	4,6%	4,5%
814540 Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte	28	28	28	28	29	29	0	1	0	1,2%	2,6%	1,1%
814240 Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte	44	45	47	45	46	46	1	1	-1	1,2%	2,1%	-1,1%
814340 Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte	44	45	45	44	45	44	1	0	-1	1,2%	0,7%	-1,7%
814641 Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin – Expertin/Experte	31	32	31	32	33	34	0	1	2	1,2%	4,6%	7,3%
814843 Fachärztinnen/-ärzte für sonstige Fachgebiete – Expertin/Experte	8	8	8	8	9	9	0	0	1	1,2%	4,7%	8,6%
Summe	501	511	511	507	526	530	6	15	19	1,2%	3,0%	3,7%
	Vollzeitäquivalente											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81474 Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	66	67	65	67	68	68	1	1	3	0,8%	0,8%	4,8%
814041 Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte	61	62	63	61	64	66	1	2	3	1,2%	3,0%	5,3%
814441 Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte	7	7	7	7	7	7	0	0	0	1,2%	1,7%	1,4%
814444 Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte	6	6	6	6	6	6	0	0	0	1,2%	4,9%	6,5%
814443 Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Expertin/Experte	6	6	6	6	6	6	0	0	0	1,2%	3,5%	3,6%
814442 Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte	16	16	16	16	17	18	0	1	2	1,2%	7,8%	12,2%
814445 Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte	6	6	6	6	6	6	0	0	0	1,2%	-1,7%	-5,6%
814140 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte	14	13	13	14	15	15	0	1	2	1,2%	9,7%	12,7%
814841 Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte	4	4	4	4	4	4	0	0	0	1,2%	3,4%	4,0%
814842 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte	10	10	10	10	10	10	0	0	0	1,2%	2,1%	2,7%
814042 Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte	105	108	109	107	113	114	1	5	5	1,2%	5,0%	4,9%
814540 Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte	22	22	22	22	23	23	0	1	0	1,2%	3,5%	2,1%
814240 Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte	37	38	39	37	39	39	0	1	0	1,2%	3,5%	0,2%
814340 Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte	36	37	37	37	37	36	0	1	0	1,2%	1,7%	-0,7%
814641 Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin – Expertin/Experte	25	25	25	25	27	27	0	2	2	1,2%	6,0%	8,7%
814843 Fachärztinnen/-ärzte für sonstige Fachgebiete – Expertin/Experte	6	6	6	6	7	7	0	0	1	1,2%	6,3%	10,2%
Summe	426	434	434	431	450	453	5	16	19	1,2%	3,7%	4,4%

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten. Die Differenzen sind auf den ungerundeten Werten berechnet.
Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG.

3.4.1.1 Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten (Expertin/Experte)

Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin (814041) sowie hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten (Hausärztinnen und Hausärzte im Sinne des § 73 Absatz 1a SGB V) im ambulant vertragsärztlichen Bereich stellen über den Beobachtungszeitraum zahlenmäßig in Köpfen wie auch in VZÄ mit je über 60 000 die größte Facharztgruppe der Humanmedizin dar. Nahezu 90 Prozent aller Erwerbstätigen dieser Fachgruppen arbeiten im ambulanten Bereich (*Tabelle 5*). Die KBV wies für das Jahr 2024 in diesem Beruf eine Unterversorgung bzw. drohende Unterversorgung aus (siehe *Kapitel 3.1*). Wie *Abbildung 12* zeigt, nimmt in der Projektion die Anzahl an Erwerbstätigen in Köpfen leicht zu, während das Angebot in Köpfen hingegen stärker und kontinuierlich steigt – auf rund 71 000 Erwerbspersonen im Jahr 2040. Zum einen kommen aufgrund der konstanten Zahl an Studienanfängerinnen und -anfängern mehr Personen mit einer Qualifizierung in der Human- und Zahnmedizin auf den Arbeitsmarkt, zum anderen konnte in der Vergangenheit eine zunehmende Anzahl an Facharzttiteln in der Allgemeinmedizin beobachtet werden, die auch aufgrund des nachweisbaren Trends fortgeschrieben wird (vgl. *Abbildung 50* im Anhang). Damit besteht ein theoretisches Arbeitskräftepotenzial, um bestehenden regionalen Unterversorgungen zu begegnen oder um einen kleinen Teil der Arbeitszeitwünsche (LEINERT 2025) bei Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten zu realisieren. Würde die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bis zum Jahr 2040 um maximal bis zu vier Prozent verringert, wäre die Arbeitsmarktbilanz ähnlich wie im Jahr 2023.

Abbildung 12: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten insgesamt von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

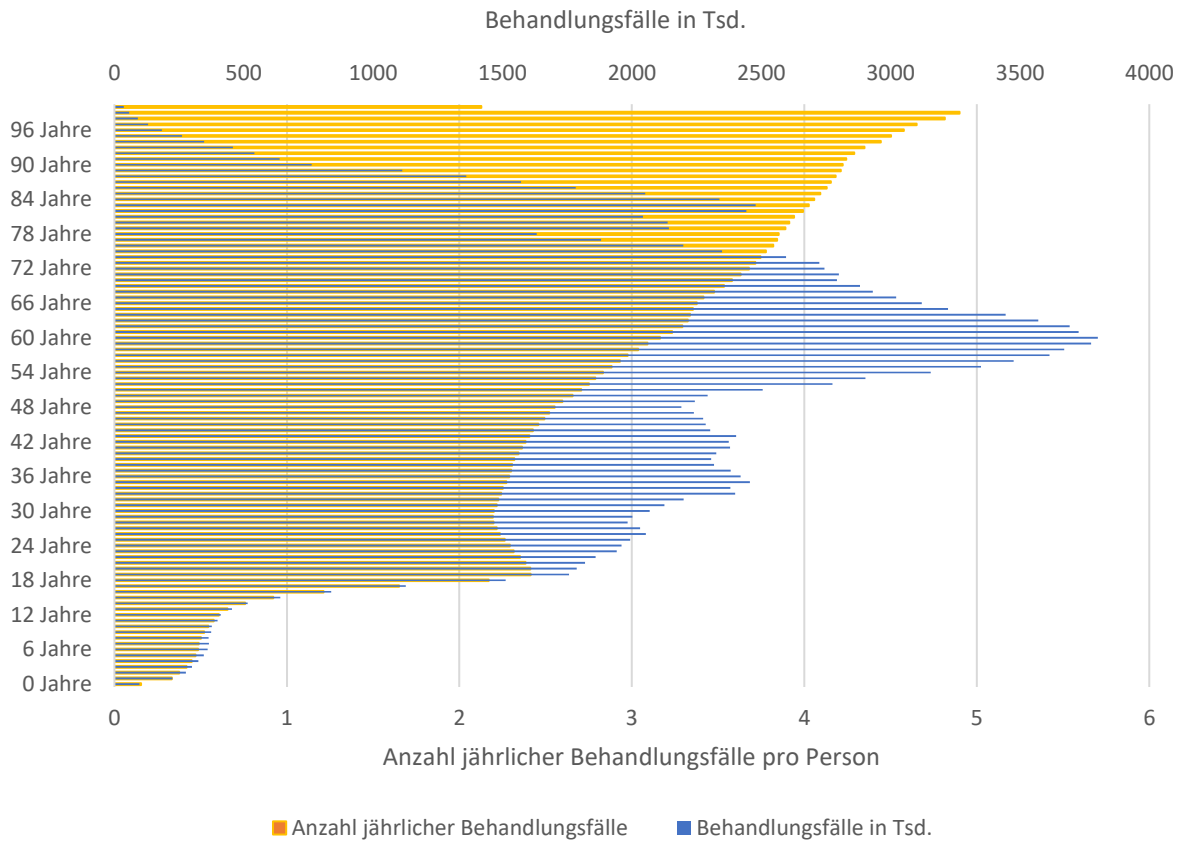
Quelle: StBA 2025c; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2025a; KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

Ursächlich für die in der Projektion nur leicht steigende Erwerbstätigenzahl sind zwei Effekte: Einerseits die langfristig rückläufige Zahl an Behandlungen und andererseits der steigende Aufwand je Behandlungsfall.

Die bis 2040 insgesamt leicht schrumpfende Behandlungszahl resultiert grundsätzlich aus zwei demografischen Entwicklungen: Zum einen wächst die Zahl der über 75-Jährigen bis 2040, zum anderen sinkt jedoch die Gesamtbevölkerung im gleichen Zeitraum (vgl. **Auf Grundlage** dieses Datenstandes nimmt die Gesamtbevölkerung von 83,46 Mio. Personen im Jahr 2023 auf 80,36 Mio. Personen im Jahr 2040 ab – ein Rückgang um 3,7 Prozent. Der Rückgang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 75 Jahre) fällt deutlich stärker aus, was sich über die altersspezifische Erwerbsbeteiligung direkt auf das Arbeitskräfteangebot auswirkt. Zwischen dem Jahr 2023 und 2040 sinkt die Bevölkerungszahl in dieser Altersgruppe von 62,68 Mio. Personen auf 58,22 Mio. Personen und damit um 7,1 Prozent (vgl. **Abbildung 2**). Die Zahlen der QuBe-Bevölkerungsprojektion liegen damit bis zum Projektionsjahr 2040 auf einem ähnlichen Niveau wie Variante 22 (G3L1W1) der 16. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (StBA 2026a), welche im Dezember 2025 veröffentlicht wurde und auf einem Datenstand vom 31. Dezember 2024 beruht. Im Vergleich zur vorausgegangenen 15. koordinierte Bevölkerungsprojektion, die noch auf Basis des Zensus 2011 erstellt wurde, berücksichtigt die 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung die Daten aus dem Zensus 2022, die auch bereits in die QuBe-Bevölkerungsprojektion eingeflossen sind. Die Überschätzung des Bevölkerungsstandes im Zensus 2022 ist vor allem auf eine Untererfassung der Fortzüge zurückzuführen (StBA 2024b). Bei höheren Fortzugsquoten verringert sich auch das Wanderungssaldo, was für die Zukunft zu berücksichtigen ist.

Abbildung 2 und **Abbildung 6**). Zwar nehmen ältere Menschen tendenziell häufiger ambulante Leistungen der Allgemeinmedizin und der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in Anspruch, dennoch geht die Inanspruchnahme nicht so stark von älteren Personen aus wie in anderen fachärztlichen Bereichen, sondern verteilt sich gleichmäßiger über alle Altersgruppen. Abgesehen von unter 16-Jährigen, die eher Kinder- und Jugendmedizinerinnen bzw. -mediziner (vgl. **Abschnitt 3.4.1.3**) aufsuchen, konsultieren nahezu alle Altersgruppen im Schnitt mehr als zweimal pro Jahr eine hausärztliche Praxis (vgl. **Abbildung 13**). Dementsprechend ist ein Großteil der Behandlungen in absoluten Zahlen auf Patientinnen und Patienten in mittleren Altersjahren zurückzuführen. Die abnehmende Zahl an Behandlungen für diese mittlere Altersgruppen senkt bis 2040 die Gesamtzahl an nachgefragten Behandlungen und impliziert, dass für diese Praxen der Mengeneffekt der abnehmenden Gesamtbevölkerung den Struktureffekt der wachsenden alternden Bevölkerung aufwiegt.

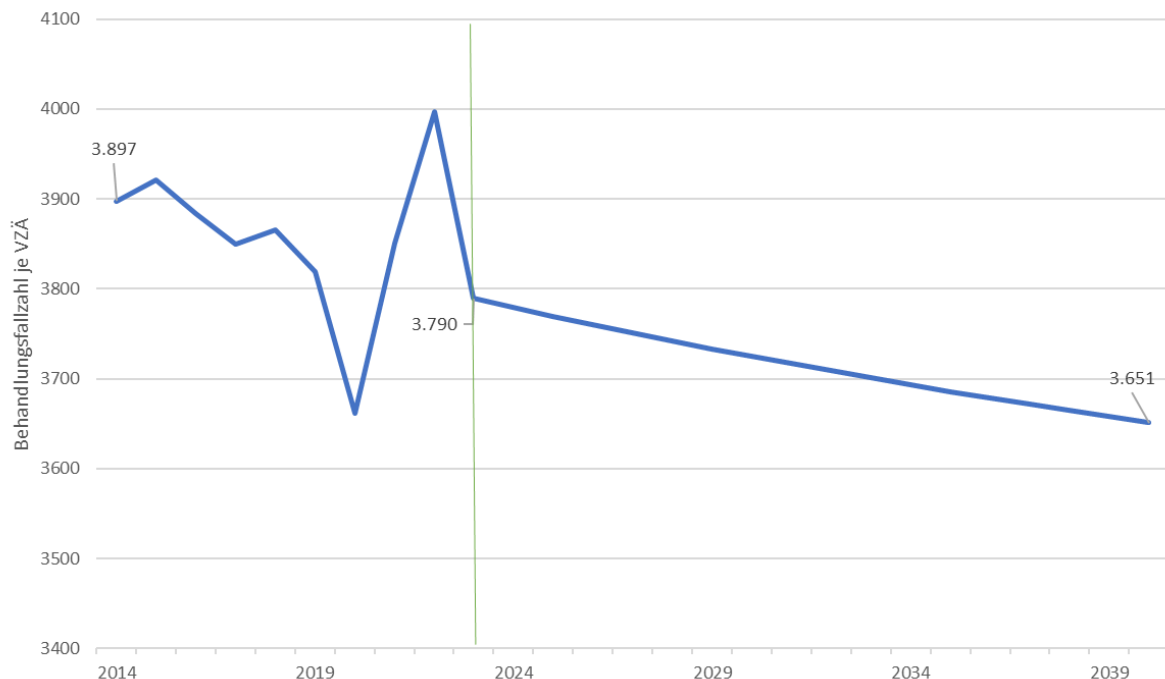
Abbildung 13: Ambulante Behandlungen bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten im Jahr 2023 nach Altersjahren der Patientinnen und Patienten



Quelle: KBV 2025d, eigene Berechnung und Darstellung

Gleichzeitig nimmt jedoch der Aufwand je Behandlungsfall für die Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin sowie für die hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten zu. Diese Entwicklung zeichnet sich in der Vergangenheit aus den seit 2014 vorliegenden Daten ab – ausgenommen die pandemischen Jahre 2020 bis 2022 –, indem die Anzahl der abgerechneten Behandlungsfälle dem Personaleinsatz gegenübergestellt wird. Für die Zukunft wird dieser Trend mittels einer Schätzung als in der Projektion bis 2040 fortlaufend unterstellt (vgl. **Abbildung 14**). Die Behandlungsfallzahl je Vollzeitäquivalent unter den Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin und unter den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten geht entsprechend von **jährlich** je ca. 3 900 im Jahr 2014, über 3 790 im Jahr 2023 auf ca. 3 650 im Jahr 2040 zurück.

Abbildung 14: Anzahl ambulanter Behandlungsfälle je VZÄ unter den Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin und unter den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten, 2014 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

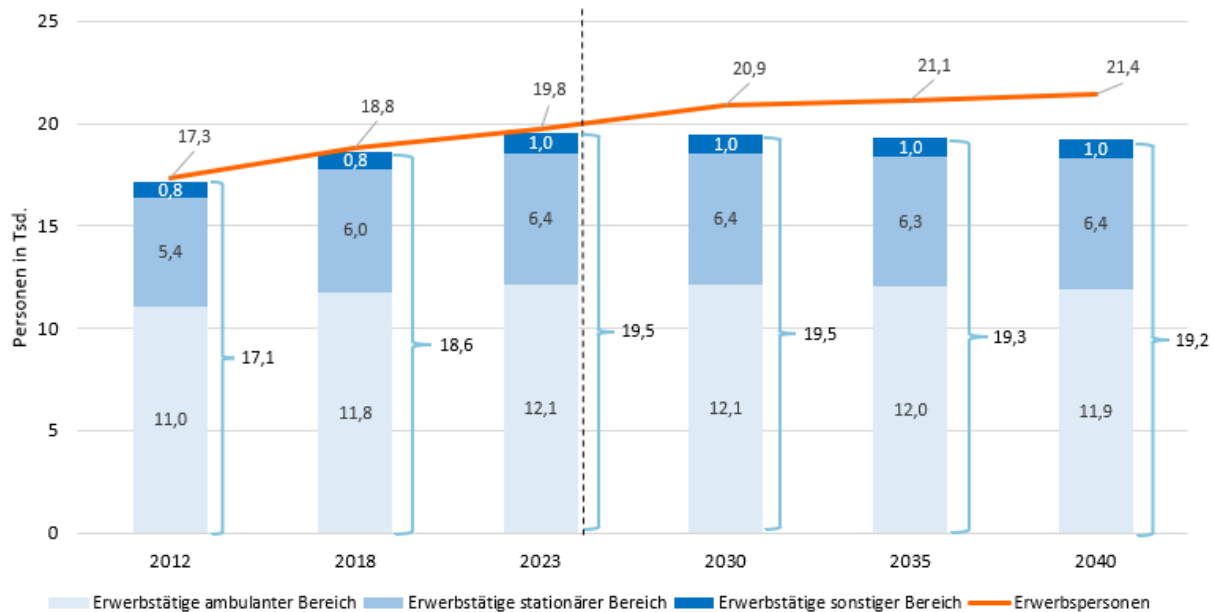
Die bis 2040 insgesamt leicht schrumpfende Behandlungszahl und der steigende Aufwand je Behandlungsfall sorgen dafür, dass die nachgefragte Erwerbstätigenzahl an Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin und an hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten langsam, aber kontinuierlich wächst.

3.4.1.2 Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Mit rund 20 000 Erwerbstätigen im Jahr 2023 stellten Fachärztinnen und -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (814442) einen unterdurchschnittlich großen Beruf innerhalb der Human- und Zahnmedizin dar. Sie sind zum überwiegenden Teil ambulant tätig, rund ein Drittel der Erwerbstätigen arbeitet jedoch im stationären Bereich (**Abbildung 15**). Der Anteil der im sonstigen Bereich Erwerbstätigen ist wie bei nahezu allen anderen Berufen der Human- und Zahnmedizin vernachlässigbar.

Mit einem Frauenanteil unter den Erwerbspersonen von 73 Prozent verfügte der Beruf der Fachärztinnen und -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Jahr 2023 über den höchsten Anteil an weiblichen Erwerbspersonen unter den ärztlichen Berufen (vgl. **Tabelle 19** im Anhang). Dieser steigt bis zum Jahr 2040 auf 77 Prozent an.

Abbildung 15: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe von 2012 bis 2040

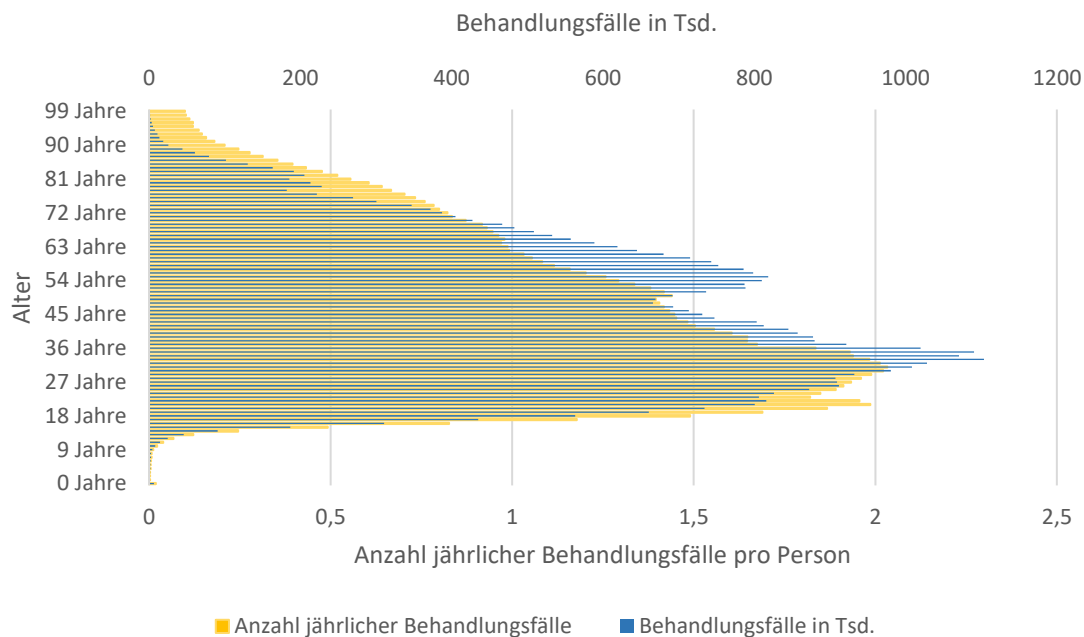


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025e; KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

Dem zunehmenden Angebot an Erwerbspersonen steht eine geringfügig sinkende Anzahl an erwerbstätigen Fachärztinnen und -ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gegenüber (**Abbildung 15**). Die Ursache dafür liegt im demografischen Wandel der Bevölkerung. Ambulante Behandlungen dieser Facharztgruppe werden vor allem von Frauen zwischen 16 und 70 Jahren in Anspruch genommen (**Abbildung 16**). Darauf entfielen im Jahr 2023 rund 90 Prozent der Behandlungsfälle. Mit der Alterung der Bevölkerung wird diese Gruppe kleiner, womit die Nachfrage nach Behandlungen sinkt und somit auch die Anzahl an Erwerbstätigen dieses Berufs.

Abbildung 16: Ambulante Behandlungen bei Fachärztinnen und -ärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Jahr 2023 nach Altersjahren der Patientinnen

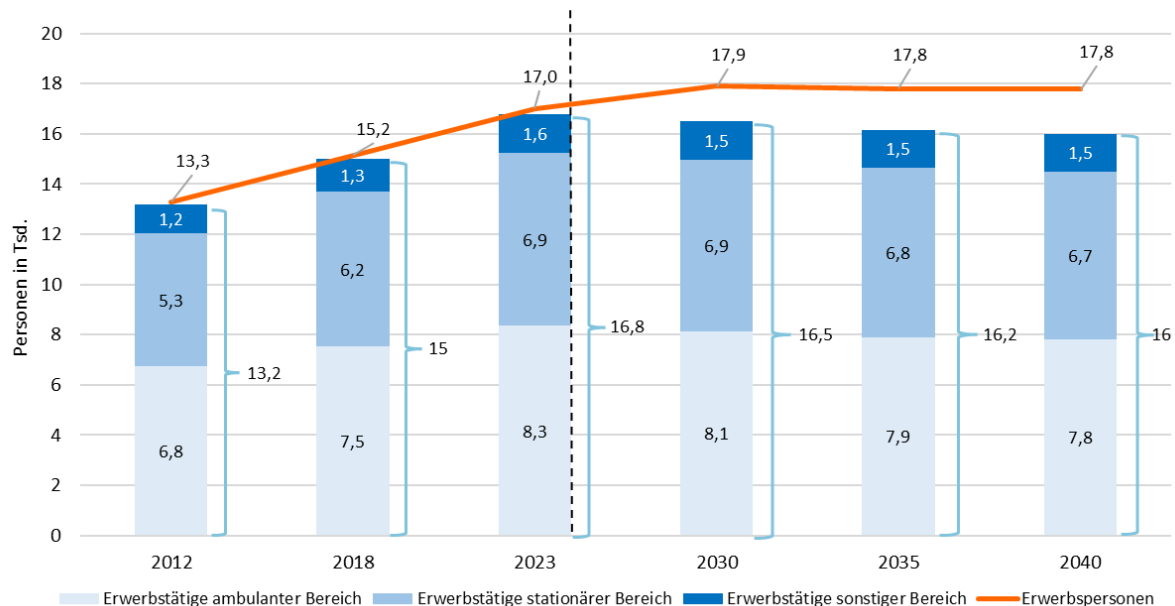


Quelle: KBV 2025d, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.1.3 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Mit insgesamt rund 17 000 Erwerbstätigen zählen Fachärztinnen und -ärzte für die Kinder- und Jugendmedizin zu den kleineren ärztlichen Fachgruppen. Ihre Tätigkeit verteilt sich nahezu gleichmäßig auf den ambulanten und den stationären Bereich. In der Projektion weist diese Fachärztinnen- bzw. Facharztgruppe, wie geschildert, sowohl im Jahr 2030 als auch zum Projektionshorizont 2040 die höchste relative Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen im Vergleich zu allen anderen Fachärztinnen- bzw. Facharztgruppen auf.

Abbildung 17: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

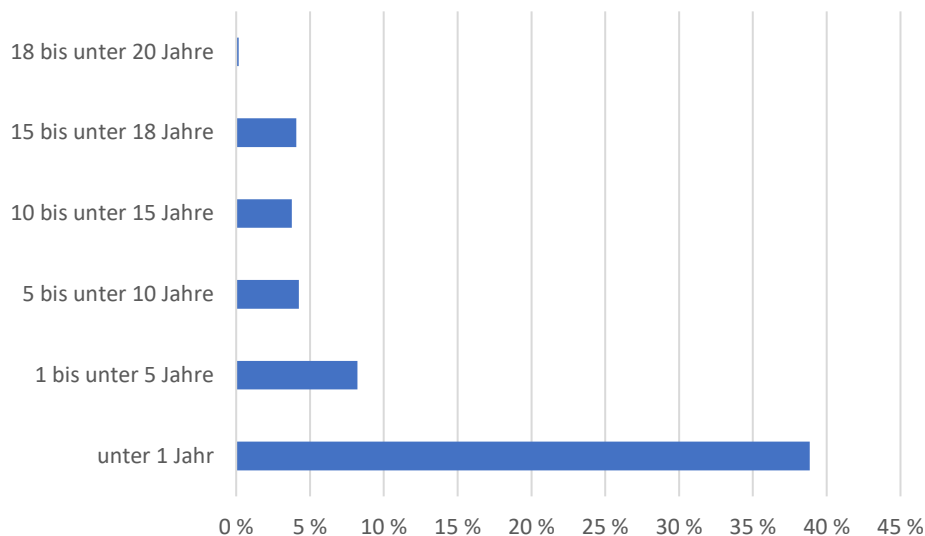
Quelle: StBA 2025e; KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 17 zeigt den Anstieg der Zahl an Erwerbspersonen in der Kinder- und Jugendmedizin auf rund 18 000 im Jahr 2040. Gleichzeitig ist ersichtlich, dass die Entwicklung der Erwerbstätigenzahl sowohl im ambulanten (Fortschreibung über Ansatz A4, **Abschnitt 2.6.1.4**) als auch im stationären Bereich (Fortschreibung über Ansatz A3, **Abschnitt 2.6.1.3**) rückläufig ist, wobei die rückläufige Entwicklung im ambulanten Bereich etwas stärker ausfällt. Die Anzahl der Arbeitsplätze im sonstigen Bereich bleibt nach Ansatz C (**Abschnitt 2.6.3**) auf sehr niedrigem Niveau. Knapp die Hälfte der Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner im sonstigen Bereich arbeitet im öffentlichen Dienst.

Leistungen von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin werden nahezu ausschließlich von jüngeren Menschen in Anspruch genommen. Folglich ist der wichtigste demografische Treiber für die Nachfrage nach Leistungen von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin die Anzahl der unter 18-Jährigen. Nach einem kontinuierlichen Anstieg in der Vergangenheit sinkt die Zahl von rund 14 Mio. im Jahr 2023 auf unter 13 Mio. bis 2040 ab. Ein Grund hierfür ist die zwischen 2016 und 2023 von rund 1,6 auf unter 1,4 Kinder je Frau gesunkene Geburtenziffer (vgl. **Abbildung 10**). Folglich sinken bei konstanten ambulanten Behandlungswahrscheinlichkeiten die Gesamtzahlen der Behandlungsfälle. Da auch die Personalschlüssel konstant gehalten werden, entwickelt sich die Anzahl der Erwerbstätigen rückläufig.

Im Krankenhaus sind Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendmedizin vor allem unter ein Jahr alt (vgl. **Abbildung 18**). Das heißt, dass die Nachfrage vor allem durch die Geburtenzahl bedingt ist. Diese steigt in der Bevölkerungsprojektion ab 2024 bis zum Prognosehorizont 2040 wieder leicht an (vgl. **Abbildung 8**). Dadurch resultiert eine stabilisierende Wirkung auf die Nachfrage nach kinder- und jugendmedizinischen Leistungen im Krankenhaus, was die im Vergleich zum ambulanten Bereich weniger stark sinkende Anzahl an Erwerbstätigen erklärt. Im ambulanten Bereich sind die Behandlungswahrscheinlichkeiten weniger konzentriert, das heißt der Geburtenanstieg schlägt sich weniger stark auf die gesamte Zahl der Behandlungen durch.

Abbildung 18: Krankenhauswahrscheinlichkeit in der Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin nach Altersjahren im Jahr 2023



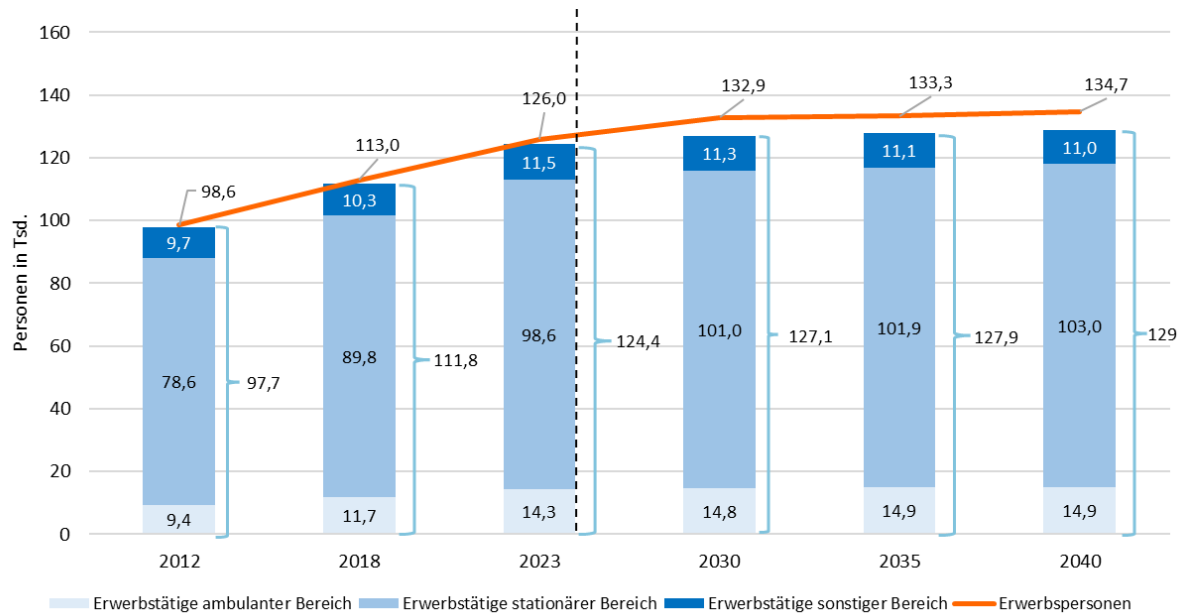
Quelle: StBA 2025e, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.1.4 Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung

Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung (814042) bilden innerhalb der Human- und Zahnmedizin sowohl in Köpfen als auch in VZÄ mit jeweils deutlich über 100 000 den größten Beruf. Hinter dieser Berufsbezeichnung verbergen sich vor allem Assistenzärztinnen und -ärzte. Sie absolvieren eine Facharztausbildung und wechseln anschließend in den entsprechenden Facharztberuf. Dies verdeutlicht sich durch das geringste Medianalter unter den Human- und Zahnmedizinerinnen und -medizinern im Jahr 2023, den höchsten Anteil an unter 30-Jährigen sowie den geringsten Anteil an über 60-jährigen (vgl. **Tabelle 19**, Anhang). Zudem sind sie über den Projektionszeitraum mit einem konstant hohen Anteil von fast 80 Prozent im stationären Bereich beschäftigt (**Tabelle 5**). Ein Grund dafür ist, dass eine Niederlassung als Vertragsarzt eine Facharztausbildung erfordert.

Zum Wachstum der Erwerbspersonen trägt die steigende Anzahl an Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin bei (vgl. STIFTUNG FÜR HOCHSCHULZULASSUNG 2024, 2025; DEUTSCHE HOCHSCHULMEDIZIN 2025). Die Zahl an Medizinstudierenden ist im Jahr 2024 um rund 4 500 Personen (rd. 3,6 %) im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (StBA 2025j). Dieses Wachstum ist vermutlich auf einen Anstieg an Medizinstudienplätzen an privaten Hochschulen (vgl. DEUTSCHE HOCHSCHULMEDIZIN 2025) zurückzuführen, da an öffentlichen Hochschulen in 2024 nur geringfügig mehr Studienplätze geschaffen wurden als 2023 (STIFTUNG FÜR HOCHSCHULZULASSUNG 2024, 2025). Da der Beobachtungszeitraum, auf dem die Basisprojektion basiert, mit dem Jahr 2023 endet, ist dieser Anstieg nicht in der Basisprojektion berücksichtigt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass nachfolgend auch die in der Basisprojektion bereits jährlich zunehmende Zahl an Absolvierenden eines Medizinstudiums im Projektionszeitraum noch leicht höher ausfallen kann als angenommen. Wird die durchschnittliche Studienzeit im Studienfach Medizin von etwa sieben Jahren (StBA 2024d) berücksichtigt, ist mit einem entsprechend leichten Anstieg im Neuangebot im Vergleich zur Projektion von Ärztinnen und Ärzten ohne Facharztbezeichnung ab dem Jahr 2030 zu rechnen. Je nach Dauer der Facharztausbildung überträgt sich dieser Anstieg ab dem Jahr 2035 auf das Neuangebot in den jeweiligen Facharztgruppen.

Abbildung 19: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung von 2012 bis 2040

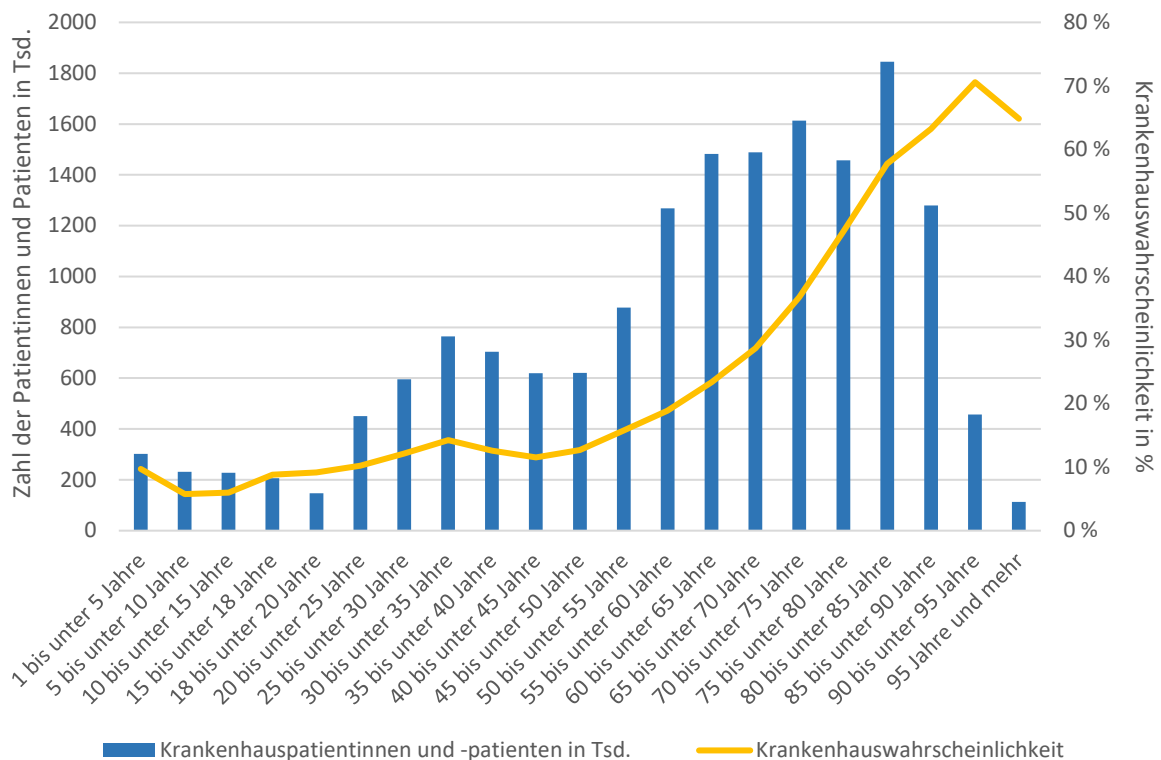


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025e; KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 19 zeigt, dass das Angebot an Erwerbspersonen und die Anzahl an Erwerbstätigen in der Projektion ab dem Jahr 2030 nur geringfügig zunehmen. Die Steigerung der Anzahl an Erwerbstätigen ist allein auf den stationären Bereich zurückzuführen. Da nicht klar ist, in welcher Fachabteilung die Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztbezeichnung eingesetzt werden, wird die gesamte Zahl an Patientinnen- und Patienten im Krankenhaus – das heißt die grundsätzliche Krankenhauswahrscheinlichkeit – für die Fortschreibung genutzt. **Abbildung 20** zeigt, dass auch die allgemeine Krankenhauswahrscheinlichkeit unabhängig von der Fachabteilung mit dem Alter stark ansteigt. Allerdings konzentrieren sich die Krankenhauspatientinnen- und -patientenzahlen nicht so stark auf die Altersgruppen der über 60-Jährigen, wie es beispielsweise in der Inneren Medizin der Fall ist (vgl. dazu auch **Abbildung 22**). In nahezu allen Altersgruppen liegt die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts bei über zehn Prozent. Zwar steigt auch die gesamte Zahl der Patientinnen- und Patienten mit der Alterung der Bevölkerung bis 2040 leicht an, allerdings begrenzt der grundsätzliche Bevölkerungsrückgang die Steigerung. In der Konsequenz steigt die Erwerbstätigenzahl über den Projektionszeitraum nur sehr geringfügig.

Abbildung 20: Zahl der Krankenhauspatientinnen und -patienten und Krankenhauswahrscheinlichkeit insgesamt 2023

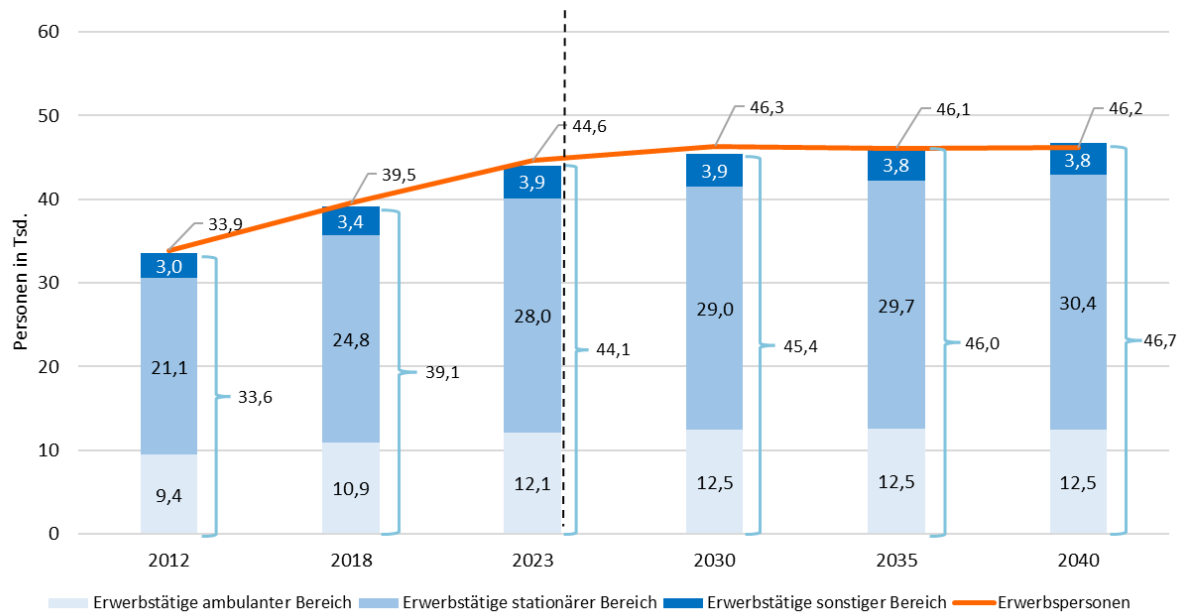


Quelle: StBA 2025e, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.1.5 Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin

Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin, zu denen verschiedenste Untergruppen gehören (beispielsweise Kardiologinnen und Kardiologen und Gastroenterologinnen und Gastroenterologen) zählen mit insgesamt rund 44 000 Erwerbstätigen zu den mittelgroßen Ärztinnen- bzw. Ärztegruppen (Fortschreibung über Ansatz A3, [Abschnitt 2.6.1.3](#)). Zu nahezu zwei Dritteln sind sie im stationären Bereich beschäftigt (vgl. [Abbildung 21](#)). In der Projektion lässt sich im späteren Verlauf des Projektionszeitraums ein Engpass beobachten, welcher in erster Linie auf eine wachsende Zahl an Erwerbstätigen zurückzuführen ist, wohingegen das Angebot ab dem Jahr 2030 auf einem konstanten Niveau von rund 46 000 Erwerbspersonen verbleibt. Nach Bereich betrachtet steigt die Zahl der Arbeitsplätze vor allem im stationären Bereich über den gesamten Projektionszeitraum hinweg an.

Abbildung 21: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin von 2012 bis 2040



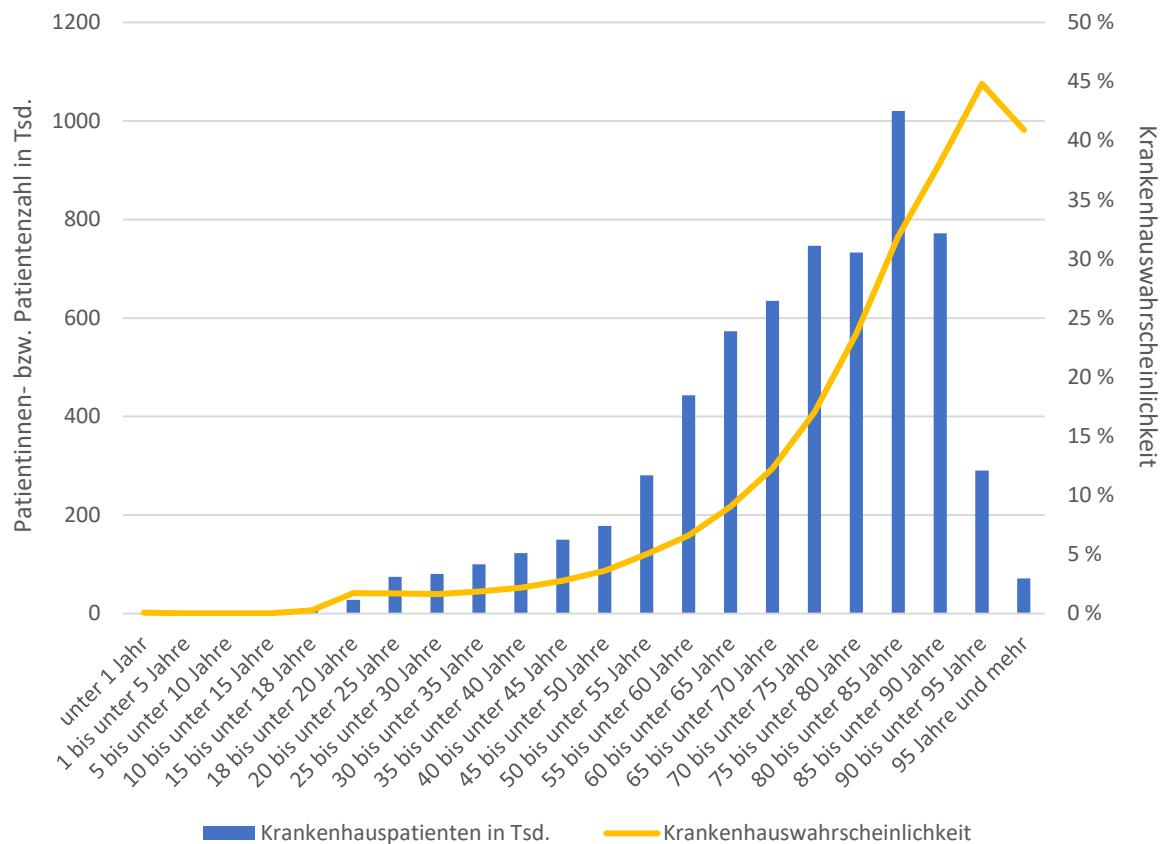
Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025e; KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024; eigene Berechnung und Darstellung

Demografisch betrachtet wird die Nachfrage nach Leistungen von Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin vor allem durch ältere Menschen getrieben. Mit dem Alter steigt die Krankenhauswahrscheinlichkeit in der Fachabteilung Innere Medizin an und ebenso die absoluten Patientinnen- und Patientenzahlen. Im Jahr 2023 machten über 75-Jährige nahezu die Hälfte der Patientinnen und Patienten aus (vgl. **Abbildung 22**). Dementsprechend sorgt die steigende Anzahl der über 75-Jährigen (vgl. **Abbildung 6**) auch in der Projektion für höhere Patientinnen- und Patientenzahlen.

Auch im ambulanten Bereich werden Leistungen in Praxen für Innere Medizin überwiegend von älteren Menschen in Anspruch genommen. Allerdings verteilen sich die Behandlungsfälle im ambulanten Bereich gleichmäßiger über die Altersjahre als in der Fachabteilung im Krankenhaus, deren Patientinnen und Patienten meist über 60 Jahre sind. Das hat zur Folge, dass die Wachstumsrate der ambulanten Behandlungsfälle hinter jener der Krankenhauspatientinnen- und -patientenzahl in der Inneren Medizin zurückbleibt. Dementsprechend steigt die Anzahl der Arbeitsplätze im ambulanten Bereich bei konstanten Krankenhaus- bzw. Behandlungswahrscheinlichkeiten und Personalschlüsseln weniger dynamisch an als im stationären Bereich.

Abbildung 22: Patientinnen- bzw. Patientenzahl und Krankenhauswahrscheinlichkeit in der Fachabteilung Innere Medizin im Jahr 2023



Quelle: StBA 2025e, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.2 (Zahn-)Medizinische Fachangestellte, Berufe des Gesundheitshandwerks und (medizinisch-)technische Berufe

Die Gruppe der (zahn-)medizinischen Fachangestellten, der Berufe des Gesundheitshandwerks und der (medizinisch-)technischen Berufe umfasste im Jahr 2023 rund 977 000 Erwerbstätige und ist damit nahezu doppelt so groß wie jene der Ärzteschaft. Wie **Tabelle 7** zeigt, sind die (zahn-)medizinischen Fachangestellten überwiegend im ambulanten Bereich tätig, während die Berufe des Gesundheitshandwerks (wie die Fachkraft für Zahntechnik und Berufe in der Medizintechnik) hauptsächlich im sonstigen Bereich arbeiten. Der stationäre Bereich ist bei (medizinisch-)technischen Berufen der Funktionsdiagnostik und der Radiologie sowie in der operations- und medizintechnischen Assistenz bedeutsam.

Tabelle 7: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Berufen der (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten, Berufen des Gesundheitshandwerks und (medizinisch-)technischen Berufen 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.

Beruf	Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) nach Bereichen							Erwerbstätigen- auf- bzw. -abbau (2040-2023)
	2023			2040				
	Ambulant	Stationär	Sonstige	Ambulant	Stationär	Sonstige		
81112 Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	96%	2%	2%	96%	2%	2%	8	
81113 Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	93%	2%	5%	92%	2%	6%	-2	
81102 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft	78%	14%	7%	77%	14%	8%	9	
81103 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist	87%	4%	8%	80%	7%	14%	-7	
82593 Aufsicht; Führung - Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	69%	0%	31%	79%	0%	20%	-1	
8253 Berufe in der Hörgeräteakustik	89%	0%	11%	95%	0%	4%	8	
8252 Berufe in der Augenoptik	88%	0%	11%	91%	0%	9%	-6	
8251 Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik	46%	1%	53%	62%	1%	38%	-1	
82542 Zahntechnik – Fachkraft	28%	0%	71%	20%	0%	79%	-6	
8250 Berufe in der Medizintechnik (oS)	12%	15%	73%	6%	7%	87%	4	
8121 Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	21%	31%	48%	26%	30%	44%	4	
8122 Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	11%	79%	10%	11%	79%	10%	0	
8123 Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	33%	60%	7%	39%	55%	6%	3	
8133 Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	11%	74%	16%	13%	74%	13%	0	
Summe	71.5%	13.7%	14.7%	71.7%	13.6%	14.7%	14	

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten.

oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

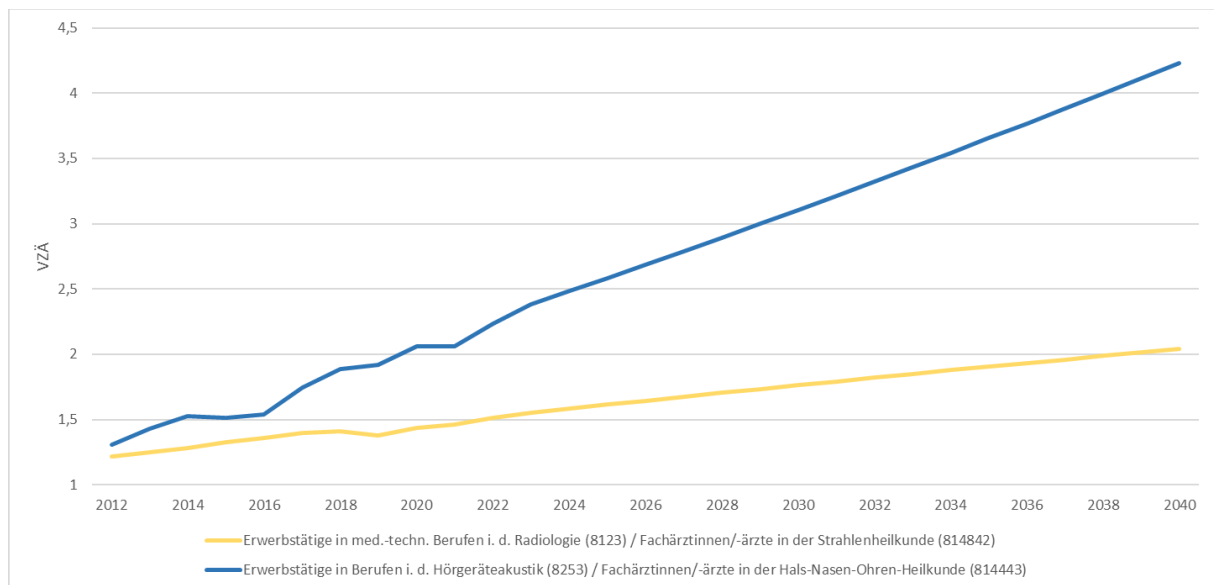
Insgesamt steigt die Zahl der Erwerbstätigen in diesen Berufen zwischen 2023 und 2040 um rund 14 000. Die Entwicklung in den einzelnen Berufen ist aber heterogen. Während z. B. die Zahl der Erwerbstätigen bei den medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten auf Fachkraftniveau um rund 9 000 bzw. 8 000 ansteigt (siehe [Abschnitt 3.4.2.1 und 3.4.2.2](#)), nimmt sie auf der Spezialistenebene (vgl. [Tabelle 18](#)) um rund 7 000 bzw. 2 000 ab.

In den Berufen der Hörgeräteakustik, welche zu knapp 89 Prozent im ambulanten Bereich ausgeübt werden, steigt die Zahl der Erwerbstätigen zwischen 2023 und 2040 um rund 8 000. Dieser Zuwachs findet ausschließlich im ambulanten Bereich statt und begründet sich im trendgeschätzten Verhältnis zur Zahl der erwerbstätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (vgl. [Abschnitt 2.6.2](#)). Die Bevölkerungsentwicklung wirkt sich also indirekt auf die Erwerbstätigen in den Berufen der Hörgeräteakustik aus. Ebenfalls überwiegend im ambulanten Bereich tätig sind die Berufe in der Augenoptik. Hier deutet die Trendschätzung auf einen Rückgang der Erwerbstätigenzahl um rund 6 000 hin. In den Berufen der Medizintechnik (siehe [Abschnitt 2.6.4](#)) wird eine noch stärkere Konzentration vom ambulanten und stationären in den sonstigen Bereich stattfinden, verbunden mit einem Anstieg von rund 4 000 Erwerbstätigen im Zeitraum 2023 bis 2040.

[Abbildung 23](#) zeigt beispielhaft die Entwicklung für die zahlenmäßigen Verhältnisse zwischen Erwerbstätigen in der Hörgeräteakustik und Fachärztinnen und -ärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie zwischen Erwerbstätigen in medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie zu Fachärztinnen und -ärzten für Strahlenheilkunde jeweils in VZÄ in der Vergangenheit und in der Projektion im ambulanten Bereich. In beiden Fällen weist die Historie einen klaren Trend auf: Im Fall der Berufe in der Hörgeräteakustik und der Fachärztinnen und -ärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde kamen im Jahr 2023 rechnerisch auf ein VZÄ im fachärztlichen Beruf rund 2,4 VZÄ in Berufen der Hörgeräteakustik, während dieses Verhältnis im Jahr 2012 noch bei 1,3 lag. Diese Entwicklung setzt sich mit der Trendfortschreibung in der Projektion bis 2040 kontinuierlich fort und sorgt für steigende Erwerbstätigenzahlen in den Berufen der Hörgeräteakustik im ambulanten Bereich. Im Fall der medizinisch-technischen Berufe in der Radiologie und der Fachärztinnen und -ärzte für Strahlenheilkunde ist ebenfalls zwischen 2012 und 2023 ein zahlenmäßig größer werdendes Verhältnis zwischen den Größen erkennbar, welches in

ersterer Gruppe zu weiter wachsenden Erwerbstätigenzahlen bis 2040 im ambulanten Bereich führt (siehe **Abschnitt 3.4.2.4**).

Abbildung 23: Beispiel zur Fortschreibung von Trends in den Verhältnissen zwischen Berufen im ambulanten Bereich



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; KBV (2025b, 2025d); BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 8 zeigt die Arbeitsmarktbilanz der (zahn-)medizinischen Fachangestellten, der Berufe des Gesundheitshandwerks und der (medizinisch-)technischen Berufe, nach der Personenzahl und entsprechenden VZÄ sowie die Differenzen zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen absolut und prozentual. Während die Gesamtzahl der Erwerbstätigen dieser Berufe zwischen 2023 und 2040 um rund 14 000 Erwerbstätige zunimmt, steigt die Zahl der Erwerbspersonen im gleichen Zeitraum zunächst bis zum Jahr 2030 um 20 000 an, sinkt dann aber wieder und fällt somit im Jahr 2040 um rund 5 000 Erwerbspersonen niedriger aus als im Jahr 2023. Die Zahl der Erwerbspersonen dieser Berufe entspricht im Jahr 2040 der Zahl der Erwerbstätigen im selben Jahr (2023: 1,9 % höher). In Anbetracht der Entwicklung der VZÄ liegt die Zahl der Erwerbspersonen im Jahr 2040 1,8 Prozent über der Zahl der Erwerbstätigen.

Der dargestellte Teilzeitanteil korreliert mit der Altersstruktur der Erwerbspersonen (**Tabelle 19** im Anhang): So nimmt das Medianalter und der Anteil der über 60-Jährigen in den Berufen bis zum Jahr 2030 zu. Nachdem Letztere aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, verjüngt sich die Altersstruktur der Erwerbspersonen wieder und die Zahl der VZÄ relativ zu den Erwerbspersonen steigt wieder. Die Zahl der Erwerbspersonen geht sowohl absolut als auch in VZÄ zurück. In Anbetracht des Frauenanteils in den Berufen nach VZÄ zeigt sich, dass dieser gegenwärtig in den meisten Berufen niedriger ausfällt als bei der Personenbetrachtung. Das lässt darauf schließen, dass Frauen seltener in Vollzeit tätig sind als Männer. Dieser Unterschied bleibt bis 2040 verhältnismäßig konstant. Ähnlich verhält es sich mit dem Medianalter. In sämtlichen Berufen liegt das Medianalter der VZÄ unter dem der Personen. Daraus ist zu schließen, dass jüngere Erwerbspersonen häufiger in Vollzeit arbeiten als Ältere. Dies zeigt sich auch in den höheren Anteilen der unter 30-Jährigen unter den VZÄ, verglichen mit demselben Anteil bei der Personenbetrachtung.

Bis auf die Erwerbspersonen in den Berufen der Orthopädie- und Rehathechnik, Medizintechnik und „Aufsicht, Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik“ sind die

Erwerbspersonen mehrheitlich weiblich. Dieser Anteil nimmt bis zum Jahr 2040 zu (**Tabelle 19** im Anhang). Lediglich in den medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium, der Funktionsdiagnostik und Radiologie sowie bei den medizinischen Fachangestellten auf Spezialistenniveau steigt der Männeranteil unter den Erwerbspersonen zwischen 2023 und 2040 merklich an.

Den höchsten relativen Anstieg an Erwerbspersonen mit einem Wachstum von 12,8 Prozent zwischen 2023 und 2040 wird es in den Berufen der operations-/medizintechnischen Assistenz geben. Bei den (Zahn-)Medizinischen Fachangestellten, den Berufen der Medizintechnik sowie Orthopädie- und Reha-technik ist die Zahl der Erwerbspersonen rückläufig.

Die Erwerbstätigen der gezeigten Berufe arbeiten überwiegend in einem engen Verbund mit (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten verschiedener Fachrichtungen zusammen. Steigt die Nachfrage nach (zahn-)ärztlichen Leistungen, so wächst häufig auch der Bedarf an Erwerbstätigen in den entsprechenden Assistenzberufen. Dieser Zusammenhang zeigt sich z. B. bei den medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie, bei den medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium sowie generell bei den (zahn-)medizinischen Fachangestellten auf Fachkraftniveau. In Bezug auf Erwerbstätige in Berufen, die in einem größeren Maße unabhängig von ärztlichen Leistungen tätig werden können, kann die Entwicklung anders verlaufen, wie z. B. bei Berufen in der Hörgeräteakustik. In dieser Gruppe steigen die Erwerbstätigenzahlen bis 2040 an, obwohl sie im Beruf der Fachärztinnen und -ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde stagnieren.

Im Jahr 2023 war die Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen bei allen Berufen noch leicht positiv (+1,9 %), im Jahr 2040 fällt sie bei einigen dieser Berufe hingegen zum Teil stark negativ aus, weshalb die folgenden Abschnitte sie gesondert darstellen. In anderen Berufen des Abschnitts zeichnet sich hingegen eine zum Teil sehr positive Differenz ab, welche u. a. die Spezialistinnen und Spezialisten unter den (zahn-)medizinischen Fachangestellten betreffen sowie die Berufe in der Augenoptik und Zahntechnik.

Tabelle 8: Arbeitsmarktbilanz (Zahn-)Medizinische Fachangestellte, Berufe des Gesundheitshandwerks & (medizinisch-)technische Berufe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten

Beruf	Personen											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81112 Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	202	209	210	206	209	202	4	0	-8	1,9%	0,1%	-3,7%
81113 Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	15	14	13	15	16	15	0	1	2	1,9%	9,6%	15,5%
81102 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft	459	464	468	468	478	462	9	14	-6	1,9%	3,0%	-1,3%
81103 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist	18	15	11	19	19	19	0	5	7	1,9%	32,2%	64,2%
82593 Aufsicht; Führung - Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	31	31	30	31	32	31	1	1	1	1,9%	1,8%	2,8%
8253 Berufe in der Hörgeräteakustik	13	16	21	14	14	14	0	-3	-8	2,0%	-16,5%	-35,5%
8252 Berufe in der Augenoptik	40	37	34	41	42	42	1	4	8	1,9%	11,4%	23,0%
8251 Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik	14	13	12	14	14	14	0	1	1	1,9%	4,0%	10,9%
82542 Zahntechnik – Fachkraft	50	49	45	51	52	52	1	4	7	1,9%	7,5%	15,5%
8250 Berufe in der Medizintechnik (oS)	12	14	16	12	12	12	0	-2	-4	2,0%	-11,5%	-25,5%
8121 Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	64	65	68	65	66	65	1	0	-3	1,9%	0,3%	-5,0%
8122 Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	7	7	7	7	7	7	0	0	0	1,8%	2,9%	2,0%
8123 Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	29	31	32	30	30	31	1	0	-1	1,9%	-1,2%	-3,1%
8133 Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	23	23	23	23	25	26	0	2	4	2,0%	6,9%	16,2%
Summe	977	989	991	996	1016	991	19	27	0	1,9%	2,7%	0,0%
	Vollzeitäquivalente in Tsd.											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81112 Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	141	146	146	149	153	148	8	7	2	5,7%	4,6%	1,2%
81113 Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	10	9	8	10	11	10	1	1	2	5,6%	14,7%	21,7%
81102 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft	303	306	309	318	319	310	15	13	0	5,0%	4,2%	0,1%
81103 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist	12	9	7	12	12	12	0	3	5	1,8%	31,8%	63,3%
82593 Aufsicht; Führung - Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	27	27	26	28	28	27	1	0	1	2,0%	1,6%	2,7%
8253 Berufe in der Hörgeräteakustik	11	14	18	12	12	12	0	-2	-6	3,3%	-15,6%	-34,6%
8252 Berufe in der Augenoptik	30	28	26	31	32	33	1	4	7	3,7%	13,6%	25,7%
8251 Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik	12	12	11	12	13	12	0	1	1	2,1%	4,4%	11,5%
82542 Zahntechnik – Fachkraft	39	38	35	40	41	41	1	4	6	3,5%	9,7%	18,1%
8250 Berufe in der Medizintechnik (oS)	11	12	14	11	11	10	0	-2	-4	0,6%	-13,8%	-27,5%
8121 Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	47	48	50	48	46	45	1	-2	-5	2,5%	-4,4%	-9,1%
8122 Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	5	5	5	6	6	6	0	0	0	3,1%	4,9%	5,1%
8123 Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	22	23	24	22	23	24	1	0	0	3,8%	2,1%	1,3%
8133 Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	17	18	17	18	19	20	1	2	3	3,3%	8,6%	18,6%
Summe	688	697	698	718	725	711	30	29	13	4,4%	4,1%	1,8%

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten. Die Differenzen sind auf den ungerundeten Werten berechnet.

oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG.

Die stärkste Negativdifferenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen gibt es laut **Tabelle 8** auf der Personenebene bei Berufen in der Hörgeräteakustik sowie bei den zahnmedizinischen Fachangestellten auf Fachkräfteebene (**Abschnitt 3.4.2.2**). Hier liegt die projizierte Zahl der Erwerbstätigen im Jahr 2040 jeweils bei rund 8 000 (-35,5 bzw. -3,7 %) oberhalb der Zahl der Erwerbspersonen, weil die Erwerbstätigenzahl steigt, das Angebot an Erwerbspersonen hingegen gleichbleibt bzw. zurückgeht. Auch in den medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium (**Abschnitt 3.4.2.3**) und in den Berufen in der Medizintechnik gibt es aufgrund der wachsenden Anzahl an Erwerbstätigen eine Negativdifferenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Höhe von -3 000 bzw. -4 000 Personen. Beide Berufe wurden im Jahr 2024 als einige der wenigen Berufe im Gesundheitsbereich nicht als Engpassberufe geführt (siehe **Kapitel 3.1**). Dies könnte sich zukünftig ändern. Interessanterweise fällt bei den medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium die Negativdifferenz auf VZÄ-Basis schlechter aus als auf Personenbasis, da Personen, die in eher geringerem Stundenumfang erwerbstätig sind (vorwiegend Frauen über 50 und Männer über 60 Jahren) häufiger werden. Während im Jahr 2023 1,36 Personen eine VZÄ bildeten, sind es im Jahr 2040 1,43 Personen. Die Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen beträgt im Jahr 2040 dadurch rund -3 000 Personen, aber rund -5 000 VZÄ bei gleichbleibenden Stundenzahlen nach Alter und Geschlecht.

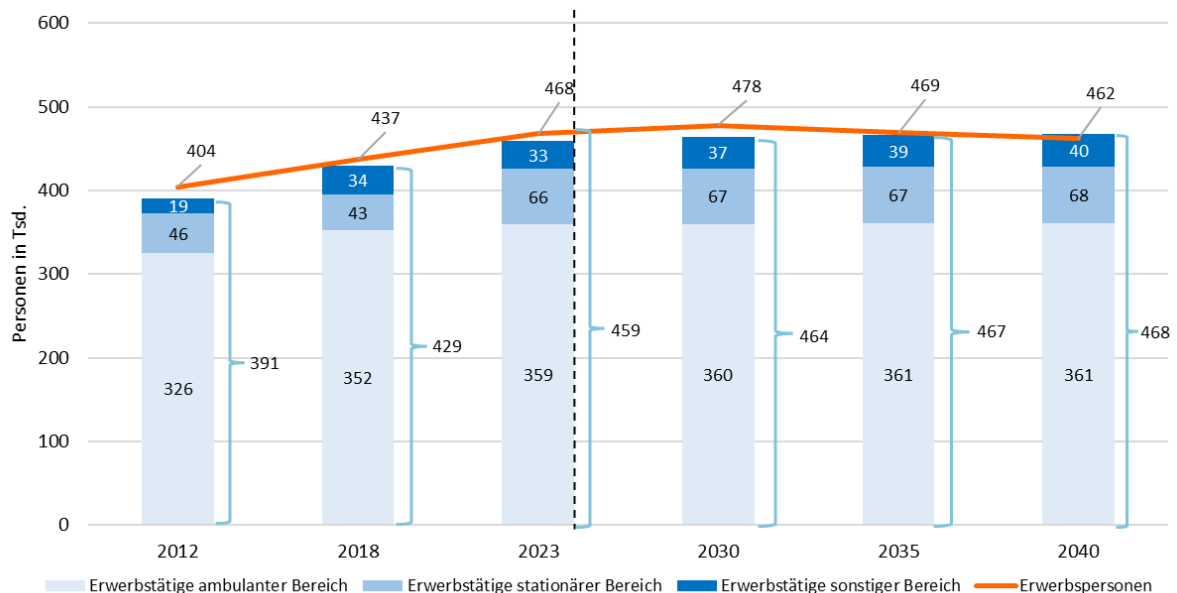
3.4.2.1 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft

Rund 459 000 Beschäftigte arbeiteten als medizinische Fachangestellte (Fachkraft) im Jahr 2023. Dieser Beruf inkludiert zudem jenen der Orthoptistinnen und Orthoptisten, die aufgrund ihrer geringen Anzahl an Erwerbstätigen nicht als gesonderter FKM-Beruf aufgenommen wurden. Rund 78 Prozent der medizinischen Fachangestellten sind ambulant tätig und eine Minderheit im stationären Bereich (14 %) oder in sonstigen Einrichtungen (7 %). Die Beschäftigungsnachfrage geht zu großen Teilen von ambulanten Arztpraxen aus, wo die medizinischen Fachangestellten eine wichtige Assistenzfunktion einnehmen. Die zukünftigen Erwerbstätigenzahlen an medizinischen Fachangestellten ergeben sich daher im Verhältnis zu den Erwerbstätigenzahlen in den humanmedizinischen Berufen. Inwiefern sich Entlastungswirkungen im Bedarf an medizinischen Fachangestellten durch eine erweiterte Digitalisierung im Praxismanagement ergeben, muss geprüft werden. Auf eine(n) in Vollzeit tätige(n) Ärztin/Arzt im ambulanten Bereich kamen zuletzt 1,58 VZÄ medizinische Fachangestellte und der Trendschätzung zufolge wächst dieses Verhältnis bis 2040 minimal auf durchschnittlich 1,59 an. Im stationären Bereich liegt das Verhältnis konstant bei 0,28, weil die vorliegende Zeitreihe für eine fundierte Trendschätzung zu kurz ist. Mit den im Durchschnitt leicht wachsenden Erwerbstätigenzahlen in den humanärztlichen Berufen steigen die Erwerbstätigenzahlen der medizinischen Fachangestellten geringfügig an. 2040 werden 468 000 Erwerbstätige bzw. 309 000 VZÄ nachgefragt, was einer Steigerung von rund zwei Prozent gegenüber 2023 entspricht. Die Anzahl an Erwerbstätigen übersteigt damit im Jahr 2040 das Arbeitskräfteangebot, welches bis zum Jahr 2030 zunächst wächst und anschließend auf rund 462 000 Erwerbspersonen sinkt (vgl. **Abbildung 24**).

Zu den verschiedenen Weiterbildungen, die medizinische Fachangestellte wahrnehmen können, zählen die nichtärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPA) und die Versorgungsassistentinnen und -assistenten in der Hausarztpraxis (VERAH). Beide Berufe sind vornehmlich in hausärztlichen Praxen beschäftigt und übernehmen von Ärztinnen und Ärzten delegierte Tätigkeiten wie etwa Hausbesuche (BEERHEIDE/HASERÜCK 2022; MANGIAPANE/CZIHAI/VON STILLFRIED 2022). Im Jahr 2021 arbeiteten bundesweit rund 12 000 NäPAs und rund 15 000 VERAHs (BEERHEIDE/HASERÜCK 2022). Zwischen 2016 und 2021 wuchs die Anzahl der Arztpraxen, die NäPA beschäftigten, von rund 6 700 auf rund 9 600 an (MANGIAPANE/CZIHAI/VON STILLFRIED 2022). Da es sich bei NäPAs und VERAHs allerdings

nicht um bundesrechtlich geregelte Fortbildungen handelt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG/SEKRETARIAT DER KULTUSMINISTERKONFERENZ 2023), müssen medizinische Fachangestellte, die eine solche Weiterbildung absolviert haben in der KldB 2010 nicht zwingend "komplexen Spezialistentätigkeiten" zugeordnet sein, sondern können auch auf dem Anforderungsniveau „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“ verortet sein.¹

Abbildung 24: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der medizinischen Fachangestellten von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2025c, 2025e, 2025g); BÄK 2024; KBV (2025b, 2025d), eigene Berechnung und Darstellung

Anteilig gesehen verschieben sich die Erwerbstätigenzahlen der medizinischen Fachangestellten auf Fachkraftniveau bis 2040 zwischen den drei Bereichen kaum (vgl. **Abbildung 24**). Sowohl die Beschäftigung im ambulanten als auch im stationären Bereich steigt in der Projektion (leicht). Diese Entwicklung begründet sich in den im Durchschnitt wachsenden Erwerbstätigenzahlen von Ärztinnen und Ärzten im stationären und ambulanten Bereich. Im sonstigen Bereich sind es vor allem die Wirtschaftszweige der wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, die in der Projektion eine größer werdende Beschäftigung von medizinischen Fachangestellten zeigen. Hierunter fallen unterstützende Arbeiten in Prüflaboren und in der Forschung, wie z. B. die Probenaufbereitung und die Datenpflege (BIONITY 2025).

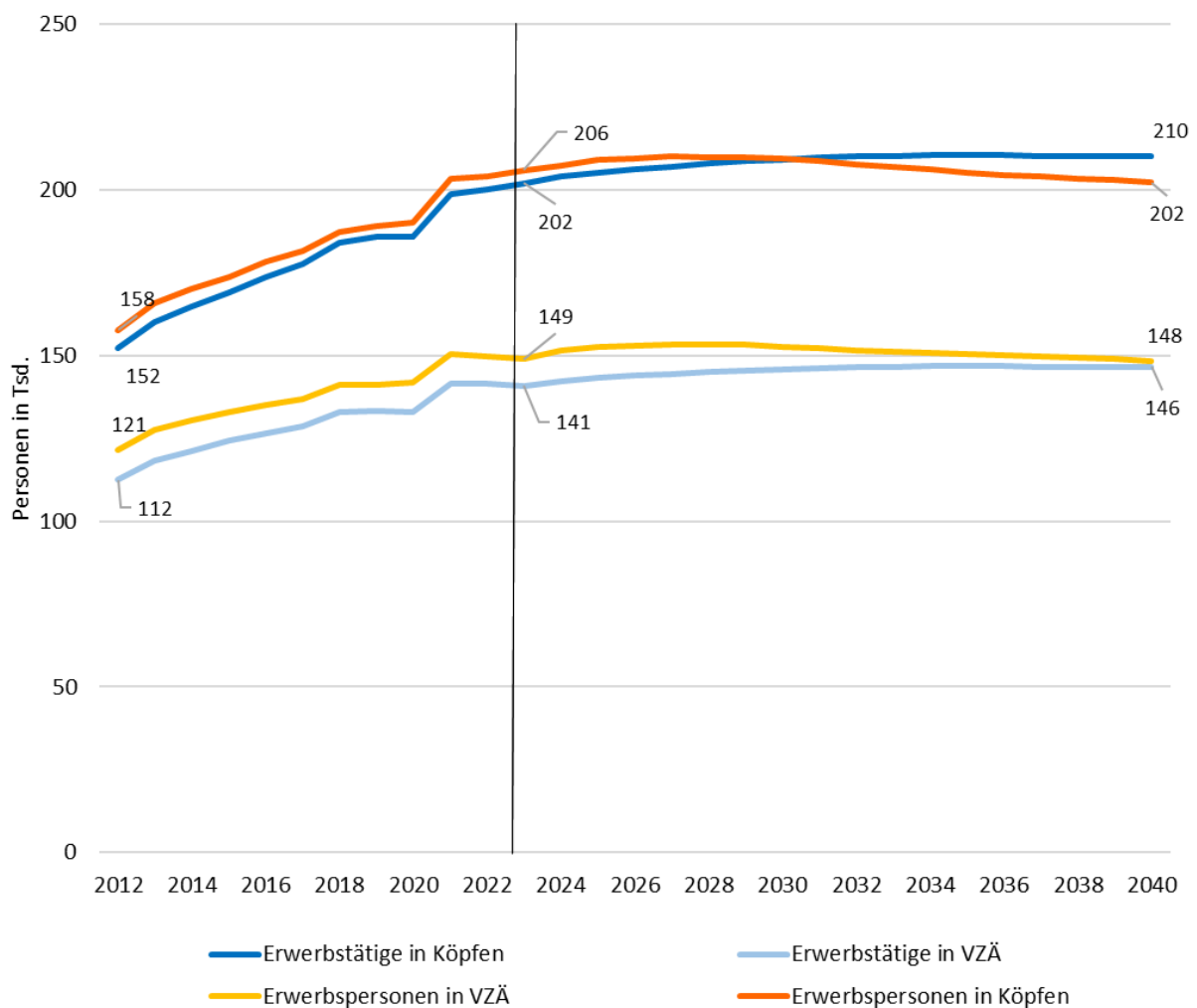
Gleichzeitig lässt die Entwicklung im Spezialistinnen- bzw. Spezialistensegment dieser Berufsgruppe (81103), das häufig für die Teamführung in den Praxen zuständig ist (GESUNDHEITSBERUFE 2025), stetig nach. Die Verdichtung, die in der Vergangenheit zu beobachten war, setzt sich in der Projektion fort. Mit einem Anteil von 87 Prozent sind die Tätigkeiten der Spezialistinnen und Spezialisten zudem noch stärker in den ambulanten Einrichtungen konzentriert als die der Fachkräfte.

¹ Betriebsinterne Aufstiege bzw. Fort- und Weiterbildungen werden zudem in der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit über die sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigten – die eine Basisstatistik der GPR darstellt – von den Arbeitgebern nicht zwingend gemeldet und somit ggf. erst bei einem Arbeitgeberwechsel erfasst.

3.4.2.2 Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft

Rund 202 000 Beschäftigte arbeiteten im Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten auf Fachkraftniveau (2023) und 96 Prozent dieser Personen waren ambulant tätig. Die Beschäftigung findet damit fast ausschließlich in den ambulanten Zahnarztpraxen statt. Für das Jahr 2024 wurde der Beruf in der BA-Engpassanalyse als Engpassberuf eingestuft (siehe **Kapitel 3.1**). Die zukünftigen Erwerbstätigenzahlen der zahnmedizinischen Fachangestellten ergeben sich im Verhältnis zu den Erwerbstätigenzahlen im zahnärztlichen Beruf inklusive Kieferorthopädinnen und -orthopäden. Auf ein ambulantes VZÄ in der letztgenannten Gruppe kamen zuletzt 2,14 VZÄ zahnmedizinischer Fachangestellter und der empirischen Trendschätzung zufolge wächst dieses Verhältnis bis 2040 kontinuierlich weiter auf durchschnittlich 2,31 an. Pro Zahnärztin bzw. Zahnarzt entfaltet sich demzufolge eine wachsende Nachfrage nach zahnmedizinischer Fachassistenz. Trotz der rückläufigen Erwerbstätigenzahlen in den zahnärztlichen Berufen steigen die Erwerbstätigenzahlen der zahnmedizinischen Fachangestellten daher an: 2040 werden 210 000 Erwerbstätige bzw. 146 000 VZÄ nachgefragt, was eine Steigerung von rund drei Prozent gegenüber 2023 bedeutet. Die Anzahl an Erwerbstätigen übersteigt damit im Jahr 2040 das Arbeitskräfteangebot, welches zunächst wächst und anschließend auf rund 202 000 Erwerbspersonen sinkt (vgl. **Abbildung 25**).

Abbildung 25: Entwicklung des realisierten Bedarfs (Erwerbstätige) und des Arbeitskräfteangebots (Erwerbspersonen) der zahnmedizinischen Fachangestellten (Fachkraft) von 2012 bis 2040 in Köpfen und Vollzeitäquivalenten



Gleichzeitig geht die Anzahl an Erwerbstätigen mit spezialisierten Tätigkeiten im Beruf der zahnmedizinischen Fachangestellten zurück. Bis 2040 ist ein Arbeitsplatzabbau von rund 2 000 Erwerbstätigen zu erwarten, was einem anteiligen Rückgang von rund 13 Prozent gegenüber 2023 entspricht. Hintergrund ist, dass von jedem VZÄ in der Zahnmedizin ein leicht schrumpfender Bedarf an spezialisierter zahnmedizinischer Assistenz ausgeht: Auf ein ambulant VZÄ in der Zahnmedizin kamen zuletzt 0,15 VZÄ zahnmedizinischer Fachangestellter auf Spezialistinnen bzw. Spezialistenniveau und der empirischen Trendschätzung zufolge verringert sich dieses Verhältnis bis 2040 kontinuierlich weiter auf durchschnittlich 0,13.

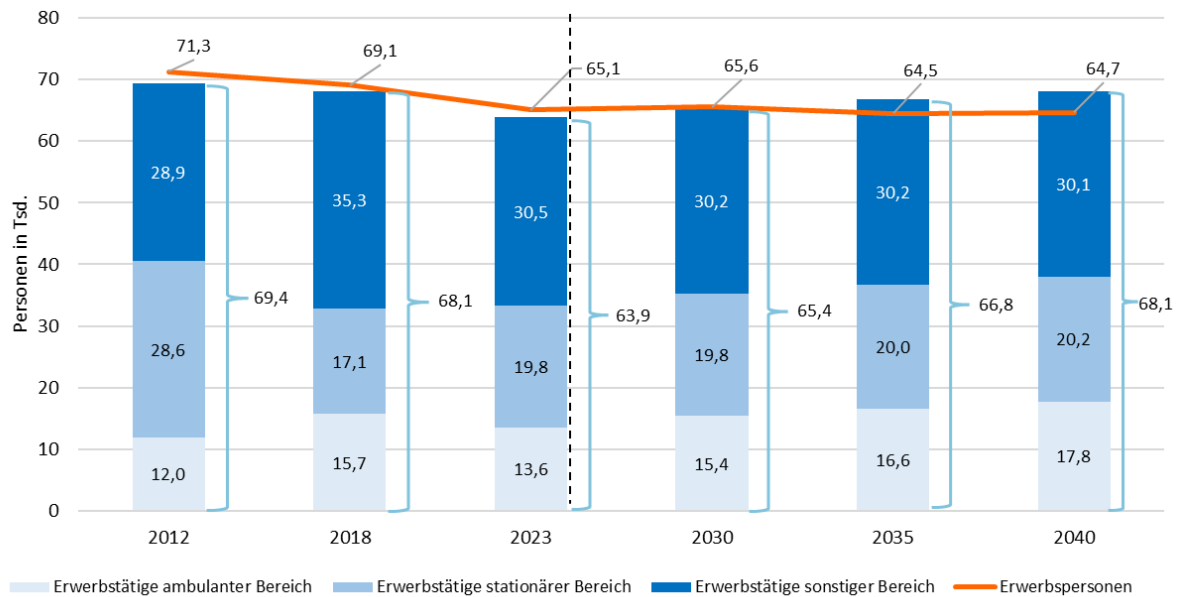
3.4.2.3 Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium

Knapp die Hälfte der rund 64 000 Erwerbstätigen der medizinisch-technischen Berufe im Laboratorium war im Jahr 2023 im sonstigen Bereich tätig – fast ein Drittel im stationären Bereich und rund 21 Prozent im ambulanten Bereich. Die Beschäftigung findet damit häufig in Laboratorien in Wirtschaftszweigen außerhalb des klassischen Gesundheitswesens statt und zu jeweils kleineren Teilen in ambulanten und stationären Einrichtungen, wo der Beruf bei der Probenbearbeitung und den Laboranalysen unterstützt. Gemäß der BA-Engpassanalyse handelt es sich bei medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium auf Fachkraftniveau nicht um Engpassberufe (siehe [Kapitel 3.1](#)).

Die Zahl an Erwerbstätigen in den medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium, die im sonstigen Bereich arbeitet, verändert sich bis 2040 kaum – diese Projektion beruht auf Ergebnissen des QuBe-Modells zur Arbeitsvolumenentwicklung der verschiedenen Wirtschaftszweige der Volkswirtschaft (vgl. [Abschnitt 2.6.3](#)). Die Berechnung berücksichtigt in diesem Fall die Entwicklung des Wirtschaftszweigs „Herstellung sonstiger Waren“ (Branche 32 der WZ 2008), worunter die Herstellung medizinischer Materialien fällt. Hier sind Erwerbstätige dieses Berufs typischerweise häufig tätig.

Im stationären und ambulanten Bereich hängt die zukünftige Entwicklung für diesen Beruf hingegen vor allem von den projizierten Erwerbstätigenzahlen der Fachärztinnen und -ärzte für Labormedizin ab. Im ambulanten Bereich kamen 2023 auf ein VZÄ der genannten Facharztgruppe 5,36 VZÄ der medizinisch-technischen Berufe im Laboratorium. Der empirischen Trendschätzung zufolge wächst dieses Verhältnis bis 2040 kontinuierlich auf durchschnittlich 7,1 VZÄ an. Im stationären Bereich liegt das Verhältnis konstant bei 1:11,5 VZÄ, da die vorliegende Zeitreihe für eine fundierte Trendschätzung zu kurz ist. Insgesamt treibt damit insbesondere das größer werdende Einsatzfeld im ambulanten Bereich die Erwerbstätigenzahlen in medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium kontinuierlich an. 2040 sind den Berechnungen zufolge rund 68 000 Erwerbstätige bzw. 50 000 VZÄ tätig, was einer Steigerung von rund sieben Prozent gegenüber 2023 entspricht. Dem gegenüber steht ein sich leicht rückläufig entwickelndes Angebot an Erwerbspersonen, weshalb die Anzahl an Erwerbstätigen dieses nach dem Jahr 2030 übertrifft (vgl. [Abbildung 26](#)).

Abbildung 26: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Angebot an Erwerbspersonen der medizinisch-technischen Berufe im Laboratorium von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; BÄK 2024; KBV 2025b; eigene Berechnung und Darstellung

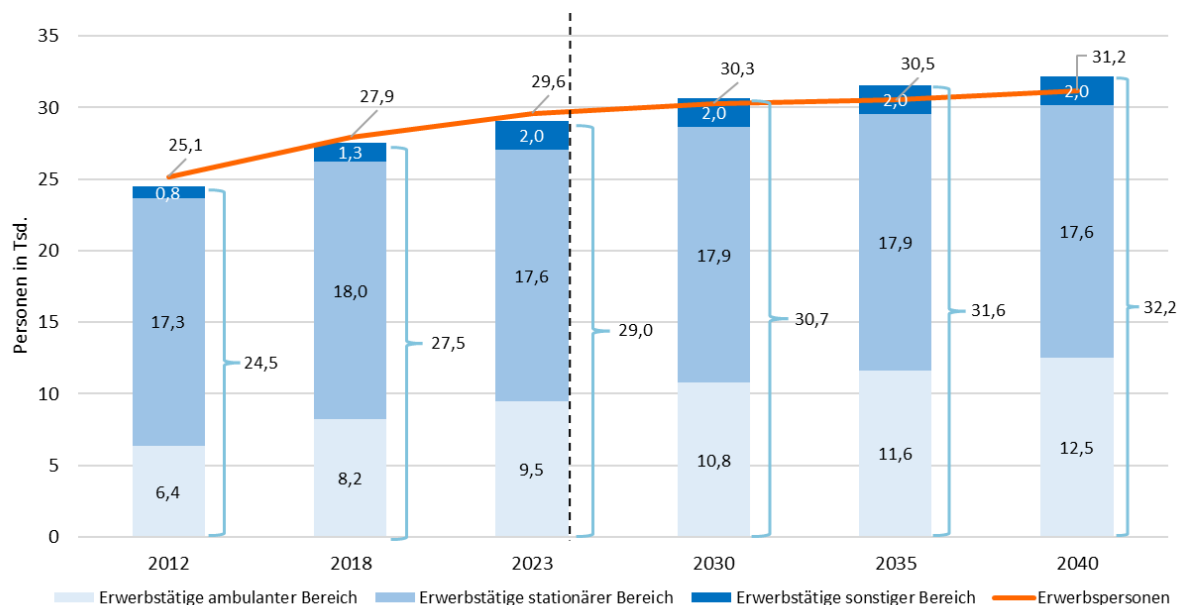
3.4.2.4 Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie

Rund 60 Prozent der rund 29 000 Erwerbstätigen in den medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie waren im Jahr 2023 im stationären Bereich tätig – ein Drittel im ambulanten und eine Minderheit im sonstigen Bereich (7 %). Die Beschäftigung fand damit zu großen Teilen in den entsprechenden Fachabteilungen in Krankenhäusern sowie in den ambulanten fachärztlichen Praxen für Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin statt.

Die zukünftige Zahl an Erwerbstätigen in den medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie ergibt sich im ambulanten und stationären Bereich aus dem Verhältnis zu den Erwerbstätigenzahlen der Fachärztinnen und -ärzte für Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin. Im ambulanten Bereich kamen 2023 auf ein VZÄ der genannten Facharztgruppe 1,6 VZÄ in den medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie. Der empirischen Trendschätzung zufolge wächst dieses Verhältnis bis 2040 stetig auf durchschnittlich 2,04 VZÄ an. Diese Entwicklung deutet auf eine sich verändernde Arbeitsorganisation in den ambulanten fachärztlichen Praxen für Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin hin, im Zuge derer sich das Aufgabenfeld der Erwerbstätigen in den medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie erweitert.

Im stationären Bereich muss aufgrund der für eine Trendschätzung zu kurzen Zeitreihe ein konstantes Verhältnis von 2,76 VZÄ angenommen werden. Mit den im Durchschnitt leicht wachsenden Erwerbstätigenzahlen im fachärztlichen Beruf und dem sich im ambulanten Bereich vergrößernden Aufgabengebiet zieht die Erwerbstätigenzahl in den medizinisch-technischen Berufen in der Radiologie bis 2040 kontinuierlich an.

Abbildung 27: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der medizinisch-technischen Berufe in der Radiologie von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; BÄK 2024; KBV 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

2040 sind der Projektion zufolge rund 32 000 Erwerbstätige bzw. 24 000 VZÄ tätig, was einem Wachstum von rund zehn Prozent gegenüber 2023 entspricht. Den höchsten Anstieg an Erwerbstätigen gibt es im ambulanten Bereich – im stationären und sonstigen Bereich bleibt die Zahl der Erwerbstätigen hingegen nahezu unverändert (vgl. **Abbildung 27**). Die Zahl an Erwerbspersonen steigt vergleichsweise schwächer an und liegt im Jahr 2040 mit rund 31 000 Erwerbspersonen unterhalb der Zahl der Erwerbstätigen.

3.4.3 Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe

Dieser Abschnitt widmet sich der Ergebnisdarstellung der Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe. Mit rund 1,9 Mio. Erwerbstätigen im Jahr 2023 machten sie rund 47 Prozent der im Fachkräftemonitoring für das BMG betrachteten Erwerbstätigen aus. Die meisten Erwerbstätigen sind im stationären Bereich tätig. Die Beschäftigung in dieser Einrichtungsart steigt bis 2040 für die meisten – jedoch mengenmäßig geringer besetzten – Berufe an, wie z. B. Specialistinnen und Spezialisten sowie Führungskräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege (**Tabelle 9**). Die mengenmäßig größten Berufe – die Fach- und Hilfskräfte in den Pflegeberufen – sind etwas stärker im ambulanten Bereich tätig (siehe **Abschnitt 3.4.3.1**). Die Erwerbstätigenzahl beider Berufe steigt um jeweils 64 000 Erwerbstätige an und sind damit mit zusammen 128 000 zusätzlichen Erwerbstätigen ursächlich für rund 71 Prozent des Erwerbstätigenaufbaus – von insgesamt 181 000 in den in diesem Bericht betrachteten Gesundheitsberufen. Ein leichter Rückgang an Erwerbstätigen (-1 000) wird hingegen bei den Specialistinnen und Spezialisten sowie den Führungstätigkeiten der Altenpflege erwartet. Diese Entwicklung ist Folge der sich verändernden Arbeitsorganisation, bei der pro Fach- und Hilfskraft in der ambulanten Pflege weniger Führungskräfte und Specialistinnen bzw. Spezialisten eingesetzt werden (für beispielhafte Berufe der jeweiligen Anforderungsniveaus vgl. **Tabelle 18** im Anhang). Mittels einer Trendschätzung setzt sich dieser Verlauf in der Projektion langsam fort und verringert insgesamt die Zahl der Erwerbstätigen dieses Berufes.

Bei den Pflegeberufen sind Frauen in der Mehrzahl. Anders verhält es sich bei den Berufen im Rettungsdienst. Hier sind mehr Männer als Frauen beschäftigt und das Medianalter ist mit rund 34,1 Jahren im Jahr 2023 bzw. 33,5 im Jahr 2040 sehr niedrig. Mit Ausnahme der Spezialisten- und Führungstätigkeiten in der Altenpflege sowie in der Haus- und Familienpflege, wo das Medianalter steigt, verjüngen sich die Erwerbspersonen im Projektionsverlauf und der Anteil der unter 30-Jährigen nimmt zu (**Tabelle 19**, Anhang). Dies führt auch zu einem Anstieg an Erwerbspersonen (**Tabelle 10**).

In Anbetracht des Frauenanteils in den Pflegeberufen nach VZÄ zeigt sich, dass dieser gegenwärtig niedriger ausfällt als bei der Personenbetrachtung (**Tabelle 19**, Anhang). Somit sind Frauen gegenwärtig seltener in Vollzeit tätig als Männer. Dieser Unterschied bleibt bis 2040 verhältnismäßig konstant. Ähnlich verhält es sich mit dem Medianalter. Dieses liegt bei der VZÄ-Betrachtung unter dem der Personenbetrachtung. Entsprechend arbeiten jüngere Erwerbspersonen häufiger Vollzeit als Ältere, was sich ebenfalls in den höheren Anteilen der unter 30-Jährigen bei der VZÄ-Betrachtung widerspiegelt – verglichen mit demselben Anteil bei der Personenbetrachtung.

Tabelle 9: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.

Beruf	Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) nach Bereichen						Erwerbstätigen- auf- bzw. -abbau (2040-2023)
	Ambulant	Stationär	Sonstige	Ambulant	Stationär	Sonstige	
Pflege – Helfende (81301 – Gesundheits- und Krankenpflege – Helfende und 82101 Altenpflege – Helfende zusammengefasst)	27%	55%	19%	28%	52%	20%	64
Pflege – Fachkraft (81302 – Gesundheits und Krankenpflege – Fachkraft und 82102 Altenpflege – Fachkraft zusammengefasst)	19%	66%	15%	21%	65%	14%	64
81393 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Aufsicht; Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	8%	62%	31%	9%	65%	25%	0
82103 Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	18%	52%	30%	19%	65%	15%	-1
81313 Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	19%	66%	14%	23%	66%	12%	2
81323 Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	12%	74%	14%	15%	73%	12%	0
8135 Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	55%	40%	5%	55%	40%	4%	1
83142 Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist	49%	50%	1%	54%	46%	1%	1
8134 Berufe im Rettungsdienst	2%	3%	94%	2%	3%	95%	1
Summe	20,9%	58,7%	20,4%	22,6%	57,6%	19,9%	130

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten.

oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

Obwohl die Zahl der Erwerbspersonen in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe um rund 76 000 Personen bzw. 64 000 VZÄ (jeweils 4 %) zwischen 2023 und 2040 zunimmt, wird die Situation am Arbeitsmarkt schwieriger, da die Zahl der Erwerbstätigen im gleichen Zeitraum um rund 130 000 Personen bzw. 95 000 VZÄ (jeweils 7 %) steigt. Diese Veränderungen der Erwerbspersonen- und Erwerbstätigenzahlen lassen sich den Summenzeilen in **Tabelle 10** entnehmen.

Die Berufe in der Pflege (Helfende und Fachkraft) sind zusammen mit 1,7 Mio. Erwerbstätigen die größten Berufe im Monitoring. Hier kehrt sich die Differenz zwischen Erwerbspersonen- und Erwerbstätigenzahl im Vergleich zum Jahr 2023 ins Negative um (vgl. **Tabelle 10**). Die Projektionsergebnisse dieser Berufe sind daher in den nächsten **Abschnitten 3.4.3.1** und **3.4.3.2** gesondert beschrieben. Für sie ist der größte absolute Arbeitsplatzaufbau unter den Berufen dieses Abschnitts zu erwarten (vgl. **Tabelle 9**).

Weitere Berufe dieses Abschnitts sind die Fachspezialistinnen und -spezialisten sowie die Führungskräfte in der Krankenpflege, die Rettungsdienstkräfte sowie die Beschäftigten in der Geburtshilfe und Entbindungspflege. Im Gegensatz zu den Hilfs- und Fachkraftberufen in der Pflege handelt es sich bei diesen Gruppen um mengenmäßig mittelgroß besetzte Berufe, in denen jeweils zwischen 29 000 und unter 100 000 Erwerbstätige im Jahr 2023 arbeiteten.

Laut den Ergebnissen der Projektion verändert sich sowohl die Erwerbstätigenzahl (vgl. **Tabelle 9**, **Tabelle 10**) als auch Erwerbspersonenzahl (vgl. **Tabelle 10**) in der Fachkrankenpflege, in der Geburtshilfe und Entbindungspflege sowie bei Führungskräften in der Krankenpflege bis 2040 kaum. Die Differenz zwischen Erwerbspersonen- und Erwerbstätigenzahl bleibt damit in diesen Berufen bis 2040 weiterhin gering (vgl. **Tabelle 10**). Es ist hingegen mit einer größer werdenden Differenz zwischen Erwerbspersonen- und Erwerbstätigenzahl im Vergleich zu 2023 aufgrund einer steigenden Erwerbspersonenzahl in den Berufen des Rettungsdienstes zu rechnen (vgl. **Abschnitt 3.4.3.4**).

Mengenmäßig gering besetzte Berufe dieses Abschnitts mit jeweils unter 10 000 Erwerbstätigen sind die Spezialistinnen und Spezialisten sowie Führungskräfte der Altenpflege, die Fachkinderkrankenpflege und die Haus- und Familienpflege (vgl. **Tabelle 10**). Eine bis 2040 leicht steigende Erwerbstätigenzahl und eine negativ werdende Differenz zur Zahl der Erwerbspersonen ist unter diesen geringbesetzten Gruppen einzig in den Berufen der Haus- und Familienpflege zu erwarten. In der Fachkinderkrankenpflege verändert sich die Erwerbspersonen- und Erwerbstätigenzahl kaum. Es ist hingegen mit einer größer werdenden Differenz zur Erwerbspersonenzahl aufgrund einer leicht rückläufigen Erwerbstätigenzahl unter den Spezialistinnen und Spezialisten sowie Führungskräften in der Altenpflege bis 2040 zu rechnen.

Tabelle 10: Arbeitsmarktbilanz der Berufe in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten

Beruf	Personen											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
Pflege – Helfende (81301 – Gesundheits- und Krankenpflege – Helfende und 82101 Altenpflege – Helfende zusammengefasst)	582	611	646	595	610	616	13	-1	-31	2,2%	-0,2%	-4,8%
Pflege – Fachkraft (81302 – Gesundheits und Krankenpflege – Fachkraft und 82102 Altenpflege – Fachkraft zusammengefasst)	1093	1128	1157	1116	1147	1158	23	18	1	2,1%	1,6%	0,1%
81393 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Aufsicht; Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	29	29	29	29	30	30	1	0	1	1,9%	1,6%	3,2%
82103 Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	7	6	5	7	7	7	0	1	2	2,6%	15,9%	37,2%
81313 Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	73	74	74	74	76	76	1	2	1	2,0%	2,1%	1,6%
81323 Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	5	5	5	5	5	5	0	0	0	1,8%	4,2%	8,0%
8135 Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	29	30	30	30	31	31	1	1	1	1,9%	4,3%	3,5%
83142 Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist	5	6	6	6	5	5	0	0	-1	2,2%	-5,5%	-13,5%
8134 Berufe im Rettungsdienst	98	99	99	100	105	110	2	6	11	2,0%	6,6%	10,6%
Summe	1922	1988	2053	1962	2015	2038	40	28	-15	2,1%	1,4%	-0,7%
	Vollzeitäquivalente											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
Pflege – Helfende (81301 – Gesundheits- und Krankenpflege – Helfende und 82101 Altenpflege – Helfende zusammengefasst)	413	433	458	422	429	434	10	-4	-24	2,3%	-0,9%	-5,3%
Pflege – Fachkraft (81302 – Gesundheits und Krankenpflege – Fachkraft und 82102 Altenpflege – Fachkraft zusammengefasst)	813	839	861	844	871	885	31	32	25	3,8%	3,9%	2,9%
81393 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Aufsicht; Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	24	25	24	25	25	25	0	0	1	1,8%	2,0%	3,8%
82103 Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	5	5	4	5	6	6	0	1	2	2,8%	17,2%	39,1%
81313 Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	51	52	52	53	55	55	2	2	3	3,2%	4,5%	4,8%
81323 Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	3	3	3	3	4	4	0	0	0	4,6%	9,0%	14,3%
8135 Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	20	20	20	21	21	21	0	1	1	2,5%	4,7%	4,1%
83142 Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist	4	4	4	4	4	4	0	0	-1	5,1%	-6,4%	-14,8%
8134 Berufe im Rettungsdienst	74	75	75	75	79	83	1	5	8	1,5%	6,4%	10,5%
Summe	1408	1456	1503	1453	1493	1517	45	38	14	3,2%	2,6%	0,9%

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten. Die Differenzen sind auf den ungerundeten Werten berechnet.

oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

3.4.3.1 Pflegeberufe – Hilfs- und Assistenz Tätigkeiten

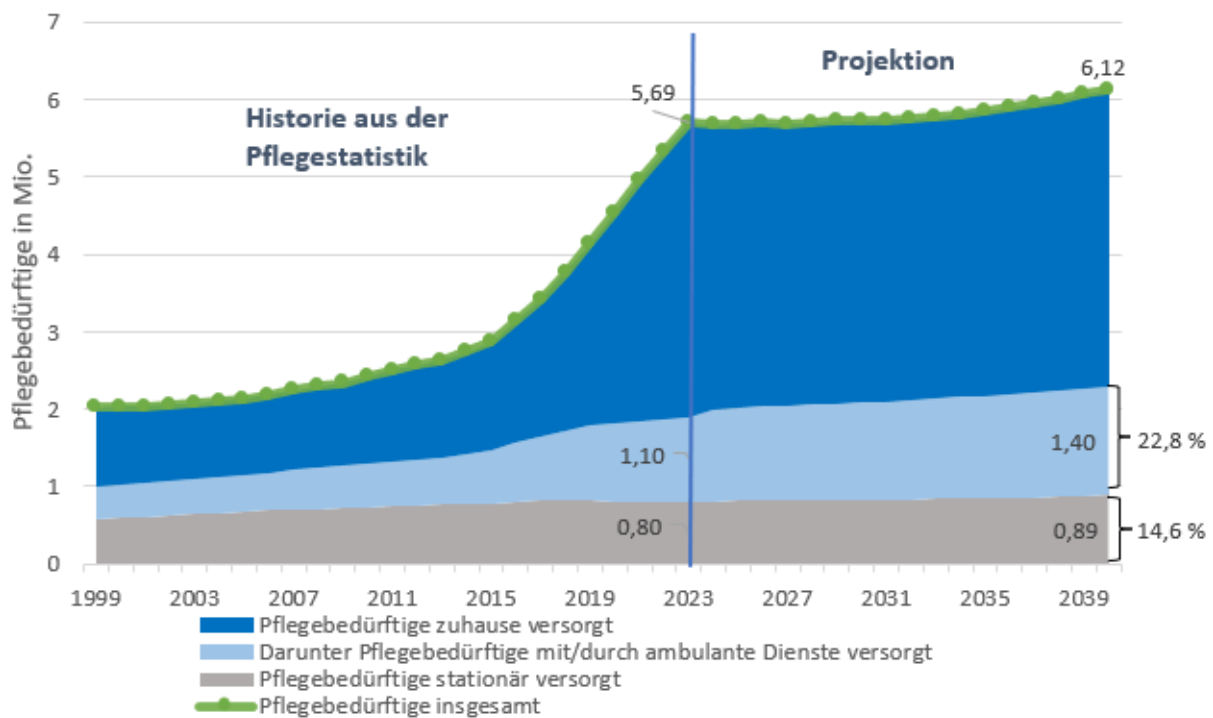
Die Hilfs- und Assistenzberufe in der Pflege entsprachen 2023 rund 582 000 Erwerbstätigen. In diesen Berufen ist die Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen laut den Projektionsergebnissen bis 2040 negativ, obwohl das Arbeitsangebot im gleichen Zeitraum auf rund 616 000 Erwerbspersonen ansteigt (vgl. **Tabelle 10**). Bis 2040 wächst die Erwerbstätigenzahl auf insgesamt 646 000 Personen an (+11 % bis 2040). Im Schnitt kommen rund 1,41 erwerbstätige Personen auf ein VZÄ, womit die Zahl der 2040 zu erwartenden VZÄ bei 458 000 liegt.

Die Mehrheit der Erwerbstätigen ist im Jahr 2040 (wie im Jahr 2023) in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen tätig, wobei sich die Zahl der Erwerbstätigen im ambulanten Bereich bis 2040 am stärksten erhöht (+16 % bis 2040, vgl. **Abbildung 29**). Die wachsende Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung treibt diese Entwicklung an (vgl. **Abbildung 6**), da sie mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf Pflege angewiesen sein werden. So sind z. B. 85-jährige Frauen zu 66 Prozent pflegebedürftig (STBA 2024c). Ab 2035 kommt dieser Effekt nochmals stärker zum Tragen. Auch im sonstigen Bereich steigt die Zahl der Erwerbstätigen deutlich an. Unter den 108 000 Pflegehilfskräften, die 2023 im sonstigen Bereich beschäftigt waren, arbeitete mit einem Anteil von rund 17 Prozent die größte Gruppe als angestellte Pflegekräfte für Privathaushalte. Die Leiharbeit spielt mit einem Anteil von unter vier Prozent (4 000 Beschäftigte) eine untergeordnete Rolle.

Die Zahl der erwerbstätigen Pflegehilfskräfte in Krankenhäusern steigt mit einem Plus von 1,5 % bis 2040 längst nicht so stark an wie die Zahl in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie im ambulanten Bereich.

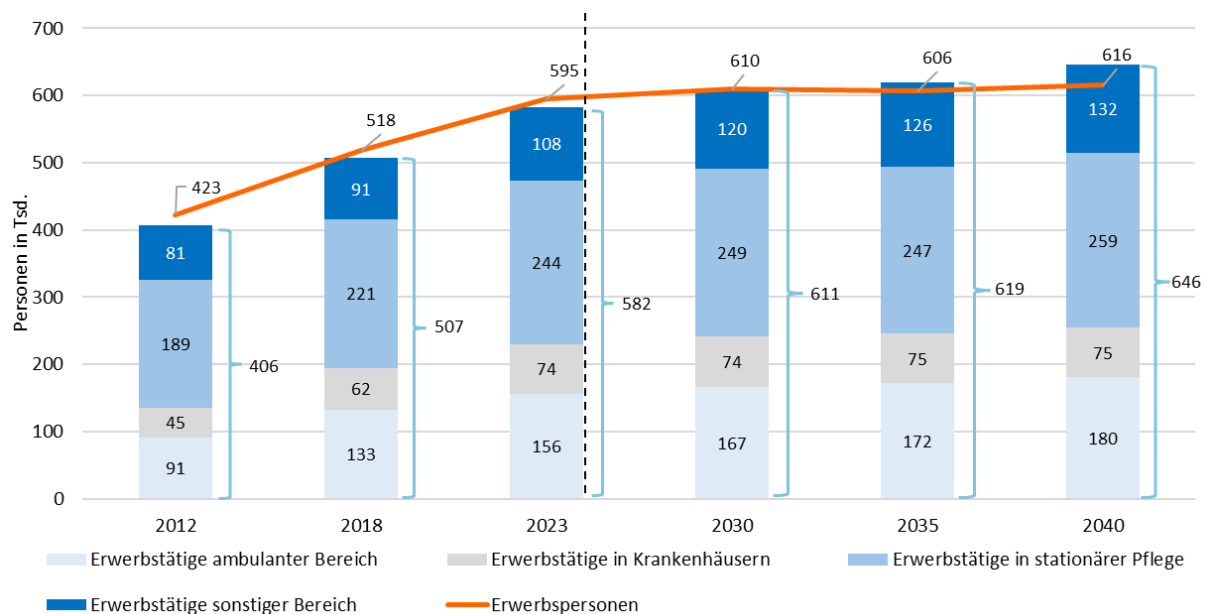
Die wachsende Zahl an Erwerbstätigen im ambulanten Bereich und in stationären wie teilstationären Pflegeeinrichtungen geht auf die demografisch bedingt steigende Zahl an Pflegebedürftigen zurück, die eine ambulante, stationäre oder teilstationäre Versorgung benötigen. Gemäß der Projektionsergebnisse beträgt die Zahl der Pflegebedürftigen unter Annahme konstanter Pflegewahrscheinlichkeiten im Jahr 2040 rund 6,12 Mio. (vgl. **Abbildung 28**). Der Großteil dieser Personen wird weiterhin zuhause durch Familienangehörige versorgt, aber ein bis 2040 wachsender Anteil von knapp 23 Prozent (1,4 Mio.) bzw. knapp 15 Prozent (0,89 Mio.) der Pflegebedürftigen bedarf der Dienstleistungen ambulanter bzw. stationärer/teilstationärer Pflegeeinrichtungen mit entsprechend ausreichendem und qualifiziertem Personal.

Abbildung 28: Pflegebedürftige in Deutschland nach Versorgungsart, 1999 bis 2040



Quelle: StBA 2024c, Pflegestatistiken aller Berichtsjahre; eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 29: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Hilfs- und Assistenzberufe in der Pflege von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2024c, 2025c, 2025e, 2025g), eigene Berechnung und Darstellung

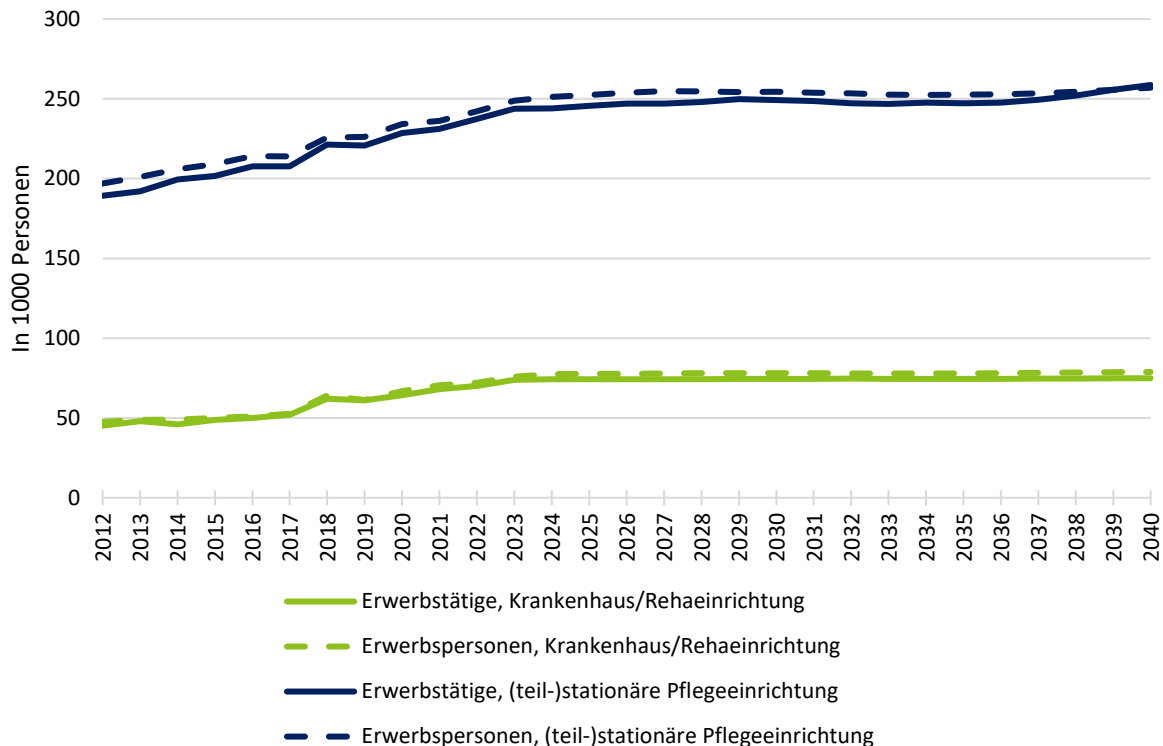
Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass die Datenlage zur Erfassung von teilqualifizierenden beruflichen Zertifikaten insbesondere bei älteren Kohorten schwierig ist. Im Mikrozensus wird lediglich nach dem höchsten beruflichen Abschluss gefragt (siehe **Anhang H.IX.i**) und eine Einschätzung über die Vollwertigkeit des Abschlusses kann nur über die besuchte Bildungsstätte erfolgen, was wiederum von den Befragten eine korrekte

Einordnung verlangt (KALINOWSKI/MAIER/SCHROER 2024). Hilfskräfte und Assistenzkräfte können hier nicht gesichert unterschieden werden. Aktuell gibt es bundesweit 27 unterschiedliche, landesrechtlich geregelte Pflegehilfe- und Pflegeassistentenausbildungen (JÜRGENSEN 2023). Dabei unterscheiden sie sich in ihren Ausbildungsinhalten und ihrer Dauer. Die Mindestanforderungen von zwölf Monaten Ausbildungszeit und 700 Stunden theoretischem und praktischem Unterricht sowie 850 Stunden praktischer Ausbildung in mindestens beiden Versorgungsbetrieben der stationären Akut- oder Langzeitpflege gelten für alle 27 Ausbildungen.

Ab dem Jahr 2027 wird die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung die bisherigen Pflegehilfe-/Pflegeassistentenausbildungen ersetzen (BMBFSFJ/BMG 2025). Die Ausbildung zum/zur Pflegefachassistenten/-assistentin dauert fortan 18 Monate und beinhaltet verpflichtende Einsätze in der stationären Akutpflege sowie der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Die Wirkung dieser Gesetzesänderung ist in der vorgestellten Basisprojektion noch nicht abgeschätzt. Sie kann auch nur für neu qualifizierte Personen erfolgen, während die bereits im Erwerbsleben stehenden Personen mit ihrer Tätigkeit an die Befähigungen ihrer durchlaufenen Qualifizierung gebunden sind.

Es wäre zu erwarten, dass der Bedarf nach diesen Pflegefachassistentenkräften an Dynamik gewinnt. So legt die Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen die Obergrenze an VZÄ nach drei Qualifikationsstufen (Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung, Hilfskraftpersonal mit mindestens einjähriger Ausbildung sowie Fachkraftpersonal) pro Pflegebedürftigen der jeweiligen Pflegegrade fest (BMJV 2023). ROTHGANG U. A. (2020) zufolge ist ein Ziel des § 113c des SGB XI eine qualifikationsadäquate Aufteilung der Aufgaben in der Pflege. Pflegefachkräfte sollen überwiegend Aufgaben übernehmen, für die ihre Qualifikation erforderlich ist, sowie Pflegehilfs- und -assistentenkräfte befähigen, übrige Aufgaben zu übernehmen. Die Umsetzung der seit dem 1. Juli 2023 in Kraft getretenen Regelung könnte entsprechend einen zukünftig erhöhten Bedarf an Hilfskräften mit mindestens einjähriger Ausbildung (Assistentenkräfte) zur Folge haben. Derzeit machen Assistentenkräfte einen Anteil von 12 Prozent der Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus, Fachkräfte 48 Prozent und Hilfskräfte (ohne Ausbildung) 40 Prozent (vgl. Tabelle 1.1 in ROTHGANG/MÜLLER 2024). Unter Verwendung der VZÄ in vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 113c SGB XI und einem bundesdurchschnittlichen Pflegegradmix gemäß Pflegestatistik 2021 würde sich der Anteil der Assistentenkräfte auf 24 Prozent verdoppeln und der Anteil der Fachkräfte würde auf 44 Prozent sinken.

Abbildung 30: Entwicklung des realisierten Bedarfs (Erwerbstätige) und des Angebots an Erwerbspersonen in Hilfs- und Assistenzberufe der Pflege von 2012 bis 2040 nach Krankenhaus/Rehaeinrichtung und stationärer Pflegeeinrichtung



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2024c, 2025c, 2025e, 2025g), eigene Berechnung und Darstellung

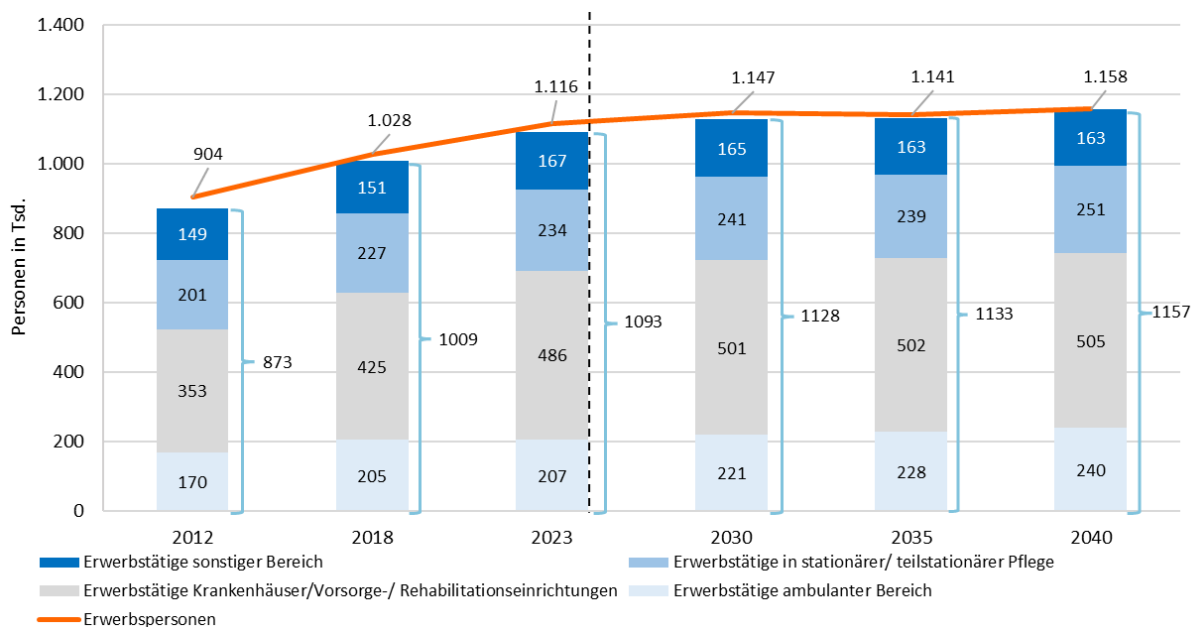
Um trotz der Zusammenfassung der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege zur einheitlichen Kategorie „Pflegeberufe“ Aussagen zur Arbeitsmarktlage bei der Gesundheits- und Krankenpflege sowie bei der Altenpflege treffen zu können, wird im stationären Bereich eine tiefere Modellierung für die Fachkraft- sowie Helfer- und Assistenz Tätigkeiten vorgenommen. **Abbildung 30** stellt die Erwerbstätigen und die -personen getrennt nach Krankenhäusern/Rehaeinrichtungen (blaue Linien) und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (grüne Linien) dar. Dabei wird die Entwicklung der Erwerbstätigenzahl in Krankenhäusern/Rehaeinrichtungen über die Krankenhauswahrscheinlichkeiten (Ansatz A3, **Abschnitt 2.6.1.3**) ermittelt und jene in den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen über die Pflegebedürftigkeit der Pflegestatistik (Schätzansatz A5, siehe **Abschnitt 2.6.1.5**). Für die Erwerbspersonen wird hingegen unterstellt, dass sie sich gemäß ihrer Verteilung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2023 entsprechend auch zukünftig auf die Einrichtungsarten verteilen.

Zu sehen ist, dass die Zahl der Erwerbstätigen in den Helfer- und Assistenz Tätigkeiten der Pflege für das Jahr 2023 in den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen um den Faktor 3,3 höher ausfällt als in den Krankenhäusern/Rehaeinrichtungen. Bis zum Jahr 2035 liegt die Zahl der Erwerbspersonen in beiden Einrichtungsarten nur knapp über der Zahl der Erwerbstätigen. Mit dem zu erwartenden stärkeren Anstieg der Pflegebedürftigenzahl ab 2035 ändert sich diese Situation in den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen: Die Anzahl der Erwerbstätigen in Helfer- und Assistenz Tätigkeiten in der Pflege steigt und liegt 2040 über der projizierten Zahl der Erwerbspersonen in dieser Einrichtungsart.

3.4.3.2 Pflegeberufe – Fachkrafttätigkeiten

In der BA-Engpassanalyse wurde der Beruf der Pflegefachkräfte für das Jahr 2024 als Engpassberuf eingestuft (siehe **Kapitel 3.1**). Die Struktur der Erwerbstätigkeit im Beruf der Pflegefachkräfte gestaltet sich zurzeit anders als in den Hilfs- und Assistenzberufen: Die große Mehrheit dieses Berufs ist aktuell in Krankenhäusern und Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt. Gleichwohl steigt die Zahl der Erwerbstätigen bis 2040 im ambulanten Bereich (+15,8 %) sowie in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen stärker an (+7,1 %) als in den Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen (+3,9 %). Im sonstigen Bereich ist mit einer leicht rückläufigen und ab 2035 gleichbleibend hohen Zahl an Erwerbstätigen zu rechnen (vgl. **Abbildung 31**). Bis 2040 wächst die Zahl der Erwerbstätigen damit um 5,9 Prozent auf 1,157 Mio. Personen, womit sie knapp unterhalb der Zahl der Erwerbspersonen liegt, welche im selben Zeitraum um 3,8 Prozent auf 1,158 Mio. Personen steigt. Rund 1,34 Personen entsprechen durchschnittlich einem VZÄ, weswegen die Zahl der Erwerbstätigen in VZÄ im Jahr 2040 bei 861 000 liegt.

Abbildung 31: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Pflegefachkräfte von 2012 bis 2040

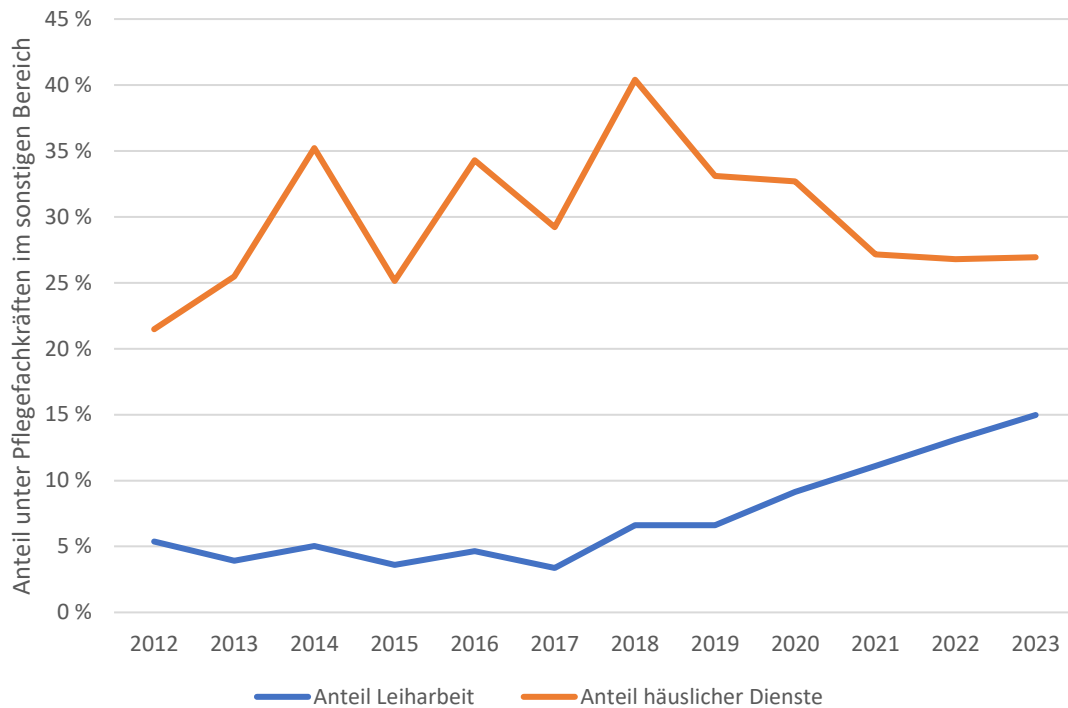


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2024c, 2025c, 2025e, 2025g), eigene Berechnung und Darstellung

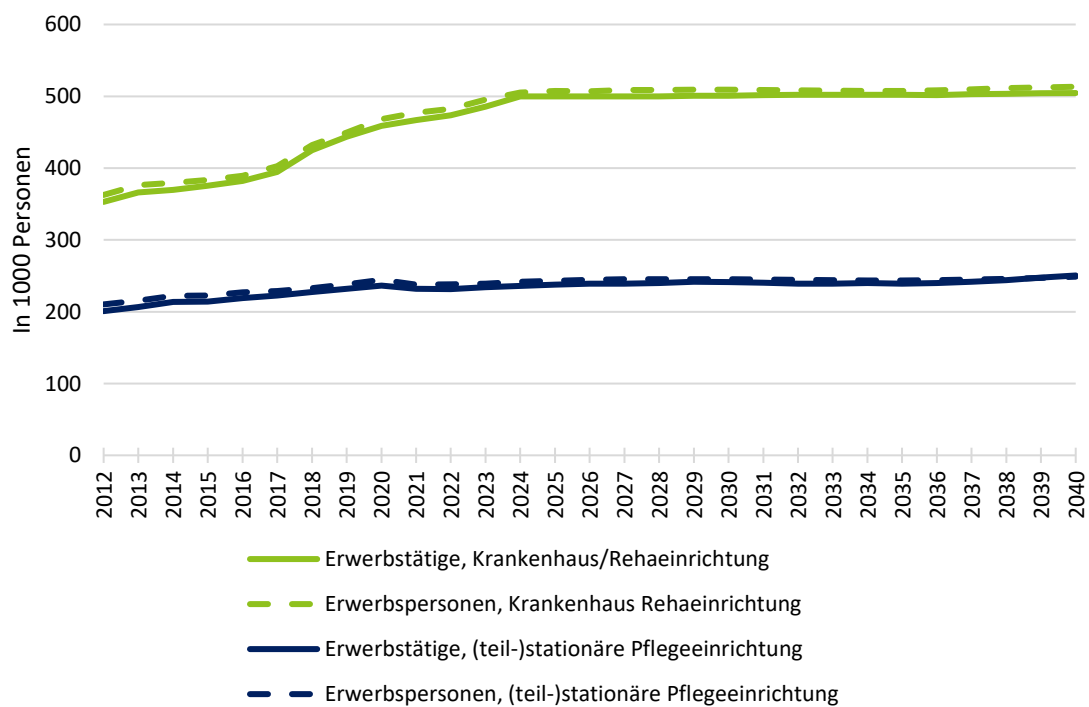
Innerhalb des sonstigen Bereichs arbeiteten rund 15 Prozent bzw. 25 000 der Erwerbstätigen im Jahr 2023 in der Arbeitnehmerüberlassung. Seit 2020 ist ein deutlicher Aufwuchs der Erwerbstätigen unter den Pflegefachkräften in dieser Sparte zu beobachten, 2024 kam es jedoch zu einer Trendumkehr – der Aufwuchs stoppte und die Zahl ging zurück (STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2025A). Die stagnierende Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen bis 2040 im sonstigen Bereich spiegelt u. a. die Erwerbstätigenentwicklung in der Leiharbeit wider, die im Schätzansatz C (vgl. **Abschnitt 2.6.3**) abgebildet wird. Daneben war ein Anteil von 27 Prozent (bzw. 45 000) unter den Pflegefachkräften in den sonstigen Einrichtungen bei Privathaushalten angestellt. Seit dem Höchststand im Jahr 2018 entwickelten sich diese Zahlen rückläufig und stagnieren seit 2021 (vgl. **Abbildung 32**).

Abbildung 32: Pflegefachkräfte im sonstigen Bereich: Anteil der Beschäftigung in Leiharbeitsverhältnissen und in Privathaushalten unter allen Pflegefachkräften im sonstigen Bereich 2012 bis 2023



Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 33: Entwicklung des realisierten Bedarfs (Erwerbstätige) und des Angebots an Erwerbspersonen der Pflegefachkräfte von 2012 bis 2040 nach Krankenhaus/Rehaeinrichtung und stationärer Pflegeeinrichtung



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2024c, 2025c, 2025e, 2025g), eigene Berechnung und Darstellung

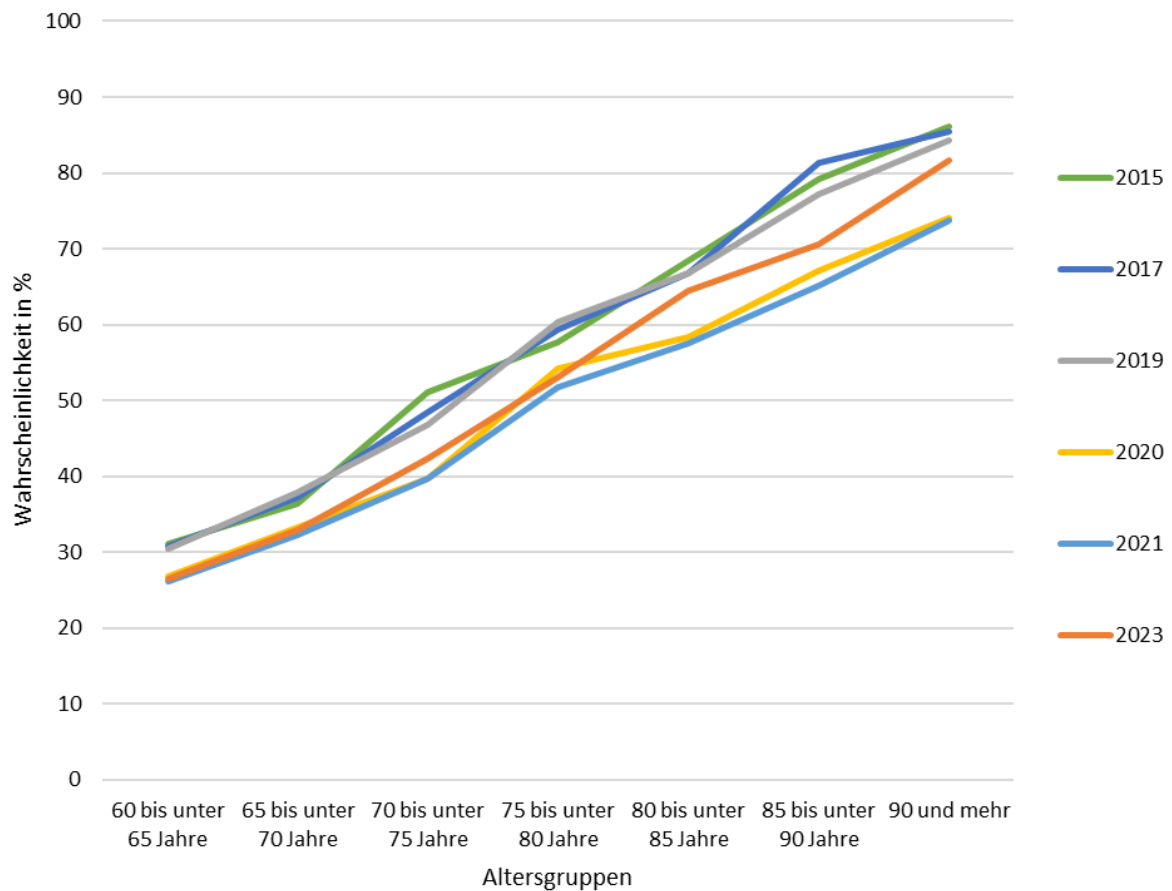
Abbildung 33 zeigt die Entwicklung der Erwerbspersonen und -tätigen getrennt nach Krankenhäusern/Rehaeinrichtungen und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Wie bei den Pflegehilfs- und -assistentenkräften zeigt sich auch hier, dass der starke Anstieg der Pflegebedürftigen ab dem Jahr 2035 zu einem Erwerbstätigenanstieg in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen führt.

Sensitivitätsanalyse: Die Ergebnisse der Basisprojektion beruhen darauf, dass die im Jahr 2023 gemessenen Pflege- und Krankenhauswahrscheinlichkeiten je Altersgruppe und Geschlecht in der Bevölkerung stabil bleiben (**Abschnitte 2.6.1.3 und 2.6.1.5**). Seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 liegt die Krankenhauswahrscheinlichkeit niedriger als zuvor und auch im Jahr 2023 markierte sie weiterhin ein Niveau unter dem der Vorjahre.

Abbildung 34 verdeutlicht, dass 90-jährige Männer in den Jahren vor der Pandemie zu durchschnittlich 84 Prozent einen Krankenhausaufenthalt pro Jahr hatten. 2020 und 2021 lag dieser Wert dann bei 74 Prozent. Im Jahr 2023 näherten sich die Wahrscheinlichkeiten in den Altersgruppen der über 80-Jährigen wieder mehr dem vorpandemischen Niveau an.

Zusätzlich zur Basisprojektion wurde deshalb mithilfe einer Sensitivitätsanalyse untersucht, wie sich die zukünftige Erwerbstätigenzahl an Pflegefachkräften entwickeln würde, wenn die Krankenhauswahrscheinlichkeiten wieder das Niveau des Jahres 2019 erreichen würden. Die exemplarische Berechnung unterstellt hierzu, dass die 2023 je Altersklasse und Geschlecht gemessenen Krankenhauswahrscheinlichkeiten in der Zukunft gleichmäßig ansteigen und bis 2040 auf das Niveau der 2019er Werte zurückkehren. In Folge wächst die Zahl der zu erwartenden Krankenhauspatientinnen und -patienten jährlich stärker an als in der Basisprojektion. Die errechnete Erwerbstätigenzahl an Pflegefachkräften würde damit 2040 rund sieben Prozent höher ausfallen als in der Basisprojektion, was einem Plus von rund 80 000 Erwerbstätigen (rund 59 000 VZÄ) im Vergleich zum Wert des Jahres 2040 in der Basisprojektion entspricht. Gleichzeitig würden rund 35 000 mehr Erwerbstätige (rund 23 000 VZÄ) in den Hilfs- und Assistenz Tätigkeiten in der Pflege gebraucht werden. Die sich bereits in der Basisprojektion abzeichnenden Knappheiten in der Pflege würden sich in einem solchen Szenario folglich bis 2040 weiter verschärfen, sofern die Zahl der Erwerbspersonen unverändert bleibt.

Abbildung 34: Krankenhauswahrscheinlichkeiten von Männern in den Altersgruppen ab 60 Jahren, 2015 bis 2023

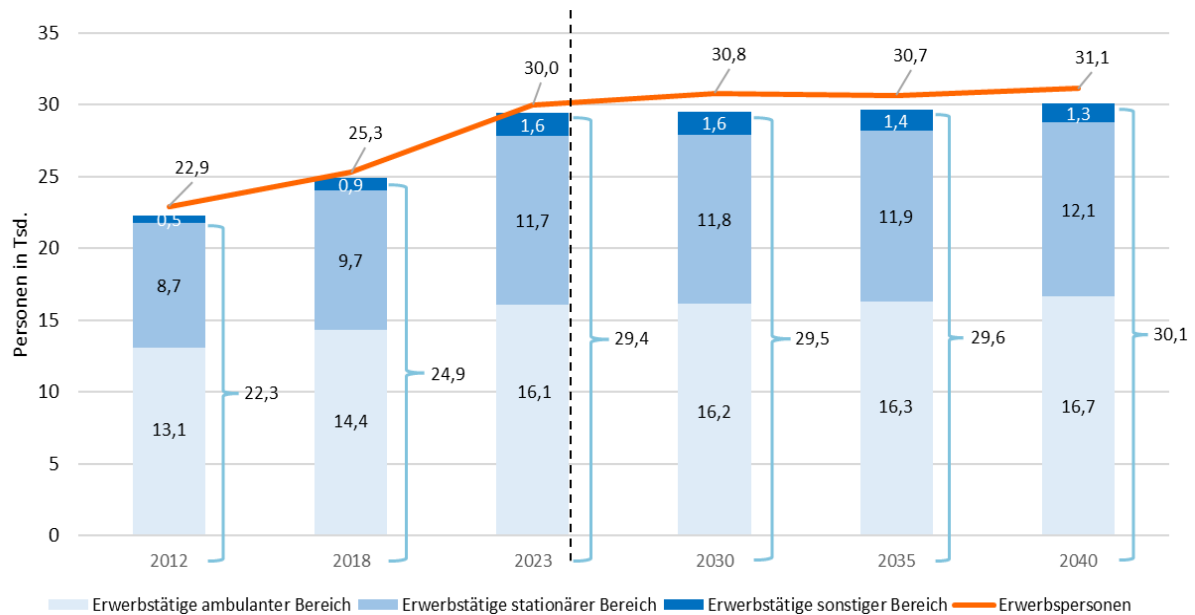


Quelle: StBA 2025e, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.3.3 Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege

In den Berufen der Geburtshilfe und Entbindungspflege arbeiteten 2023 rund 29 000 Erwerbstätige – rund 55 Prozent davon im ambulanten und 40 Prozent im stationären Bereich. In der Projektion entwickelt sich die Zahl der Erwerbstätigen dieser Berufe gleichmäßig über diese Bereiche, da angenommen ist, dass die Zahl der Erwerbstätigen an die zu erwartenden Geburtenzahlen aus der Bevölkerungsvorausberechnung gekoppelt ist (vgl. **Abbildung 8**).

Abbildung 35: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege von 2012 bis 2040



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA (2025c, 2025e, 2025g), eigene Berechnung und Darstellung

So wird in der Projektion angenommen, dass die Zahl der Erwerbstätigen in diesen Berufen aufgrund der niedrigen Geburtenzahlen in Deutschland (vgl. **Abbildung 8**) zunächst sinkt und erst 2028 die projizierte Erwerbstätigenzahl das Niveau von 2023 erreichen wird. Hintergrund ist, dass die Geburtenziffer 2024 mit 1,35 auf einem Niedrigstand war und erst langfristig auf ihr langjähriges Mittel zurückkehren wird (vgl. **Abbildung 10**). Bis 2040 wird die Zahl der Erwerbstätigen in den Berufen der Geburtshilfe und Entbindungspflege entsprechend langsam ansteigen, sodass in diesem Jahr eine Erwerbstätigenzahl von 30 000 Personen zu erwarten ist (vgl. **Abbildung 35**). Hierhinter steht die Annahme, dass der zuletzt im Jahr 2023 gemessene Personalschlüssel in der ambulanten wie stationären Betreuung konstant bleibt. Der Blick auf die Zahl der Erwerbspersonen zeigt, dass im Jahr 2023 rund 30 000 Personen ihre Arbeitskraft in den Berufen der Geburtshilfe und Entbindungspflege anboten. Bis zum Jahr 2040 wird diese kontinuierlich auf rund 31 000 Erwerbspersonen anwachsen.

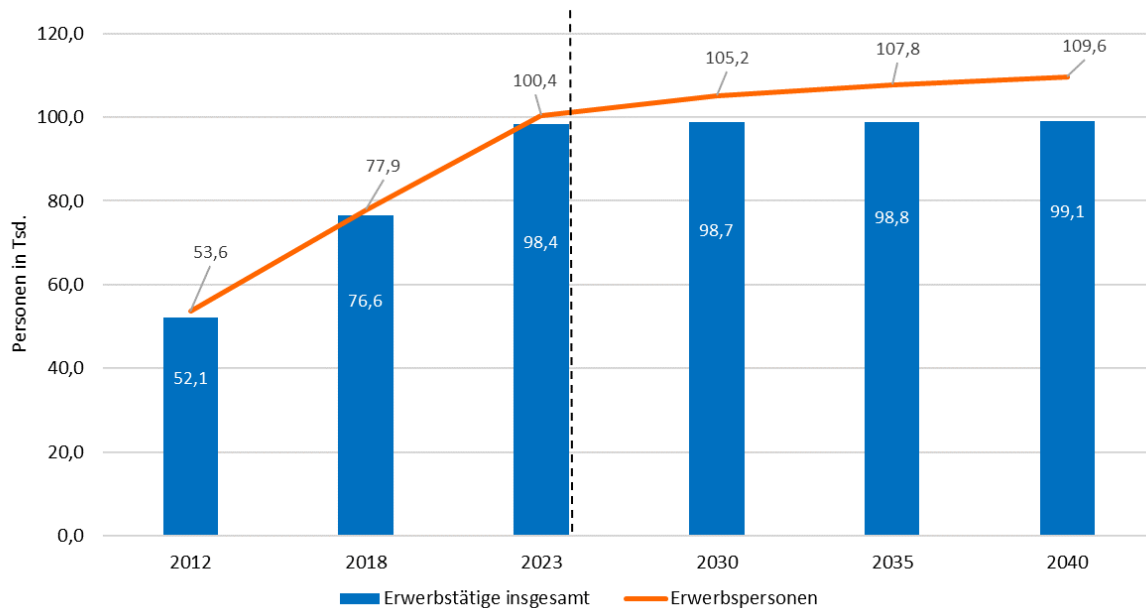
Berufe der Geburtshilfe und Entbindungspflege werden mit einem Anteil von 99,5 Prozent nahezu ausschließlich von Frauen ausgeübt (vgl. **Tabelle 19**, im Anhang). Die Entwicklung des Medianalters der Erwerbspersonen zeigt zudem eine Verjüngung im Projektionszeitraum: Während das Medianalter im Jahr 2023 noch bei 40,8 Jahren lag, wird es bis 2040 auf 38,8 Jahre sinken. Entsprechend wird der Anteil der unter 30-Jährigen von 29,8 Prozent im Jahr 2023 auf 35,7 Prozent im Jahr 2040 steigen. Gleichzeitig wird der Anteil der über 60-Jährigen in diesem Zeitraum um rund 1,7 Prozentpunkte zurückgehen. In Bezug auf den Beruf Hebamme, der in den Berufen der Geburtshilfe und Entbindungspflege (8135) erfasst ist, wird festgestellt, dass zuletzt eine in Vollzeit tätige Hebamme ambulant rund 62 Geburten pro Jahr betreute, während für Hebammen im stationären Bereich das Verhältnis bei rund 200 Geburten pro VZÄ lag.

3.4.3.4 Berufe im Rettungsdienst

Über alle im FKM für das BMG betrachteten Berufe hinweg, stellen die Berufe im Rettungsdienst (8134) mit rund 98 000 Erwerbstätigen im Jahr 2023 einen der größeren

Berufe dar. Dieser setzte sich im Jahr 2023 aus rund 8 000 Hilfs- (bspw. Rettungsdiensthelferinnen und -helfer) und rund 90 000 Fachkräften (bspw. Rettungssanitätern und -sanitäterinnen) und wenigen Spezialistinnen und Spezialisten (bspw. Funkstellenleitern und -leiterinnen einer Rettungsleitstelle) zusammen (vgl. **Tabelle 18** im Anhang). Angesiedelt sind sie zu fast 95 Prozent im sonstigen Bereich. Rettungsdienste und Krankentransporte werden in der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 separat von Krankenhäusern und Arztpraxen im sonstigen Gesundheitswesen (Branche 86.9 der WZ 2008) berücksichtigt.

Abbildung 36: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe im Rettungsdienst von 2012 bis 2040



Quelle: StBA (2025c, 2025e, 2025g), eigene Berechnung und Darstellung

Die Zahl der Erwerbspersonen und der Erwerbstätigen im Rettungsdienst steigt über den Projektionszeitraum an – erstere nimmt dabei stärker zu (vgl. **Abbildung 36**). Hier wird genau wie bei den Ärztinnen und Ärzten ohne Facharztbezeichnung die gesamte Patientinnen- bzw. Patientenzahl im Krankenhaus zur Fortschreibung genutzt (vgl. dazu **Abbildung 20**). Entsprechend wird auch hier der die Inanspruchnahme erhöhende Effekt der Alterung der Gesellschaft durch den Bevölkerungsrückgang abgeschwächt.

Berufe im Rettungsdienst werden vorwiegend von jungen Personen ausgeübt, wie das Medianalter der Erwerbspersonen von 34,1 Jahren und der Anteil der unter 30-Jährigen von rund 52 Prozent unter den Erwerbspersonen zeigen (vgl. **Tabelle 19**, im Anhang). Lediglich rund fünf Prozent der Erwerbspersonen sind älter als 60 Jahre. Ebenfalls auffällig ist der im Vergleich zu den Berufen in der Pflege und in der Geburtshilfe geringe Frauenanteil von knapp 31 Prozent.

3.4.4 Therapie-/Heilkundeberufe

Dieser Abschnitt beschreibt die Ergebnisse der Therapie- und Heilkundeberufe. Diese umfassten im Jahr 2023 rund 512 000 Erwerbstätige, womit diese Gruppe ähnlich groß ausfällt wie jene der Human- und Zahnmedizin. Erwerbstätige der Therapie- und Heilkundeberufe sind überwiegend im ambulanten Bereich tätig – mit durchschnittlich fast 70 Prozent. Wie in **Tabelle 11** zu sehen, ist der stationäre Bereich lediglich bei Berufen der Musik- und Kunsttherapie und der Diät- und Ernährungstherapie mit einem Anteil von über 50 Prozent der Erwerbstätigen bedeutsamer als der ambulante Bereich.

Tabelle 11: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Therapie- und Heilkundeberufen 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.

Beruf	Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) nach Bereichen 2023			2040			Erwerbstätigen- auf- bzw. -abbau (2040-2023)
	Ambulant	Stationär	Sonstige	Ambulant	Stationär	Sonstige	
8175 Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	94%	1%	5%	94%	1%	5%	1
81772 Podologinnen/Podologen – Fachkraft	90%	1%	10%	91%	1%	9%	1
8173 Berufe in der Sprachtherapie	77%	13%	9%	76%	14%	9%	-1
81694* Nichtärztliche Psychotherapie	70%	19%	11%	76%	15%	9%	18
81712 Physiotherapie – Fachkraft	51%	13%	35%	51%	14%	35%	0
81713 Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	79%	15%	6%	79%	15%	6%	2
8172 Berufe in der Ergotherapie	51%	31%	18%	50%	32%	18%	0
8178 Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung	49%	12%	40%	53%	11%	36%	1
822 Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	42%	13%	45%	35%	11%	55%	5
8174 Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	28%	53%	19%	26%	49%	18%	1
8176 Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte	20%	53%	28%	18%	54%	28%	0
Summe	69,9%	16,7%	13,4%	70,1%	16,2%	13,7%	27

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten.

ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

* Die Kodierung 8169 entstammt der GPR und wurde für das Fachkräftemonitoring für das BMG zu 81694 angepasst.

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

Beim Vergleich der Zahl der Erwerbspersonen mit der Zahl der Erwerbstätigen in der Basisprojektion zeigen sich in den Therapie- und Heilkundeberufen in den kommenden Jahren bis 2040 sowohl Positiv- als auch Negativdifferenzen. Wie in **Tabelle 12** zu sehen, verändert sich die Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in sieben der insgesamt elf betrachteten Berufe zwischen 2023 und 2040 bei der Personenbetrachtung um nicht mehr als 2 000 Personen. Darunter zeigt die Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen lediglich in Berufen der „Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness“ eine Negativbilanz (die Zahl der Erwerbstätigen übersteigt die Zahl der Erwerbspersonen nur bis maximal 2 000 Personen). Hier handelt es sich um Berufe, die aktuell in der BA-Engpassanalyse noch nicht als Engpassberuf gezählt werden (**Kapitel 3.1**). Lagen die Zahlen der Erwerbstätigen und der Erwerbspersonen bei einigen kleineren Berufen der Therapie- und Heilkundeberufen im Jahr 2023 noch nah beieinander, so zeigen sich im Jahr 2040 relativ gesehen leichte negative Differenzen – darunter „Nichtärztliche Therapie, Heilkunde“ und „Berufe und Berufe in Musik- und Kunsttherapie“ (vgl. **Tabelle 12**).

Im Jahr 2040 liegt in den Berufen der Physiotherapie (Spezialistin/Spezialist) die Zahl der Erwerbspersonen mit 15 000 Personen (7,2 %) über der Zahl der Erwerbstätigen (siehe **Abschnitt 3.4.4.4**). In den Berufen der Ergotherapie sind es 7 000 Erwerbspersonen mehr als Erwerbstätige (10,2 %) und in den Berufen der Sprachtherapie 5 000 Personen bzw. 14,9 Prozent mehr. In all diesen Berufen war die Rekrutierungssituation aus Arbeitgebersicht in den letzten Jahren aber angespannt (**Kapitel 3.1**). Hier ergibt sich künftig somit das Potenzial ungedeckte Bedarfe zu realisieren. In der nichtärztlichen Psychotherapie liegt die Zahl der Erwerbspersonen im Jahr 2040 hingegen unterhalb der Zahl der Erwerbstätigen (-9 000 bzw. 12,3 %). Diese sind in **Abschnitt 3.4.4.3** genauer betrachtet. Auch bei den Berufen der „Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness“ liegt die Zahl der Erwerbspersonen unterhalb jener der Erwerbstätigen (-2 000 bzw. -7,8 %). Ursächlich ist hier vor allem der Anstieg der Zahl an Erwerbstätigen im sonstigen Bereich (vgl. **Tabelle 11**). Hier ergeben sich die Wachstumseffekte aus der Ökonomie (Schätzansatz C, siehe **Abschnitt 2.6.3**) und der steigenden Nachfrage im Wirtschaftszweig der Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen (Branche 96 der WZ 2008).

Ein Blick weg von der Personenbetrachtung hin zur Betrachtung in VZÄ zeigt, dass in den Therapie-, und Heilkundeberufen viele Personen in Teilzeit arbeiten. Denn auf 512 000

Erwerbstätige kamen 350 000 VZÄ im Jahr 2023. Ein VZÄ wird also von knapp 1,46 Personen ausgefüllt. Während dieses Verhältnis bei den Erwerbstätigen über den Projektionszeitraum konstant bleibt, sinkt es bei den Erwerbspersonen bis 2040 leicht: 2023 lag es mit 519 000 Erwerbspersonen in Köpfen und 355 000 Erwerbspersonen in VZÄ bei 1,46 Personen und 2040 mit 558 000 Erwerbspersonen in Köpfen und 385 000 Erwerbspersonen in VZÄ bei 1,45 Personen (vgl. [Tabelle 12](#)).

Mit einem Anteil von 79 Prozent waren im Jahr 2023 wie in vielen Berufen des Gesundheitswesens die meisten der Erwerbspersonen in den Therapie- und Heilkundeberufen weiblich. Dabei ist der Frauenanteil mit 68 Prozent im Beruf der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde am geringsten, während er mit 95 Prozent in den Berufen der Diät- und Ernährungstherapie am höchsten ausfällt (vgl. [Tabelle 19](#), im Anhang).

Das Medianalter unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Berufen. Personen, die Berufe in der Heilkunde und Homöopathie ausüben, sind mit 50 Jahren am ältesten; solche, die Berufe in der Ergotherapie ausüben, weisen das jüngste Medianalter auf. Im Prognosezeitraum sinkt es sogar von 39 auf 38 Jahre. Den stärksten Alterungsprozess verzeichnen die nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren Medianalter von 46 auf 48 Jahre steigt (vgl. [Tabelle 19](#), im Anhang).

In Anbetracht des Frauenanteils in den Berufen nach VZÄ zeigt sich, dass dieser gegenwärtig in allen Berufen niedriger ausfällt als bei der Personenbetrachtung (vgl. [Tabelle 19](#), im Anhang); Frauen sind somit seltener in Vollzeit tätig als Männer und dies ändert sich auch im Projektionszeitraum nicht. Jüngere Personen sind zukünftig in den meisten Therapie- und Heilkundeberufen vermehrt und Ältere seltener in Vollzeit tätig.

Im Folgenden werden fünf Therapie- und Heilkundeberufe genauer beleuchtet.

Tabelle 12: Arbeitsmarktbilanz Therapie- und Heilkundeberufe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten

Beruf	Personen											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
8175 Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	41	41	41	41	43	42	0	2	1	1,2%	4,2%	3,2%
81772 Podologinnen/Podologen – Fachkraft	18	19	20	19	20	20	0	1	0	1,3%	4,6%	0,3%
8173 Berufe in der Sprachtherapie	33	32	31	33	35	36	0	3	5	1,2%	10,4%	14,9%
81694* Nichtärztliche Psychotherapie	59	67	77	60	64	67	1	-2	-9	1,5%	-3,6%	-12,3%
81712 Physiotherapie – Fachkraft	37	37	38	38	40	39	0	2	2	1,3%	6,1%	4,4%
81713 Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	211	210	212	213	223	227	3	13	15	1,3%	6,1%	7,2%
8172 Berufe in der Ergotherapie	67	67	67	68	72	74	1	5	7	1,3%	7,5%	10,2%
8178 Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung	11	12	12	11	12	12	0	0	0	1,3%	1,9%	-1,1%
822 Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	22	24	27	22	24	25	0	0	-2	2,1%	0,2%	-7,8%
8174 Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	5	6	6	5	6	6	0	0	0	1,4%	2,5%	-1,3%
8176 Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte	8	8	8	8	9	9	0	1	1	1,3%	8,8%	11,1%
Summe	512	522	539	519	547	558	7	25	19	1,3%	4,7%	3,5%
	Vollzeitäquivalente											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
8175 Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	27	27	27	27	28	28	0	1	0	0,3%	2,2%	1,8%
81772 Podologinnen/Podologen – Fachkraft	11	11	12	11	12	12	0	0	0	2,3%	4,0%	0,7%
8173 Berufe in der Sprachtherapie	23	22	22	23	25	25	0	2	3	1,5%	10,7%	15,7%
81694* Nichtärztliche Psychotherapie	43	49	57	43	47	49	0	-2	-8	-0,3%	-5,0%	-13,3%
81712 Physiotherapie – Fachkraft	21	21	21	22	23	23	0	2	1	2,1%	8,1%	6,7%
81713 Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	147	147	148	149	157	161	3	10	13	1,7%	7,0%	8,8%
8172 Berufe in der Ergotherapie	46	46	46	47	50	52	1	4	6	2,5%	9,1%	12,7%
8178 Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung	7	8	8	7	8	8	0	0	0	-0,6%	-1,3%	-4,3%
822 Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	15	17	19	16	17	17	0	0	-2	2,1%	-0,3%	-8,4%
8174 Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	3	3	3	3	3	3	0	0	0	1,0%	2,2%	-1,5%
8176 Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte	6	6	6	6	6	6	0	1	1	2,0%	10,6%	13,5%
Summe	350	358	369	355	375	385	5	18	16	1,4%	4,9%	4,2%

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten. Die Differenzen sind auf den ungerundeten Werten berechnet.

ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

* Die Kodierung 8169 entstammt der GPR und wurde für das Fachkräftemonitoring für das BMG zu 81694 angepasst.

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

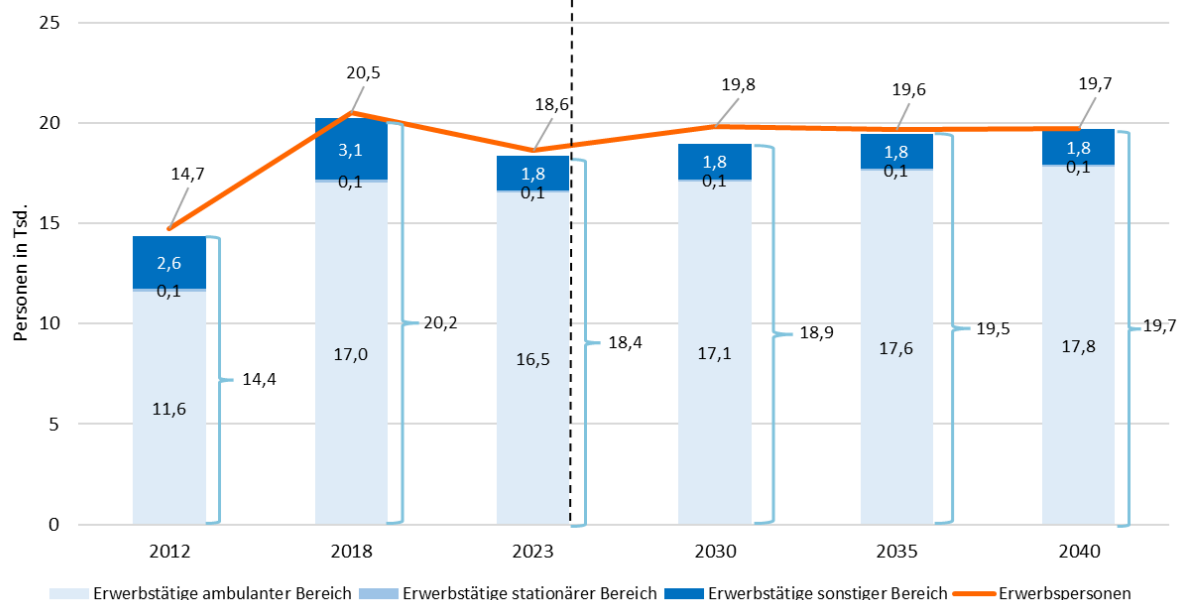
3.4.4.1 Podologinnen/Podologen – Fachkraft

Die Berufe der Podologie (81772) bildeten im Jahr 2023 mit 18 000 Erwerbstätigen einen der kleineren Therapie- und Heilkundeberufe. Wie beim Großteil der Therapie- und Heilkundeberufe sind sie vor allem im ambulanten Bereich tätig (90 %), jedoch arbeitet auch ein Zehntel der Podologinnen und Podologen im sonstigen Bereich, also bspw. in Sanitäts- und Orthopädiehäusern, Kur- und Wellnesseinrichtungen (**Abbildung 37**). Bis 2040 nimmt der Anteil der Erwerbstätigen im ambulanten Bereich leicht zu, während jener der Erwerbstätigen im sonstigen Bereich leicht sinkt. Im stationären Bereich waren 2023 nur sehr wenige tätig. Dies ändert sich auch bis zum Jahr 2040 nicht.

Wie in **Tabelle 19** (im Anhang) zu sehen, ist unter den Erwerbspersonen der Frauenanteil mit 93 Prozent sehr hoch. Auch wurde dieser Beruf oftmals in Teilzeit ausgeübt: Mit rund 19 000 Erwerbspersonen insgesamt und rund 11 000 Erwerbspersonen in VZÄ (vgl. **Tabelle 12**) kamen im Jahr 2023 auf eine Vollzeitstelle rechnerisch 1,6 Personen. Gleichzeitig war das Medianalter unter den Erwerbspersonen im Jahr 2023 mit 48,7 Jahren vergleichsweise hoch und steigt bis 2040 leicht an. Lediglich 10 Prozent der Erwerbspersonen waren 2023 jünger als 30 Jahre, über 60-Jährige machten mit 19 Prozent hingegen einen relativ hohen Anteil aus (vgl. **Tabelle 19**, im Anhang).

Die **Abbildung 37** zeigt, dass die Zahl der Erwerbstätigen in den Berufen der Podologie zwischen 2023 und 2040 leicht von etwa 18 000 auf rund 20 000 Erwerbstätige steigt. Die Steigerung ist einzig auf den ambulanten Bereich zurückzuführen. Gleichzeitig wächst das Angebot von etwa 19 000 auf knapp 20 000 Erwerbspersonen. Dieser Anstieg erfolgt überwiegend bis zum Jahr 2030, danach bleibt das Angebot bis 2040 weitgehend konstant. Demgegenüber steigt die Zahl der Erwerbstätigen kontinuierlich bis 2040 an, wodurch sich die Differenz zwischen Angebot und Nachfrage schrittweise verringert.

Abbildung 37: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe der Podologie von 2012 bis 2040



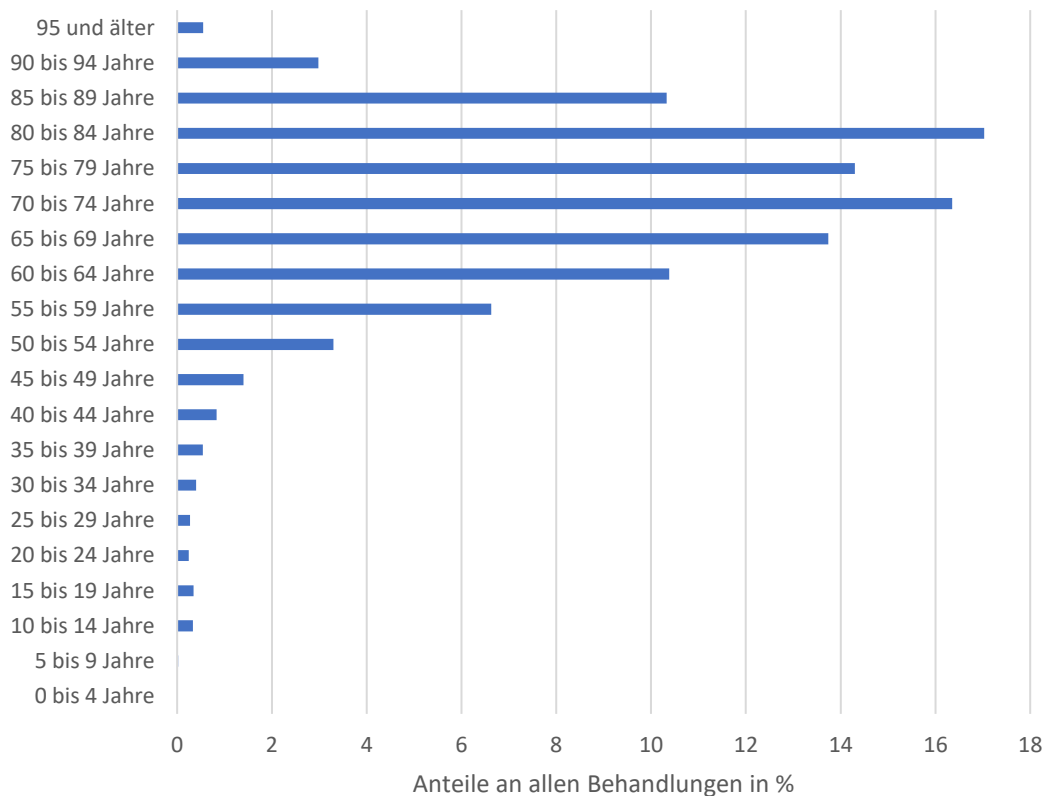
Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; GKV-Spitzenverband 2025b; eigene Berechnung und Darstellung

Im ambulanten Bereich bestimmt sich die Zahl der Erwerbstätigen aus den demografisch getriebenen Inanspruchnahmen einer podologischen Behandlung. Die Podologie wird vor allem von älteren Menschen in Anspruch genommen. Wie in der **Abbildung 38** zu sehen, stieg der Anteil der Personen, die Behandlungen in Anspruch nehmen, im Jahr 2023 ab

einem Alter von 50 Jahren mit zunehmendem Alter spürbar an. Mit 17 Prozent der Behandlungseinheiten wies die Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen den höchsten Anteil auf. Die demografische Entwicklung beeinflusst die Inanspruchnahme dieser Behandlungen, sodass die Zahl der Erwerbstätigen in den Berufen der Podologie in der Projektion wächst (vgl. **Tabelle 12**).

Abbildung 38: Verteilung der Behandlungseinheiten im Heilmittelbereich Podologie nach Altersgruppe 2023



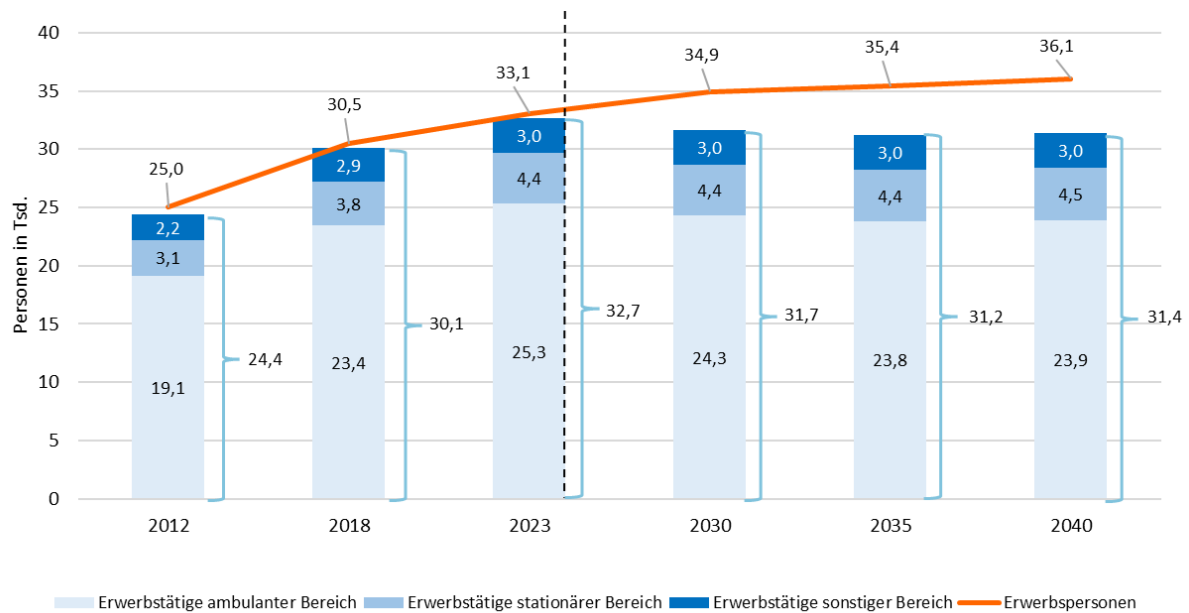
Quelle: GKV-Spitzenverband 2025b; eigene Berechnung und Darstellung

3.4.4.2 Berufe in der Sprachtherapie

In den Berufen der Sprachtherapie (8173) waren im Jahr 2023 rund 33 000 Personen erwerbstätig. Die Berufe der Sprachtherapie umfassen vor allem Logopädinnen und Logopäden (Spezialistentätigkeiten), Sprachtherapeutinnen und -therapeuten (Expertentätigkeiten), Atemtherapeutinnen und -therapeuten sowie Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen- und -lehrer (vgl. **Tabelle 18**, im Anhang). Mit einem Frauenanteil unter den Erwerbspersonen von 93 Prozent gehören die Berufe in der Sprachtherapie zu den Therapie- und Heilkundeberufen mit den höchsten Frauenanteilen (vgl. **Tabelle 19**, Anhang). Ein Großteil der Erwerbstätigen arbeitet dabei in Teilzeit. Rund drei Viertel der Erwerbstätigen sind im ambulanten Bereich beschäftigt.

Während die Zahl der Erwerbspersonen von rund 33 000 im Jahr 2023 auf etwa 36 000 im Jahr 2040 steigt, sinkt die Zahl der Erwerbstätigen dieser Berufe in der Projektion unter leichten Schwankungen von etwa 33 000 Personen im Jahr 2023 auf rund 31 000 Personen (vgl. **Abbildung 39**). Berufe in der Sprachtherapie werden aktuell zu den Engpassberufen bei der BA gezählt (**Kapitel 3.1**). Die Erhöhung des Arbeitskräfteangebots in der Zukunft könnte auch dazu führen, dass aktuell ungedeckte Bedarfe in der Zukunft erfüllt werden können.

Abbildung 39: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe der Sprachtherapie von 2012 bis 2040

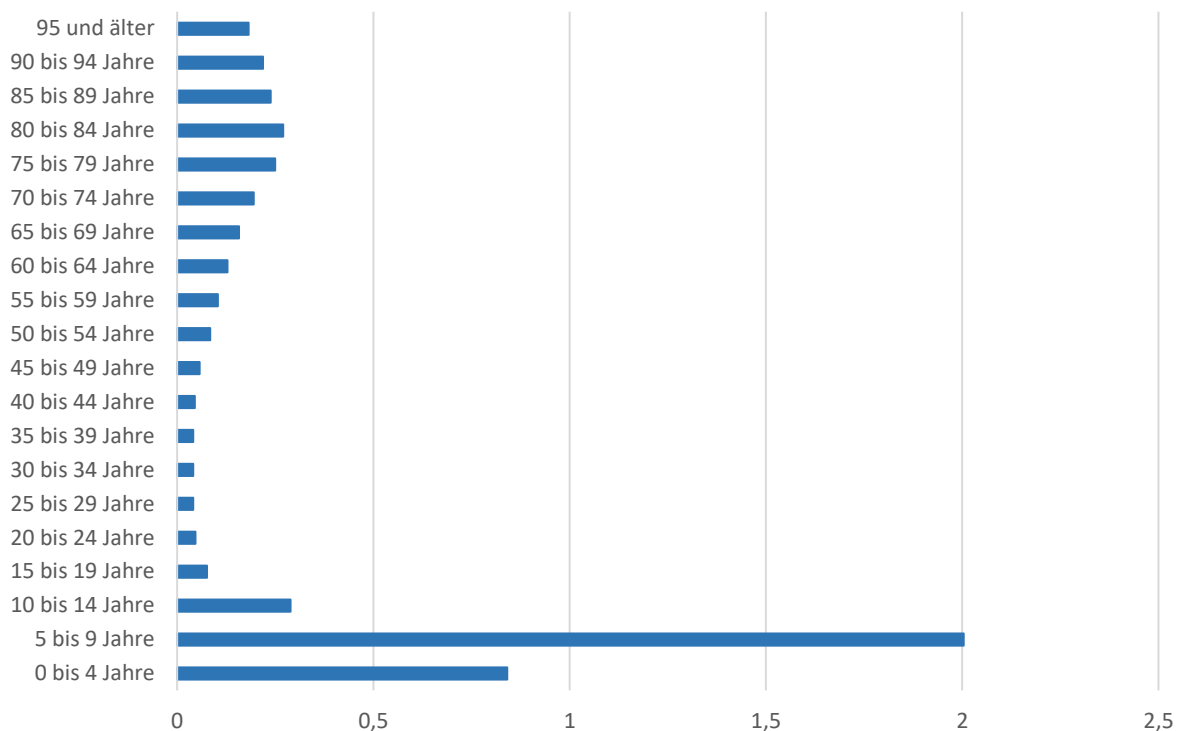


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

Leistungen dieser Berufe werden vor allem von Kindern bis neun Jahren in Anspruch genommen (**Abbildung 40**). Anteilig an den gesamten Behandlungen entfielen auf sie im Jahr 2023 rund 57 Prozent. Der Rückgang an Erwerbstätigen in diesen Berufen bis 2035 ist durch die stark gesunkene Geburtenziffer zwischen 2021 und 2023 zu erklären (**Abbildung 10**). Ebenso sorgt der folgende – allerdings langsame – Anstieg der Nulljährigen in der QuBe-Bevölkerungsprojektion für einen Anstieg der Erwerbstätigen im Jahr 2040.

Abbildung 40: Behandlungseinheiten pro Person in der Sprachtherapie nach Altersgruppen im Jahr 2023



Quelle: GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.4.3 Nichtärztliche Psychotherapie

Unter den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (81694) werden ebenfalls die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie psychologisch-technischen Assistentinnen und Assistenten erfasst (vgl. **Tabelle 18**, im Anhang). Letztere machen mit rund 1 000 Erwerbstätigen nur einen kleinen Teil des Berufs aus. Die ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zählen hingegen zu den Fachärztinnen und -ärzten für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin (814641), da es sich um einen Facharztberuf handelt.

Für das Jahr 2023 zählte der Beruf der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten rund 59 000 Erwerbstätige und ist somit nach der Physiotherapie und der Ergotherapie die drittgrößte Gruppe unter den Therapie- und Heilkundeberufen. Gemäß der BA-Engpassanalyse wurde der Beruf der nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2024 – anders als noch im Jahr 2023 – nicht mehr als Engpassberuf gewertet, wenngleich dieser Beruf weiterhin unter Beobachtung stand (siehe **Kapitel 3.1**). In der Projektion steigt die Zahl der Erwerbstätigen deutlich auf 77 000. Dies betrifft vor allem den ambulanten Bereich, denn dort sind nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten hauptsächlich tätig. Im Jahr 2023 waren es rund 70 Prozent der Erwerbstätigen dieses Berufs. Der Anteil weitet sich im Laufe der Zeit bis 2040 auf 76 Prozent aus – zulasten des stationären Bereichs, der von 19 auf 15 Prozent sinkt sowie des sonstigen Bereichs, der von 11 auf 9 Prozent zurückgeht.

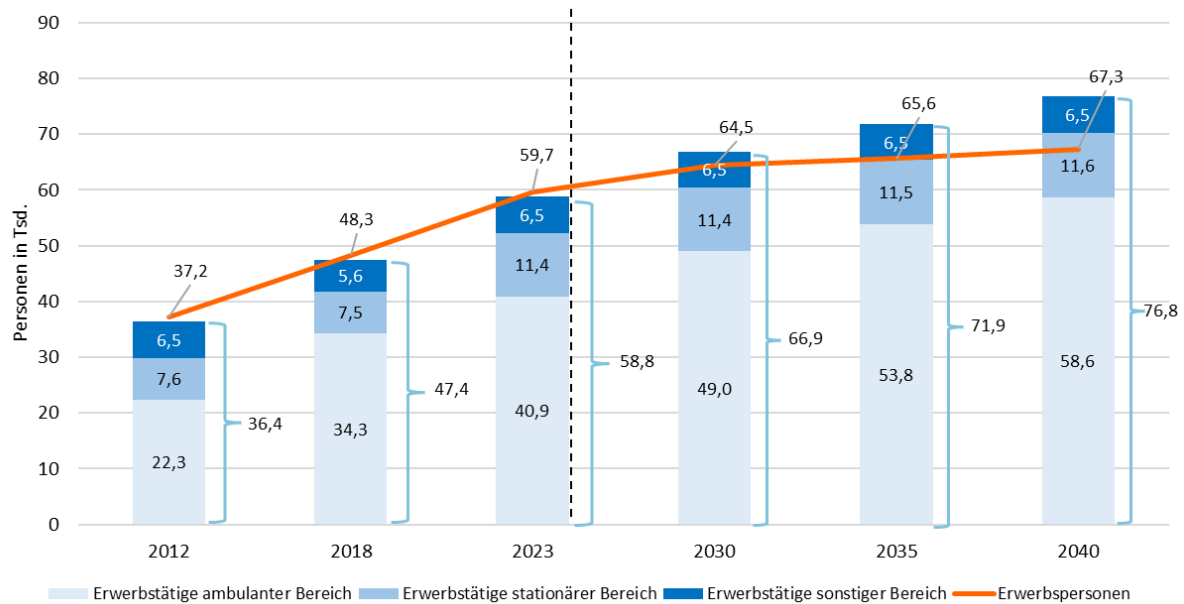
Nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten machten im Jahr 2023 den Großteil der psychotherapeutischen Versorgung aus. Rund 59 000 berufstätige nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten standen rund 14 000 berufstätigen Fachärztinnen und -ärzten für Psychotherapie (BÄK 2024) gegenüber.

Im Jahr 2023 weist das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen 3 460 erfolgreich abgelegte Prüfungen für nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten aus (IMPP 2024a, 2024b). Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung ist ein Psychologiestudium mit klinischem Anteil. Leider besteht keine vollumfängliche Information, wie hoch die Anzahl an nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist, die eine entsprechende Approbation bzw. Fachkundeprüfung abgelegt haben, aber den Beruf nicht ausüben. Im Mikrozensus, der die einzige Datenquelle für berufliches Mobilitätsverhalten darstellt (siehe **Anhang H.IX.i**), wird die Zahl der approbierten nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten vermutlich unterschätzt, da sie geringer ausfällt als die Zahl der erwerbstätigen nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Für die Projektion des Arbeitsangebotes wurde deshalb unterstellt, dass das Weiterbildungsverhalten der Masterabsolventinnen und -absolventen der Psychologie dem Erwerbsverhalten ähnelt. So betrug der Anteil der 81694 „Nichtärztliche Psychotherapie“ in der Berufsgruppe 816 der „Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie“ im Jahr 2023 rund 54 Prozent. Wir unterstellen somit, dass rund 54 Prozent der Personen, die angeben, ihren Beruf in „Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie“ erlernt zu haben, auch eine Ausbildung zu nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten absolviert haben. Zum Vergleich: Werden die rund 3 500 erfolgreichen Prüfungen für nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2023 ins Verhältnis zu den rund 6 000 Absolventinnen und Absolventen der Psychologie des Jahres 2020 (dreijährige Ausbildung in Vollzeit) gesetzt, ergibt dies einen Anteil von 58 Prozent.

Unter dieser Ausbildungsannahme wird die Entwicklung des Angebots an Erwerbspersonen, für den Beruf der bzw. des nichtärztlichen Psychotherapeuten bzw. -therapeuten, im Wesentlichen durch die zunehmende Zahl an Studienabsolventinnen und -absolventen der Psychologie (bzw. der Berufsgruppe 816 „Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie“) vorangetrieben. Sie wächst kontinuierlich auf rund 67 000 Erwerbspersonen im Jahr 2040 an (vgl. **Abbildung 41**). Aufgrund der stärker steigenden Anzahl an Erwerbstätigen bleibt sie jedoch bereits ab dem Jahr 2028 hinter dieser zurück.

Zu berücksichtigen ist, dass der realisierte Bedarf nicht nur jene Personen umfasst, die zur Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenkasse berechtigt sind – eine Berufsausübung mit privaten Abrechnungen ist ebenfalls möglich. Für die regionale Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den bundeseinheitlichen Grundlagen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert, bedeutet die Entwicklung also nicht, dass bei einer Ausweitung der Zulassungen entsprechende Plätze nicht besetzt werden können.

Abbildung 41: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der nichtärztlichen Psychotherapie von 2012 bis 2040

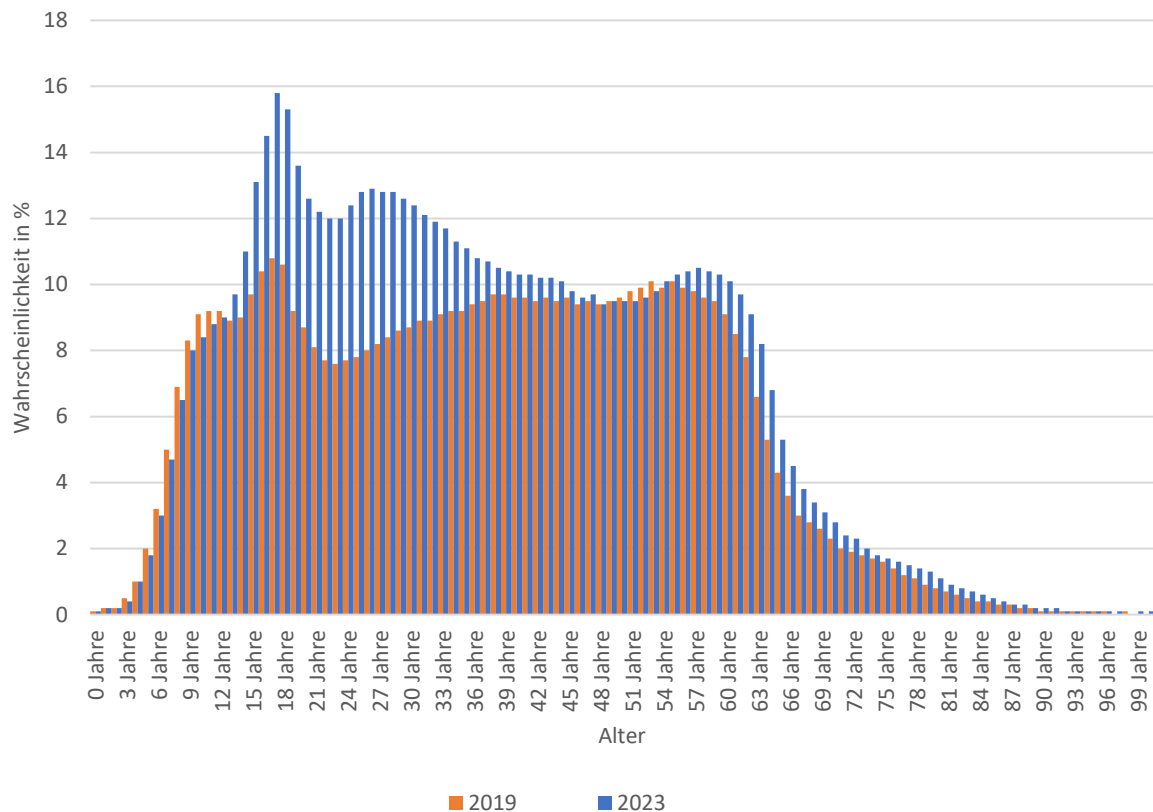


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: KBV 2025d; StBA (2025c, 2025e), eigene Berechnung und Darstellung

Schon für die Vergangenheit zeigen die ärztlichen Abrechnungsdaten eine wachsende Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Behandlungen. In der Projektion setzt sich dieser Trend fort. Die Wahrscheinlichkeit eines Besuchs bei nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Jahr 2023 lag im Schnitt über alle Altersjahre höher als noch im Jahr 2019 (rund 7 ggü. rund 6 %). In **Abbildung 42** wird nicht nur deutlich, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme in dem Zeitraum erhöht hat, sondern auch, dass sie sich gegenüber 2019 verschoben hat – hin zu jüngeren Patientinnen und Patienten. Die Inanspruchnahme der Leistungen von nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten variiert je Alter der Patientinnen und Patienten. So steigt die Wahrscheinlichkeit eines Besuchs bei nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten bei Kindern im Grundschulalter recht steil an und flacht ab einem Alter von 65 Jahren spürbar ab. Vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 19 Jahren fiel sie im Jahr 2023 mit über 13 Prozent besonders hoch aus. Durch die COVID-19-Pandemie hat sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen deutlich verschlechtert (ARENDDT/POLANZ/POLLMEIER 2024; KAMAN U. A. 2025).

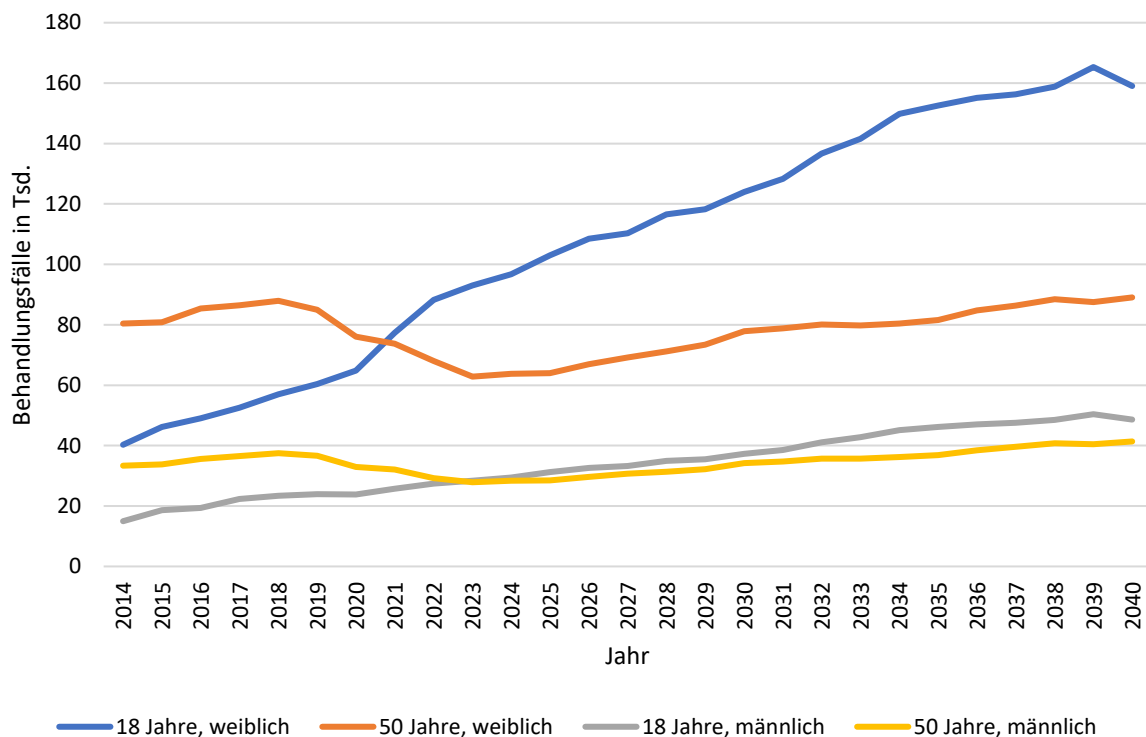
Abbildung 42: Wahrscheinlichkeit eines Praxisarztbesuchs – nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten



Quelle: KBV 2025d, eigene Berechnung und Darstellung

Im gewählten Schätzansatz sind nicht nur Unterschiede zwischen den Altersjahren, sondern auch zwischen den Geschlechtern berücksichtigt, da die Zahl der Behandlungsfälle auch danach variiert. In **Abbildung 43** wird deutlich, dass vor allem Frauen die Leistungen dieses Berufs nachfragen. Ihre Behandlungszahlen liegen deutlich höher als die von Männern. Auch insgesamt nimmt die Zahl der Behandlungen durchweg zu.

Abbildung 43: Behandlungsfälle – nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten



Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

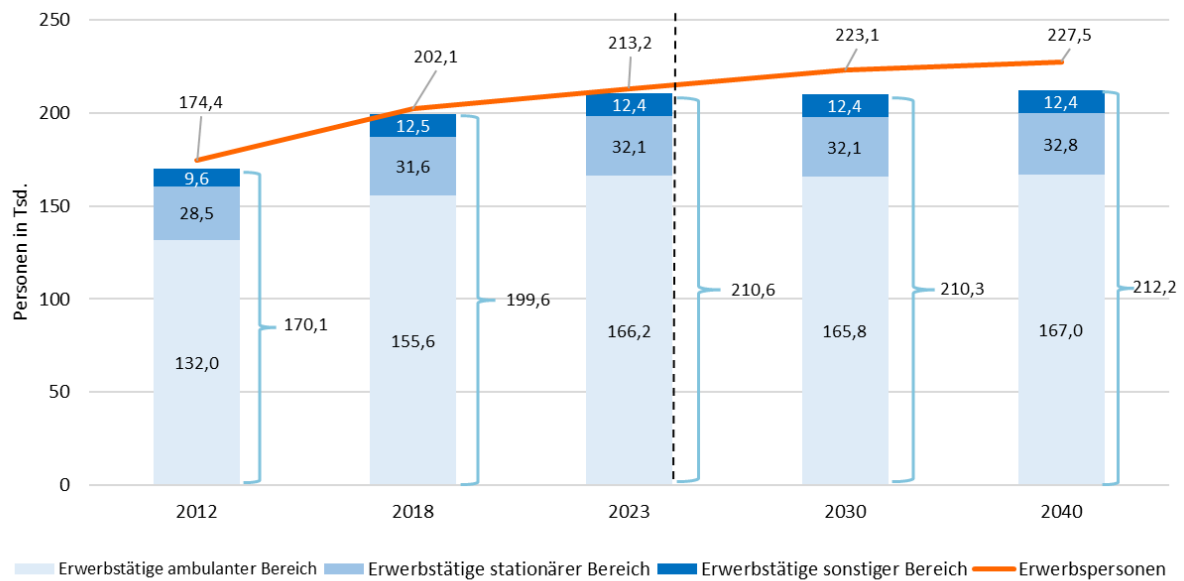
Quelle: KBV 2025d, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.4.4 Berufe in der Physiotherapie (Spezialistin/Spezialist)

Die Berufe in der Physiotherapie (Spezialistin/Spezialist) bildeten mit rund 211 000 Erwerbstätigen im Jahr 2023 die größte Gruppe unter den Therapie- und Heilkundeberufen (vgl. **Tabelle 12**). Bis 2040 steigt die Zahl der Erwerbstätigen leicht auf 212 000 Erwerbstätige an, während das Angebot an Erwerbspersonen von etwa 213 000 Personen um ca. 6,5 Prozent auf rund 227 000 Erwerbspersonen anwächst (vgl. **Abbildung 44**).

Wie bereits bei den nichtärztlichen Physiotherapeutinnen und -therapeuten ist der ambulante Bereich auch in den Berufen der Physiotherapie (Spezialistin/Spezialist) der größte (vgl. **Abbildung 44**). Es handelt sich v. a. um Physiotherapeutinnen und -therapeuten, während die Fachkräfte, wie Masseurinnen und Masseur oder medizinische Bademeisterinnen und Bademeister, unter der deutlich kleineren Gruppe der Physiotherapie (Fachkraft) (81712) gefasst sind. Zudem umfassen die Spezialistinnen und Spezialisten (81713) die Gruppe der rund 2 000 erwerbstätigen Expertinnen und Experten der Physiotherapie. Im Jahr 2023 arbeiteten 79 Prozent der Erwerbstätigen in den Berufen der Physiotherapie (Spezialistin/Spezialist) im ambulanten Bereich, 15 Prozent im stationären Bereich und 6 Prozent im sonstigen Bereich. Diese Anteile bleiben bis 2040 stabil.

Abbildung 44: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe in der Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist von 2012 bis 2040

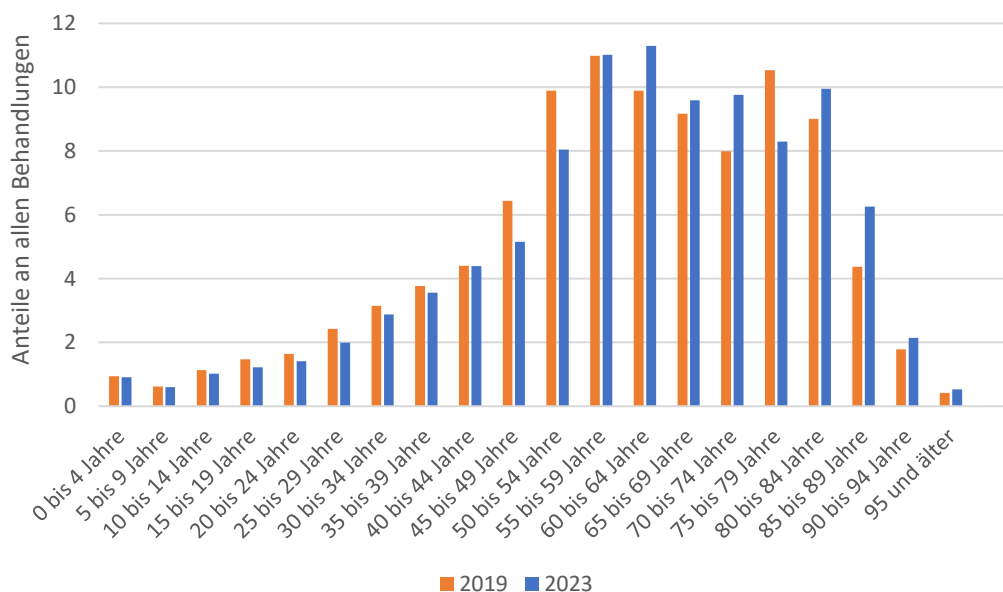


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

Die Daten der GKV-Heilmittelschnellinformation liefern Informationen zu den Umsätzen, Verordnungsblättern und Behandlungseinheiten in den einzelnen Heilmittelbereichen, die von zugelassenen Heilmittelerbringenden erbracht werden und zeigen für das Heilmittel Physiotherapie für die zurückliegenden Jahre keinen eindeutigen Trend. Deutlich wird jedoch der Einfluss der Demografie auf die Inanspruchnahme des Heilmittels Physiotherapie. So sind es vor allem Menschen ab dem Alter von 45 bzw. 50 Jahren, welche die Physiotherapie in Anspruch nehmen (vgl. **Abbildung 45**). Der Vergleich der Behandlungseinheiten nach Altersgruppen in den Jahren 2019 und 2023 zeigt leichte Verschiebungen hin ins höhere Alter.

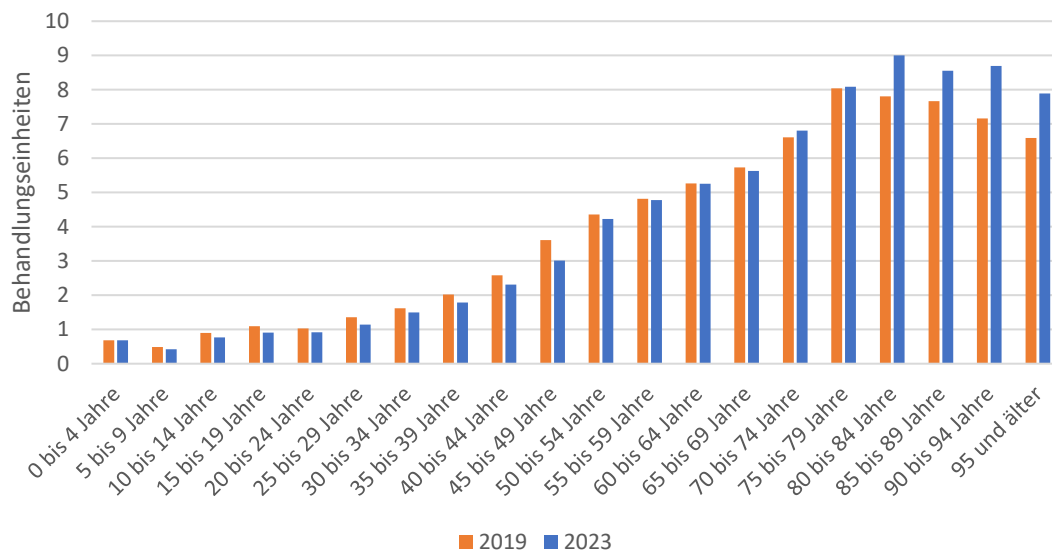
Abbildung 45: Verteilung der Behandlungseinheiten im Heilmittelbereich der Physiotherapie nach Altersgruppe



Quelle: GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

Der Blick auf die Zahl der Behandlungen pro Person verdeutlicht, dass Menschen unter 40 Jahren auf maximal zwei Behandlungseinheiten pro Person kamen, während sich bei über 75-jährigen mindestens acht Behandlungen pro Person im Jahr 2023 ergaben (vgl. **Abbildung 46**). Eine zunehmende Alterung der Bevölkerung wirkt sich entsprechend auf die Zahl der Erwerbstätigen aus. Wenn die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer allerdings mit der Zeit kleiner werden, flacht auch die Zahl der Erwerbstätigen wieder ab.

Abbildung 46: Behandlungseinheiten pro Person bei Physiotherapeuten im Heilmittelbereich nach Altersgruppe



Quelle: GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.4.5 Berufe in der Ergotherapie

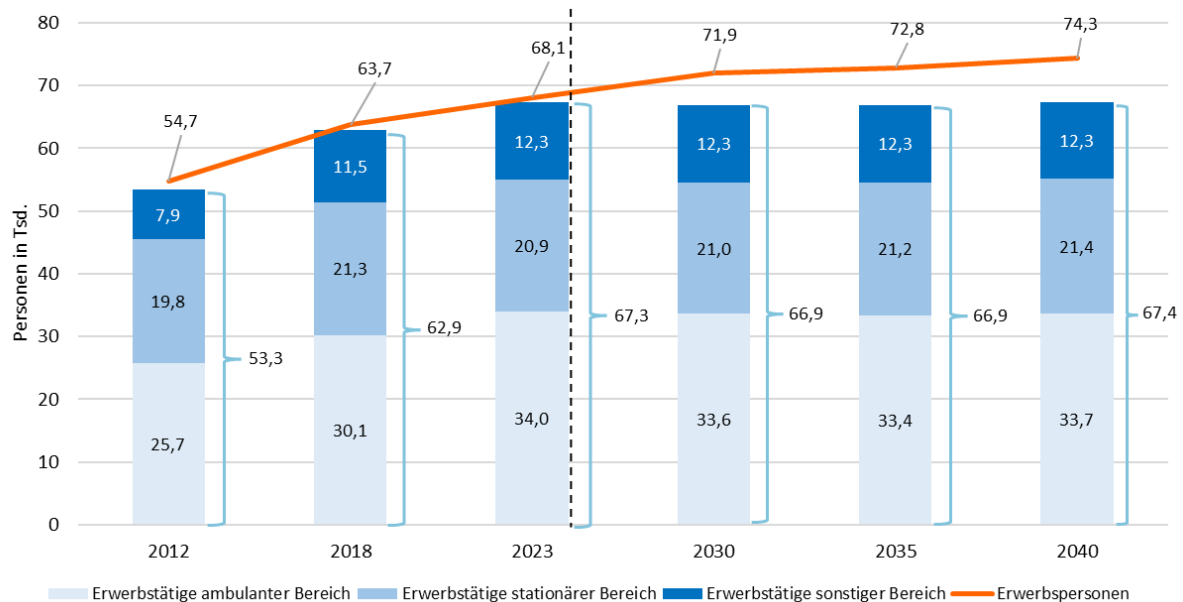
In Berufen in der Ergotherapie waren im Jahr 2023 rund 67 000 Personen erwerbstätig. Nahezu alle Erwerbstätigen dieser Berufe (65 000) führen komplexe Spezialistentätigkeiten aus, während die Anforderungsniveaus der fachlich ausgerichteten sowie hochkomplexen Tätigkeiten kaum besetzt sind (jeweils rund 1 000). Daher betrachtet die Untersuchung alle Erwerbstätigen in den Berufen der Ergotherapie gemeinsam in einer Gruppe (vgl. auch **Tabelle 18**).

Viele der Erwerbstätigen waren im Jahr 2023 in Teilzeit tätig, sodass die Anzahl der VZÄ in diesem Beruf nur bei 46 000 liegt. Auf eine Vollzeitstelle in der Ergotherapie kommen rechnerisch somit rund 1,5 Erwerbstätige (vgl. **Tabelle 12**). Der Frauenanteil von 88 Prozent ist ähnlich hoch wie in verwandten Heilmittelberufen. Gleichzeitig sind die Erwerbspersonen in diesem Beruf vergleichsweise jung. Gut ein Drittel der Erwerbspersonen waren im Jahr 2023 unter 30 Jahre alt, während das Medianalter bei etwa 39 Jahren liegt und bis 2040 auf 28 Jahre sinkt (vgl. **Tabelle 19**).

Während die Zahl an Erwerbspersonen bis zum Jahre 2040 um rund 6 000 ansteigt, erhöht sich die Zahl der Erwerbstätigen im selben Zeitraum nur geringfügig. Dies ist insbesondere auf die Entwicklung im stationären Bereich, in dem rund 31 Prozent der Erwerbstätigen arbeiten, zurückzuführen (vgl. **Abbildung 47**). Ursächlich hierfür sind die wachsenden Krankenhauspatientinnen- und -patientenzahlen von 2023 bis 2040. Die Zahl der Erwerbstätigen im ambulanten Bereich ist hingegen leicht rückläufig. Zu beachten ist allerdings auch, dass die Ergotherapie aktuell zu den Engpassberufen bei der BA gezählt

wird (**Kapitel 3.1**) und eventuell ungedeckte Bedarfe vorliegen, die bei der projizierten Entwicklung zukünftig erfüllt werden könnten.

Abbildung 47: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Berufe in der Ergotherapie von 2012 bis 2040

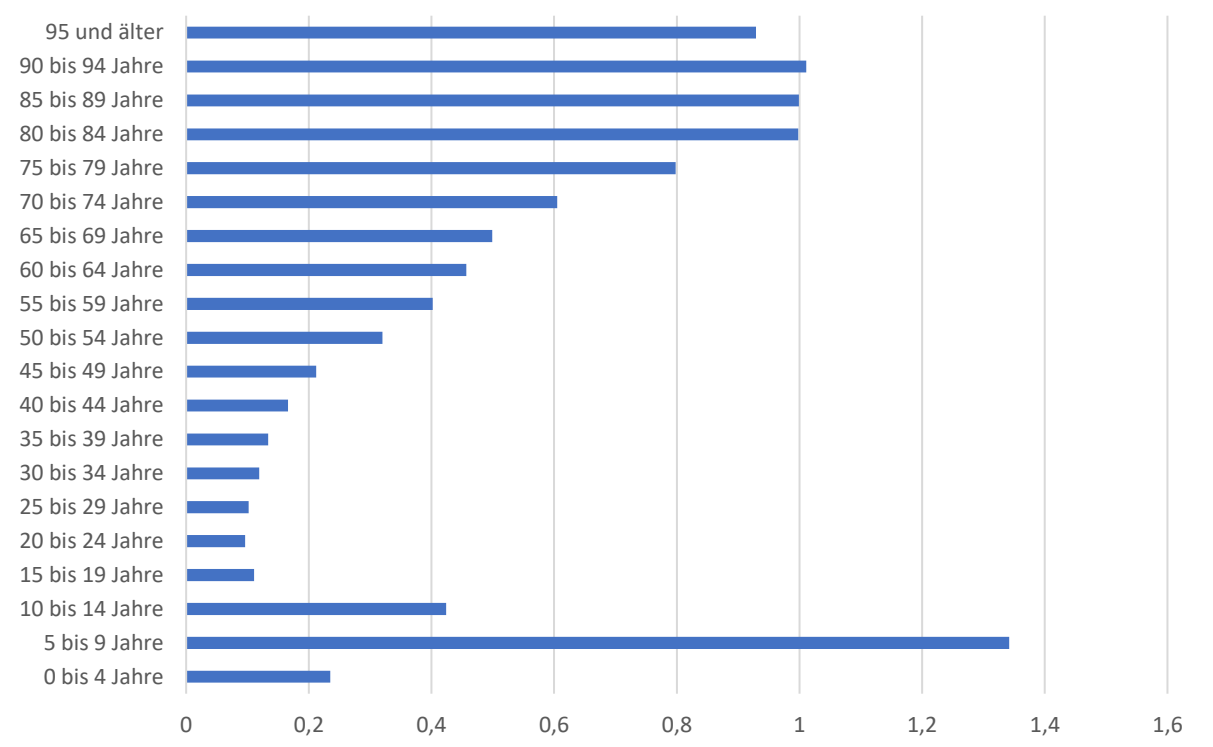


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

Im ambulanten Bereich bestimmt sich die Zahl der Erwerbstätigen aus den demografisch getriebenen Inanspruchnahmen des Heilmittels Ergotherapie. Einerseits geht sie stark von Kindern bis zehn Jahren aus, die im Durchschnitt etwa 1,3-mal jährlich eine Behandlungseinheit in Anspruch nehmen, sowie andererseits von älteren Patientinnen und Patienten über 75 Jahre, die durchschnittlich einmal jährlich eine Behandlungseinheit beanspruchen. Personen mittleren Alters bedürfen kaum Behandlungseinheiten (vgl. **Abbildung 48**). Durch die Gruppe der Personen über 75 Jahren steigt der Bedarf an Leistungen der Ergotherapie kontinuierlich an, aber insbesondere im Zeitraum ab 2035 (vgl. **Abbildung 47**). Gleichzeitig schrumpft die Zahl der Kinder in der Bevölkerung und damit geht der von dieser Gruppe ausgehende Bedarf demografisch bedingt zurück. Letztere Entwicklung kompensiert zunächst den Nachfrageanstieg durch die älteren Personen, sodass die ambulante Erwerbstätigenzahl bis 2035 minimal um 1,8 Prozent zurückgeht, anschließend aber nahezu auf ihr Niveau aus 2023 von knapp 34 000 Personen zurückkehrt.

Abbildung 48: Behandlungseinheiten der Ergotherapie pro Person nach Altersgruppen im Jahr 2023



Quelle: GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

3.4.5 Apothekenberufe

Dieser Abschnitt beschreibt mit „Apothekerinnen/Apothekern, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte“ und „Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen/Assistenten“ die Apothekenberufe. Die beiden Berufe umfassten im Jahr 2023 rund 152 000 Erwerbstätige, welche zu ca. 84 Prozent überwiegend im ambulanten Bereich tätig sind (*Tabelle 13*). Im sonstigen Bereich arbeiteten lediglich rund 12 Prozent. Der sonstige Bereich ist vor allem bei Apothekerinnen und Apothekern, Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (Expertin bzw. Experte) mit einem Anteil von rund 20 Prozent der Erwerbstätigen von größerer Bedeutung. Es handelt sich vor allem um Personen, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind. Hier ist auch ein Erwerbstätigenaufbau aufgrund des Branchenwachstums zu erwarten. Bei den Fachkräften der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten geht die Zahl der Erwerbstätigen von 2023 bis 2040 hingegen um 2 000 Erwerbstätige zurück.

Tabelle 13: Erwerbstätige (realisierter Bedarf) in Apothekenberufen 2023 und 2040 nach Bereichen sowie Zu- und Abnahme der Erwerbstätigen in Tsd.

Beruf	Prozentualer Anteil der Erwerbstätigen (realisierter Bedarf) nach Bereichen						Erwerbstätigen-auf- bzw. -abbau (2040-2023)
	2023			2040			
	Ambulant	Stationär	Sonstige	Ambulant	Stationär	Sonstige	
81804 Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte	77%	4%	19%	76%	4%	20%	2
81822 Pharmazeutisch-technische Assistentin/Assistent – Fachkraft	90%	5%	6%	89%	5%	6%	-2
Summe	83,6%	4,3%	12,1%	83,1%	4,4%	12,5%	0

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten.
Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

Bei der Bilanzierung des Angebotes an Erwerbspersonen und des realisierten Bedarfs an Erwerbstätigen in der Projektion (**Tabelle 14**) zeigt sich, dass der Erwerbstätigenabbau bei den Fachkräften der pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten zu einem stärkeren Überhang des Arbeitskräfteangebots im Vergleich zum Jahr 2023 beiträgt (2023: 1,6 %; 2040: 4,7 %). Digitalisierung von Abgabe- und Lagerprozessen wirkt sich auf die Arbeit der Apotheken aus und kann zu einem Rückgang der erwerbstätigen pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten beitragen. Auch Apothekerinnen und Apotheker sowie Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sind davon betroffen – u. a. durch eine komplexer werdende pharmazeutische Betreuung sind Expertinnen und Experten jedoch stärker gefragt.

In den Apothekenberufen arbeiten vorwiegend Frauen, die seltener als Männer in Vollzeit tätig sind, und die Zahl sowie das Medianalter nehmen über den Projektionsverlauf ab. Jüngere Altersgruppen arbeiten häufiger in Vollzeit als ältere.

Im Zeitverlauf steigt die Anzahl an Erwerbstätigen lediglich im Beruf der Apothekerinnen und Apotheker sowie bei den Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (Expertin bzw. Experte) leicht an. Da das Angebot an Erwerbspersonen auch hier leicht wächst, bleibt die Fachkräftesituation bis 2040 ausgeglichen. Dieser Beruf wird im Folgenden genauer beleuchtet.

Tabelle 14: Arbeitsmarktbilanz Apothekenberufe 2023, 2030 und 2040 in Personen und Vollzeitäquivalenten

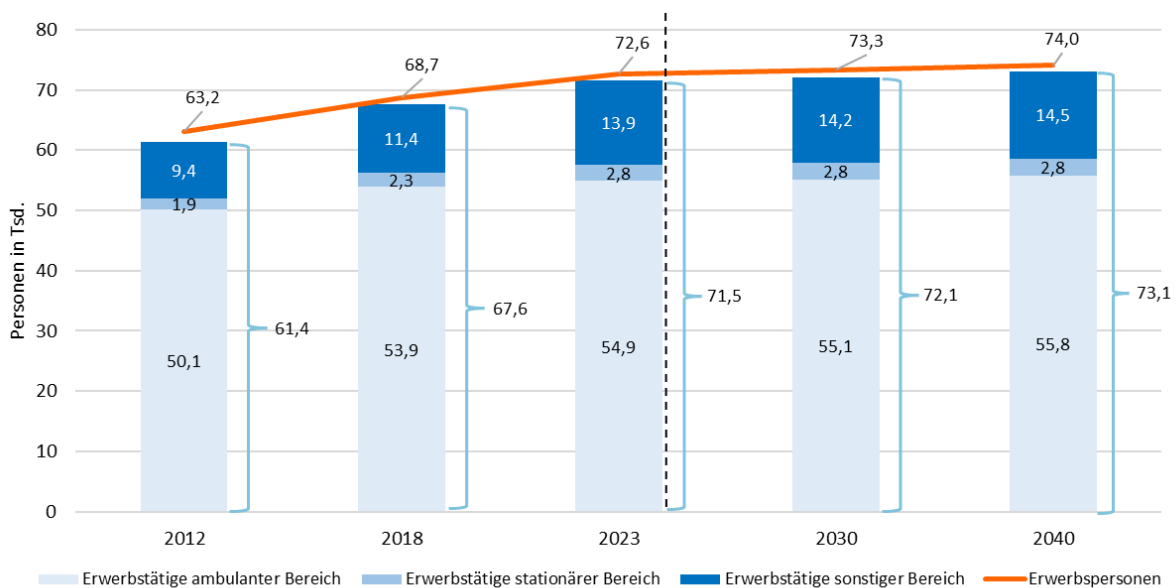
Beruf	Personen											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81804 Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte	72	72	73	73	73	74	1	1	1	1,5%	1,7%	1,3%
81822 Pharmazeutisch-technische Assistentin/Assistent – Fachkraft	81	80	79	82	83	83	1	3	4	1,6%	4,2%	4,7%
Summe	152	152	152	155	156	157	2	5	5	1,5%	3,0%	3,1%
	Vollzeitäquivalente											
	Erwerbstätige in Tsd.			Erwerbspersonen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen in Tsd.			Differenz zwischen Erwerbspersonen und Erwerbstätigen - relativ		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81804 Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazie – Expertin/Experte	55	56	57	58	58	59	2	2	3	4,0%	4,4%	4,9%
81822 Pharmazeutisch-technische Assistentin/Assistent – Fachkraft	55	54	54	58	59	59	3	4	5	4,6%	7,7%	9,4%
Summe	110	110	111	115	117	118	5	7	8	4,3%	6,0%	7,1%

Anmerkung: Zahlen auf jeweils Tsd. gerundet. Es können Rundungsdifferenzen auftreten. Die Differenzen sind auf den ungerundeten Werten berechnet.

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

Die Zahl der erwerbstätigen Apothekerinnen und Apotheker sowie Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (Expertin/Experte) wird von rund 72 000 im Jahr 2023 leicht auf etwa 73 000 im Jahr 2040 ansteigen. Im selben Zeitraum wird die Anzahl der Erwerbspersonen ähnlich stark von rund 73 000 Personen im Jahr 2023 kontinuierlich auf etwa 74 000 Personen im Jahr 2040 anwachsen. Wie in **Abbildung 49** zu sehen, war ein Großteil der Erwerbstätigen dieses Berufs 2023 im ambulanten Bereich tätig (77 %) – der Anteil geht im Laufe der Zeit bis 2040 leicht zurück auf 76 Prozent – zulasten des sonstigen Bereichs, der von 19 auf 20 Prozent steigt.

Abbildung 49: Realisierter Bedarf (Erwerbstätige) nach Bereichen und Arbeitskräfteangebot (Erwerbspersonen) der Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten (Expertin/Experte) von 2012 bis 2040

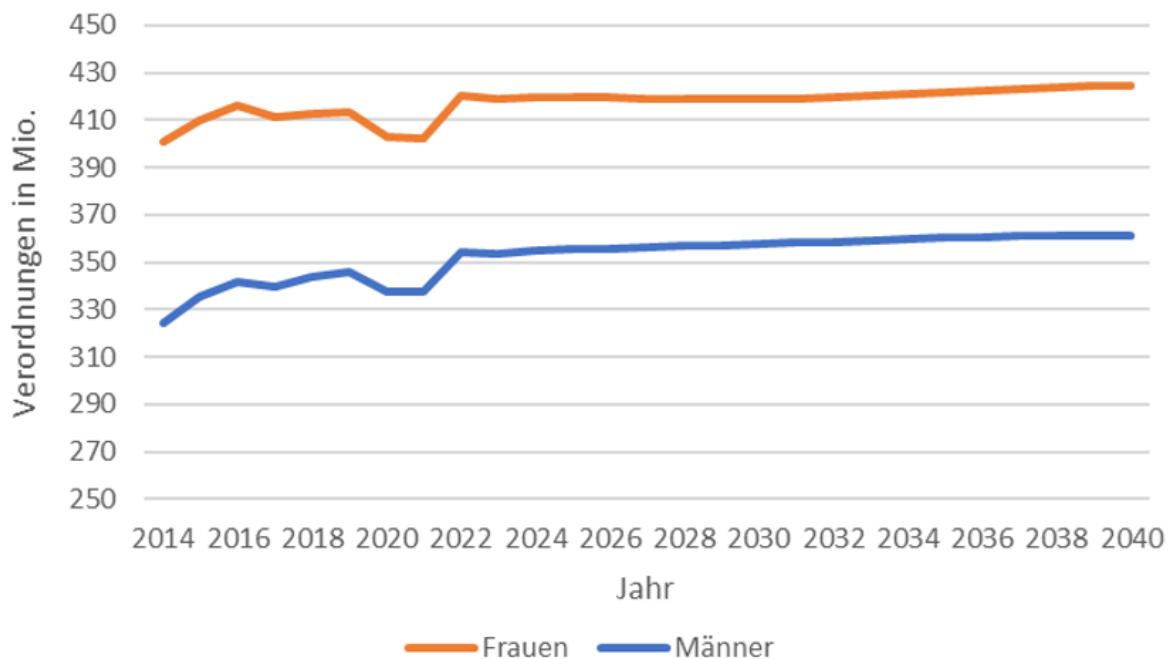


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: StBA 2025c; GKV-Spitzenverband 2025b, eigene Berechnung und Darstellung

Um die Nachfrage für die kommenden Jahre zu projizieren, werden Daten der Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht mit der Demografie fortgeschrieben (vgl. Fortschreibungsmethodik Nachfrageseite, Ansatz A). Dabei wirken sich unterschiedliche Bevölkerungsentwicklungen (bspw. Wanderungen, Lebenserwartungen) auf die Inanspruchnahme aus. Die Daten der GKV-Arzneimittelschnellinformation liefern Informationen zu den Arzneimittelverordnungen und zeigen Entwicklungen der zurückliegenden Jahre auf (vgl. **Abbildung 50**). Deutlich wird auch der Unterschied bei den Geschlechtern: Es werden mehr Verordnungen für Frauen ausgestellt als für Männer (vgl. **Abbildung 50**). In der Abbildung ist auch ein „Coronapandemie-Knick“ zu sehen: In den Jahren 2020 und 2021 fallen die Verordnungszahlen bei beiden Geschlechtern verglichen mit den Jahren davor und danach niedriger aus. Für die Jahre bis 2040 zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein leicht steigender Bedarf an Verordnungen.

Abbildung 50: Entwicklung der Arzneimittelverordnungen bei Frauen und Männern

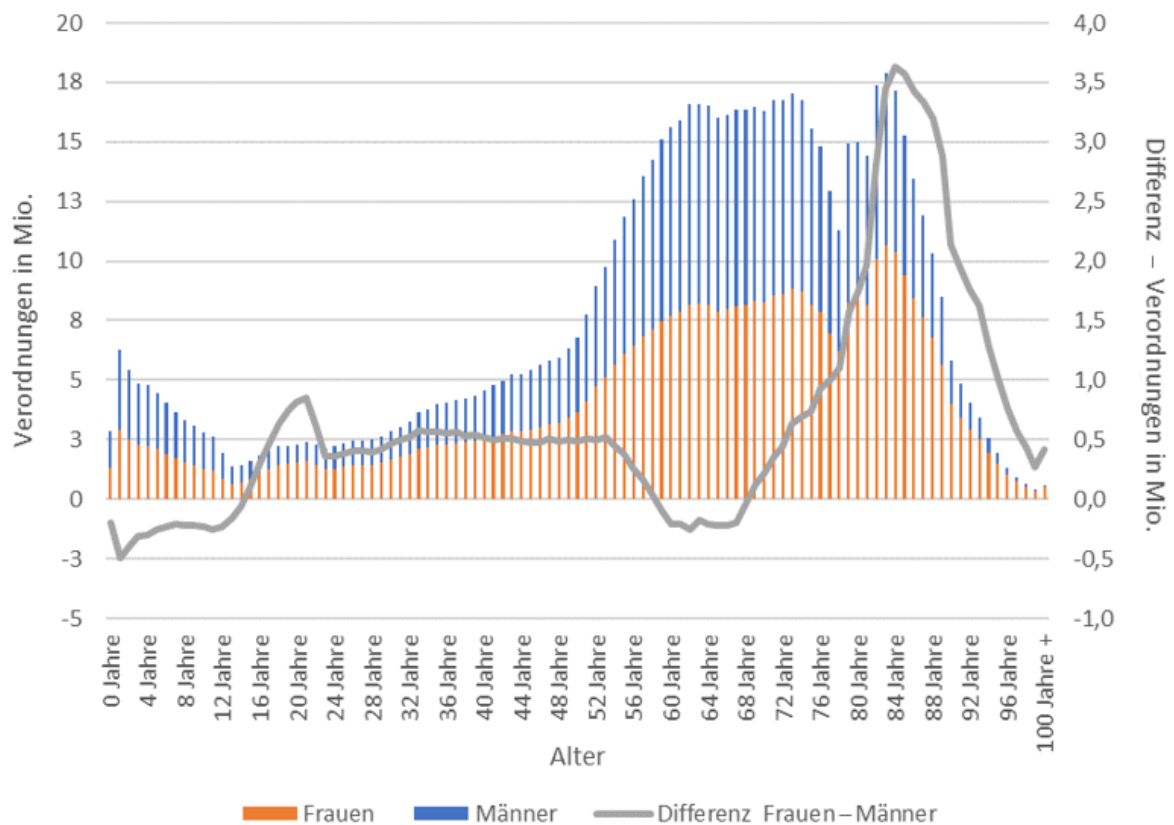


Anmerkung: Projektionswerte nach 2023

Quelle: GKV-Spitzenverband 2025a, eigene Berechnung und Darstellung

Neben dem Geschlecht nimmt auch das Alter Einfluss auf die Inanspruchnahme im Sinne der Zahl der Verordnungen. Ab einem Alter von 50 Jahren steigt die Zahl der Verordnungen spürbar und liegt ab einem Alter von 60 Jahren auf hohem Niveau. Im Kindesalter und ab 60 Jahren werden mehr Verordnungen für Männer ausgestellt. Hier ist die Differenz der Zahl für Frauen und Männer negativ, was in **Abbildung 51** anhand der grauen Linie dargestellt ist. Deutlich wird auch, dass im Jugendalter wiederum mehr Verordnungen für junge Frauen ausgestellt werden. Vor allem zum Lebensende ist die Differenz zwischen Frauen und Männern deutlich zu sehen – die höhere Lebenserwartung der Frauen spiegelt sich hier wider. Die Alterung der Gesellschaft kann in der Basisprojektion den Bevölkerungsrückgang insgesamt – in Bezug auf die nachgefragten Arzneimittelleistungen – kompensieren.

Abbildung 51: Arzneimittelverordnungen nach Altersjahren 2023 – Frauen und Männer



Quelle: GKV-Spitzenverband 2025a, eigene Berechnung und Darstellung

4 Fazit

Dieser Bericht stellt die ersten Ergebnisse der Basisprojektion des Fachkräftemonitorings für das BMG vor. Das verwendete Projektionskonzept ([Kapitel 2](#)) fußt auf einer Machbarkeitsstudie von MAIER U. A. (2024b) und nutzt **umfangreiche Daten** der GPR, ÄST, des Bundesarztregisters und Abrechnungsdaten der K(Z)BV, GKV-Heil- und Arzneimittel-Schnellinformationen, der Krankenhaus- und Pflegestatistik sowie der Beschäftigtenhistorik der BA, des Mikrozensus und der VGR, die bereits im Rahmen des QuBe-Projektes (KALINOWSKI/BERNARDT/MAIER 2025) harmonisiert werden. Die Ergebnisinterpretation der Basisprojektion muss immer vor dem Hintergrund der getroffenen Annahmen erfolgen. Sie haben somit den Charakter einer Wenn-dann-Aussage.

4.1 Interpretation vor dem Hintergrund der verwendeten Methodik

Die Arbeitsnachfrage setzt auf Zeitreihen der Erwerbstätigen sowie Vollzeitäquivalenten (VZÄ) auf und schreibt den in der Vergangenheit **realisierten Bedarf** von 54 FKM-Berufen getrennt nach ambulanten, stationären und sonstigen Versorgungseinrichtungen fort. Maßgeblich bei den relevantesten Schätzansätzen der Berufe in der Human- und Zahnmedizin, in der Pflege, im Rettungsdienst und in der Geburtshilfe, in den Therapie- und Heilkundeberufen und bei den Apothekerinnen und Apothekern für die Fortschreibung ist die **demografische Entwicklung** und die an bestimmte Bevölkerungsgruppen verknüpfte **Inanspruchnahme entsprechender berufsspezifischer Gesundheitsleistungen**, wie sie zum letzten aktuellen Datenstand des Jahres 2023 zu beobachten war. Indirekte durch die Demografie hervorgerufene Effekte ergeben sich bei den (zahn-)medizinischen

Fachangestellten und (medizinisch-)technischen Berufen oder den pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und pharmazeutisch-technischen Assistenten: Ihre Nachfrage wird über die Produktionsweise im Beruf, konkret über das (sich verändernde) Verhältnis zu den für sie relevanten Berufen (z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Apothekerinnen und Apotheker) projiziert.

Die im Basisjahr beobachtete und in die Zukunft fortgeschriebene Inanspruchnahme sowie Leistungserbringung kann jedoch nicht vollständig mit medizinischer Notwendigkeit gleichgesetzt werden. Sie kann auch durch vorhandene personelle Kapazitäten und etablierte Versorgungsroutinen beeinflusst sein. Konnten im Jahr 2023 beispielsweise Leistungen aufgrund fehlender finanzieller und/oder personeller Ressourcen nicht erbracht werden, bleibt diese eventuelle Minderbeanspruchung im Projektionskonzept unberücksichtigt. **Kapitel 3.1** stellt daher anhand der Engpassanalyse der BA sowie der Über- bzw. Unterversorgung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten die aktuelle Arbeitsmarktsituation für einen Großteil der betrachteten FKM-Berufe dar. In der BA-Engpassanalyse werden nur 47 der 54 FKM-Berufe bewertet. In 29 von ihnen wurden für das Jahr 2024 Engpässe aus Arbeitgebersicht identifiziert.

Für das Arbeitsangebot ist in der vorgestellten Basisprojektion die Zahl der Erwerbspersonen und VZÄ in der Vergangenheit geschätzt und anhand eines Stock-Flow-Modells fortgeschrieben. Die Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf geben wieder, wer seinen höchsten beruflichen Abschluss in den FKM-Berufen erlernt hat. Das Arbeitsangebot verändert sich durch das neu auf den Arbeitsmarkt strömende Neuangebot aus dem Bildungssystem und Wanderungsgewinne aus dem Ausland sowie aufgrund des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben durch Wanderungsverluste oder Übergänge in den Ruhestand (sowie Wanderungsverluste, Wiedereintritte in Bildung und Tod). Für das Arbeitsangebot für einen Beruf ist auch die **berufliche Mobilität** entscheidend. Sie gibt wieder, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Erwerbsperson ihre Arbeitskraft in ihrem erlernten Beruf oder einem anderen Beruf anbietet. Die Erwerbspersonen unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität stellen das **Arbeitskräfteangebot** für einen Beruf dar.

4.2 Zentrale Entwicklungen

Nach einem starken Erwerbstätigenanstieg um rund 0,76 Mio. von 2012 auf 4,06 Mio. im Jahr 2023 (+23 %) wächst **die Zahl der Erwerbstätigen bis 2040 in den FKM-Berufen um weitere 181 000 Personen (+4,5 %) auf 4,25 Mio. an**. Ursächlich für den schwächeren Anstieg als in der Vergangenheit sind der Rückgang der Bevölkerung verbunden mit der aus dem Jahr 2023 errechneten Inanspruchnahmen an Gesundheitsleistungen. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die relative Bedeutung der FKM-Berufe in der Volkswirtschaft steigt. **Der Erwerbstätigenanteil nimmt von 8,8 Prozent im Jahr 2023 auf 9,6 Prozent im Jahr 2040 zu.**

Auch die Zahl der Erwerbspersonen wächst in den FKM-Berufen, obwohl sie für die Volkswirtschaft insgesamt schrumpft. Der Blick auf **die Zahl der Erwerbspersonen nach erlerntem Beruf** zeigt, dass sie – über alle FKM-Berufe betrachtet – **von der Berufswahl jüngerer Personen und der Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse profitiert** (vgl. BÖSE/SCHMITZ/ZORNER 2024; JÜRGENSEN 2020; STBA 2025f). Die Erwerbspersonen mit einem erlernten Beruf in den FKM-Berufen nehmen von rund 3,85 Mio. im Jahr 2023 auf rund 4,06 Mio. (+5,3 %) im Jahr 2040 zu.

In den FKM-Berufen zeigt sich, dass Berufe, deren Berufsausübung an spezifische Zulassungen geknüpft ist (insb. Approbation, Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung),

eine hohe Berufstreue aufweisen. Diese Reglementierungen verhindern zudem zwischenberufliche Mobilität: Personen, die keine entsprechende Zulassung besitzen, können nicht in die reglementierten Gesundheitsberufe wechseln (MAIER 2021). Obwohl die Berufsausübung in den FKM-Berufen in vielen Berufen an eine spezifische Zulassung gekoppelt ist, zeigt sich: **Die FKM-Berufe profitieren im Saldo durch einen Zustrom an Arbeitskräften mit einer anderen beruflichen Qualifizierung oder ohne vollqualifizierenden beruflichen Abschluss.**

Wird die berufliche Mobilität berücksichtigt, so fällt der Anstieg des **Arbeitsangebotes an Erwerbspersonen** von 4,14 Mio. im Jahr 2023 auf 4,27 Mio. im Jahr 2040 mit rund 3,3 Prozent hingegen geringer aus als der Anstieg der Erwerbspersonen, die in einem FKM-Beruf qualifiziert sind. Dies liegt zum einen daran, dass sich durch die Veränderung der Geschlechts- und Altersstruktur auch die berufliche Mobilität der Erwerbspersonen verändert, zum anderen nimmt aber auch die Zahl der Erwerbspersonen ab, die in die FKM-Berufe hineinwechseln könnten. Lag die Zahl des Arbeitsangebotes an Erwerbspersonen im Jahr 2023 rund 1,8 Prozent über der Zahl der Erwerbstätigen, schrumpft das Verhältnis im Jahr 2040 auf 0,7 Prozent. Bei der Betrachtung in VZÄ sinkt das Verhältnis von 3,0 auf 2,2 Prozent. Dies deutet darauf hin, dass Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen im Jahr 2040 nicht in derselben Häufigkeit oder Weise wie im Jahr 2023 erfolgen können.

Allerdings ist die **Entwicklung nach Berufen heterogen**. Während bundesweit betrachtet in rund 14 Berufen rund 211 000 Personen mehr erwerbstätig sein könnten, findet in rund 8 Berufen hingegen auch ein Rückgang von insgesamt rund 30 000 Erwerbstätigen statt. Bundesweit betrachtet verknappt sich in 23 der 54 FKM-Berufe das Arbeitsangebot im Verhältnis zum Bedarf, in 31 FKM-Berufen findet hingegen eine Ausweitung im Vergleich zum Bedarf statt.

Die besonderen berufsspezifischen Erkenntnisse sind wie folgt:

- Bei den meisten FKM-Berufen steigt die **Anzahl der Personen, die den Beruf erlernt haben** – vor allem in den Therapie- und Heilkundeberufen, die häufig von den jungen Generationen gewählt werden, sowie jenen Berufen, die einen akademischen Abschluss voraussetzen. Sie profitieren von der Studierneigung der jungen Generationen. Signifikante Rückgänge im Arbeitsangebot nach erlerntem Beruf zeigen sich nur in den medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium. Hier stellte die BA-Engpassanalyse im Jahr 2024 aber auch keine Engpässe in der Rekrutierung fest.
- Die Zahl der **Erwerbspersonen unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität (Arbeitskräfteangebot)** steigt in jenen Berufen, in denen die Ausbildungsaktivitäten hoch sind und die durch berufliche Zuwanderung profitieren, wie z. B. bei Pflegekräften auf Helfer- und Assistenzniveau. Lediglich bei den (zahn-)medizinischen Fachangestellten, den Berufen in der Medizintechnik sowie Orthopädie und Reha-technik und bei den Fachärztinnen und -ärzten für die Chirurgie zeigen sich Rückgänge im Arbeitsangebot aufgrund von Verrentung.
- Das höchste **Erwerbstätigenwachstum** zeigt sich bei den Pflegeberufen. Sowohl auf der Ebene von Fachkräften als auch bei Hilfs- und Assistenz-tätigkeiten steigt die Zahl der Erwerbstätigen bis 2040 um jeweils 64 000 (+11 bzw. +6 %) im Vergleich zum Jahr 2023 an, gefolgt von den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (+18 000 bzw. +16 %). Dies sind gleichwohl Berufe, die gemäß der Engpassanalyse der BA im Jahr 2024 als Engpassberufe definiert wurden und unter Beobachtung standen.

- Der höchste Abbau an Erwerbstätigen ist bei medizinischen Fachangestellten auf Spezialistinnen- bzw. Spezialistenebene (-7 000 bzw. -38 %) zu beobachten. Wie bei den zahnmedizinischen Fachangestellten führt der Trend zu weniger, aber größeren Praxen zu einer Verschiebung weg von der Spezialistinnen- bzw. Spezialisten- hin zur Fachkräfteebene.

Für die Beurteilung der Fachkräftesituation ist die **Bilanzierung von Arbeitskräfteangebot und realisiertem Bedarf** sowohl auf Kopfebene als auch auf Stundenebene nach VZÄ entscheidend. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Arbeitsmarktlage in den meisten Berufen aus Sicht der VZÄ entspannter ist als bei einer Personenbetrachtung, weil der Anteil der Personengruppen unter den Erwerbspersonen, die aktuell mehr Stunden arbeiten, im Projektionszeitraum verhältnismäßig zunimmt (zur Limitation dieser Annahme siehe [Kapitel 0](#)). Ausnahmen zeigen sich in den FKM-Berufen der medizinischen Fachangestellten, bei „Berufen der Heilkunde und Homöopathie“, den „Podologinnen/Podologen – Fachkraft“, den „Pflegerinnen – Hilfstätigkeiten“, den „medizinisch-technischen Berufen im Laboratorium“, bei „Berufen in der Medizintechnik“ und bei Berufen der „Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness“. Auf die einzelnen FKM-Berufe bezogen ergeben sich folgende Erkenntnisse:

- In der Human- und Zahnmedizin übersteigt bundesweit betrachtet das Arbeitsangebot bei den Facharztgruppen den realisierten Bedarf, deren relevante Bevölkerungsgruppen für die Leistungserbringung in Zukunft schrumpfen. Hierzu gehören die **Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin oder auch Zahnmedizin**. Nicht berücksichtigt sind hierbei zum einen die regional unterschiedliche Verteilung dieser Berufe sowie etwaige, bereits bestehende Versorgungslücken.
- Fachärztliche Gruppen, die stark von älteren Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden – wie die **Innere Medizin, die Augenheilkunde und die Urologie** – erfahren im Zuge des demografischen Wandels eine langfristig stärkere Nachfrage.
- In der **Chirurgie** führt die Annahme steigender Krankenhauspatientinnen- bzw. -patientenzahlen in dieser Fachabteilung – ausgelöst durch die Alterung der Gesellschaft und konstante Inanspruchnahmen – sowie gleichzeitig zurückgehende Entwicklungen bei den Facharzttiteln zu einer Verknappung im Vergleich zu 2023.
- Bei den **Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten** wächst das Arbeitskräfteangebot aufgrund der konstanten Zahl an Studienanfängerinnen und -anfängern in der Bundesbetrachtung stärker als der (realisierte) Bedarf. Dadurch entstehen Spielräume für eine geringfügige Stundenreduktion (LEINERT 2025) oder die Einführung eines Primärarztsystems (WITTLINGER/SUNDMACHER 2025), mit dem ein Anstieg der Inanspruchnahme verbunden sein dürfte. Für die Einführung eines Primärarztsystems ist allerdings auch die regionale Verteilung der Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern und der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten von Bedeutung, die mit dieser Basisprojektion noch nicht berücksichtigt wird. Hier zeigen sich auch unbesetzte Niederlassungsmöglichkeiten im hausärztlichen Bereich (vgl. Bedarfsplanungszahlen der KBV).
- Die (zahn-)medizinischen Fachangestellten und (medizinisch-)technischen Assistenzberufe arbeiten in einem engen Verbund mit Medizinerinnen und Medizinern zusammen. Steigt die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, so wächst (z. B. in der **Hörgeräteakustik**) oder sinkt (z. B. in der **Augenoptik**) auch die Zahl der Erwerbstätigen in den entsprechenden Assistenzberufen. Des Weiteren spielen Trends in den Arbeitsweisen eine Rolle. Mit rund 95 Prozent entfällt der überwiegende Anteil der **(zahn-)medizinischen Fachangestellten** auf Fachkräfte.

Während die Nachfrage nach ihnen bis zum Jahr 2040 kontinuierlich leicht zunimmt, steigt das Arbeitskräfteangebot lediglich bis 2035 an und sinkt anschließend bis 2040 unter das Niveau des Jahres 2023. Infolgedessen wird das zukünftige Angebot den tatsächlich realisierten Bedarf nicht decken können.

- Die größten Engpässe zeigen sich in den **Pflegeberufen** – sowohl im **Fachkraft- als auch im Helfer- und Assistenzbereich**. Dies wird unter Annahme einer Beibehaltung der aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten durch den starken Anstieg Älterer ab dem Jahr 2035 hervorgerufen. Dies dürfte insbesondere die Personalrekrutierung in (**teil- stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegeeinrichtungen**) vor Herausforderungen stellen. Das zwischen 2023 und 2040 langsam steigende Angebot an Erwerbspersonen, insbesondere für Hilfs- und Assistenz Tätigkeiten, kann die projizierte, steiler ansteigende Zahl an Erwerbstätigen nicht auffangen. Durch die in § 113c des SGB XI festgehaltene Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wäre zukünftig zudem ein hoher Bedarf an Pflegefachassistentinnen und -assistenten zu erwarten, der in der aktuellen Projektion noch nicht berücksichtigt werden konnte. Der hier prognostizierte realisierte Bedarf beruht auf der Annahme, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten in Zukunft gleich hoch sind wie zuletzt im Jahr 2023 gemessen.
- In der **nichtärztlichen Psychotherapie** wächst die Zahl der Erwerbstätigen im Projektionszeitraum (+18 000 Erwerbstätige), während das Angebot an Erwerbspersonen verhältnismäßig langsam zunimmt.
- Bei der Bilanzierung von Arbeitskräfteangebot und realisiertem Bedarf in den Apothekenberufen zeigt sich, dass der u. a. in der Digitalisierung der Arbeit begründete Arbeitsplatzabbau bei den pharmazeutisch-technischen Assistentinnen und Assistenten zu einem Überhang des Arbeitskräfteangebots beiträgt. Aufgrund einer komplexer werdenden pharmazeutischen Betreuung und Beschäftigungsmöglichkeiten in der Industrie werden **Apothekerinnen und Apotheker** bzw. Pharmazeutinnen und Pharmazeuten stärker gefragt sein.

Bei der Ergebnisinterpretation ist zu beachten, dass die zukünftige Realisierung der Erwerbstätigen und VZÄ in einem Beruf nur dann erfolgen kann, wenn zum einen die entsprechende Anzahl an Erwerbspersonen zur Verfügung steht und zum anderen auch die Inanspruchnahme von Leistungen wie in der Vergangenheit erfolgt. Hier spielt damit sowohl die Bevölkerungsentwicklung als auch deren Inanspruchnahme von Leistungen eine Rolle. Differenzen zwischen Arbeitsangebot und -nachfrage sind deshalb nicht mechanisch im Sinne einer Lücke oder eines Überschusses zu interpretieren, der mit einer spezifischen angebots- oder bedarfsseitigen Maßnahme zu lösen ist. Es sollten vielmehr jene Entwicklungen betrachtet werden, die zum entsprechenden Projektionsergebnis führen, um darauf aufbauend Entscheidungen für geeignete Maßnahmen zu treffen. Diese sollten sich nicht nur auf die Erhöhung des Arbeitsangebotes konzentrieren. Durch die Berufswahl und Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen hat der Gesundheitsbereich in der Vergangenheit bereits stark profitiert und er wird bei Beibehaltung dieser Verhaltensweisen auch in Zukunft wachsen können – trotz einer sich verringernden Zahl an Erwerbspersonen insgesamt.

Zu hinterfragen sind auch die angenommenen **Produktionsweisen** in und zwischen den Berufen des Gesundheitswesens (z. B. durch den vermehrten Einsatz von KI) sowie die angenommene Entwicklung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Limitationen dieser Studie beleuchtet und mögliche alternative Entwicklungswege diskutiert.

4.3 Limitationen und alternative Entwicklungsmöglichkeiten

In der ersten Basisprojektion des Fachkräftemonitorings für das BMG werden noch keine Aussagen zur regionalen Verteilung getroffen und damit wird noch nicht berücksichtigt, dass sich die Versorgungssituation und das Angebot an Erwerbspersonen regional sehr unterschiedlich darstellt. Dies ist erst für das Berichtsjahr 2027 vorgesehen.

Es ist wichtig zu beachten, dass als Ausgangspunkt der Projektion der Status quo dient und damit derzeitig bestehende Versorgungslücken (Passungsprobleme) nicht berücksichtigt werden. Solche Passungsprobleme werden u. a. durch die Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit (BA) anhand eines Indikatorensets für das jeweils letzte Berichtsjahr beschrieben oder – bspw. im ambulanten vertragsärztlichen Bereich als Über- oder Unterversorgung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten – durch die jeweilige Bedarfsplanung benannt (siehe **Kapitel 3.1**).

Aufgrund des gewählten Modellierungsansatzes, der die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen direkt mit der demografischen Entwicklung verknüpft, reagiert die Arbeitsnachfrage sensibel auf eine **veränderte Bevölkerungsprojektion**. In diesem Projekt ist auf die QuBe-Bevölkerungsprojektion zurückgegriffen (siehe **Kapitel 3.2**). Hier sind keine stärker in die Lebenserwartung eingreifenden Ereignisse, wie z. B. eine Pandemie, für die Zukunft angenommen. Veränderte Annahmen, z. B. bei den Geburten, hätten wiederum Auswirkungen auf die Nachfrage nach Berufen in der Geburtshilfe und Entbindungspflege und nach Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin. Angesichts der in allen westlichen Industrienationen zurückgehenden Geburtenraten (UNITED NATIONS 2024) wäre es auch möglich, dass die Anzahl der Geburten in Zukunft nicht wieder auf das Niveau von 2022 zurückkehrt, sondern darunterbleibt.

Die **Krankenhauswahrscheinlichkeiten** gingen mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie stark zurück. Sie nähern sich seitdem wieder dem Jahr 2019 an, lagen im Jahr 2023 aber noch unterhalb des Wertes des Jahres 2019. Zusätzlich zur Basisprojektion wurde deshalb mithilfe einer Sensitivitätsanalyse analysiert, welche Folgen es hätte, wenn die Krankenhauswahrscheinlichkeiten bis 2040 wieder das Niveau des Jahres 2019 erreichen würden. Im Jahr 2040 würde die Zahl erwerbstätiger Pflegefachkräfte entsprechend um rund 80 000 Erwerbstätige (rund 59 000 VZÄ, bzw. +7 %) höher ausfallen als der aktuell projizierte Wert. Gleichzeitig würden auch rund 35 000 Erwerbstätige (rund 23 000 VZÄ) mehr in den Hilfs- und Assistenz Tätigkeiten in der Pflege gebraucht werden. Die sich bereits in der Basisprojektion abzeichnenden Knappheiten in der Pflege würden sich in einem solchen Szenario folglich bis 2040 weiter verschärfen, sofern die Zahl der Erwerbspersonen unverändert bleibt.

Bei den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hat sich auch im Nachgang der COVID-19-Pandemie – gerade für die jüngeren Altersgruppen – die **Wahrscheinlichkeit eines Praxisbesuchs** erhöht. Sind Inanspruchnahmen auf singuläre Ereignisse wie eine Pandemie zurückzuführen, müssen Überlegungen angestellt werden, ob die Wahrscheinlichkeiten von Inanspruchnahmen auch zukünftig beibehalten werden können, oder ob diese in bestimmten Altersgruppen wieder zurück auf ein Vor-Krisen-Niveau kehren sollten. Ebenso könnte eine Ausweitung von telemedizinischen Angeboten in der Psychotherapie die zukünftige Inanspruchnahme verändern (vgl. CATARINO U. A. 2023).

Bislang sind die Zahlen **ambulanter Behandlungen in Krankenhäusern** nicht in der Methodik der Fortschreibung enthalten. Die Methode zur Fortschreibung der Personalnachfrage in Krankenhäusern beruht auf den Daten zur Anzahl vollstationärer Patientinnen und Patienten. Doch die Anzahl der ambulanten Eingriffe soll in der Zukunft

steigen, weil es seit 2024 eine spezielle **sektorengleiche Vergütung** nach Paragraf 115f SGB V gibt, die entsprechende Anreize setzt (KBV 2025a). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die Methode zur nächsten Basisprojektion zu erweitern. Hilfreich können die Grunddaten der Krankenhausstatistik sein, die in einer Auswertung zu Sonderausstattung und Sonderleistungen in Krankenhäusern die ambulanten Leistungen und Behandlungsfälle ausweisen. Hier wird geprüft, wie diese Fälle zusätzlich zu den vollstationären Fällen in der Projektion berücksichtigt werden können.

Zudem besteht die Möglichkeit, die Krankenhauswahrscheinlichkeiten nicht wie bisher anhand der Anzahl der vollstationären Patientinnen und Patienten nach Altersgruppen und Geschlecht je Fachabteilung zu berechnen, sondern die Anzahl der **Berechnungs- und Belegungstage** der vollstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus nach Altersgruppen und Geschlecht je Fachabteilung zu verwenden.

Die **Morbiditätsentwicklung** anhand ambulant dokumentierter Diagnosen kann zudem als Einflussfaktor der Fallzahlen in Krankenhäusern bedeutsam sein (KRÄMER/SCHREYÖGG 2019, 2025). Zur Erörterung der Frage führt das Projektteam des FKM einen Austausch mit Expertinnen und Experten des Gesundheitssystems. Fundierte Annahmen, welche Diagnose zur Inanspruchnahme welches Berufes führt, sind schwer zu treffen. Ein Index zur Gesamtmorbidität wird daher hinsichtlich seiner Wirkung auf stationäre Fallzahlen diskutiert. Um eine Endogenität in den Zusammenhängen zu vermeiden, wird es als ratsam erachtet, die stationär gemessene Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung als Treiber auszuklammern. Stattdessen könnten ambulant gemessene Entwicklungen berücksichtigt werden, um zukünftige Krankenhauswahrscheinlichkeiten und damit die Nachfrage nach stationärem Personal zu projizieren. Diese Herangehensweise kann Gegenstand zukünftiger Szenarioberechnungen im FKM sein.

Annahmen dazu, wie sich **Kompression und Expansion der Morbidität** in der Zukunft entwickeln, sind in diesem Zusammenhang bedeutsam. GEYER/EBERHARD (2022) kommen etwa zu dem Schluss, dass sich der über Jahre verbesserte Gesundheitszustand der Älteren nicht auf später geborene Kohorten übertragen lässt. Nachdem das Projektteam des FKM hierzu einen Workshop mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssystem durchführte, erscheint es vertretbar, empirische Trendschätzungen der Morbiditätsentwicklungen für einen Projektionszeitraum bis 2040 vorzusehen.

Ergebnis des oben genannten Workshops mit Expertinnen und Experten ist, dass die Morbiditätsentwicklung als wichtiger Einflussfaktor für die Nachfrage in der stationären Akutversorgung eingeschätzt wird. Einschätzungen aus der Literatur dazu, wie sehr die Morbiditätsentwicklung in der Langzeitpflege auf die **Pflegewahrscheinlichkeiten** einwirkt, liegen durch den BARMER Pflegereport 2025 vor (ROTHGANG U. A. 2025). Die **Krankheitslast** in der Bevölkerung ist demnach kein Treiber für den starken Anstieg an Pflegebedürftigen seit 2017. Gleichzeitig erklärt die demografische Entwicklung den jüngsten Anstieg nur wenig, weil vermutlich mehrere Ursachen zusammenkommen. Andere Faktoren, wie z. B. größere Anreize Anträge auf Pflegebedürftigkeit zu stellen, ein verändertes Begutachtungsverhalten oder die zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz von Pflegebedürftigkeit können eine Rolle spielen.

Eine datenbedingte Limitation liegt in den fehlenden Informationen zur **Nachfrage privatkrankenversicherter Patientinnen und Patienten** nach ambulanten Leistungen. Vorliegende ambulante Abrechnungsdaten des PKV-Verbands berichten für Abschnitte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die jedoch nicht mit der Abrechnungsgrundlage für Vertragsärztinnen und -ärzte vergleichbar sind. Da die Ansätze A1, A2 und A4 auf GKV-Daten beruhen, die Informationen ausschließlich zu gesetzlich Krankenversicherten bieten, ist die Nachfrage der Privatkrankenversicherten durch einen **Aufschlagsfaktor**

berücksichtigt. Es ist angenommen, dass ihre Inanspruchnahme jener der gesetzlich Krankenversicherten je Altersgruppe und Geschlecht gleicht. Die verwendeten Strukturdaten der Privatkrankenversicherten errechnen sich als Restgröße aus der Gesamtbevölkerungsgröße und den Zahlen der gesetzlich Krankenversicherten nach Alter und Geschlecht. Die Ergebnisse der vorliegenden Basisprojektion sind unter der Annahme zu interpretieren, dass sich bisherige Verhaltensweisen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unter bisherigen Anreizstrukturen fortsetzen. **Abweichende Entwicklungen** können in **Alternativszenarien** modelliert werden. Hierdurch lassen sich die Effekte ausgewählter Maßnahmen und Reformen (vgl. GUTACKER U. A. 2024; SCHREYÖGG 2025) unter Zuhilfenahme geeigneter Annahmen durch den Vergleich mit der Basisprojektion darstellen. In die Ergebnisse der Basisprojektion fließen die Auswirkungen aktueller und künftiger Reformen nicht ein.

Zu beachten ist zudem, dass die Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen mit **Veränderungen der Gesetzeslage** zu tun haben. So hat die Veränderung der Pflegebegrifflichkeit im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetz 2016/2017 zu einer wachsenden Zahl an Anspruchsberechtigten und damit zu steigenden Pflegewahrscheinlichkeiten geführt. Aus der demografischen Entwicklung abgelesene Effekte können somit zudem von rechtlichen Effekten überlagert sein. Darüber hinaus können bspw. Veränderungen in der Personalbemessung (§ 113c des SGB XI) die Nachfrage nach Qualifikationen in den Pflegeberufen verändern, zu deren Realisierung es aber ebenfalls eines entsprechenden Angebotes bedarf. Ebenso wird das Gesetzgebungsverfahren, das im kommenden Jahr auf Basis der Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Zukunftspakt Pflege“ erfolgt, voraussichtlich Einfluss auf die Nachfrage nach Pflegeberufen haben (BMG 2025).

Zuletzt zeigt sich in der Basisprojektion, dass sich das **Arbeitsangebot nach VZÄ** aufgrund der demografischen Strukturveränderungen nach Alter und Geschlecht in einigen Berufen erhöht oder verringert. Wachsen Altersgruppen an, die traditionell mehr Stunden arbeiten, so steigt bei gleicher Personenanzahl das Arbeitsangebot in VZÄ. Diese Annahme ist plausibel, wenn sich die Arbeitsstunden an der Lebenssituation der Erwerbspersonen ausrichten. Dies ist aber kein Automatismus – Arbeitszeitwünsche könnten auch kohortenspezifisch ausgeprägt sein und Personen, die z. B. aufgrund ihrer familiären Situation ihre Arbeitszeit reduziert haben, müssen sich 15 Jahre später nicht so verhalten wie die heute 15 Jahre ältere Person gleicher Qualifikation und Geschlechts. Auswirkungen von Kohorten oder altersspezifischen Arbeitszeitannahmen könnten mittels Szenarien untersucht werden.

Ebenso könnte der Stundenumfang, der hinter einer VZÄ steht, stärker in den Blick rücken. Hier bestehen je nach **Datenlage** unterschiedliche Berechnungsweisen. Grundsätzlich ist die Datenlage für die Erstellung der Projektion als gut einzustufen. Für die weiteren Projektionen ist jedoch zu hoffen, dass die Zahl der für die Schätzung verwendbaren Datenpunkte anwächst und ggf. auch detailliertere Informationen, insbesondere zur Nachfrage von Gesundheitsleistungen durch Privatkrankenversicherte, zur Verfügung stehen.

5 Literaturverzeichnis

- ARENDT, JANINE; POLANZ, LUTZ; POLLMEIER, ACHIM (2024): Auswirkungen der Corona-Maßnahmen – das lange Leiden von Kindern und Jugendlichen. Tagesschau vom 25.04.2024. <https://www.tagesschau.de/investigativ/monitor/corona-gesundheit-jugendliche-kinder-schulschliessungen-pandemie-auswirkungen-100.html> (Stand: 29.09.2025).
- BEERHEIDE, Rebecca; HASERÜCK, André: Kooperation und Delegation soll Versorgung sichern. Deutsches Ärzteblatt 119 (2022) 47, S. A2052-A2056. <https://api.aerzteblatt.de/pdf/119/47/a2052.pdf> (Stand: 26.03.2026).
- BIONITY (2025): Der Job als medizinischer Fachangestellter (MFA) (m/w/d) im Überblick. https://www.bionity.com/de/jobs/medizinischer-fachangestellter/order_j/ (Stand: 02.04.2026).
- BLUM, KARL; OFFERMANN, MATTHIAS; STEFFEN, PETRA (2019): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Deutsches Krankenhaus Institut. Düsseldorf. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2019/2019-10-22_PM_Anlage_DKG_zum_DKI-Gutachten_Pflege.pdf (Stand: 08.08.2024).
- BÖSE, CAROLIN; SCHMITZ, NADJA; ZORNER, JONATHAN (2024): Heilberufe des Bundes – Bestandsaufnahme zur Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen. Im Fokus: Pflegefachkräfte sowie Ärztinnen und Ärzte – Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn. https://datapool-bibb.bibb.de/pdfs/Boese-et-al_Heilberufe.pdf (Stand: 29.09.2025).
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) (2021): Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020, Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/Printausgabe-KldB-2010-Fassung2020/Generische-Publikationen/KldB2010-PDF-Version-Band1-Fassung2020.pdf> (Stand: 06.08.2025).
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA) (2020): Engpassanalyse – methodische Weiterentwicklung. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodenberichte/Uebergreifend/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Engpassanalyse-Methodische-Weiterentwicklung.pdf?blob=publicationFile&v=9> (Stand: 16.03.2026).
- BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) (2025): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2024. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2024> (Stand: 28.09.2025).
- BUNDESÄRZTEKAMMER (BÄK) (2024): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2023. <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2023> (Stand: 04.12.2025).
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (BMJV) (2023): Sozialgesetzbuch (SGB) – elftes Buch (XI) – soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/113c.html (Stand: 02.04.2026).

- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG, FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMBFSFJ);
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2025): Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegefachassistentengesetz_RefE_LP-21.pdf (Stand: 18.11.2025).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (Hrsg.); SEKRETARIAT DER KULTUSMINISTERKONFERENZ (Hrsg.) (2023): Zusammenstellung bundesrechtlich geordneter Fortbildungsabschlüsse und landesrechtlich geregelter Weiterbildungsabschlüsse zur Auffindung des Referenzberufes. Berlin 2023. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/ZAB/Berufliche_Anerkennung_Referenzberufe/BQFG_Zusammenstellung_Fortbildungsabschluesse_23-06-20.pdf (Stand: 26.03.2026).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2025): Bund-Länder-AG zur Pflegereform gestartet.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bund-laender-ag-zur-pflegereform-gestartet-pm-07-07-25.html> (Stand: 02.12.2025).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (2024): Pflegeberufegesetz.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz> (Stand: 25.09.2025).
- CATARINO, ANA; HARPER, SAMUEL; MALCOLM, ROBERT; STAINTHORPE, ANGELA; WARREN, GRAHAM; MARGOUM, MORAD; HOOPER, JOEL; BLACKWELL, ANDREW D.; WELCHMAN, ANDREW E. (2023): Economic evaluation of 27,540 patients with mood and anxiety disorders and the importance of waiting time and clinical effectiveness in mental healthcare. *Nature Mental Health* 1 (2023) 9, S. 667–678.
<https://doi.org/10.1038/s44220-023-00106-z> (Stand: 07.04.2026)
- DEUTSCHE HOCHSCHULMEDIZIN (2025): Fakten im Überblick. <https://www.deutsche-hochschulmedizin.de/themen/fakten-und-zahlen/> (Stand: 01.12.2025).
- FUCHS, JOHANN; SÖHNLEIN, DORIS; WEBER, BRIGITTE; WEBER, ENZO (2016): Ein integriertes Modell zur Schätzung von Arbeitskräfteangebot und Bevölkerung. IAB-Forschungsbericht 10/2016. Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg.
<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2016/fb1016.pdf> (Stand: 29.09.2025).
- G-BA (2025): Bedarfsplanungs-Richtlinie. <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/> (Stand: 01.07.2025).
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES (2025A): An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Arzt- und Psychotherapeutengruppe. <https://www.gbe-bund.de/gbe/> (Stand: 23.09.2025).
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES (2025b): Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Schwerpunktbezeichnung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Schwerpunktbezeichnung, Tätigkeitsbereich.
<https://www.gbe-bund.de/gbe/> (Stand: 23.09.2025).
- GESUNDHEITSBERUFE (2025): Fachwirt ambulante medizinische Versorgung m/w/d.
<https://gesundheitsberufe.de/berufsbilder/fachwirt-ambulante-medizinische-versorgung/> (Stand: 29.09.2025).

- GEYER, SIEGFRIED; EBERHARD, SVEJA (2022): Kompression und Expansion der Morbidität – ein Vergleich von Kohorten gleichen Alters zu verschiedenen Zeitpunkten. Deutsches Ärzteblatt 119 (2022) 47, S. 810–815. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0324.
- GKV-SPITZENVERBAND (HRSG.) (2025a): GKV-Arzneimittel-Schnellinformation für Deutschland. <https://www.gkv-gamsi.de/> (Stand: 29.09.2025).
- GKV-SPITZENVERBAND (HRSG.) (2025b): GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland. [https://www.gkv-heilmittel.de/fuer vertragsaerzte/his berichte/his berichte.jsp](https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp) (Stand: 29.09.2025).
- GUTACKER, NILS; HALLEK, MICHAEL; JOOS, STEFANIE; MESSER, MELANIE; SCHMITT, JOCHEN; SCHREYÖGG, JONAS; SUNDMACHER, LEONIE (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2024. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2_durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (Stand: 25.09.2025).
- 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. Bremen. https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Gesundheitsberufe_Monitoring_2021_Final.pdf (Stand: 07.04.2026).
- INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN (IMPP) (HRSG.) (2024a): Ergebnisse der Prüfung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. <https://www.impp.de/informationen/berichte/ergebnisberichte/psychotherapie.html> (Stand: 01.12.2025).
- INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE UND PHARMAZEUTISCHE PRÜFUNGSFRAGEN (IMPP) (HRSG.) (2024b): Ergebnisse der Prüfung für Psychologische Psychotherapeuten. <https://www.impp.de/informationen/berichte/ergebnisberichte/psychotherapie.html> (Stand: 01.12.2025).
- JÜRGENSEN, ANKE (2023): Pflegehilfe und Pflegeassistenz. Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. BIBB-Fachbeiträge zur beruflichen Bildung. 2. Aufl. Bonn. <https://hdl.handle.net/10419/280791> (Stand: 29.09.2025).
- JÜRGENSEN, ANKE (2020): Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse nach der Pflegeberufereform. BWP 49 (2020) 2, S. 30–32. <https://www.bwp-zeitschrift.de/dienst/publikationen/de/16452> (Stand: 07.04.2026).
- KALINOWSKI, MICHAEL (2025): Modellierung der Angebotsprojektion nach Qualifikationsstufen und Berufen. Kapitel 5. In: ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; WOLTER, MARC INGO; MAIER, TOBIAS (HRSG.) (2025): Das QuBe-Projekt: Modelle, Module, Methoden. Aktualisierung 2025. 1. Aufl. Bielefeld, S. 72–87. DOI: 10.3278/9783763973712.
- KALINOWSKI, MICHAEL; BERNARDT, FLORIAN; MAIER, TOBIAS (2025): Ein konsistentes Datenmodell für die Arbeitsmarktprojektion. Kapitel 3. In: ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; WOLTER, MARC INGO; MAIER, TOBIAS (HRSG.) (2025): Das QuBe-Projekt: Modelle, Module, Methoden. Aktualisierung 2025. 1. Aufl. Bielefeld, S. 33–54. DOI: 10.3278/9783763973712.
- KALINOWSKI, MICHAEL; MAIER, TOBIAS; SCHROER, JAN PHILIPP (2024): Die Zuordnung der Hauptfachrichtung im Mikrozensus zur KIdB 2010. BIBB Discussion Paper. Bonn.

- https://datapool-bibb.bibb.de/pdfs/Kalinowski-et-al_Mikrozensus.pdf (Stand: 22.08.2024).
- KAMAN, ANNE; DEVINE, JANINE; ERHART, MICHAEL; NAPP, ANN-KATHRIN; REISS, FRANZISKA; MOELLER, SOPHIE; ZOELLNER, FIONNA; BEHN, STEVEN; RAVENS-SIEBERER, ULRIKE (2025): Youth Mental Health in Times of Global Crises: Evidence From the German Longitudinal COVID-19 and Psychological Health Study. *J Adolesc Health*. 2025 Dec; 77(6). S. 1050–1057. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2025.05.010. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40693987/> (Stand: 07.04.2026).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (HRSG.) (2026): Bedarfsplanung – Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. <https://www.kbv.de/positionen/dossiers/sicherstellung/bedarfsplanung> (Stand: 16.03.2026).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (2025a): Hybrid-DRG – Spezielle sektorengleiche Vergütung. <https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ambulantes-operieren/hybrid-drq> (Stand: 02.12.2025).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (HRSG.) (2025b): Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Honorarbericht nach § 87c SGB V 1. Quartal 2013 bis 4. Quartal 2023. <https://www.kbv.de/infotehk/zahlen-und-fakten/studien-und-berichte/honorarbericht> (Stand: 11.09.2024).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (HRSG.) (2025c): Bedarfsplanung – Landesbeschlüsse Über-/Unterversorgung. <https://www.kbv.de/infotehk/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/bedarfsplanung-landesbeschluesse-ueber-unterversorgung> (Stand: 21.02.2025).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (HRSG.) (2025d): Abgerechnete Behandlungsfälle nach Abrechnungsgruppe, Alter und Geschlecht. Über die KVen mit der GKV abgerechnete Fälle 2014 bis 2024 – Deutschland.
- KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KZVB) (2025): Abgerechnete Behandlungsfälle und BEMA-Punkte. Über die KZVen mit der GKV abgerechnete Fälle 1991 bis 2024 – Deutschland. KZBV-Jahrbuch 2025. https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/Seiten_76_und_77_KZBVJB2025.pdf (Stand: 07.04.2026).
- KRÄMER, JONAS; SCHREYÖGG, JONAS (2025): Messung des Einflusses einer alternden Bevölkerung und anderer nachfrageseitiger Determinanten auf die Inanspruchnahme stationärer Leistungen. In: KLAUBER, JÜRGEN, WASEM, JÜRGEN, BEIVERS, ANDREAS, MOSTERT, CARINA, SCHELLER-KREINSEN, DAVID (HRSG.): Krankenhaus-Report 2025 (2025), S. 49–66. https://doi.org/10.1007/978-3-662-70947-4_3 (Stand: 07.04.2026).
- KRÄMER, JONAS; SCHREYÖGG, JONAS (2019): Demand-side determinants of rising hospital admissions in Germany: the role of ageing. *The European Journal of Health Economics* 20 (2019) 5, S. 715–728. DOI: 10.1007/s10198-019-01033-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30739296/> (Stand: 07.04.2026).
- LEINERT, JOHANNES (2025): Hausärztliche Versorgung der Zukunft. Neue Empirie zu Plänen, Prognosen und Problemlösungen. Spotlight Gesundheit. Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-hausaerztliche-versorgung-der-zukunft> (Stand: 07.04.2026).
- MAIER, TOBIAS (2021): Die Anwendbarkeit des Erlernten in den wandelnden Bildungs- und Arbeitslandschaften der 1970er- bis 2000er-Jahre. Dissertation. Berichte zur beruflichen Bildung. Bundesinstitut für Berufsbildung. Leverkusen. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17025> (Stand: 07.04.2026).

- MAIER, TOBIAS; KALINOWSKI, MICHAEL; KRINITZ, JONAS (2024): Die potenziellen Fachkräfte sind da – wenn ausländische Personen besser in Bildung und Erwerb integriert werden. *bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik* 46 (2024). https://www.bwpat.de/ausgabe46/maier_et al_bwpat46.pdf (Stand: 07.04.2026).
- MAIER, TOBIAS; KALINOWSKI, MICHAEL; SCHUR, ALEXANDER; ZIKA, GERD; SCHNEEMANN, CHRISTIAN; MÖNNIG, ANKE; WOLTER, MARC I. (2024a): Weniger Arbeitskraft, weniger Wachstum. Ergebnisse der achten Welle der BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsprojektionen bis zum Jahr 2040. BIBB Report 1/2024. Bundesinstitut für Berufsbildung. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19940> (Stand: 07.04.2026).
- MAIER, TOBIAS; KREBS, BENNET; SONNENBURG, ANJA; RONSIEK, LINUS (2024b): Detailliertes, langfristiges Monitoring des Bedarfes an und Angebotes von Gesundheitsberufen. BMG-Fachkräftemonitoring. Fachbeiträge zur beruflichen Bildung. Bundesinstitut für Berufsbildung. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20135> (Stand: 30.07.2024).
- MANGIAPANE, Sandra; CZIHAL, Thomas; VON STILLFRIED, Dominik: Delegation ärztlicher Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Befragung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einsatz besonders qualifizierter nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPA). Berlin 2022. https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Publikationen/Zi-Paper_25-2022_NaePA.pdf (Stand: 26.03.2026).
- MÖNNIG, ANKE; ZIKA, GERD (2025): Dynamische Erwerbsquoten. Kapitel 6. In: ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; WOLTER, MARC INGO; MAIER, TOBIAS (HRSG.) (2025): Das QuBe-Projekt: Modelle, Module, Methoden. Aktualisierung 2025. 1. Aufl. Bielefeld, S. 88–93. <https://www.wbv.de/shop/Das-QuBe-Projekt-I78861> (Stand: 07.04.2026).
- RODRIGUEZ, HECTOR P.; BERUBE, ALENA D.; HUNG, DOROTHY Y.; SHORTELL, STEPHEN M.; FISHER, ELLIOTT S. (2024): Primary Care Practice Characteristics Associated With Medical Assistant Staffing Ratios. *The Annals of Family Medicine* 22 (2024) 3, S. 233–236. DOI: 10.1370/afm.3100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38806269/> (Stand: 07.04.2026).
- ROTHGANG, HEINZ; BURFEINDT, CORINNA; CZWIKLA, JONAS; MÜLLER, ROLF (2025): BARMER Pflegereport 2025. Pflegeverläufe bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 48. Berlin. <https://www.barmer.de/resource/blob/1435150/3138609ec43509e8205694c16632c0a/d/dl-pflegereport-2025-data.pdf> (Stand: 07.04.2026).
- ROTHGANG, HEINZ; CORDES, JANET; FÜNFSTÜCK, MATHIAS; HEINZE, FRANZISKA; KALWITZKI, THOMAS; STOLLE, CLAUDIA; KLOEP, STEPHAN; KREMPA, AGATA; MATZNER, LUKAS; ZENZ, CORA; STICHT, SARAH (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Universität Bremen, Hochschule Bremen, contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH. Bremen. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/implementation_p rojekte_8_abs_3b/Abschlussbericht_Los_1_8_Abs.3b_SGB_XI.pdf (Stand: 07.04.2026).
- ROTHGANG, HEINZ; MÜLLER, ROLF (2024): BARMER Pflegereport 2024. Pflegerisiko und Pflegedauer. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47. Berlin.

- <https://www.barmer.de/resource/blob/1290386/a0b24e6f4091295958679675fee5ca52/dl-pflegereport-2024-data.pdf> (Stand: 07.04.2026).
- SCHNEEMANN, CHRISTIAN; SÖHNLEIN, DORIS; STUDTRUCKER, MAX; ZIKA, GERD (2025): QuBe-Bevölkerungsprojektion für Kreise und kreisfreie Städte Deutschlands. Kapitel 4. In: ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; WOLTER, MARC INGO; MAIER, TOBIAS (HRSG.) (2025): Das QuBe-Projekt: Modelle, Module, Methoden. Aktualisierung 2025. 1. Aufl. Bielefeld, S. 55–71. <https://www.wbv.de/shop/Das-QuBe-Projekt-l78861> (Stand: 07.04.2026).
- SCHREYÖGG, JONAS (2025): Fachkräfteengpässe in der Gesundheitsversorgung. Überwinden durch Strukturreformen. ifo Schnelldienst 78 (2025) 11, S. 24–27. <https://www.ifo.de/publikationen/2025/aufsatz-zeitschrift/fachkraefteengpaesse-der-gesundheitsversorgung> (Stand: 07.04.2026).
- SONNENBURG, ANJA; SCHRÖDER, ALEXANDER (2019): Pflegewirtschaft in Deutschland. Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Bedarfs an Pflegepersonal bis 2035. Osnabrück. <https://papers.gws-os.com/gws-paper19-4.pdf> (Stand: 07.04.2026).
- STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2021): Pflegeberufe in den Arbeitsmarktstatistiken. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodenberichte/Uebergreifend/Generische-Publikationen/Hintergrundinfo-Pflegeberufe-in-den-Arbeitsmarktstatistiken.pdf> (Stand: 25.09.2025).
- STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2025a): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (Stand: 04.03.2026).
- STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2025b): Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2024. Nürnberg. https://www.vbw-bayern.de/Redaktion/Frei-zugaengliche-Medien/Abteilungen-GS/Bildung/2025/Downloads/2024_BA-FK-Engpassanalyse.pdf (Stand: 07.04.2026).
- STATISTIK DER BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2025c): Fachkräfteengpassanalyse (inkl. Datenanhang). https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html;jsessionid=EF52D98187A9BF68E2F29C11AFD0216A?nn=1703782&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse (Stand: 16.03.2026).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2026a): 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/annahmen_ergebnisse_16te_kBv.html (Stand: 13.04.2026).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2026b): Erwerbstätige und Arbeitnehmer nach Wirtschaftsbereichen (Inlandskonzept) 1 000 Personen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbsstaetigkeit/Tabellen/arbeitnehmer-wirtschaftsbereiche.html> (Stand: 18.02.2026).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2026c): Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23621/table/23621-0001> (Stand: 05.03.2026).

- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025a): Rückgang der Geburtenziffer schwächte sich 2024 deutlich ab. Pressemitteilung vom 17.07.2025.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_259_12.html
(Stand: 29.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025b): Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Qualitätsbericht 2024.
<https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/diagnose-krankenhauspatienten.pdf> (Stand: 25.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025c): Gesundheitspersonalrechnung. Qualitätsbericht 2023.
<https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/gesundheitspersonalrechnung.pdf> (Stand: 22.05.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025d): Grunddaten der Krankenhäuser. Qualitätsbericht 2024.
<https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/grunddaten-krankenhaueser.pdf> (Stand: 24.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025e): Krankenhausstatistik. Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Altersgruppen, Fachabteilungen, Hauptdiagnose ICD-10 (1-Steller). <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23131/table/23131-0004> (Stand: 29.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (Hrsg.) (2025f): Statistischer Bericht – Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen 2024.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Publikationen/Downloads-Berufliche-Bildung/statistischer-bericht-auslaendische-berufsqualifikation-5212301247005.html> (Stand: 30.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (Hrsg.) (2025g): Statistischer Bericht – Grunddaten der Krankenhäuser 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/publikationen-innen-grunddaten-krankenhaus.html> (Stand: 28.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025i): Zusammengefasste Geburtenziffer.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Glossar/zusammengefasste-geburtenziffer.html> (Stand: 25.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025j): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes.
<https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12411/details> (Stand: 07.05.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025k): Lebendgeborene: Deutschland, Jahre, Staatsangehörigkeit. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12612/table/12612-0003> (Stand: 07.05.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025l): Sterbetafel (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12621/table/12621-0001> (Stand: 07.05.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025m): Wanderungen zwischen Deutschland und dem Ausland: Deutschland, Jahre, Nationalität, Geschlecht, Altersjahre. <https://www->

- genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/12711/table/12711-0006 (Stand: 07.05.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2025n): Einbürgerungen von Ausländern: Deutschland, Jahre, Altersgruppen, Geschlecht, Familienstand.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/einbuengerungen-familienstand-staatsangehoerigkeit.html> (Stand: 07.05.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2024a): 33 600 Pflegefachfrauen und -männer im Jahr 2023 erfolgreich ausgebildet. Pressemitteilung vom 24.07.2024.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_284_212.html (Stand: 29.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2024b): Zensus 2022: 82,7 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner. Pressemitteilung vom 25.06.2024.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zensus2022-Pressesmitteilungen/PM_zensus2022_44.html (Stand: 29.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (Hrsg.) (2024c): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/statistischer-bericht-pflege-deutschlandergebnisse-5224001239005.html> (Stand: 07.04.2026).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2024d): Statistischer Bericht – Statistik der Prüfungen – Prüfungsjahr 2023. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Hochschulen/Publikationen/Downloads-Hochschulen/statistischer-bericht-pruefungen-2110420237005.html> (Stand: 03.12.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (2022): 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html?nn=208696#631546> (Stand: 25.09.2025).
- STATISTISCHES BUNDESAMT (STBA) (Hrsg.) (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige. <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Klassifikationen/Gueter-Wirtschaftsklassifikationen/Downloads/klassifikation-wz-2008-3100100089004-aktuell.pdf?blob=publicationFile&v=2> (Stand: 09.04.2026).
- STIFTUNG FÜR HOCHSCHULZULASSUNG (2025): Statistiken des Zentralen Verfahrens – Sommersemester 2025.
https://www.hochschulstart.de/fileadmin/media/dosv/statistik/SoSe_25_Statistiken_des_Zentralen_Verfahrens_final.pdf (Stand: 02.12.2025).
- STIFTUNG FÜR HOCHSCHULZULASSUNG (2024): Statistiken des Zentralen Verfahrens – Wintersemester 2024/25.
https://www.hochschulstart.de/fileadmin/media/dosv/statistik/WiSe_24_25_Statistiken_des_Zentralen_Verfahrens_final.pdf (Stand: 02.12.2025).
- UNITED NATIONS (2024): World Fertility 2024. Development of Economic and Social Affairs. Population Division.
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2025_wfr_2024_final.pdf (Stand: 30.09.2025).
- WENDE, DANNY; BOBETH, CHRISTOPH; SCHULTE, CLAUDIA; RÖßLER, MARTIN (2025): Projektion der hausärztlichen Versorgung bis 2040. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung.

<https://www.bifg.de/publikationen/epaper/10.30433/ePGSF.2025.002> (Stand: 01.12.2025).

- WITTLINGER, GINA; SUNDMACHER, LEONIE (2025): Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen? Monitor Versorgungsforschung (2025) 4, S. 57–66.
https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2025/06/MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf (Stand: 07.04.2026).
- ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; MAIER, TOBIAS; WOLTER, MARC INGO (2025A): Das QuBe-Projekt – was es will und was es kann. Kapitel 2. In: ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; WOLTER, MARC INGO; MAIER, TOBIAS (HRSG.) (2025): Das QuBe-Projekt: Modelle, Module, Methoden. Aktualisierung 2025. 1. Aufl. Bielefeld, S. 16–32.
<https://www.wbv.de/shop/Das-QuBe-Projekt-I78861> (Stand: 07.04.2026).
- ZIKA, GERD; HUMMEL, MARKUS; WOLTER, MARC INGO; MAIER, TOBIAS (HRSG.) (2025b): Das QuBe-Projekt: Modelle, Module, Methoden. Aktualisierung 2025. 1. Aufl. Bielefeld.
<https://www.wbv.de/shop/Das-QuBe-Projekt-I78861> (Stand: 07.04.2026).
- ZIKA, GERD; KALINOWSKI, MICHAEL; KRINITZ, JONAS; MAIER, TOBIAS; MÖNNIG, ANKE; SCHNEEMANN, CHRISTIAN; SCHROER, JAN PHILIPP; WOLTER, MARC INGO; ZENK, JOHANNA (2025c): Fachkräftemonitoring für das BMAS – Mittelfristprognose bis 2029. BMAS-Forschungsbericht 670. Berlin.
<https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-670-mittelfristprognose-2025-2029.html> (Stand: 07.04.2026).
- ZIKA, GERD; SCHNEEMANN, CHRISTIAN; ZENK, JOHANNA; MAIER, TOBIAS; KALINOWSKI, MICHAEL; SCHUR, ALEXANDER; KRINITZ, JONAS; MÖNNIG, ANKE; WOLTER, MARC INGO (2024): Fachkräftemonitoring für das BMAS – Mittelfristprognose bis 2028. BMAS-Forschungsbericht 647. Berlin.
<https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-647-fachkraeftemonitoring-bmas-mittelfristprognose-bis-2028.html> (Stand: 07.04.2026).

Anhang A: Tabelle 15: Übersicht über die BA-Engpassanalyse für die Berufe des Fachkräftemonitorings (FKM-Berufe) für das BMG, 2022–2024

Engpassbewertung

2,0–3,0	Engpassberuf
1,5–1,9	Unter Beobachtung
0,0–1,4	Kein Engpassberuf

KldB Nr.	Anforderungsniveau	Berufsbezeichnung	Gesamtbewertung der Engpassindikatoren (durchschnittliche Punktezahl)		
			2022	2023	2024
8110	2 Fachkraft	Medizinische Fachangestellte (oS)	2,5	2,3	2,3
8110	3 Spezialistin/Spezialist	Medizinische Fachangestellte (oS)	2,2	2,2	k. A.
8111	2 Fachkraft	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,8	2,8	2,8
8111	3 Expertin/Experte	Zahnmedizinische Fachangestellte	2,5	2,7	2,7
8121	2 Fachkraft ¹	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	1,7	1,3	1,3
8122	2 Fachkraft ¹	Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	1,8	1,8	1,8
8123	2 Fachkraft ¹	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	2,7	2,5	2,2
8130	1 Hilfskraft	Gesundheits- und Krankenpflege (oS)	-	-	-
8130	2 Fachkraft	Gesundheits- und Krankenpflege (Pflegeberufe ²)	2,8	2,8	2,7
8131	3 Spezialistin/Spezialist	Fachkrankenpflege (Pflegeberufe ²)	2,5	2,5	2,3
8132	3 Spezialistin/Spezialist	Fachkinderkrankenpflege (Pflegeberufe ²)	2,5	2,5	2,3
8133	2 Fachkraft ¹	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	2,7	2,7	2,3
8134	2 Fachkraft ¹	Berufe im Rettungsdienst	2,3	2,2	2,0
8135	3 Spezialistin/Spezialist ¹	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	1,8	2,0	1,7
8139	3 Spezialistin/Spezialist ¹	Gesundheits- und Krankenpflege (ssT), Führung (Pflegeberufe ²)	2,5	2,5	2,3
8140	4 Expertin/Experte ³	Ärztinnen/Ärzte (oS)	2,0	2,5	1,8
8141	4 Expertin/Experte	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin	2,2	2,5	1,6
8142	4 Expertin/Experte	Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin	2,6	2,5	2,4
8143	4 Expertin/Experte	Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie	2,2	3,0	2,0
8144	4 Expertin/Experte ³	Fachärztinnen/-ärzte den Bereichen Hautkrankheiten, Sinnes- und Geschlechtsorgane	2,0	3,0	1,8
8145	4 Expertin/Experte	Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie	2,6	3,0	2,4

KIdB Nr.	Anforderungsniveau	Berufsbezeichnung	Gesamtbewertung der Engpassindikatoren (durchschnittliche Punktezahl)		
			2022	2023	2024
8146	4 Expertin/Experte	Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin	2,4	3,0	2,6
8147	4 Expertin/Experte	Zahnärztinnen/-ärzte, Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden	1,8	2,0	1,8
8148	4 Expertin/Experte ³	Ärztinnen/Ärzte (ssT)	2,4	3,0	2,4
8163	4 Expertin/Experte	Berufe in der nicht ärztlichen Psychotherapie	1,7	2,0	1,8
8171	2 Fachkraft	Berufe in der Physiotherapie	1,7	1,8	1,8
8171	3 Spezialistin/Spezialist	Berufe in der Physiotherapie	2,7	2,7	2,7
8172	3 Spezialistin/Spezialist ¹	Berufe in der Ergotherapie	2,5	2,7	2,7
8173	3 Spezialistin/Spezialist ¹	Berufe in der Sprachtherapie	2,5	2,5	2,5
8174	3 Spezialistin/Spezialist ¹	Berufe in der Musik-, Kunsttherapie	1,8	1,6	1,8
8175		Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	k. A.	k. A.	k. A.
8176	2 Fachkraft ¹	Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie	2,0	2,0	2,0
8177	2 Fachkraft	Podologinnen/Podologen	2,6	2,4	2,2
8178	3 Spezialistin/Spezialist ¹	Berufe in der nicht ärztlichen Therapie und Heilkunde (ssT)	1,7	2,0	1,8
8180	4 Expertin/Experte	Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten	2,7	2,5	2,2
8182	2 Fachkraft	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz	2,2	2,2	1,8
8210	1 Hilfskraft	Altenpflege (oS)	-	-	-
8210	2 Fachkraft	Altenpflege (Pflegeberufe ²)	2,8	2,8	2,7
8210	3 Spezialistin/Spezialist	Altenpflege (Pflegeberufe ²)	2,5	2,5	2,3
822	2 Fachkraft ⁴	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	k. A.	k. A.	1,8
822	3 Spezialistin/Spezialist ⁴	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	k. A.	k. A.	1,2
822	4 Expertin/Experte ⁴	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	k. A.	k. A.	1,0
8250	3 Spezialistin/Spezialist ⁴	Berufe in der Medizintechnik (oS)	2,0	2,0	1,8
8250	4 Expertin/Experte ⁴	Berufe in der Medizintechnik (oS)	2,4	1,5	1,2
8251	2 Fachkraft ⁴	Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik	2,3	2,3	2,3
8251	3 Spezialistin/Spezialist ⁴	Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik	2,3	2,5	2,3
8252	2 Fachkraft ¹	Berufe in der Augenoptik	2,3	2,5	2,7
8253	2 Fachkraft ¹	Berufe in der Hörgeräteakustik	2,3	2,5	2,7
8254	2 Fachkraft	Berufe in der Zahntechnik	2,5	2,5	2,3
8259	3 Spezialistin/Spezialist	Aufsicht; Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	2,3	2,5	2,5

KIdB Nr.	Anforderungsniveau	Berufsbezeichnung	Gesamtbewertung der Engpassindikatoren (durchschnittliche Punktezahl)		
			2022	2023	2024
8314	2 Fachkraft	Berufe in der Haus- und Familienpflege	1,7	1,5	1,4

Anmerkung: oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

¹ In der BA-Engpassanalyse nur auf diesem Anforderungsniveau ausgewiesen.

² Aufgrund der Anfang 2020 eingeführten generalistischen Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann werden die Gesundheits- und Krankenpflege einerseits und die Altenpflege andererseits im Aggregat berichtet.

³ In der BA-Engpassanalyse nicht weiter differenziert

⁴ In der BA-Engpassanalyse weiter differenziert als im restlichen Bericht

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2025c

Anhang B: Tabelle 16: Übersicht über die Landesbeschlüsse zur Über- und Unterversorgung nach Arztgruppen und Planungsbereichen für das Jahr 2024 im Rahmen der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung

Arztgruppe	Versorgungsgrad > 140 Prozent	Unterversorgung	Zusätzlicher lokaler Bedarf	Drohende Unterversorgung
Anästhesistinnen und Anästhesisten	In 37 von 93 Raumordnungsregionen	In 0 von 93 Raumordnungsregionen	In 0 von 93 Raumordnungsregionen	In 0 von 93 Raumordnungsregionen
Augenärztinnen/-ärzte	In 30 von 380 Kreisregionen	In 1 von 380 Kreisregionen	In 6 von 380 Kreisregionen	In 6 von 380 Kreisregionen
Chirurginnen und Chirurgen, Orthopädinnen und Orthopäden	In 179 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen
Frauenärztinnen/-ärzte	In 71 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen	In 4 von 383 Kreisregionen	In 2 von 383 Kreisregionen
Hausärztinnen/-ärzte	In 5 von 985 Mittelbereichen	In 15 von 985 Mittelbereichen	In 29 von 985 Mittelbereichen	In 87 von 985 Mittelbereichen
Humangenetikerinnen und Humangenetiker	In 5 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
HNO-Ärztinnen/-Ärzte	In 58 von 383 Kreisregionen	In 5 von 383 Kreisregionen	In 4 von 383 Kreisregionen	In 9 von 383 Kreisregionen
Hautärztinnen/-ärzte	In 93 von 382 Kreisregionen	In 9 von 382 Kreisregionen	In 10 von 382 Kreisregionen	In 14 von 382 Kreisregionen
Fachinternistinnen und Fachinternisten	In 55 von 104 Raumordnungsregionen	In 0 von 104 Raumordnungsregionen	In 0 von 104 Raumordnungsregionen	In 0 von 104 Raumordnungsregionen
Kinder- und Jugendärztinnen/-ärzte	In 50 von 407 Kreisregionen	In 1 von 407 Kreisregionen	In 2 von 407 Kreisregionen	In 17 von 407 Kreisregionen
Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/-psychiater	In 16 von 97 Raumordnungsregionen	In 2 von 97 Raumordnungsregionen	In 4 von 97 Raumordnungsregionen	In 5 von 97 Raumordnungsregionen
Laborärztinnen/-ärzte	In 4 von 17	In 0 von 17	In 0 von 17	In 0 von 17

Arztgruppe	Versorgungsgrad > 140 Prozent	Unterversorgung	Zusätzlicher lokaler Bedarf	Drohende Unterversorgung
	KV-Regionen	KV-Regionen	KV-Regionen	KV-Regionen
Nervenärztinnen/-ärzte	In 48 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen	In 6 von 383 Kreisregionen	In 9 von 383 Kreisregionen
Neurochirurginnen und Neurochirurgen	In 5 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
Nuklearmedizinerinnen und Nuklearmediziner	In 3 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
Pathologinnen und Pathologen	In 2 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
PRM-Medizinerinnen/ -Mediziner	In 2 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 1 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
Psychotherapeutinnen/ -therapeuten	In 80 von 392 Kreisregionen	In 0 von 392 Kreisregionen	In 1 von 392 Kreisregionen	In 1 von 392 Kreisregionen
Radiologinnen und Radiologen	In 47 von 106 Raumordnungs- regionen	In 0 von 106 Raumordnungs- regionen	In 0 von 106 Raumordnungs- regionen	In 0 von 106 Raumordnungs- regionen
Strahlentherapeutinnen/ -therapeuten	In 6 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
Transfusionsmedizinerinnen/ -mediziner	In 7 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen	In 0 von 17 KV-Regionen
Urologinnen und Urologen	In 77 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen	In 0 von 383 Kreisregionen	In 2 von 383 Kreisregionen

Hinweise

Kreisregionen	Es werden 452 Kreisregionen aufgelistet, wohingegen das BBSR nur nach 400 Landkreisen und kreisfreien Städten unterscheidet.
Raumordnungsregionen	Es werden 114 Raumordnungsregionen aufgelistet, wohingegen das BBSR nur nach 96 Raumordnungsregionen unterscheidet.

Quelle: KBV 2025c

Anhang C: Tabelle 17: Berücksichtigung von KIdB-2010-Systematikpositionen in der GPR

Berücksichtigung von KIdB 2010-Systematikpositionen in der GPR

KB10-624	Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Sanitäts- und Medizinbedarf
KB10-6241	Berufe im Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren
KB10-62412	Verkauf drogerie- und apothekenüblicher Waren – Fachkraft
KB10-6242	Berufe im Verkauf von Sanitäts- und Medizinbedarf
KB10-62422	Verkauf Sanitäts-, Medizinbedarf – Fachkraft
KB10-732-01	Verwaltung
KB10-7322	Verwaltende Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen
KB10-73222	Verwaltung Sozial-, Gesundheitswesen – Fachkraft
KB10-73223	Verwaltung Sozial-, Gesundheitswesen – Spezialistin/Spezialist
KB10-73224	Verwaltung Sozial-, Gesundheitswesen – Expertin/Experte
KB10-733-01	Medien-, Dokumentations- und Informationsdienste
KB10-7334	Berufe in der medizinischen Dokumentation
KB10-73342	Medizinische Dokumentation – Fachkraft
KB10-811-01	Arzt- und Praxishilfe
KB10-8110	Medizinische Fachangestellte (oS)
KB10-81102	Medizinische Fachangestellte (oS) – Fachkraft
KB10-81103	Medizinische Fachangestellte (oS) – Spezialistin/Spezialist
KB10-8111	Zahnmedizinische Fachangestellte
KB10-81112	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft
KB10-81113	Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist
KB10-8113	Orthoptistinnen/Orthopisten
KB10-81132	Orthoptistinnen/Orthopisten – Fachkraft
KB10-8118	Medizinische Fachangestellte (ssT)
KB10-81182	Medizinische Fachangestellte (ssT) – Fachkraft
KB10-81183	Medizinische Fachangestellte (ssT) – Spezialistin/Spezialist
KB10-812-01	Medizinisches Laboratorium
KB10-8121-01	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium
KB10-81212	Medizinisch-technische Berufe Laboratorium – Fachkraft
KB10-81213	Medizinisch-technische Berufe Laboratorium – Spezialistin/Spezialist
KB10-8122	Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik
KB10-81222	Medizinisch-technische Berufe Funktionsdiagnostik – Fachkraft
KB10-81223	Medizinisch-technische Berufe Funktionsdiagnostik – Spezialistin/Spezialist
KB10-81224	Medizinisch-technische Berufe Funktionsdiagnostik – Expertin/Experte
KB10-8123-01	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie
KB10-81232	Medizinisch-technische Berufe Radiologie – Fachkraft
KB10-81233	Medizinisch-technische Berufe Radiologie – Spezialistin/Spezialist
KB10-813	Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
KB10-8130	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (oS)
KB10-81301	Gesundheits-, Krankenpflege (oS) – Helfende
KB10-81302	Gesundheits-, Krankenpflege (oS) – Fachkraft
KB10-8131	Berufe in der Fachkrankenpflege
KB10-81313	Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist
KB10-8132	Berufe in der Fachkinderkrankenpflege
KB10-81323	Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist

KB10-8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz
KB10-81332	Operationstechnische Assistenz – Fachkraft
KB10-81333	Operationstechnische Assistenz – Spezialistin/Spezialist
KB10-8134	Berufe im Rettungsdienst
KB10-81341	Rettungsdienst – Helfende
KB10-81342	Rettungsdienst – Fachkraft
KB10-81343	Rettungsdienst – Spezialistin/Spezialist
KB10-8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege
KB10-81352	Geburtshilfe, Entbindungspflege – Fachkraft
KB10-81353	Geburtshilfe, Entbindungspflege – Spezialistin/Spezialist
KB10-8138	Berufe in der Gesundheits- /Krankenpflege (ssT)
KB10-81382	Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Fachkraft
KB10-81383	Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist
KB10-8139	Aufsicht, Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
KB10-81393	Aufsicht – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
KB10-81394	Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe
KB10-814-01	Human- und Zahnmedizin
KB10-8147	Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden
KB10-81474	Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte
KB10-8149-01	Humanmedizin – Expertin/Experte
KB10-816-01	Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie
KB10-8162	Berufe in der klinischen Psychologie
KB10-81623	Klinische Psychologie – Spezialistin/Spezialist
KB10-8169-01	Psychologische Psychotherapie – Expertin/Experte
KB10-817	Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde
KB10-8171	Berufe in der Physiotherapie
KB10-81712	Physiotherapie – Fachkraft
KB10-81713	Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist
KB10-81714	Physiotherapie – Expertin/Experte
KB10-8172	Berufe in der Ergotherapie
KB10-81722	Ergotherapie – Fachkraft
KB10-81723	Ergotherapie – Spezialistin/Spezialist
KB10-81724	Ergotherapie – Expertin/Experte
KB10-8173	Berufe in der Sprachtherapie
KB10-81733	Sprachtherapie – Spezialistin/Spezialist
KB10-81734	Sprachtherapie – Expertin/Experte
KB10-8174	Berufe in der Musik- und Kunsttherapie
KB10-81743	Musik- und Kunsttherapie – Spezialistin/Spezialist
KB10-81744	Musik- und Kunsttherapie – Expertin/Experte
KB10-8175	Berufe in der Heilkunde und Homöopathie
KB10-81752	Heilkunde und Homöopathie – Fachkraft
KB10-81753	Heilkunde und Homöopathie – Spezialistin/Spezialist
KB10-8176	Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie
KB10-81762	Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft
KB10-81763	Diät- und Ernährungstherapie – Spezialistin/Spezialist
KB10-81764	Diät- und Ernährungstherapie – Expertin/Experte
KB10-8177	Podologinnen/Podologen
KB10-81772	Podologinnen/Podologen – Fachkraft
KB10-8178	Berufe in der nicht ärztlichen Therapie und Heilkunde (ssT)

KB10-81782	Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft
KB10-81783	Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Spezialistin/Spezialist
KB10-81784	Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Expertin/Experte
KB10-8179	Führungskräfte – Nichtärztliche Therapie und Heilkunde
KB10-81794	Führung – Nichtärztliche Therapie, Heilkunde
KB10-818-01	Pharmazie
KB10-8182	Berufe in der pharmazeutisch-technischen Assistenz
KB10-81822	Pharmazeutisch-technische Assistenz – Fachkraft
KB10-8188-01	Berufe in der Pharmazie (ssT)
KB10-81883	Pharmazie (ssT) – Spezialistin/Spezialist
KB10-8180-01	Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte
KB10-821	Altenpflege
KB10-8210	Berufe in der Altenpflege (oS)
KB10-82101	Altenpflege (oS) – Helfende
KB10-82102	Altenpflege (oS) – Fachkraft
KB10-82103	Altenpflege (oS) – Spezialistin/Spezialist
KB10-8218	Berufe in der Altenpflege (ssT)
KB10-82182	Altenpflege (ssT) – Fachkraft
KB10-82183	Altenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist
KB10-8219	Führungskräfte – Altenpflege
KB10-82194	Führung – Altenpflege
KB10-822	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness
KB10-8221	Berufe in der Gesundheitsberatung
KB10-82212	Gesundheitsberatung – Fachkraft
KB10-82213	Gesundheitsberatung – Spezialistin/Spezialist
KB10-82214	Gesundheitsberatung – Expertin/Experte
KB10-8222	Wellnessberufe
KB10-82222	Wellness – Fachkraft
KB10-82223	Wellness – Spezialistin/Spezialist
KB10-8223	Berufe in der Ernährungsberatung
KB10-82232	Ernährungsberatung – Fachkraft
KB10-82233	Ernährungsberatung – Spezialistin/Spezialist
KB10-8224	Qualitätsbeauftragte im Gesundheitswesen
KB10-82243	Qualitätsbeauftragte Gesundheitswesen – Spezialistin/Spezialist
KB10-8228	Ernährungs-/Gesundheitsberatung, Wellness (ssT)
KB10-82283	Ernährungs-, Gesundheitsberatung (ssT) – Spezialistin/Spezialist
KB10-82284	Ernährungs-, Gesundheitsberatung (ssT) – Expertin/Experte
KB10-825	Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik
KB10-8250	Berufe in der Medizintechnik (oS)
KB10-82502	Medizintechnik (oS) – Fachkraft
KB10-82503	Medizintechnik (oS) – Spezialistin/Spezialist
KB10-82504	Medizintechnik (oS) – Expertin/Experte
KB10-8251	Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik
KB10-82512	Orthopädie- und Rehathechnik – Fachkraft
KB10-82513	Orthopädie- und Rehathechnik – Spezialistin/Spezialist
KB10-82514	Orthopädie- und Rehathechnik – Expertin/Experte
KB10-8252	Berufe in der Augenoptik
KB10-82522	Augenoptik – Fachkraft
KB10-82523	Augenoptik – Spezialistin/Spezialist

KB10-82524	Augenoptik – Expertin/Experte
KB10-8253	Berufe in der Hörgeräteakustik
KB10-82532	Hörgeräteakustik – Fachkraft
KB10-82533	Hörgeräteakustik – Spezialistin/Spezialist
KB10-82534	Hörgeräteakustik – Expertin/Experte
KB10-8254	Berufe in der Zahntechnik
KB10-82542	Zahntechnik – Fachkraft
KB10-8259	Aufsichts-/Führungskräfte – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik
KB10-82593	Aufsicht – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik
KB10-82594	Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik
KB10-831-01	Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehungspflege
KB10-8312	Berufe in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik
KB10-83123	Sozialarbeit, Sozialpädagogik – Spezialistin/Spezialist
KB10-83124	Sozialarbeit, Sozialpädagogik – Expertin/Experte
KB10-8313	Berufe in Heilerziehungspflege und Sonderpädagogik
KB10-83131	Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik – Helfende
KB10-83132	Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik – Fachkraft
KB10-83133	Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik – Spezialistin/Spezialist
KB10-83134	Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik – Expertin/Experte
KB10-8314	Berufe in der Haus- und Familienpflege
KB10-83142	Haus- und Familienpflege – Fachkraft
KB10-83143	Haus- und Familienpflege – Spezialistin/Spezialist
KB10-999	Andere Berufe

Anmerkung: Grün hinterlegt sind Berufe, deren Beschäftigte von der GPR auch in den „sonstigen Einrichtungen“ gezählt werden. Beschäftigte der grau hinterlegten Berufe werden nur dann in der GPR gezählt, wenn sie ihrer Tätigkeit in einer Einrichtung des Gesundheitswesens nachgehen.

oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Quelle: StBA 2025c, eigene Darstellung

Anhang D: Tabelle 18: Anforderungsniveaus der FKM-Berufe mit beispielhaftem Beruf

KldB-2010x	Berufsbezeichnung	Anforderungs-niveau	Beispielhafter Beruf
81474	Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Zahnärztinnen/-ärzte
814041	Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin
814441	Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde
814444	Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
814443	Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
814442	Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde
814445	Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Urologie
814140	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin
814841	Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin
814842	Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde
814042	Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung
814540	Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie
814240	Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin
814340	Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie
814641	Fachärztinnen/-ärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin – Expertin / Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztin/-arzt - Psychiatrie und Psychotherapie
814843	Fachärztinnen/-ärzte sonstiger Fachgebiete – Expertin/Experte	Expertentätigkeiten	Fachärztinnen/-ärzte für Humangenetik
81112	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r
81113	Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Zahnmedizinische/-r Fachassistent/-in

KldB-2010x	Berufsbezeichnung	Anforderungs-niveau	Beispielhafter Beruf
81102	Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Medizinische/-r Fachangestellte/-r
81103	Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Fachwirt/-in – ambulante medizinische Versorgung
82593	Aufsicht; Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Orthopädietechniker/-in – Meister/-in
		Expertentätigkeiten	Laborleiter/-in – Zahnlabor
8253	Berufe in der Hörgeräteakustik	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Hörgeräteakustiker/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Hörgerätetechniker/-in
		Expertentätigkeiten	Ingenieur/-in – Hörtechnik und Audiologie
8252	Berufe in der Augenoptik	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Augenoptiker/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Augenoptiker/-in (Weiterbildung)
		Expertentätigkeiten	Ingenieur/-in – Augenoptik/Optometrie
8251	Berufe in der Orthopädie- und Rehatechnik	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Orthopädiemechaniker/-in und Bandagist/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Orthopädietechniker/-in
		Expertentätigkeiten	Ingenieur/-in – Orthopädie- und Rehatechnik
82542	Zahntechnik – Fachkraft	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Zahntechniker/-in
8250	Berufe in der Medizintechnik (oS)	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Techn. Assistent/-in – medizinische Gerätetechnik
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Techniker/-in – Medizintechnik
		Expertentätigkeiten	Ingenieur/-in – Medizintechnik
8121	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistent/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Fachassistent/-in – Mikrobiologie
8122	Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Medizinisch-technische/-r Assistent/-in – Funktionsdiagnostik
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Kardiotechniker/-in
		Expertentätigkeiten	Ingenieur/-in – Kardiotechnik
8123	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Medizinisch-technische/-r Radiologieassistent/-in

KldB-2010x	Berufsbezeichnung	Anforderungs-niveau	Beispielhafter Beruf
8133	Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	komplexe Spezialistentätigkeiten Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Komplexe Spezialistentätigkeiten	Fachassistent/-in – Nuklearmedizin Anästhesietechnische/-r Assistent/-in Arztassistent/-in / Physician Assistant
81301 & 82101	Pflege – Helfende (81301 – Gesundheits- und Krankenpflege – Helfende und 82101 Altenpflege – Helfende zusammengefasst)	Helfer- und Anlernertätigkeiten	Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in
81302 & 82102	Pflege – Fachkraft (81302 – Gesundheits- und Krankenpflege – Fachkraft und 82102 Altenpflege – Fachkraft zusammengefasst)	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
81393	Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	Komplexe Spezialistentätigkeiten Expertentätigkeiten	Stationsleiter/-in – Kranken-/Alten-/Kinderkrankenpflege Pflegedienstleiter/-in
82103	Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Fachaltenpfleger/-in
81313	Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Fachkrankenpfleger/-in – Intensivpflege/Anästhesie
81323	Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Fachkinderkrankenpfleger/-in – Intensivpflege/Anästhesie
8135	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Komplexe Spezialistentätigkeiten	Stillberater/-in Hebamme/Entbindungspfleger
83142	Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Komplexe Spezialistentätigkeiten	Sozialassistent/-in Haus- und Familienpfleger/-in
8134	Berufe im Rettungsdienst	Helfer- und Anlernertätigkeiten Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Komplexe Spezialistentätigkeiten	Rettungsdiensthelfer/-in Rettungssanitäter/-in Funkstellenleiter/-in (Rettungsleitstelle)
8175	Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Komplexe Spezialistentätigkeiten	Heilpraktiker/-in Homöopath/-in
81772	Podologinnen/Podologen – Fachkraft	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Podologe/Podologin
8173	Berufe in der Sprachtherapie	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Logopäde/Logopädin

KldB-2010x	Berufsbezeichnung	Anforderungs-niveau	Beispielhafter Beruf
81694*	Nichtärztliche Psychotherapie	Expertentätigkeiten Komplexe Spezialistentätigkeiten	Klinische/-r Linguist/-in Psychologisch- technische/-r Assistent/-in
81712	Physiotherapie – Fachkraft	Expertentätigkeiten	Psychologische/-r Psychotherapeut/-in
81713	Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Masseur/-in und medizinische/-r Bademeister/-in
8172	Berufe in der Ergotherapie	Komplexe Spezialistentätigkeiten	Physiotherapeut/-in
8178	Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung – nichtärztliche Therapie, Heilkunde	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Arbeitsbegleiter/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Ergotherapeut/-in
		Expertentätigkeiten	Ergotherapeut/-in (Hochschule)
822	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Diabetesassistent/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Sporttherapeut/-in
		Expertentätigkeiten	Diabetes- und Gesundheitswissen- schaftler/-in
8174	Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Gesundheitstrainer/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Gesundheitsberater/-in
8176	Diät- und Ernährungstherapie	Expertentätigkeiten	Gesundheitsförderer/- förderin, -pädagoge/-pädagogin
		Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Kunsttherapeut/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Klinische/-r Musiktherapeut/-in
81804	Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Diätassistent/-in
		Komplexe Spezialistentätigkeiten	Ernährungstherapeut/-in
81822	Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/Assistenten – Fachkraft	Expertentätigkeiten	Verpflegungsmanager/-in (Diätküchenleiter/-in)

* Die Kodierung 8169 entstammt der GPR und wurde für das Fachkräftemonitoring für das BMG zu 81694 angepasst.
Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG; BA 2021, eigene Darstellung

Anhang E: Tabelle 19: Soziodemografische Merkmale der Erwerbspersonen in FKM-Berufen 2023 bis 2040

Beruf	Soziodemografische Merkmale											
	Frauenanteil unter Erwerbspersonen			Medianalter unter Erwerbspersonen			Anteil U30-Jährige unter Erwerbspersonen			Anteil Ü60-Jährige unter Erwerbspersonen		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
81474 Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	48,2 %	49,9 %	51,7 %	46,2	46,4	46,4	17,7 %	17,8 %	18,9 %	20,4 %	21,8 %	18,6 %
814041 Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten – Expertin/Experte	53,3 %	56,2 %	59,4 %	53,7	54,0	54,0	1,5 %	1,6 %	1,6 %	33,2 %	35,4 %	30,6 %
814441 Fachärztinnen/-ärzte für Augenheilkunde – Expertin/Experte	50,4 %	52,8 %	55,0 %	49,6	49,8	50,0	5,2 %	5,3 %	5,6 %	23,6 %	25,1 %	21,7 %
814444 Fachärztinnen/-ärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten – Expertin/Experte	60,7 %	63,4 %	65,2 %	49,7	49,9	50,3	4,6 %	4,7 %	4,9 %	23,0 %	24,3 %	21,2 %
814443 Fachärztinnen/-ärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – Expertin/Experte	40,3 %	42,6 %	44,4 %	49,9	50,1	50,1	4,7 %	4,9 %	5,3 %	24,3 %	25,7 %	22,0 %
814442 Fachärztinnen/-ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Expertin/Experte	73,1 %	75,4 %	76,9 %	49,8	50,0	50,7	3,4 %	3,4 %	3,5 %	22,0 %	23,2 %	20,5 %
814445 Fachärztinnen/-ärzte für Urologie – Expertin/Experte	22,3 %	23,7 %	24,2 %	49,2	49,2	49,0	4,7 %	5,0 %	5,4 %	22,6 %	23,8 %	19,9 %
814140 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendmedizin – Expertin/Experte	63,8 %	66,4 %	67,5 %	48,2	48,4	49,0	4,0 %	4,0 %	4,3 %	19,3 %	20,2 %	18,1 %
814841 Fachärztinnen/-ärzte für Labormedizin – Expertin/Experte	44,8 %	47,6 %	50,0 %	51,5	51,6	51,7	2,5 %	2,6 %	2,7 %	27,1 %	28,5 %	24,3 %
814842 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlenheilkunde – Expertin/Experte	38,6 %	40,7 %	42,4 %	48,2	48,3	48,5	5,1 %	5,3 %	5,6 %	20,2 %	21,1 %	18,1 %
814042 Ärztinnen/Ärzte ohne Facharztbezeichnung – Expertin/Experte	58,4 %	57,6 %	58,4 %	34,0	33,8	33,8	57,2 %	59,3 %	60,8 %	4,7 %	5,0 %	4,5 %

Beruf	Soziodemografische Merkmale											
	Frauenanteil unter Erwerbspersonen			Medianalter unter Erwerbspersonen			Anteil U30-Jährige unter Erwerbspersonen			Anteil Ü60-Jährige unter Erwerbspersonen		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
814540 Fachärztinnen/-ärzte für Anästhesiologie – Expertin/Experte	44,8 %	47,1 %	48,8 %	48,3	48,4	48,8	3,4 %	3,5 %	3,7 %	19,5 %	20,4 %	17,8 %
814240 Fachärztinnen/-ärzte für Innere Medizin – Expertin/Experte	41,7 %	44,0 %	45,4 %	48,8	48,7	49,0	3,9 %	4,0 %	4,2 %	21,0 %	21,8 %	18,7 %
814340 Fachärztinnen/-ärzte für Chirurgie – Expertin/Experte	23,8 %	25,3 %	26,1 %	49,1	49,1	49,1	2,5 %	2,6 %	2,8 %	21,1 %	22,1 %	18,6 %
814641 Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin – Expertin/Experte	53,7 %	56,5 %	58,9 %	51,1	51,3	51,7	2,3 %	2,4 %	2,5 %	26,0 %	27,6 %	24,1 %
814843 Fachärztinnen/-ärzte sonstiger Fachgebiete – Expertin/Experte	51,7 %	54,6 %	57,8 %	53,1	53,2	53,4	1,0 %	1,0 %	1,1 %	30,7 %	32,3 %	27,5 %
81112 Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	98,3 %	98,2 %	98,2 %	37,4	37,6	37,3	37,9 %	38,4 %	40,2 %	6,9 %	8,3 %	7,7 %
81113 Zahnmedizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	98,1 %	98,1 %	98,0 %	39,5	39,8	39,6	27,7 %	28,0 %	30,2 %	7,4 %	8,9 %	8,6 %
81102 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Fachkraft	96,7 %	96,7 %	96,6 %	40,2	40,6	40,5	31,1 %	31,3 %	32,8 %	10,0 %	12,1 %	11,3 %
81103 Medizinische Fachangestellte (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist	92,5 %	92,4 %	92,1 %	42,4	42,7	42,7	25,5 %	25,4 %	26,9 %	12,3 %	14,4 %	13,7 %
82593 Aufsicht; Führung – Medizin-, Orthopädie- und Rehatechnik	40,5 %	41,7 %	43,6 %	45,3	45,3	45,3	14,8 %	14,7 %	16,0 %	16,1 %	16,8 %	15,4 %
8253 Berufe in der Hörgeräteakustik	61,7 %	63,3 %	64,9 %	36,4	36,3	36,0	42,6 %	43,0 %	45,4 %	6,5 %	6,9 %	6,3 %
8252 Berufe in der Augenoptik	72,8 %	74,2 %	75,4 %	40,1	40,1	39,8	33,8 %	34,3 %	36,2 %	10,8 %	11,5 %	10,6 %
8251 Berufe in der Orthopädie- und Rehatechnik	36,4 %	38,1 %	40,0 %	42,8	42,9	42,7	26,9 %	26,5 %	28,5 %	14,8 %	15,6 %	14,2 %

Beruf	Soziodemografische Merkmale											
	Frauenanteil unter Erwerbspersonen			Medianalter unter Erwerbspersonen			Anteil U30-Jährige unter Erwerbspersonen			Anteil Ü60-Jährige unter Erwerbspersonen		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
82542 Zahntechnik – Fachkraft	59,3 %	60,8 %	62,4 %	44,2	44,3	44,2	21,4 %	21,3 %	22,8 %	15,3 %	16,3 %	15,1 %
8250 Berufe in der Medizintechnik (oS)	25,9 %	27,1 %	28,8 %	41,1	41,1	40,7	30,4 %	30,2 %	32,9 %	12,9 %	13,4 %	12,0 %
8121 Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	88,4 %	88,0 %	87,0 %	43,0	42,2	40,7	26,6 %	28,4 %	31,0 %	15,0 %	16,5 %	11,3 %
8122 Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	84,3 %	84,2 %	82,4 %	42,6	41,8	40,3	26,8 %	28,5 %	30,6 %	14,4 %	15,7 %	10,5 %
8123 Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	83,6 %	83,2 %	81,3 %	41,1	40,1	38,6	31,9 %	33,7 %	36,1 %	12,7 %	13,7 %	8,7 %
8133 Berufe in der operations-/medizintechnischen Assistenz	79,8 %	80,2 %	80,8 %	31,4	31,0	30,4	61,9 %	63,8 %	66,9 %	2,9 %	3,2 %	2,4 %
Pflege – Helfende (81301 – Gesundheits- und Krankenpflege – Helfende und 82101 Altenpflege – Helfende zusammengefasst)	81,0 %	81,2 %	81,0 %	41,2	41,1	40,6	29,4 %	30,3 %	32,8 %	11,1 %	12,7 %	10,8 %
Pflege – Fachkraft (81302 – Gesundheits- und Krankenpflege – Fachkraft und 82102 Altenpflege – Fachkraft zusammengefasst)	82,6 %	82,7 %	82,6 %	40,2	39,9	39,2	31,8 %	33,1 %	35,9 %	10,1 %	11,6 %	9,4 %
81393 Gesundheits-, Krankenpflege (ssT) – Spezialistin/Spezialist; Aufsicht; Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	75,1 %	74,7 %	73,7 %	45,2	44,9	44,0	14,1 %	15,6 %	17,8 %	14,0 %	16,2 %	13,0 %
82103 Altenpflege (oS; ssT) – Spezialistin/Spezialist; Führung	78,3 %	77,7 %	76,2 %	44,8	45,3	45,6	18,8 %	18,7 %	20,2 %	13,8 %	15,9 %	15,0 %
81313 Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	79,1 %	78,6 %	77,6 %	45,1	44,7	43,6	15,4 %	17,2 %	19,8 %	14,1 %	16,3 %	12,9 %
81323 Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist	95,4 %	95,3 %	95,0 %	43,7	42,9	41,5	18,7 %	21,1 %	24,7 %	12,5 %	14,3 %	10,7 %
8135 Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	99,5 %	99,5 %	99,4 %	40,8	40,1	38,8	29,8 %	32,1 %	35,7 %	10,2 %	11,6 %	8,5 %
83142 Haus- und Familienpflege – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist	81,8 %	82,5 %	82,4 %	39,5	41,5	42,6	42,6 %	32,8 %	30,9 %	11,0 %	12,8 %	11,8 %

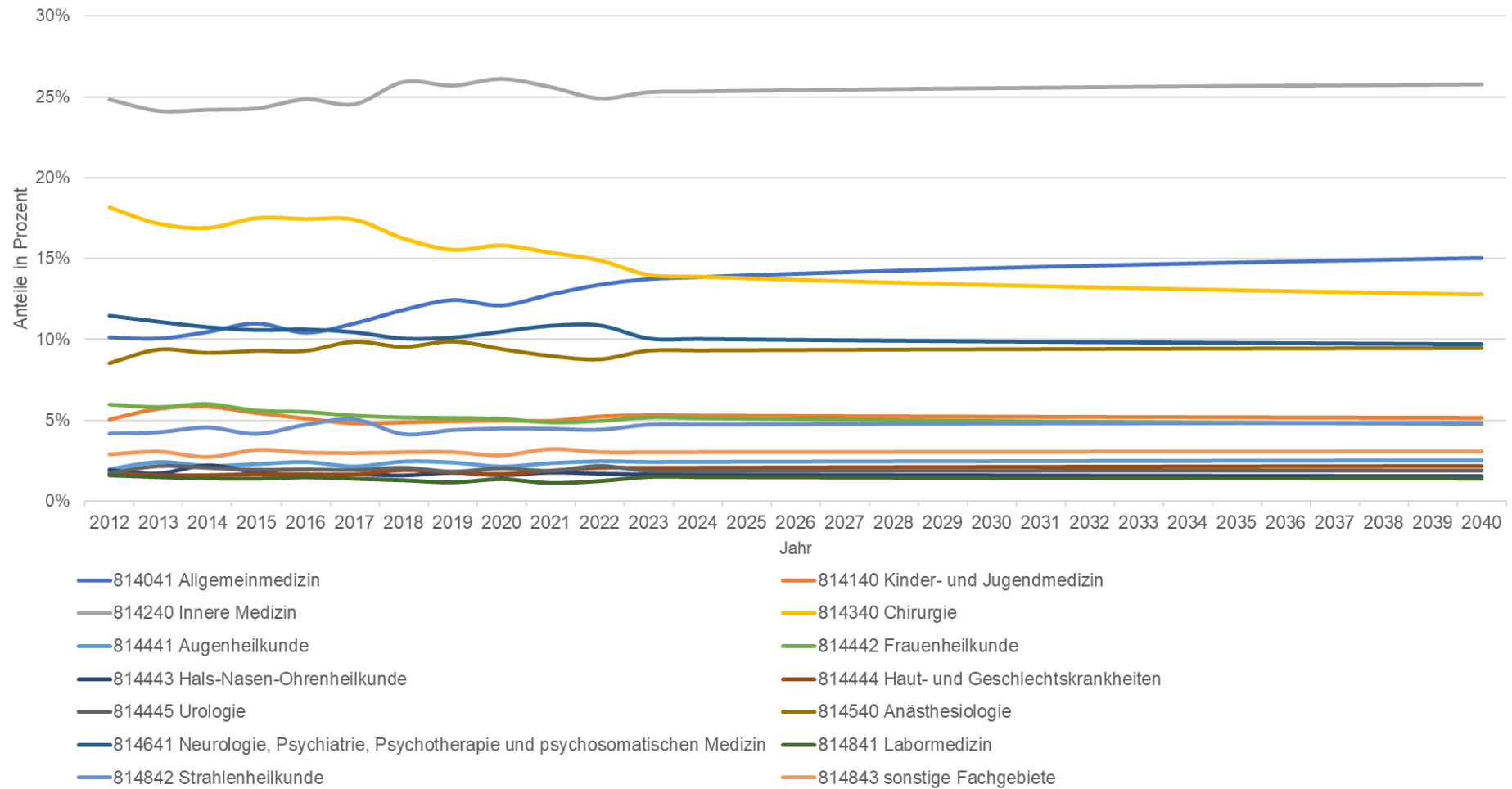
Beruf	Soziodemografische Merkmale											
	Frauenanteil unter Erwerbspersonen			Medianalter unter Erwerbspersonen			Anteil U30-Jährige unter Erwerbspersonen			Anteil Ü60-Jährige unter Erwerbspersonen		
	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040	2023	2030	2040
8134 Berufe im Rettungsdienst	30,5 %	31,2 %	31,9 %	34,1	33,9	33,5	51,7 %	53,4 %	56,2 %	4,9 %	5,6 %	4,9 %
8175 Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	77,5 %	78,5 %	78,2 %	49,6	50,2	50,4	7,3 %	7,7 %	9,2 %	19,9 %	24,7 %	22,9 %
81772 Podologinnen/Podologen – Fachkraft	93,0 %	93,4 %	93,2 %	48,7	49,3	49,2	10,1 %	10,9 %	13,3 %	18,9 %	23,7 %	22,0 %
8173 Berufe in der Sprachtherapie	92,5 %	92,8 %	92,8 %	39,6	39,4	38,6	35,0 %	37,5 %	43,2 %	9,4 %	11,7 %	10,4 %
81694* Nichtärztliche Psychotherapie – Expertin/Experte	77,7 %	79,8 %	81,1 %	45,8	46,5	48,0	15,0 %	10,7 %	9,4 %	18,8 %	20,0 %	16,2 %
81712 Physiotherapie – Fachkraft	79,2 %	79,8 %	79,3 %	47,5	48,1	48,1	10,6 %	11,4 %	13,8 %	17,3 %	21,7 %	20,2 %
81713 Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	72,7 %	73,2 %	72,7 %	40,7	40,8	40,1	30,7 %	32,5 %	37,7 %	10,5 %	13,0 %	11,7 %
8172 Berufe in der Ergotherapie	87,6 %	88,0 %	88,0 %	39,3	39,0	38,1	34,2 %	37,1 %	43,3 %	8,7 %	10,8 %	9,7 %
8178 Nichtärztliche Therapie, Heilkunde (ssT) – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte; Führung	68,2 %	69,0 %	68,8 %	42,7	42,8	42,2	26,3 %	27,9 %	32,7 %	12,7 %	15,8 %	14,2 %
822 Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	79,3 %	79,9 %	80,4 %	43,1	43,8	44,5	23,1 %	20,4 %	20,7 %	13,3 %	15,1 %	12,9 %
8174 Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	84,0 %	84,6 %	84,4 %	46,3	46,7	46,3	15,8 %	17,0 %	20,4 %	16,3 %	20,3 %	18,7 %
8176 Diät- und Ernährungstherapie – Fachkraft; Spezialistin/Spezialist; Expertin/Experte	94,9 %	95,1 %	94,9 %	42,3	42,3	41,5	27,5 %	29,7 %	35,1 %	12,1 %	15,2 %	13,7 %
81804 Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte	71,4 %	72,0 %	70,8 %	43,8	43,8	43,4	22,4 %	23,1 %	25,4 %	15,1 %	15,5 %	13,6 %
81822 Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/-assistenten – Fachkraft	95,0 %	95,2 %	95,0 %	40,3	40,0	39,1	29,8 %	32,6 %	37,3 %	10,1 %	10,5 %	9,3 %

Anmerkung: oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

* Die Kodierung 8169 entstammt der GPR und wurde für das Fachkräftemonitoring für das BMG zu 81694 angepasst.

Quelle: QuBe-Projekt, Welle 8.1; Fachkräftemonitoring für das BMG

Anhang F: Abbildung 52: Entwicklung der Anteile an Facharztanerkennungen 2012 bis 2040



Quelle: BÄK 2024, eigene Berechnung und Darstellung

Anhang G: Das QuBe-Projekt

Die BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsprojektionen (QuBe-Projekt), welche in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung (GWS) entstanden sind, zeigen anhand von Modellrechnungen, wie sich Angebot und Nachfrage nach Qualifikationen und Berufen langfristig entwickeln können. Als Datengrundlage werden mehrere Datenquellen aufeinander abgestimmt. Der Mikrozensus liefert als amtliche Repräsentativstatistik des Statistischen Bundesamts, an der jährlich ein Prozent aller Haushalte in Deutschland beteiligt ist, Informationen über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt. Die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung ist Grundlage für die Projektion der Gesamtwirtschaft. Die Registerdaten der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der ausschließlich geringfügig Beschäftigten der Bundesagentur für Arbeit liefern zusätzliche Informationen zu den Erwerbstätigen nach Beruf und den entsprechend gezahlten Löhnen. Die Ergebnisse werden in bis zu 141 Dreistellern (Berufsgruppen) der KldB 2010 differenziert (die Militärberufe werden zusammengefasst).

Einen schematischen Überblick der sozioökonomischen Zusammenhänge des aktuell verwendeten Modellinstrumentariums der achten Projektionswelle gibt **Abbildung 53**. Daraus wird ersichtlich, dass ein maßgeblicher Treiber für die künftige Arbeitsmarktentwicklung die Demografie ist (rot). Für die Abschätzung der künftigen demografischen Entwicklung kommt ein eigenständiges Kohorten-Komponenten-Modell zum Einsatz. Darauf fußt die Bildungsgesamtrechnung als ebenfalls eigenständig geführtes Modell (hellgrün), welches das künftige Neuangebot aus dem Bildungssystem differenziert nach Qualifikationen und Berufen quantifiziert. Für das künftige Erwerbsverhalten ist neben dem Geschlecht, dem Alter und der Qualifikation auch ausschlaggebend, ob die Person die deutsche Staatsangehörigkeit innehat oder nicht.

Entscheidet sich eine Person, ihre Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt anzubieten und verfügt sie über eine formale Qualifikation und einen erlernten Beruf, dann wird sie als Fachkraft bezeichnet. Aber nicht immer ist eine Person in ihrem erlernten Beruf tätig, sodass sich der ausgeübte Beruf vom erlernten unterscheidet. Wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine Person mit erlerntem Beruf einen anderen Beruf ausübt, wird mithilfe von beruflichen Flexibilitätsmatrizen (orange) quantifiziert, welche ein Alleinstellungsmerkmal des QuBe-Projektes darstellen. Auch Erwerbspersonen ohne abgeschlossene Berufsausbildung werden einem ausübenden Beruf zugeordnet. Im Matching-Modul (gelb) sind beide Arbeitsmarktseiten gegenübergestellt und Berufslöhne bestimmt.

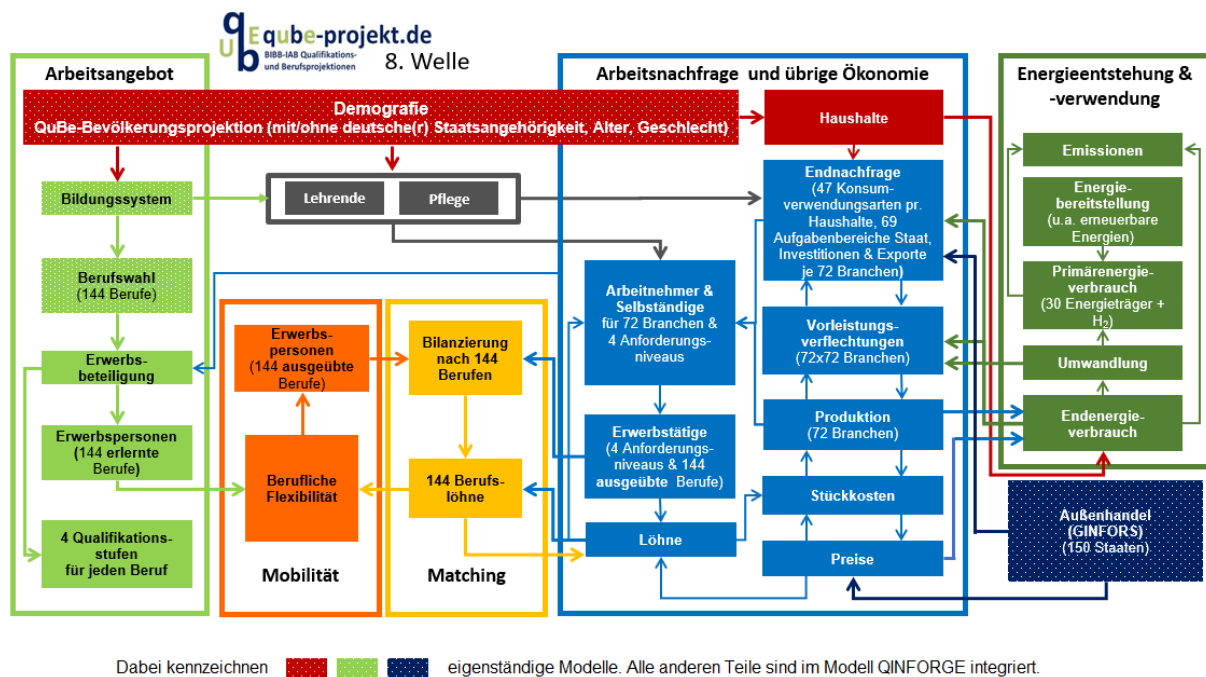
Die Arbeitsnachfrage bzw. der Arbeitskräftebedarf wird maßgeblich von der ökonomischen Entwicklung (hellblau) getrieben. Als Arbeitskräfte bzw. Erwerbstätige werden alle Personen bezeichnet, die einer Tätigkeit nachgehen – unabhängig davon, welche formale Qualifikation sie haben. Zur Abbildung der ökonomischen Entwicklung kommt das makroökonomische INFORGE-Modell zum Einsatz. Das INFORGE-Modell ist ein nach Wirtschaftszweigen, Produktionsbereichen und Gütergruppen tief disaggregiertes ökonomisches Prognose- und Simulationsmodell für Deutschland, welches mit dem eigenständigen Welthandelsmodell GINFORS der GWS verknüpft ist.

Einen Sonderstatus beim Arbeitskräftebedarf nimmt die Zahl der benötigten Lehr- und Pflegekräfte (grau) ein. Erstere hängen von der Zahl der Kinder und Jugendlichen ab, letztere von der Zahl der Pflegebedürftigen (SONNENBURG/SCHRÖDER 2019). Dementsprechend ergeben sich beide Größen direkt aus der demografischen Entwicklung (rot).

Auch ein Energiemodul (Dunkelgrün) ist in das Modellinstrumentarium integriert. Dies erlaubt, Aussagen über die Art und Menge der erzeugten und verbrauchten Energien und ebenso der daraus resultierenden Treibhausgasemissionen zu treffen.

Mit dem QuBe-Projekt wird in der Basisprojektion ein auf der Empirie basierendes Konzept verfolgt: Es werden nur bislang nachweisbare Verhaltensweisen in die Zukunft projiziert. In der Vergangenheit nicht feststellbare Verhaltensänderungen sind somit nicht Teil der Basisprojektion. Dies gilt auch für die modellierten Marktanpassungsmechanismen.

Abbildung 53: Das QuBe-Modellsystem QINFORGE



Quelle: QuBe-Projekt, 8. Welle; Zika u. a. 2025c

Weitere Informationen zum Projekt finden sich unter www.qube-projekt.de und eine genaue Beschreibung der Methodik in ZIKA U. A. (2025b).

Die Ergebnisse der Basisprojektion (und weiterer Szenarien) können disaggregiert nach Berufsgruppen, Berufshauptgruppen oder Qualifikationen bzw. Anforderungsniveaus auf Bundes- oder Landesebene in der interaktiven Datenbankanwendung www.qube-data.de abgerufen werden.

Unter www.qube-dossiers.de finden sich Ergebniszusammenstellungen nach verschiedenen Merkmalen, z. B. Berufshauptgruppen, Bundesländern, Arbeitsmarktreionen oder Kompetenzen.

Anhang H: Datenquellen und Datenaufbereitung

Anhang H.I. Gesundheitspersonalrechnung

Mit der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) findet sich bereits eine umfassende, jährlich aktualisierte Quelle des Statistischen Bundesamtes, welche den realisierten Bedarf an Arbeitsplätzen im deutschen Gesundheitswesen zum 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahres wiedergibt (STBA 2025c). In ihrem konsistenten Rechenwerk, gespeist aus verschiedenen und miteinander harmonisierten Datenquellen, erfasst die GPR alle dort tätigen Personen mit Ausnahme von Auszubildenden. Grundsätzlich hat die GPR den Anspruch, alle Beschäftigten der Einrichtungen des Gesundheitswesens abzubilden, unabhängig von ihrem Beruf. Eine ausführliche Diskussion der Auswahl der GPR als Basisstatistik des Fachkräftemonitorings für das BMG findet sich in der dem Monitoring vorausgegangenen Machbarkeitsstudie (MAIER U. A. 2024b).

Anhang H.II. Ärztestatistik der Bundesärztekammer

Die BÄK-Ärztestatistik (ÄST) umfasst eine größere Anzahl an fachärztlichen Gruppen als die GPR (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2025b). Letztere unterscheidet lediglich die zwei Kategorien der Human- und Zahnärztinnen und -ärzte. Die ÄST ist Quelle der ambulanten Ärztinnen- und Ärztezahlen in der GPR und somit kompatibel zu ihr. Die in der GPR insgesamt ausgegebene Zahl an Ärztinnen und Ärzten trifft jene aus der ÄST.

Die ÄST verzeichnet jährlich die Gesamtheit der in Deutschland gemeldeten und berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, deren Mitgliedschaft in der Ärztekammer verpflichtend ist. Nahezu 100 Kategorien von Gebiets- und Facharztbezeichnungen lassen sich nach Tätigkeitsbereich mit der ÄST unterscheiden – wovon einige allerdings gering besetzt sind. Für den Zweck des Fachkräftemonitorings für das BMG empfiehlt sich eine kleinere Auswahl. Um eine Fortschreibung methodisch leisten zu können, liegt der Fokus auf zahlenmäßig stark besetzten Gruppen. Gleichzeitig sollte eine Auswahl solche ärztlichen Gruppen berücksichtigen, die bedeutsam für die haus- und fachärztliche Versorgung in Deutschland sind. Um die Kompatibilität zu den Daten des QuBe-Projekts bzw. des Fachkräftemonitorings für das BMAS zu wahren, muss sich eine Auswahl zudem wieder in die Kategorien der KldB-2010-Gliederung aggregieren lassen.

Tabelle 20: Auswahl der ärztlichen humanmedizinischen Gruppen und ihre Zusammensetzung auf Grundlage der Daten der Ärztestatistik

Nr.	Name der Gruppe	Untergruppen (Gebiets- /Facharztbezeichnungen aus BÄK-Ärztestatistik)
1	Allgemeinmedizin	Allgemeinmedizin, Praktische Ärztin / Praktischer Arzt
2	Anästhesiologie	Anästhesiologie
3	Augenheilkunde	Augenheilkunde
4	Chirurgie	Chirurgie und Orthopädie, Neurochirurgie
5	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Frauenheilkunde
6	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
7	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Haut- und Geschlechtskrankheiten
8	Innere Medizin	Innere Medizin
9	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin

Nr.	Name der Gruppe	Untergruppen (Gebiets- /Facharztbezeichnungen aus BÄK-Ärztstatistik)
10	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin	Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
11	Strahlenheilkunde	Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlenheilkunde
12	Urologie	Urologie
13	Labormedizin	Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie, Biochemie
14	Sonstige Fachgebiete	Anatomie, Arbeitsmedizin, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin, Humangenetik, Physikalische und Rehabilitative Medizin, sonstige Gebiete
15	Ohne Facharztbezeichnung	Ohne Facharztbezeichnung

Quelle: BÄK 2024, eigene Darstellung

Auf dieser Grundlage bildet das Monitoring die in Tabelle 20 dargestellten 15 verschiedenen humanmedizinischen Berufskategorien ab: Es handelt sich unter ihnen mehrheitlich um eigenständige fachärztliche Gebiete, während sich einige Kategorien aufgrund der geringen Fallzahlen aus mehreren fachärztlichen Gruppen zusammensetzen. Die vorletzte Gruppe der sonstigen Fachgebiete fasst gering besetzte fachärztliche Berufe zusammen. Die letzte Kategorie führt alle Ärztinnen und Ärzte ohne fachärztliche Bezeichnung. Die in der ÄST gelisteten Mund-Kiefer-Gesichtschirurginnen und -Chirurgen sind in der Gliederung nicht berücksichtigt, da die GPR diese Gruppe in der Berufskategorie der Zahnärztinnen und Zahnärzte (KldB 2010: 81474) führt.

Anhang H.III. Bundesarztregister und Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Das Bundesarztregister (BAR) enthält alle an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Es umfasst jährliche Daten zu rund 30 ärztlichen und psychotherapeutischen Gruppen (GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES 2025a). Die Zeitreihe des BAR reicht zurück bis zum Jahr 1993 und bildet Zahlen bis zur Bundeslandebene ab. Die KBV-Statistik ermöglicht neben der reinen Kopfzahl-Betrachtung auch eine näherungsweise Darstellung nach VZÄ, da der Teilnahmeumfang der Ärztinnen und Ärzte in Form von Bedarfsplanungsgewichten im ergänzenden Honorarbericht (KBV 2025b) erfasst wird. Da die Personenzahlen durch die Ärztestatistik im ambulanten Bereich bereits vorliegen und die VZÄ noch fehlen, stellt das BAR somit eine passende Ergänzung dar. Durch eine Übertragung der Strukturen gelingt eine tiefe Darstellung der VZÄ in den verschiedenen ärztlichen Gruppen im ambulanten Bereich.

Darüber hinaus kann das BAR die Zahlengrundlagen aus der ÄST insofern ergänzen, als dass es eine genauere Darstellung der Gruppe der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten erlaubt. Diese sind nicht eindeutig in der ÄST zu identifizieren, da sie sowohl in den ambulanten Daten zu den Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner als auch in denen zu den Internistinnen und Internisten liegen. Das BAR führt hingegen eine eigene Kategorie der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten. Um die Zahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten zu bestimmen, ist die Gruppe der

hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten dem BAR entnommen und in der Auswahl bei der Gruppe der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner addiert (**Tabelle 20**, Gruppe 1) und bei den Internistinnen und Internisten abgezogen. Hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, die eine reine Privatpraxis führen, bleiben mit dieser Vorgehensweise in der Kategorie der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und den hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten allerdings unberücksichtigt, da das BAR eben nur die „Vertragsärztinnen“ und „Vertragsärzte“ enthält. Die folgende **Tabelle 21** stellt die Zusammensetzung der ärztlichen Berufe unter Hinzunahme der Daten aus dem BAR dar und aktualisiert damit die vorherige Tabelle für den ambulanten Tätigkeitsbereich.

Tabelle 21: Auswahl der ärztlichen humanmedizinischen Gruppen und ihre Zusammensetzung auf Grundlage der Daten der Ärztestatistik und des Bundesarztregisters im ambulanten Tätigkeitsbereich

Nr.	Name der Gruppe	Untergruppen (Gebiets-/Facharztbezeichnungen aus BÄK-Ärztestatistik)	Zusätzliche Kategorie aus BAR
1	Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten	Allgemeinmedizin, Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	Zuzüglich hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten
2	Anästhesiologie	Anästhesiologie	
3	Augenheilkunde	Augenheilkunde	
4	Chirurgie	Chirurgie und Orthopädie, Neurochirurgie	
5	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Frauenheilkunde	
6	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
7	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
8	Innere Medizin	Innere Medizin	Abzüglich hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten
9	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin	
10	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin	Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
11	Strahlenheilkunde	Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlenheilkunde	
12	Urologie	Urologie	
13	Labormedizin	Laboratoriumsmedizin, Pathologie, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie, Biochemie	
14	Sonstige Fachgebiete	Anatomie, Arbeitsmedizin, Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie, Physiologie, Rechtsmedizin, Humangenetik, Physikalische und Rehabilitative Medizin, sonstige Gebiete	
15	Ohne Facharztbezeichnung	Ohne Facharztbezeichnung	

Quelle: BÄK 2024; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025a, 2025b), KBV 2025b; eigene Darstellung

Anhang H.IV. GKV-Heilmittel-Schnellinformation

Die GKV-Heilmittel-Schnellinformation (GKV-SPITZENVERBAND 2025b) berichtet jedes Quartal über die Bruttoumsätze, die mit Heilmitteln erzielt wurden, sowie über die Anzahl ausgestellter Verordnungsblätter und in Anspruch genommener Behandlungseinheiten. Die Daten werden kumulierend für den gesamten zurückliegenden Zeitraum eines Jahres berechnet, sodass auch Jahresdaten verfügbar sind. Eine differenzierte Darstellung erfolgt unter anderem nach Altersgruppen der Versicherten. Darüber hinaus gibt es spezifische Auswertungen für die Bereiche Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm- und Sprechtherapie, Podologie und Ernährungstherapie. So ermöglicht sie es, entsprechende Berufe im Fachkräftemonitoring zu berücksichtigen. Wir nutzen die Jahresdaten der Behandlungseinheiten ab dem Jahr 2018 – der aktuelle Stand umfasst Daten bis einschließlich 2023. Diese Statistik hilft die zukünftige Nachfrage nach Leistungen von Heilmittelerbringern im Fachkräftemonitoring abzubilden. Limitierend ist hier zu erwähnen, dass so nur die in Anspruch genommenen Leistungen, also der realisierte Bedarf zugrunde gelegt wird, nicht aber der tatsächliche, ggf. ungedeckte Bedarf. Auch bestehen Limitationen durch die verfügbaren Daten. So sind bspw. bei der Ernährungstherapie nicht alle Indikationsbereiche in den Daten erfasst.

Die Zahl der ambulanten Behandlungseinheiten liegt in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und Podologie für 20 Altersgruppen vor – jeweils fünf aufeinanderfolgende Lebensjahre bilden eine Gruppe. Im Bereich der Ernährungstherapie jedoch nur für 16 Altersgruppen – bis zum Alter von 75 Jahren. Die Zahl der Behandlungseinheiten variiert je nach Altersgruppe und Therapieform. So ist die Zahl bei Physiotherapie und Podologie bei älteren Menschen deutlich höher als bei Jüngeren. 2023 bspw. wies die Gruppe der 60- bis unter 65-Jährigen mit gut 11 Prozent den höchsten Anteil der Behandlungseinheiten im Bereich Physiotherapie auf; bei Podologie mit 17 Prozent die Gruppe der 80 bis unter 85-Jährigen. Anders bei Ergotherapie und Sprachtherapie – dort sind vor allem jüngere Menschen in Behandlung: Die Altersgruppe der 5- bis unter 10-Jährigen weist mit 16 Prozent bzw. 46 Prozent die höchsten Anteile auf. Ernährungstherapie wird vor allem für unter 5-jährige Kinder in Anspruch genommen (34 % der Behandlungseinheiten). Eine altersdifferenzierte Betrachtung ist daher für die Fortschreibung der Zahl der Behandlungseinheiten sinnvoll.

Die Personaldaten der GPR der Therapieberufe liegen in Personenzahlen und VZÄ nach Berufsabschluss vor. Für das Fachkräftemonitoring für das BMG sind insbesondere die Zahlen der VZÄ in den Therapieberufen relevant. Für alle Beschäftigtengruppen ist das Verhältnis von Behandlungseinheiten zum Personal der Therapieberufe in VZÄ damit berechenbar.

Anhang H.V. GKV-Arzneimittel-Schnellinformation – GAmSi-Daten

Die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) (GKV-SPITZENVERBAND 2025a) ist ein zentrales Instrument für die Überwachung und Steuerung der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (KV). Sie besteht hauptsächlich aus den individuellen Berichten für Ärztinnen und Ärzte, die monatlich über die KVen an mehr als 100 000 Vertragsärztinnen und -ärzte verteilt werden, sowie aus den KV- und Bundesberichten, die auf deren Webseite veröffentlicht werden. Das GAmSi-Verfahren basiert auf einem reduzierten Datensatz aller Rezeptabrechnungen gemäß § 300 SGB V. Diese Daten werden kontinuierlich von den Apothekenrechenzentren und Direktabrechnern an die Gesetzlichen Krankenversicherungen übermittelt. Die Daten stehen mit etwa zwei Monaten Verzögerung für die Berichterstellung zur Verfügung. Jährlich werden über 750 Mio. Arzneimittelverordnungen ausgewertet.

Die Bereitstellung der Daten zur Nutzung im Fachkräftemonitoring erfolgt über das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Uns liegen Daten zur Anzahl von Patientinnen und Patienten und Verordnungen für die Jahre von 2014 bis 2023 vor, differenziert nach Altersjahren von 0 bis 108 und nach Geschlecht. Es zeigt sich, dass es deutlich mehr weibliche Patientinnen als männliche Patienten gibt und auch die Zahl der Verordnungen zwischen den Geschlechtern und insbesondere nach Alter der Patientinnen und Patienten variiert.

Anders als bei der ursprünglich angedachten Nutzung von Daten der Leistungsausgaben für Apotheken (vgl. MAIER U. A. 2024b) hat dieser Datensatz den Vorteil, dass es nicht zu Verzerrungen durch Preisentwicklungen der Arzneimittel kommt.

Die Personaldaten der GPR der Apothekerinnen und Apotheker liegen in Personenzahlen und VZÄ nach Berufsabschluss vor. Für das Fachkräftemonitoring für das BMG sind insbesondere die Zahlen der VZÄ der Apothekerinnen und Apotheker relevant. Für die Beschäftigtengruppe ist das Verhältnis von Verordnungszahlen zu Personal der Berufe in VZÄ damit berechenbar. Ein solcher Schlüssel zeigt, wie viele Verordnungen eine Vollzeitkraft rein rechnerisch bearbeitet.

Anhang H.VI. Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamts ist eine Vollerhebung von Daten der stationären Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern auf Basis von Erhebungen der Statistischen Ämter der Länder bei den Krankenhäusern (STBA 2025d). Sie umfasst unter anderem Statistiken über Auslastung, Ausstattung, Diagnosen und das Personal in Krankenhäusern. Zudem erscheint sie auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). Konkret werden im Fachkräftemonitoring für das BMG für die Fortschreibung der Bedarfsseite im stationären Bereich ausgesuchte Daten zum Personal sowie zu Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten nach Fachabteilung verwendet.

Die Statistik der Grunddaten der Krankenhäuser liefert umfassende Informationen über das in Krankenhäusern beschäftigte ärztliche Personal sowie das Pflegepersonal. Die Daten werden jährlich in Form eines Statistischen Berichts als Ergänzung zum Tabellenbestand in der Genesis-Datenbank veröffentlicht. Zum jetzigen Stand liegt allerdings lediglich eine Zeitreihe von 2018 bis einschließlich 2023 vor. Sowohl für das ärztliche als auch das Personal im Pflegedienst werden Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ausgewiesen. Beim ärztlichen Personal wird dabei zwischen 63 verschiedenen Facharzt- beziehungsweise Schwerpunktkompetenzen unterschieden, die zu den in **Tabelle 1** gelisteten 14 Facharztgruppen aggregiert werden. Die Vollkräfte im Pflegedienst werden ebenfalls nach Berufsbezeichnung – inklusive etwaiger Weiterbildung – ausgewiesen, wobei zusätzlich Informationen über die jeweilige Fachabteilung vorliegen (STBA 2025g).

Darüber hinaus liegen im Statistischen Bericht zu den Grunddaten der Krankenhäuser auch Informationen über das nichtärztliche Personal abseits der Pflegekräfte vor. Diese umfassen beispielsweise die unterschiedlichen Berufe in der nichtärztlichen Therapie und Heilkunde. Es handelt sich hierbei um Beschäftigtenzahlen zum 31. Dezember des Kalenderjahres – ebenfalls von 2018 bis einschließlich 2023. Neben der Berufsbezeichnung bzw. des Berufsabschlusses und des Funktionsbereichs werden Informationen zum Geburtsjahr, zum Geschlecht sowie zum Beschäftigungsumfang der Beschäftigten ausgewiesen (STBA 2025g). Da sowohl die Anzahl der Beschäftigten als auch der Beschäftigungsumfang vorliegen, können VZÄ und anschließend entsprechende Personalschlüssel getrennt nach Berufsbezeichnung und -abschluss berechnet werden.

In der Statistik der Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten werden unter anderem Patientinnen- bzw. Patientenzahlen nach Fachabteilung mit demografischen Merkmalen zu Geschlecht und Altersgruppe der Behandelten verknüpft. Es handelt sich um eine Vollerhebung von Patientinnen und Patienten innerhalb eines Kalenderjahres (STBA 2025b). Wie auch bei den Daten aus den Grundlagen der Krankenhäuser liegen Werte von 2018 bis 2023 vor. Hinsichtlich des Detailgrades werden die Patientinnen und Patienten in 22 Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten unterteilt sowie insgesamt 38 Fachabteilungen zugeordnet. Nach einem entsprechenden Angleich der Altersgruppen in den Bevölkerungsdaten sowie der Aggregation der 38 Fachabteilungen zu 16 an die Arztgruppen angepassten Fachabteilungen können Krankenhauswahrscheinlichkeiten für verschiedene Bevölkerungsgruppen berechnet werden.

Anhang H.VII. Abrechnungsdaten ärztlicher Leistungen

Für die Projektion der Nachfrage nach ambulanten ärztlichen sowie psychotherapeutischen Leistungen werden Abrechnungsdaten der KBV verwendet. Von der KBV liegen Rohdaten nach insgesamt 27 ärztlichen und psychotherapeutischen Abrechnungsgruppen vor, die die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland beschreiben. Die demografischen Merkmale Alter und Geschlecht der hinter den Behandlungsfällen stehenden Patientinnen und Patienten sind erfasst. Zum Stand der Verfassung dieses Berichts liegt eine Zeitreihe von Abrechnungsdaten von 2014 bis einschließlich 2023 vor. Äquivalent zum Vorgehen bei der Krankenhausstatistik für die Projektion im stationären Bereich müssen auch hier die Abrechnungsgruppen aus den Rohdaten zu den im Fachkräftemonitoring für das BMG betrachteten fachärztlichen Gruppen sowie zu nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten aggregiert werden.

Für den Beruf der Zahnärztinnen bzw. -ärzte und Kieferorthopädinnen und -orthopäden (KldB 2010: 81474) stellt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) die Abrechnungsdaten in einer Sonderauswertung bereit. Hier liegen die Daten ebenfalls nach Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten vor. Die Zeitreihe umfasst gegenwärtig jährliche Daten von 2017 bis einschließlich 2023.

Anzumerken ist, dass die Abrechnungsdaten insofern verzerrt sein könnten, dass aufgrund der quartalsweisen Abrechnung der gesetzlichen Krankenkassen pro Patientin oder Patient je Arztpraxis nur maximal vier Behandlungsfälle pro Jahr in den Daten berücksichtigt werden. Da dies aber für alle ärztlichen Abrechnungsgruppen gleichermaßen sowie für die gesamte Zeitreihe gilt, sind sowohl Wahrscheinlichkeiten eines Praxisbesuchs als auch die Personalschlüssel untereinander sowie im Zeitverlauf konsistent in der Berechnung.

Anhang H.VIII. Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes

Die Pflegestatistik erhebt umfassende Strukturdaten zu stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, pflegebedürftigen Personen sowie zum Pflegepersonal. Seit 1999 wird sie im Zweijahresrhythmus veröffentlicht – der aktuelle Stand umfasst Daten bis einschließlich 2023 (STBA 2024c). Es handelt sich um eine Vollerhebung aller nach SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Ergänzend werden auch Daten von Kostenträgern – also Pflegekassen und privaten Versicherungen – erhoben, die Informationen zu Leistungsempfängenden und Leistungsgewährung bereitstellen. Die Pflegestatistik stellt eine wesentliche Datengrundlage für die GPR dar. Zudem ermöglicht sie eine Umschlüsselung der Berufsabschlüsse des Pflegepersonals in die FKM-Berufe.

Die Zahl der Pflegebedürftigen liegt getrennt nach Geschlecht in 20 Altersgruppen vor, wobei jeweils fünf Lebensjahre zu einer Gruppe zusammengefasst sind. Auch die Art der Versorgung der Pflegebedürftigen liegt unterschieden nach stationärer Unterbringung, der

Pflege zuhause allein durch Angehörige sowie zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste vor.

Die Personaldaten der ambulanten Pflegedienste und Pflegeheime liegen in Personenzahlen und VZÄ nach Berufsabschluss vor. Für das Fachkräftemonitoring für das BMG sind insbesondere die Zahlen der VZÄ in den Berufsgruppen der Altenpflege- sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege relevant.

Anhang H.IX. Datenaufbereitung Arbeitsangebotsseite

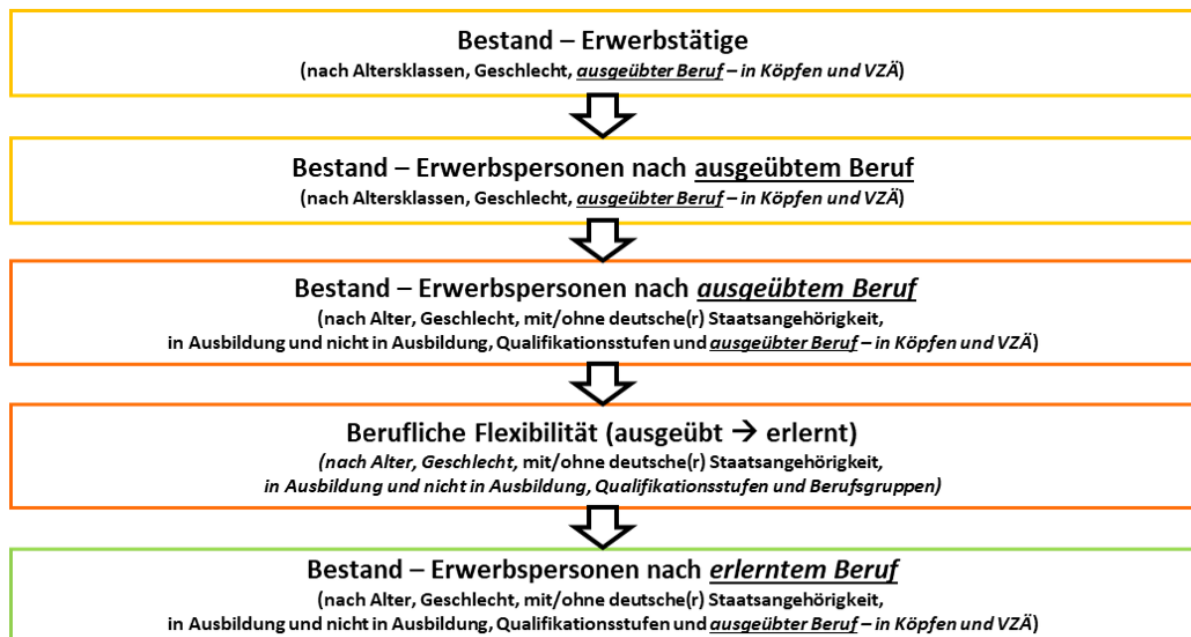
Für die Arbeitsangebotsseite stellt die GPR die wichtigste Datenquelle dar. Vom Statistischen Bundesamt erhalten wir Daten der GPR (gerundet auf 10er-Stellen) zur Anzahl an Erwerbstätigen und VZÄ nach Berufen und drei Einrichtungsarten (stationär, ambulant, sonstige Einrichtungsarten) bzw. nach Berufen, Geschlecht und fünf Altersklassen für die Jahre 2012 bis 2023. Diese werden teilweise zu übergeordneten Berufen aggregiert, sodass die FKM-Berufe des Fachkräftemonitorings für das BMG abgebildet werden können. Um die Erwerbstätigen zusätzlich nach ihrem Qualifikationsniveau, Bildungsstatus (in Bildung/nicht in Bildung) und ihrer Staatsangehörigkeit (Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit und Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit) zu unterscheiden, werden Strukturinformationen des Mikrozensus verwendet.

Um Ärzte und Ärztinnen tiefgliedriger zu unterscheiden, ersetzen Daten der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) sowie des Bundesarzregisters und des Honorarberichts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die in der GPR enthaltenen Ärzte-/Ärztinnen-Daten – mit Ausnahme der Zahnärztinnen und -ärzte und Kieferorthopädinnen und -orthopäden. Dies erlaubt eine Differenzierung nach Facharztgruppen. Der Ärztestatistik der BÄK wird zudem die Datenstruktur der Ärzte und Ärztinnen nach Altersklassen und Geschlecht entnommen. Informationen zur Staatsangehörigkeit und Personen in Bildung werden mittels des Mikrozensus ergänzt. Um in allen betrachteten Berufen die gleichen Alterskategorien verwenden zu können, wurden die Altersklassen der Ärztestatistik der BÄK an die Altersklassen der GPR mithilfe des Mikrozensus angepasst.

Im nächsten Schritt werden die Erwerbspersonen unter Berücksichtigung der beruflichen Mobilität ermittelt (vgl. [Abbildung 54](#), [Abbildung 4](#)). Die GPR, BÄK und KBV liefert nur Informationen zu Erwerbstätigen – die Erwerbslosen, also jene Personen, die aktiv nach einer Tätigkeit in den Gesundheitsberufen suchen und eine solche auch innerhalb von zwei Wochen aufnehmen könnten, müssen hinzugeschätzt werden. Hier helfen auf der Ebene von Berufsgruppen (Dreisteller der Klassifikation der Berufe) die im Rahmen des QuBe-Projektes erbrachten Datenarbeiten, welche die VGR und den Mikrozensus für die Abschätzung der Erwerbslosen heranziehen (KALINOWSKI/BERNARDT/MAIER 2025). Für die detaillierte Verteilung der Erwerbslosen auf die FKM-Berufe wird die Verteilung der zielberufsspezifischen Arbeitslosenzahlen der BA herangezogen und die Erwerbslosen der Berufsgruppe entsprechend verteilt.

Da die Projektionen der Erwerbspersonen gemäß dem erlernten Beruf erfolgen, bedarf es einer Umrechnung des Bestands an Erwerbspersonen im ausgeübtem zum erlernten Beruf. Hierzu wird zunächst die berufliche Flexibilität (auf Basis des Mikrozensus) auf Dreisteller-Ebene der Berufe des Fachkräftemonitorings für das BMG herangezogen und auf die untergeordneten 54 FKM-Berufe ausgeweitet. Zusätzliche Informationen der Wechselwahrscheinlichkeiten zwischen ausgeübtem und erlerntem Beruf fließen über eine Sonderauswertung des Mikrozensus ein, welche die Berufswechsel auf Berufsgattungsebene (Fünfsteller der Klassifikation der Berufe) betrachtet (vgl. [Anhang H.IX.i](#)).

Abbildung 54: Datenaufbereitung des Arbeitsangebotes der FKM-Berufe



Quelle: eigene Darstellung

Anhang H.IX.i. Abschätzung der beruflichen Mobilität

Die Information über die berufliche Mobilität zwischen erlerntem und ausgeübtem Beruf im QuBe-Projekt wird über die Erwerbstätigen im Mikrozensus gewonnen (KALINOWSKI/MAIER/SCHROER 2024). Bei der Übertragung der beruflichen Mobilität auf die Erwerbspersonen wird somit unterstellt, dass Erwerbslose ihre Arbeitskraft in derselben Art und Weise anbieten wie Erwerbstätige gleicher beruflicher Qualifikation, gleichen Geschlechts, gleicher Staatsangehörigkeit und gleichen Alters. Neben der Information des höchsten beruflichen Abschlusses an einer beruflichen oder akademischen Ausbildungsstätte steht dem BIBB auch die Information der Klartextangaben der gewählten Hauptfachrichtung zur Verfügung. Die Hauptfachrichtung des höchsten beruflichen Abschlusses wird vom BIBB in die KldB 2010 vercodet. Dieser Schritt erfolgt, sofern möglich, auf der kleinstmöglichen beruflichen Ebene: der rund 1 300 Berufsgattungen (Fünfsteller) der KldB 2010. Bei ca. acht Prozent der Befragten im Mikrozensus musste eine Vercodung aufgrund uneindeutiger Angaben allerdings auf einer höheren Aggregationsebene vorgenommen werden. Für die Berufsgattungen erfolgt ausgehend von der übergeordneten Berufsebene eine Imputation. Sofern die Personen erwerbstätig waren, wurde auch der ausgeübte Beruf als weitere Informationsquelle herangezogen.

Im QuBe-Projekt und auch im Fachkräftemonitoring für das BMAS erfolgt sowohl die Projektion des Neuangebots aus dem Bildungssystem als auch der beruflichen Mobilität auf der Ebene von Berufsgruppen (Dreisteller) der KldB 2010. Wesentlich für die Fortschreibung ist nicht nur die Mobilität zwischen erlerntem und ausgeübtem Beruf insgesamt, sondern deren Unterschiede nach Alter (bis 34 Jahre, 35 bis 50 Jahre und über 50 Jahren), Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Qualifikationsniveau. Eine Veränderung der soziodemografischen Struktur im erlernten Beruf wirkt sich hierdurch direkt auf die berufliche Mobilität insgesamt aus, wenn z. B. mobilere Gruppen zahlenmäßig zunehmen.

Das Fachkräftemonitoring für das BMG steht vor der Herausforderung, dass die Fallzahlen im Mikrozensus für die detaillierten Berufe unterhalb der Berufsgruppen zu gering sind, um

auch nach soziodemografischen Ausprägungen zu unterscheiden. Die berufliche Mobilität steht nur nach den Berufsgattungen insgesamt zur Verfügung, die soziodemografische Struktur muss aus den übergeordneten Berufsordnungen übernommen werden. Allerdings ist auch hier zu beachten, dass die Klartextangaben der Hauptfachrichtung eventuell zu unspezifisch sein könnten, wodurch die Anzahl an Personen in kleinen Berufen mit spezifischen Titeln (z. B. Kinderkrankenpflege) im Vergleich zu Berufen mit allgemeinerem Titel (z. B. Krankenpflege) eher unterschätzt wird (KALINOWSKI/MAIER/SCHROER 2024). Es muss deshalb für jeden Beruf des Fachkräftemonitorings für das BMG entschieden werden, ob für den Beruf die berufliche Mobilität entweder der Berufsgattung oder der Berufsgruppe plausibler ist. Hierfür erfolgt ein Vergleich mit der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit der Jahre 2018 bis 2023 (Zwei-Prozent-Stichprobe).

In der Beschäftigtenstatistik wurde die Haupttätigkeit nach Beschäftigtenumfang, Entgelt und Beschäftigtendauer definiert und dann überprüft, wer zum jeweiligen Stichtag, dem 31. Dezember der Jahre 2018 bis 2023, in einem für das Fachkräftemonitoring relevanten Gesundheitsberuf sozialversicherungspflichtig oder in Minijobs angestellt war. Darauf aufbauend wurde eine durchschnittliche jährliche Wechselrate berechnet: Sie gibt den Anteil der Personen wieder, die von einem Jahr zum folgenden in ihrem FKM-Beruf geblieben sind, bzw. diesen gewechselt haben. Personen, die von einem zum folgenden Jahr in keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung waren, z. B. weil sie in die Selbstständigkeit oder Arbeitslosigkeit übergingen oder aus dieser in eine Anstellung wechselten, sind ausgeschlossen. Eingeschlossen sind somit nur direkte Wechsel von abhängigen Beschäftigungen zwischen den Stichtagen. Aufgrund der unterschiedlichen Population, Berechnung und Interpretation ist die Höhe der jährlichen Berufswechselrate der BA nicht mit der Mobilität zwischen erlernten und ausgeübten Beruf im Mikrozensus vergleichbar. Sie gibt uns aber einen Hinweis darauf, ob sich Wechselmuster zwischen beiden Datenquellen ähneln.

So erscheint es plausibel, wenn Berufe mit vergleichsweise hohen Wechselraten auch einen geringeren Stayer-Anteil im erlernten Beruf aufweisen (also zu höheren Anteilen in andere Berufe wechseln) oder in beiden Datenquellen Wechsel zwischen bestimmten Berufen beobachtbar sind. So wird z. B. in den reglementierten Berufen des Gesundheitswesens ein staatlich anerkannter Abschluss zur Berufsausübung vorausgesetzt (z. B. Pflegefachfrau/-mann oder ein Facharztstitel). Im Mikrozensus ist aber z. B. beobachtbar, dass Personen mit einer angeblichen Hilfskraftausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege angeben, als Fachkräfte zu arbeiten. Hier besteht die Möglichkeit, dass die Personen entweder ihre Bildungsstätte (z. B. einjährige statt dreijähriger Schule des Gesundheitswesens) oder ihre ausgeübte Tätigkeit falsch eingeordnet haben. Tatsächlich lassen sich Wechsel zwischen Helfer- und Fachkrafttätigkeiten – und umgekehrt – auch in der Beschäftigtenhistorik der BA identifizieren, in der die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber den Beruf vercoden. Dies legt nahe, dass bestimmte Merkmale der Personen vorliegen müssen (wie z. B. mehrere vorhandene Ausbildungen oder eine laufenden Ausbildung), die diese Wechsel ermöglichen.

Aufgrund des Plausibilitätschecks wurden folgende Annahmen für die berufliche Mobilität getroffen:

- 81103 „Medizinische Fachangestellte (oS) – Spezialistin/Spezialist“ und 81113 „Zahnmedizinische Fachangestellte (oS) – Spezialistin/Spezialist“: Hier wird dieselbe Mobilität wie für die übergeordnete Berufsgruppe 811 „Arzt- und Praxishilfe“ unterstellt.
- 81301 „Gesundheits- und Krankenpflege (oS) – Helfer“, 81313 „Fachkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist“, 81323 „Fachkinderkrankenpflege – Spezialistin/Spezialist“, 81393 „Aufsicht – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe“: Hier wird dieselbe

Mobilität wie für die übergeordnete Berufsgruppe 813 „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ unterstellt.

- Bei allen Facharztgruppen wird angenommen, dass sie wie die Humanmediziner insgesamt in ihrer jeweiligen Facharztgruppe verweilen.
- 81694 „Nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten“: Hier wird dieselbe Mobilität wie für die übergeordnete Berufsgruppe 816 „Psychologie und nicht ärztliche Psychotherapie“ unterstellt.
- 81712 „Physiotherapie – Fachkraft“, 8176 „Diät- und Ernährungstherapie“, 81772 „Podologinnen/Podologen – Fachkraft“, 8178 „Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde (ssT)“: Hier wird dieselbe Mobilität wie für die übergeordnete Berufsgruppe 817 „Nicht ärztliche Therapie und Heilkunde“ unterstellt.
- 82101 „Altenpflege (oS) – Helfende“, 82103 „Altenpflege (oS) – Spezialistin/Spezialist“: Hier wird dieselbe Mobilität wie für die übergeordnete Berufsgruppe 821 „Altenpflege“ unterstellt.
- 8250 „Medizintechnik (oS)“ und 8251 „Orthopädie- und Rehathechnik“: Hier wird dieselbe Mobilität wie für die übergeordnete Berufsgruppe 825 „Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik“ unterstellt.

Für alle anderen Berufe wird innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe die berufliche Mobilität der Berufsgattungen verwendet. Entsprechend ist der Detailgrad der beruflichen Mobilitätsmatrix wie in **Tabelle 22** dargestellt.

Zu beachten ist, dass die Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege in den Ergebnissen auf Helfer- und Fachkraftniveau zusammen ausgewiesen werden. In der Vergangenheit zeigt sich, dass rund acht Prozent der Fachkräfte in der Altenpflege ihre Arbeitskraft auf Fachkraftniveau der Gesundheits- und Krankenpflege angeboten haben, andersherum aber nur zwei Prozent der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege in der Altenpflege. Sollten die generalistisch ausgebildeten Pflegefachfrauen und -männer in der Zukunft verstärkt als Fachkräfte der „Gesundheits- und Krankenpflege“ geführt werden, kann dieses Artefakt dazu führen, dass die „Wechsel“ von der Gesundheits- und Krankenpflege in die „Altenpflege“ zunehmen.

Tabelle 22: Berufliche Mobilität zwischen dem höchsten erlernten Beruf und ausgeübten Beruf im Jahr 2023

KldB 2010x	Erlerner Beruf	81100	81102	81112	81210	81220	81230	813x	81302	81330	81340	81350	814x	81474	81694	817x	81713	81720	81730	81740	81750	81804	81822	821x	82102	82200	82500	82520	82530	82542	82593	83142	99999	Summe
81100	(Zahn)Medizinische Fachangestellte – Spezialistin/Spezialist	62	10	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	100	
81102	Medizinische Fachangestellte (oS) – Fachkraft	0	62	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	33	99	
81112	Zahnmedizinische Fachangestellte – Fachkraft	6	4	49	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	36	100	
81210	Medizinisch-technische Berufe im Laboratorium	1	10	4	41	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	35	100	
81220	Medizinisch-technische Berufe in der Funktionsdiagnostik	0	5	2	11	47	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	100	
81230	Medizinisch-technische Berufe in der Radiologie	0	4	2	4	1	66	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	100	
813x	Gesundheits- und Krankenpflege (oS) – Helfende, Fach(kinder)krankenpflege - Spezialistin/Spezialist, Aufsicht – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe	0	1	0	0	0	0	75	14	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	7	100	
81302	Gesundheits-, Krankenpflege (oS) – Fachkraft	0	2	1	0	0	0	12	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	20	100	
81330	Berufe in der operations-/medizinischen Assistenz	0	1	1	0	0	0	15	8	53	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	17	100	
81340	Berufe im Rettungsdienst	0	1	1	0	0	0	3	6	0	61	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	22	100	
81350	Berufe in der Geburtshilfe und Entbindungspflege	0	1	1	0	0	0	5	12	1	5	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	17	100	
814x	Humanmedizin – Expertin/Experte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	96	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	
81474	Zahnärztinnen/-ärzte und Kieferorthopädinnen/-orthopäden – Expertin/Experte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	
81694	Nichtärztliche Psychotherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	45	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	100	
817x	Physiotherapie – Fachkraft, Berufe in der Diät- und Ernährungstherapie, Podologinnen/Podologen, Berufe in nicht ärztlicher Therapie und Heilkunde (ssT)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81	12	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	
81713	Physiotherapie – Spezialistin/Spezialist	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	72	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	100	
81720	Berufe in der Ergotherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
81730	Berufe in der Sprachtherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	6	69	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	100
81740	Berufe in der Musik- und Kunsttherapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	17	5	3	54	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	100
81750	Berufe in der Heilkunde und Homöopathie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	4	1	4	1	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	100
81804	Apothekerinnen/Apotheker, Pharmazeutinnen/Pharmazeuten – Expertin/Experte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	100	
81822	Pharmazeutisch-technische Assistentinnen/Assistenten – Fachkraft	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	67	0	0	0	0	0	0	0	0	27	100	
821x	Altenpflege – Helfende, Spezialistin/Spezialist	0	0	0	0	0	0	2	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	69	16	0	0	0	0	0	0	8	100	
82102	Altenpflege (oS) – Fachkraft	0	0	0	0	0	0	4	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	60	0	0	0	0	0	0	17	100	
82200	Ernährungs- und Gesundheitsberatung, Wellness	0	1	1	0	0	0	3	6	0	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	1	1	1	12	0	0	0	0	0	68	100	
82500	Berufe in der Medizintechnik (oS), Berufe in der Orthopädie- und Rehathechnik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	6	1	8	2	20	100	
82520	Berufe in der Augenoptik	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	56	0	10	3	24	100	
82530	Berufe in der Hörgeräteakustik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	73	6	2	0	15	100
82542	Zahntechnik – Fachkraft	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	60	1	0	32	100
82593	Aufsicht - Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	3	2	63	0	21	99
83142	Haus- und Familienpflege – Fachkraft	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	26	71	100
99999	Berufe außerhalb der Berufe des BMG-Fachkräftemonitoring	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	94	100	
999999	Personen ohne erlernten Beruf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98	100	

Anmerkung: oS = ohne Spezialisierung; ssT = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Quelle: Berechnungen des BIBB auf Grundlage der Erwerbstätigen des Mikrozensus 2022 und GPR 2023

Anhang H.X. Nachfragefortschreibung über die demografische Entwicklung und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ansätze A1, A2 und A4

In **Kapitel 2.6** wurden die Projektionsansätze für die Nachfrageseite kurz dargestellt. Der Ansatz A koppelt die demografische Entwicklung direkt mit der Inanspruchnahme der von Gesundheitsleistungen. Werden die Inanspruchnahmen über Informationen zu den gesetzlich Krankenversicherten berechnet, bedarf es Zusatzannahmen zum Verhalten von Patientinnen und Patienten, die privatversichert sind. Dies ist für die Ansätze A1, A2 und A4 relevant, die nachfolgend im Detail beschrieben werden.

Anhang H.X.i. Ansatz A1

Grundlage des Ansatzes A1 bilden die GKV-Heilmittel-Schnellinformations-Daten. Er dient dazu, die Inanspruchnahme von Leistungen in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm- und Sprechtherapie, Podologie und Ernährungstherapie fortzuschreiben.

Für jeden der genannten fünf Bereiche wird in einem ersten Schritt die **Zahl der Behandlungseinheiten pro Person** nach Altersklasse ermittelt. Da die **GKV-Daten** jedoch nur Informationen der gesetzlich Versicherten bieten, müssen die Privatversicherten durch einen Aufschlagsfaktor zusätzlich berücksichtigt werden. Aufgrund fehlender spezifischer Daten zur **PKV** in diesem Zusammenhang ist angenommen, dass deren Verhalten dem der gesetzlich Versicherten (je Altersklasse) gleicht². Diese Ergänzung ist notwendig, da in einem weiteren Schritt eine Fortschreibung mit der Demografie erfolgt, also mit der gesamten Bevölkerung nach Altersklasse, die sich zu 89,6 Prozent aus gesetzlich Versicherten und zu 10,4 Prozent aus Privatversicherten (Stand: 2023) zusammensetzt. Die genutzten Strukturdaten der Privatversicherten errechnen sich als Restgröße aus der Gesamtbevölkerung und den gesetzlich Versicherten nach Alter und Geschlecht bis einschließlich 2023. Sie unterscheiden sich strukturell von den gesetzlich Versicherten, weil sie anteilig mehr Männer und mehr Personen mittleren Alters abbilden. Da die GKV-Heilmittel-Schnellinformations-Daten nur Alters- und keine Geschlechtsangaben der Patientinnen und Patienten umfassen, wird im Ansatz A2 folglich ein Aufschlagsfaktor gemäß der PKV-Altersstruktur zur Zahl der GKV-Behandlungseinheiten nach Altersklasse und Therapieart multipliziert.

In einem weiteren Schritt ist also die jeweilige für die Gesamtbevölkerung errechnete Gesamtzahl an Behandlungseinheiten der fünf Therapiebereiche nach Altersgruppen **fortgeschrieben mit der Demografie** der Basisprojektion des QuBe-Modells.

Um die dafür benötigte Zahl an Personal zu berechnen, wird ein **Personalschlüssel** herangezogen: Es wird die Zahl der Behandlungseinheiten pro VZÄ der jeweiligen Heilmittelerbringenden berechnet.

Mit diesen Personalschlüsseln für das letzte verfügbare Jahr (hier 2023) und der durch die Demografie getriebenen Zahl der Behandlungseinheiten bis ins Jahr 2040 ist dann schließlich der Personalbedarf im ambulanten Bereich bis zum Jahr 2040 berechnet. Dies erfolgt für die fünf Therapieberufe bzw. im Bereich Physiotherapie unterteilt nach Fachkraft und Spezialistin bzw. Spezialist.

² Die private Nachfrage könnte u. a. aufgrund fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Ausstellung von Verordnungen höher ausfallen als jene der gesetzlich Versicherten, es liegen jedoch leider keine umfassenden Daten vor (siehe auch **Kapitel 0**).

Anhang H.X.ii. Ansatz A2

Grundlage des Ansatzes A2 bilden die GKV-Arzneimittel-Schnellinformations-Daten (vgl. **Abschnitt 0**). Er dient der Fortschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker.

Dafür sind in einem ersten Schritt die Verordnungszahlen der Statistik nach Geschlecht und Altersjahr durch die Bevölkerung nach Geschlecht und Altersjahr geteilt, um schließlich die **Arzneimittelverordnungszahl pro Person** nach Altersjahr und Geschlecht zu erhalten. Wie in Ansatz A1 handelt es sich um **Daten der GKV**, also gesetzlich Versicherte, weshalb zusätzlich Daten der **Privatversicherten** nach Altersjahr und Geschlecht durch einen Aufschlagsfaktor in die Berechnungen einbezogen werden. Da uns keine detaillierten speziellen Informationen über das Verhalten der Privatversicherten hinsichtlich Arzneimittelverordnungen vorliegen, ist implizit angenommen, dass das Verhalten Privatversicherter bei den Arzneimittelverordnungszahlen dem der gesetzlich Versicherten gleicht – sprich, bspw. lässt eine 30-jährige privatversicherte Frau genauso viele Verordnungen durch eine Apothekerin oder einen Apotheker bearbeiten wie eine gesetzlich Versicherte im gleichen Alter.

Um schließlich den Personalbedarf zu bestimmen, wird ein Schlüssel aus Verordnungszahlen je VZÄ im Beruf gebildet. Mit diesem Personalschlüssel (zum Zeitpunkt der letzten verfügbaren Daten: 2023) und der im vorherigen Schritt für die kommenden Jahre durch die Demografie getriebene Zahl der Verordnungen ist dann schließlich der Personalbedarf im ambulanten Bereich bis zum Jahr 2040 für die Apothekerinnen und Apotheker berechnet.

Anhang H.X.iii. Ansatz A4

Auf Grundlage der kassenärztlichen Abrechnungsdaten der K(Z)BV wird mit dem Ansatz A4 die Nachfrage nach fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen im ambulanten Bereich projiziert.

Die ärztlichen Abrechnungsdaten liegen pro Arztgruppe nach Altersjahren sowie für Männer und Frauen getrennt vor. Dementsprechend lassen sich mittels der Zahlen zur Gesamtbevölkerung spezifische Wahrscheinlichkeiten eines Praxisbesuchs je Alter und Geschlecht und des jeweiligen Berufs berechnen. Die vorliegenden Abrechnungsdaten umfassen nur **Praxisbesuche von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten**. Da zum Zeitpunkt der Modellrechnung keine Abrechnungsdaten von privaten Krankenkassen zur Verfügung standen, wurden die Fälle mit einem Aufschlagfaktor multipliziert, der den Anteil der Privatversicherten repräsentiert. Dies verhindert, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen unterschätzt wird. Die zugrundeliegende Annahme ist, dass sich privat Versicherte genauso verhalten wie gesetzlich Versicherte – in dem Sinne, dass sie je nach Altersjahren und Geschlecht genauso häufig dieselben ärztlichen Gruppen besuchen.

Mit den errechneten Wahrscheinlichkeiten eines Praxisbesuchs in Verbindung mit der fortgeschriebenen kann dann für jedes Projektionsjahr die Gesamtzahl der Praxisbesuche je ärztlicher Gruppe berechnet werden. In Verbindung mit den demografisch fortgeschriebenen Behandlungsfällen und den errechneten Personalschlüsseln lässt sich der Personalbedarf in diesen ärztlichen Berufen im ambulanten Bereich bis zum Projektionshorizont 2040 bestimmen. Für die ärztlichen Berufe ohne Facharztbezeichnung liegen keine Daten zur Inanspruchnahme vor und hier ist von einer Entwicklung der realisierten Nachfrage wie bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizern ausgegangen.