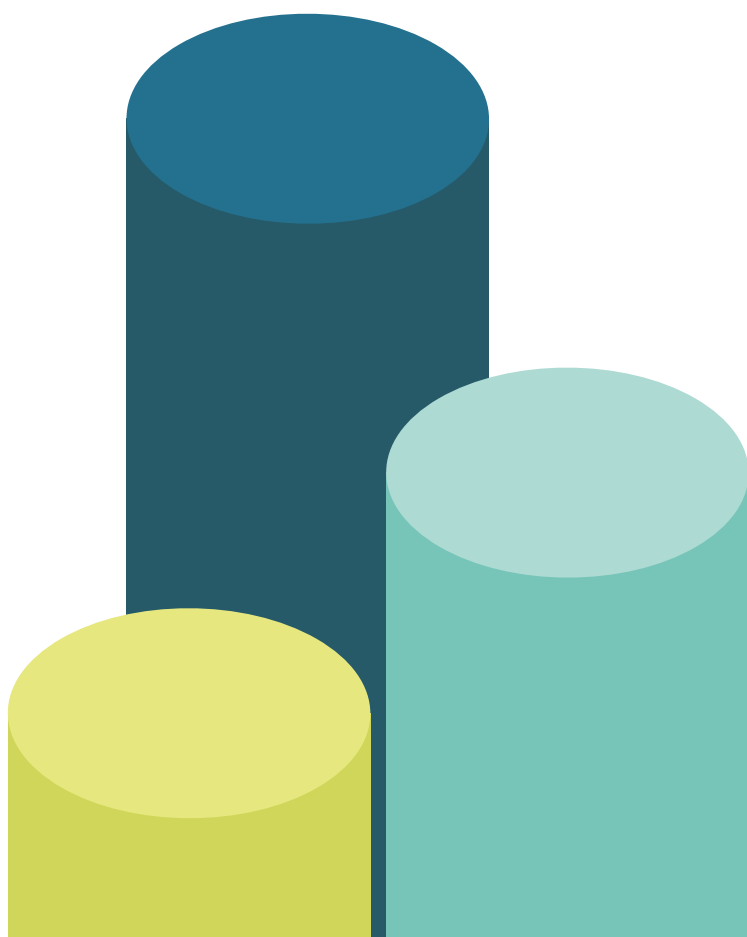


# 8. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2026

Heil- und Hilfsmittelerbringer, Pflegedienstleister, Rettungsdienste  
und Krankentransporte, Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken



Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich geschützten Inhalte dieses Werkes für Zwecke des Text- und Data-Minings nach § 44 b UrhG ausdrücklich vor. Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.

**Bitte beachten Sie:**

Aufgrund der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf alle Geschlechter.

## Impressum

### Herausgegeben von:

opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH  
Berthold-Beitz-Boulevard 514  
45141 Essen

Telefon: 0201 32068-647

E-Mail: [s.schlueter@optadata-gruppe.de](mailto:s.schlueter@optadata-gruppe.de)

URL: [www.zukunftsstiftung.optadata.de](http://www.zukunftsstiftung.optadata.de)

### Chefredaktion:

Sebastian Schlüter, Nina Poddig

### Beratung und Mitarbeit:

Armin Keivandarian, Jan Hellmig, Jannis Böhner (Hilfsmittel),  
Julia Pichura (Heilmittel), Katharina Pohl (KI), Sonja Rumer (Rettungsdienste),  
Stefan Moritz (Bewegungsdaten), Tim Breite (Pflege).

### Satz, Grafik, Illustrationen:

BÜREAU – Raum für Gestaltung ([bureau.de](http://bureau.de))

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Warenzeichen und Handelsnamen in dieser Publikation sind geschützt.

Publizierende und Herausgebende haben sich bemüht, alle Bildrechte zu klären. Sollte dies im Einzelfall nicht oder nicht zutreffend gelungen sein, wird um Nachricht an den Verlag gebeten.

ISBN Print: 978-3-87468-521-4

PDF: kostenlos als Download:  
<https://od.link/jahrbucharchiv>



© Verlag Karl Maria Laufen  
Oberhausen 2026  
[www.laufen-online.com](http://www.laufen-online.com)

1. Auflage 2026

### Druck:

Pustet, Regensburg



# Vorwort



## Liebe Leserin, lieber Leser,

die Gesundheitsbranche ist in Bewegung – und selten war es so wichtig, den Überblick zu behalten. Das vorliegende Jahrbuch liefert genau das: eine umfassende und tiefgreifende Momentaufnahme der Versorgung in Deutschland. Zahlen, Stimmen, Hintergründe – aktuell, verdichtet und auf einen Blick. Für alle, die sich strategisch mit der Zukunft des Gesundheitswesens beschäftigen, ist es inzwischen zu einer festen Orientierung geworden. Um so mehr freut es mich, in diesem Jahr einleitende Gedanken beisteuern zu dürfen.

Mein Blick richtet sich auf die Pflege. Dort bewegt sich aktuell viel – manches deutlich sichtbar, anderes eher leise, aber nicht weniger bedeutsam. Mit dem „Pflegekompetenzgesetz“ wurde 2025 politisch ein wichtiges Signal gesetzt: Pflegefachpersonen sollen

mehr Verantwortung übernehmen, bürokratische Hürden abgebaut und Handlungsspielräume erweitert werden. Die Reaktionen aus der Praxis waren gemischt – viele begrüßen die neue Richtung, andere fragen sich, ob die Umsetzung Schritt halten kann. Klar ist, die Pflege gewinnt angesichts des demografischen Wandels massiv an Bedeutung: Eine konstante Anzahl an Pflegekräften steht einer stark wachsenden Zahl Pflegebedürftiger gegenüber. Prognosen des Statistischen Bundesamtes gehen von bis zu 690.000 fehlenden Pflegekräften bis 2049 aus. Um dies zu bewältigen ist ein tiefgreifender Wandel nötig – strukturell, personell und digital.

In der täglichen Versorgung zeigt sich bereits heute eine große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Pflegekräfte verbringen mehr als ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Aufgaben, die nicht der direkten Versorgung dienen – Dokumentation, Kommunikation, IT, Organisation. Das sorgt für Frust und kostet genau das, was gute Pflege eigentlich ausmacht: Zeit für Menschen. Wenn sie auf Praxistauglichkeit und echte Entlastung hin entwickelt wird, kann Digitalisierung hier ein Hebel sein.

Zu oft wird übersehen: Pflege ist mehr als ein Leistungserbringer – sie ist ein verbindendes Element im Gesundheitssystem. Pflegekräfte koordinieren Übergänge, halten Kontakt zu Angehörigen, Hausärzten, Krankenhäusern, Therapeut:innen, Sanitätshäusern und vielen mehr. Sie begleiten Menschen oft über Jahre – mit einem kontinuierlichen Blick auf Versorgungsverläufe, Bedarfe und Lücken. Während ein Arztbesuch im Schnitt rund sieben Minuten dauert,

ist die Pflege in den Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen tief eingebunden. Diese Nähe macht sie zu einem idealen Partner für digitale Prozesse – aber bislang spiegelt sich das weder in Technik noch in Strukturvorgaben ausreichend wider. Interoperabilität heißt das Stichwort, Leistungserbringer müssen bestmöglich vernetzt agieren können.

Zugleich wissen wir: Pflegekräfte sind keine IT-Spezialist:innen – und müssen es auch nicht werden. Digitale Helfer müssen so gestaltet sein, dass sie intuitiv nutzbar sind, erkennbaren Nutzen bringen und sich in die Ausbildung sowie den Arbeitsalltag integrieren lassen. Dafür braucht es gezielte Programme zur digitalen Kompetenzentwicklung, praxisnahe Forschung und Systeme, die wirklich unterstützen – nicht zusätzlich belasten.

Genau aus diesem Grund haben wir 2025 den Verband für digitale Standards in der Pflege (VdSP e.V.) gegründet – gemeinsam mit führenden Herstellern und Expert:innen aus der Versorgung. Wenn jede Organisation eigene Lösungen baut, entstehen neue Insellandschaften, daher ist unser Ziel die Digitalisierung der Pflege schneller und gemeinschaftlich voranzubringen. Nur durch offene Standards, gemeinsame Schnittstellen und herstellerübergreifende Zusammenarbeit kann Digitalisierung ihre Wirkung entfalten.

Wir stehen dabei erst am Anfang – und ohne gemeinsame Anstrengungen und einen echten Investitionsschub wird es nicht zügig vorangehen. Mit unserem Vorschlag für einen Pflege-Digital-Booster in Höhe

von 9 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen des Bundes möchten wir die Diskussion konkret machen: Es geht um gezielte Investitionen in Technik, sichere IT-Infrastrukturen, digitale Qualifizierung und bessere Vernetzung. Die Pflege kann diesen Wandel nicht allein stemmen – dafür fehlen ihr unter den aktuellen Rahmenbedingungen schlichtweg die Ressourcen. Dass gezielte Förderung wirkt, zeigen die Erfahrungen aus dem Krankenhauszukunftsgesetz deutlich. Jetzt braucht es auch für die Pflege vergleichbare Impulse – praxisnah, breit wirksam und zukunftsgerichtet. Ich bin überzeugt: Wir stehen am Anfang einer tiefgreifenden Veränderung in der Versorgung. Digitalisierung und insbesondere KI werden helfen, das Altern besser zu gestalten, Versorgung gezielter zu steuern und Lebensqualität zu erhalten. Aber das geht nur, wenn Pflege dabei nicht als Nachgedanke behandelt wird – sondern als das, was sie ist: das Rückgrat unseres Gesundheitswesens.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre – mit neuen Perspektiven, spannenden Impulsen und vielleicht auch dem einen oder anderen Aha-Moment für Ihre Arbeit.



Dr. Carsten Steinhoff  
Co-Vorstand,  
Verband für digitale Standards in der Pflege (VdSP e. V.)  
[www.vdsp.org](http://www.vdsp.org)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2025</b>	<b>16</b>
2.1	Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung – <b>Dr. Jan Helmig, Dr. Armin Keivandarian</b>	18
2.1.1	Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung	18
2.1.2	Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial	18
2.1.3	Telematikinfrastruktur und Pflichtenbindung: Digitalisierung als Governance-Instrument	18
2.1.4	eVerordnung und Hilfsmittelversorgung: Digitalisierung als Prozessstandardisierung	19
2.1.5	Pflegekompetenz, Professionalisierung und digitale Anschlussfähigkeit	19
2.1.6	Hebammen und Therapieberufe: Professionalisierung ohne digitale Kohärenz	20
2.1.7	Diskussion: Digitalisierung als professionspolitische Variable	20
2.1.8	Fazit: Perspektivwechsel als Voraussetzung versorgungsadäquater Digitalisierung	20
2.2	Einflüsse der künstlichen Intelligenz im deutschen Gesundheitswesen – <b>Dr. Katharina Pohl</b>	20
<b>3</b>	<b>Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland</b>	<b>24</b>
3.1	Wenn digitale Helfer Menschlichkeit ermöglichen – VIVA!care als Brücke zwischen Nähe und Distanz – <b>Dr. Bettina Horster</b>	26
3.2	Innovativer Lösungsansatz für ein altbekanntes Problem – Wie die systemische Flexibilisierung das deutsche Gesundheitssystem verändern könnte – <b>Steffen Branz</b>	30
3.3	Zukunft gestalten: Digitale Dokumentationsprozesse in der Medizintechnik – Ein Praxisbeispiel aus der Diabetesversorgung – <b>Dr. Ing. Maike Sauerhoff</b>	36
3.4	Homecare-Therapiemanagement – zwischen Innovation und Realität – <b>Dennis Giesfeldt</b>	40
3.5	Hebammenzukunft 2035 – Warum die Zukunft der Hebammen eine Zukunftsfrage für die ganze Gesellschaft ist – <b>Linda Kaiser</b>	46
3.6	Hilfsmittel-Studie 2026 – <b>Linda Kaiser</b>	56
3.7	Professionelle Ernährungstherapie: Strukturen, Anforderungen und Perspektiven in der Versorgung – <b>Sandra Strehle, Dr. Andrea Lambeck</b>	60

## 4 Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken 64

4.1	Ärzte	66
4.2	Krankenhäuser	69
4.3	Apotheken	72
4.3a	Studium der Pharmazie und Pharmatechnik	77
4.3b	Versorgungsdichte Apotheken	78

## 5 Studium, Aus- und Weiterbildung 80

### a. Heilmittel

5a.1	Physiotherapie	82
5a.2	Ergotherapie	84
5a.3	Logopädie	85
5a.4	Podologie	86
5a.5	Geburtshilfe	87
5a.6	Ernährungstherapie	88
5a.6.1	Diätassistenten	88
5a.6.2	Oecotrophologen/Ernährungswissenschaftler – Ernährungsfachkräfte mit Studienabschluss	89
5a.7	Masseure und medizinische Bademeister	92

### Hinweis

Trotz Integration aller vier Jahrbücher zu einem Gesamtband (ab 2023), bleibt die schnelle Vergleichbarkeit erhalten:

Jahrbücher 2018 – 2022 → Jahrbücher 2023 – 2026

5.1.3 Homecare → 5b.1.3 Homecare

<b>5 Studium, Aus- und Weiterbildung</b>	
<b>b. Hilfsmittel</b>	<b>94</b>
5b.1 Orthopädietechnik	96
5b.1.1 Medizintechnik	97
5b.1.2 Rehathechnik	97
5b.1.3 Homecare	97
5b.2 Orthopädieschuhmacher	98
5b.3 Hörakustik	99
5b.4 Augenoptik	100
5b.5 Zweithaar-Spezialist	101
5b.6 Vergleich der Ausbildungszahlen	102

<b>5 Studium, Aus- und Weiterbildung</b>	
<b>c. Pflege</b>	<b>108</b>
5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	111
5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege	112
5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	113
5c.4 Altenpflegehilfe	114
5c.5 Altenpflege	115
5c.6 Generalistische Pflege	116
5c.7 Versorgungsdichte - Pflegeschulen	117

<b>5 Studium, Aus- und Weiterbildung</b>	
<b>d. Rettungsdienste und Krankentransporte</b>	<b>118</b>
5d.1 Gesetzlicher Rahmen	120
5d.2 Hilfsorganisationen	121
5d.3 Rettungshelfer (RH)	121
5d.4 Rettungssanitäter (RettSan)	122
5d.5 Rettungsassistent (RA)	122
5d.6 Notfallsanitäter (NFS)	123
5d.7 Telenotarzt (TNA)	124
5d.8 Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)	124
5d.9 Mobile Retter (MR)	125
5d.10 Auszubildende in beruflichen Schulen	126
5d.11 Studium	128
5d.12 Weiterbildung	129
5d.13 Einfache Krankentransporte durch Taxifahrer	129

## 6 Basisdaten Gesundheitsberufe

<b>a. Heilmittel</b>	<b>130</b>
6a.1 Physiotherapie	134
6a.1.1 Personalstruktur	134
6a.1.2 Versorgungsdichte	138
6a.2 Ergotherapie	139
6a.2.1 Personalstruktur	139
6a.2.2 Versorgungsdichte	140
6a.3 Logopädie	141
6a.3.1 Personalstruktur	141
6a.3.2 Versorgungsdichte	142
6a.4 Podologie	143
6a.4.1 Personalstruktur	143
6a.4.2 Versorgungsdichte	144
6a.5 Geburtshilfe	145
6a.5.1 Personalstruktur	145
6a.5.2 Versorgungsdichte	146

## 6 Basisdaten Gesundheitsberufe

<b>b. Hilfsmittel</b>	<b>148</b>
6b.1 Orthopädietechnik und Rehathechnik	151
6b.1.1 Personalstruktur	151
6b.1.2 Anzahl der Betriebe	152
6b.1.3 Versorgungsdichte	153
6b.2 Medizintechnik	154
6b.2.1 Personalstruktur	154
6b.2.2 Anzahl der Betriebe	155
6b.2.3 Versorgungsdichte	156
6b.3 Orthopädieschuhmacher	157
6b.3.1 Personalstruktur	157
6b.3.2 Anzahl der Betriebe	158
6b.3.3 Versorgungsdichte	159
6b.4 Hörakustik	160
6b.4.1 Personalstruktur	160
6b.4.2 Anzahl der Betriebe	161
6b.4.3 Versorgungsdichte	162

6b.5	Augenoptik	163
6b.5.1	Personalstruktur	163
6b.5.2	Anzahl der Betriebe	164
6b.5.3	Versorgungsdichte	165
6b.6	Homecare	166
6b.6.1	Versorgungsdichte	167
6b.7	Zweithaar-Spezialisten	168
6b.7.1	Versorgungsdichte	169
6b.8	Sanitätshäuser	170
6b.8.1	Versorgungsdichte	171
6b.9	Wirtschaftliche Aufzählung	172

## 6 Basisdaten Gesundheitsberufe

c. Pflege		176
6c.1	Pflegeinfrastruktur	179
6c.1.1	Ambulante und stationäre Pflege	179
6c.1.2	Versorgungsdichte – Häusliche Pflegeeinrichtungen	184
6c.1.3	Versorgungsdichte – Stationäre Pflegeeinrichtungen	185
6c.2	Finanzielle Aufschlüsselung	186
6c.3	Pflegeberufe	188
6c.3.1	Gesundheits- und Krankenpflege	188
6c.3.2	Altenpflege	191
6c.3.3	Fach- und Fachkinderkrankenpflege	194
6c.4	Intensiv-, Tages- und Nachtpflege	195
6c.4.1	Intensivpflege	195
6c.4.2	Entwicklung des Intensivpflege-Index	195
6c.4.3	Tages- und Nachtpflege	196

## 6 Basisdaten Gesundheitsberufe

d. Rettungsdienste und Krankentransporte		198
6d.1	Beschäftigte im Rettungsdienst und Krankentransportwesen	202
6d.1.1	Personalstruktur im Rettungsdienst	202
6d.1.2	Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation	203
6d.1.3	Versorgungsdichte – Rettungsdienste	205
6d.2	Ausgaben und Leistungsfälle im Rettungsdienst	206

<b>7</b>	<b>Verbände</b>	
	a. Heilmittel	210
	7a.1 Aufgaben	211
	7a.2 Verbände in den verschiedenen Heilmittelberufen	211
	7a.3 Verbände und Interessenvertretung	212
	7a.4 Aktuelle Situation	212
<b>7</b>	<b>Verbände, Innungen</b>	
	b. Hilfsmittel	214
	7b.1 Orthopädie- und Rehathechnik	215
	7b.2 Medizintechnik/Homecare	216
	7b.3 Orthopädieschuhmacher	216
	7b.4 Hörakustik	217
	7b.5 Augenoptik	217
	7b.6 Zweithaar-Spezialisten	217
	7b.7 Herstellerverbände	217
<b>7</b>	<b>Verbände</b>	
	c. Pflege	218
	7c.1 Aufgaben der Berufsverbände	219
	7c.2 Aufgaben der Pflegekammern	220
<b>7</b>	<b>Verbände, Hilfsorganisationen</b>	
	d. Rettungsdienste und Krankentransporte	222
	7d.1 Arbeiter-Samariter-Bund – ASB	224
	7d.2 Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz – BKS	224
	7d.3 Deutscher Berufsverband Rettungsdienst – DBRD	224
	7d.4 Deutsche Lebensrettungsgesellschaft – DLRG	225
	7d.5 Deutsches Rotes Kreuz – DRK	225
	7d.6 Johanniter-Unfallhilfe – JUH	226
	7d.7 Malteser Hilfsdienst – MHD	226
	7d.8 Deutscher Feuerwehrverband – DFV	226
	7d.9 Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund)	226
	7d.10 Bündnis Pro Rettungsdienst	227
	7d.11 Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften – DGRe	227

## 8 Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse 228

### Nur Online

8a	Heilmittel	234
8b	Hilfsmittel	240
8c	Pflege	284
8d	Rettungsdienste und Krankentransporte	304

## 9 Glossar 308

## 10 Abkürzungsverzeichnis 314

### Hinweis

Das seitenintensive Kapitel 8 ist aus Gründen der Ressourcenschonung nur noch in der kostenlosen digitalen PDF-Ausgabe enthalten:

<https://od.link/jahrbucharchiv>





1

# Einleitung

Dr. Armin Keivandarian,  
Leiter Stabsstelle Public Affairs & Data Analytics  
der opta data Gruppe

Mit dem Statistischen Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2026 erhalten Sie erneut einen kompakten, datenbasierten Überblick über zentrale Entwicklungen und Strukturen der Gesundheitsversorgung – von den digitalpolitischen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen 2025 (inkl. relevanter Gesetzesvorhaben und Einflüsse der Künstlichen Intelligenz) bis hin zu den etablierten, jährlich fortgeschriebenen Übersichten zu Ärzteschaft, Krankenhäusern und Apotheken, Ausbildung und Studium, Basisdaten der Gesundheitsberufe sowie den maßgeblichen Verbänden.

Kapitel 2 analysiert die Entwicklungen des letzten Jahres und ordnet sie aus einer gesundheitsfachberuflichen Perspektive ein. Durch die verpflichtende Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur ab Juli 2025, wird die Pflege erstmals systematisch in digitale Prozesse eingebunden, schafft jedoch gleichzeitig neue organisatorische und dokumentarische Anforderungen, die hier diskutiert werden. Für Therapieberufe und Hilfsmittelversorger beschreibt das Kapitel eine Phase der „antizipierten Digitalisierung“, in der digitale Strukturen politisch geplant, aber noch nicht vollständig in der Versorgungspraxis umgesetzt sind. Gleichzeitig zeigt das Kapitel, dass gesetzliche Reformen zur Stärkung pflegerischer Kompetenzen digital noch nicht ausreichend unterstützt werden, wodurch eine Diskrepanz zwischen politischem Anspruch und technischer Infrastruktur entsteht. Ergänzend wird der zunehmende Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen beschrieben, etwa in der Diagnostik, Dokumentation, Prävention oder automatisierten Prozessunterstützung.

Eine besondere Rolle nimmt dabei Kapitel 3 ein: Anders als die regelmäßig aktualisierten Statistik- und Strukturkapitel versammelt es externe Fachbeiträge, die aktuelle Entwicklungen, Projekte und Praxisinitiativen aus unterschiedlichen Perspektiven greifbar machen. Hier kommen gezielt externe Autorinnen und Autoren zu Wort, die aktuelle gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen anhand konkreter Beispiele greifbar machen. So zeigt **Dr. Bettina Horster** am Beispiel von VIVALcare, wie digitale Helfer nicht „Technik um der Technik willen“ sind, sondern ganz praktisch dazu beitragen können, Menschlichkeit zu

ermöglichen – indem sie Nähe dort unterstützen, wo Distanz im Versorgungsalltag oft unvermeidbar ist. **Steffen Branz** knüpft daran mit einem pointierten Perspektivwechsel an und erläutert, wie systemische Flexibilisierung als innovativer Lösungsansatz ein altbekanntes Strukturproblem adressieren und dabei das deutsche Gesundheitssystem spürbar verändern könnte.

Einen praxisnahen Einblick in die „Maschinenräume“ der Versorgung gibt **Dr.-Ing. Maïke Sauerhoff**: An einem Praxisbeispiel aus der Diabetesversorgung macht sie deutlich, welche Rolle digitale Dokumentationsprozesse in der Medizintechnik spielen – und wie sich Qualität, Nachvollziehbarkeit und Effizienz entlang der Versorgungskette verbessern lassen. **Dennis Giesfeldt** beleuchtet anschließend das Homecare-Therapiemanagement als Spannungsfeld zwischen Innovation und Realität: Welche Lösungen sind bereits da, wo hakt es in der Umsetzung – und welche Voraussetzungen braucht es, damit Innovation im Alltag tatsächlich ankommt? Mit Blick nach vorn entwirft **Linda Kaiser** in Hebammenzukunft 2035 ein Zukunftsbild, das die Hebammenversorgung als gesellschaftliche Schlüsselaufgabe versteht – und damit bewusst über Berufs- und Sektorengrenzen hinaus argumentiert; ergänzend vertieft sie mit der Hilfsmittel-Studie 2026 aktuelle Befunde und Entwicklungen rund um die Hilfsmittelversorgung. Den Abschluss bildet die Perspektive der Ernährung: **Sandra Strehle** und **Dr. Andrea Lambeck** ordnen die professionelle Ernährungstherapie in der Versorgung ein, beschreiben Strukturen und Anforderungen und zeigen zugleich auf, welche Perspektiven sich für eine stärkere, qualitätsgesicherte Verankerung ergeben.

Die Gliederung des Jahrbuchs verfolgt erneut das Ziel, einen gezielten und schnellen Zugriff auf relevante Informationen zu ermöglichen. Neben Überblicken zu aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung sowie zu gesundheitsfachpolitischen Projekten bietet der Band detaillierte Analysen der statistischen Entwicklungen in den gesundheitsfachberuflichen Handlungsfeldern.

2

# Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2025

Dr. Jan Helmig,  
Geschäftsführer der opta data Gruppe

Dr. Armin Keivandarian,  
Leiter Stabsstelle Public Affairs & Data Analytics der opta data Gruppe

Dr. Katharina Pohl,  
Leitung der KI-Zentrale der opta data Gruppe



2.1	<u>Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung – Dr. Jan Helmig, Dr. Armin Keivandarian</u>	18
2.1.1	<u>Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung</u>	18
2.1.2	<u>Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial</u>	18
2.1.3	<u>Telematikinfrastruktur und Pflichtanbindung: Digitalisierung als Governance-Instrument</u>	18
2.1.4	<u>eVerordnung und Hilfsmittelversorgung: Digitalisierung als Prozessstandardisierung</u>	19
2.1.5	<u>Pflegekompetenz, Professionalisierung und digitale Anschlussfähigkeit</u>	19
2.1.6	<u>Hebammen und Therapieberufe: Professionalisierung ohne digitale Kohärenz</u>	20
2.1.7	<u>Diskussion: Digitalisierung als professionspolitische Variable</u>	20
2.1.8	<u>Fazit: Perspektivwechsel als Voraussetzung versorgungsadäquater Digitalisierung</u>	20
2.2	<u>Einflüsse der künstlichen Intelligenz im deutschen Gesundheitswesen – Dr. Katharina Pohl</u>	20

## 2.1 Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung –

Dr. Jan Helmig,  
Dr. Armin Keivandarian

### 2.1.1 Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung

Bereits in den vergangenen Jahren haben wir uns immer wieder an dieser Stelle mit dem Verlauf der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens befasst und die Frage aufgeworfen, wie sich dieser Prozess auf die Praxis der gesundheitsfachberuflichen LeistungserbringerInnen auswirkt. Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass in der Versorgungsforschung die Digitalisierung häufig als infrastrukturelle oder prozessuale Variable behandelt wird: als Mittel zur Effizienzsteigerung, zur Verbesserung von Informationsflüssen oder zur Reduktion sektoraler Brüche. Diese Perspektive greift jedoch zu kurz, wenn Digitalisierung primär aus ärztlich-krankenhauszentrierten Versorgungsmodellen heraus gedacht wird.

Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht – insbesondere der Pflege, der Therapieberufe, der Hebammen sowie der Hilfsmittelleistungserbringer – ist Digitalisierung kein bloßes Werkzeug, sondern eine strukturierende Kraft, die Rollen, Verantwortlichkeiten und Handlungsspielräume in der Versorgung neu ordnet. Das Jahr 2025 stellt hierfür einen empirisch wie politisch bedeutsamen Referenzpunkt dar: Erstmals werden Gesundheitsfachberufe systematisch und flächendeckend in digitale Infrastrukturen eingebunden.

Dieser Beitrag versteht Digitalisierungspolitik 2025 daher nicht als technischen Fortschritt, sondern als **Versorgungsintervention**, deren Effekte nur aus einer multiprofessionellen, gesundheitsfachberuflich informierten Perspektive angemessen analysiert werden können.

### 2.1.2 Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Opt-out-Modell wird 2025 eine zentrale digitale Versorgungsstruktur etabliert. Aus Sicht einer gesundheitsfachberuflichen Versorgungsforschung ist dabei weniger die technische Implementierung relevant als die implizite Versorgungslogik, die der ePA eingeschrieben ist. Die ePA folgt weiterhin einem primär medizinisch-diagnostischen Paradigma. Pflegefachliche Assessments, therapeutische Zielsysteme oder versorgungspraktische Entscheidungen von Hilfsmittelakteuren sind strukturell nach wie vor nachgeordnet. Für die Versorgungsforschung ergibt sich daraus ein zentraler Befund: Die ePA integriert Gesundheitsfachberufe zunächst theoretisch, funktional, ohne ihre professionsspezifischen Wissensformen gleichwertig abzubilden.

Damit reproduziert die ePA bestehende Hierarchien der Versorgung – nun in digitaler Form. Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht entsteht eine asymmetrische Teilhabe: Zugang zu Informationen soll dann gegeben sein, epistemische Deutungshoheit bleibt aber ungleich verteilt. Die ePA fungiert somit als digitales Steuerungsinstrument, das professionsspezifische Perspektiven selektiv sichtbar macht. Hier besteht aus Sicht der Autoren ein klares Verbesserungspotenzial.

### 2.1.3 Telematikinfrastruktur und Pflichtenbindung: Digitalisierung als Governance-Instrument

#### 2.1.3.1 Pflege: Von der Versorgungsrealität zur digitalen Verpflichtung

Die verpflichtende TI-Anbindung der Pflege ab Juli 2025 ist ein paradigmatisches Beispiel für Digitalisierung als Governance-Mechanismus. Pflegeeinrichtungen werden nicht aufgrund eines nachgewiesenen digitalen Mehrwerts eingebunden, sondern aufgrund ihrer systemischen Relevanz für Versorgungskontinuität.

Diese Entwicklung ist ambivalent: Einerseits wird Pflege erstmals als gleichwertiger Akteur digital adressiert.

Andererseits erfolgt die Einbindung top-down, ohne dass pflegerische Versorgungslogiken den Ausgangspunkt der digitalen Architektur bilden. Digitalisierung wirkt hier weniger als Ermöglichungsstruktur, sondern als regulatorische Rahmensetzung, die neue Dokumentations- und Kommunikationspflichten erzeugt.

### 2.1.3.2 Therapieberufe und Hilfsmittelakteure: Antizipierte Digitalisierung

Im Bereich der Therapieberufe und der Hilfsmittelversorgung zeigt sich 2025 eine andere Dynamik. Hier ist Digitalisierung politisch antizipiert, aber noch nicht vollständig implementiert. Diese Phase der „vorgezogenen Digitalisierung“ ist versorgungsforschungsrelevant, da sie Unsicherheiten erzeugt und Anpassungsleistungen einfordert, ohne bereits stabile digitale Routinen zu etablieren. Mit Blick auf die Involvierung der adressierten Berufsgruppen ist das zu kritisieren.

Gesundheitsfachberufe werden damit in eine Übergangslage gedrängt: Sie sollen digitale Anschlussfähigkeit herstellen, ohne dass digitale Prozesse bereits in ihre Versorgungsrealität integriert sind. Digitalisierung wird so zu einer latenten Strukturbedingung, die Handeln beeinflusst, ohne konkret operationalisiert zu sein.

### 2.1.4 eVerordnung und Hilfsmittelversorgung: Digitalisierung als Prozessstandardisierung

Die elektronische Verordnung von Hilfsmitteln stellt aus gesundheitsfachberuflicher Perspektive einen besonders instruktiven Untersuchungsgegenstand dar. Hier treffen digitale Standardisierung, ökonomische Steuerung und fachliche Versorgungspraxis unmittelbar aufeinander.

Aus analytischer Perspektive lässt sich konstatieren, dass die eVerordnung Prozesse transparenter und vergleichbarer machen will und soll. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass individuelle, funktionale Versorgungsentscheidungen zugunsten standardisierter Kategorien zurückgedrängt werden. Für Hilfsmittelleistungserbringer verändert sich damit nicht nur der administrative Ablauf, sondern potenziell auch

die fachliche Entscheidungshoheit, was konsequenterweise zu Lasten der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gehen würde. Dies bleibt aus Sicht der Hilfsmittelerbringung aufmerksam zu beobachten. Stellen wir Steuerungsziele und intendierte Wirkungsweise der europäischen Verordnung zur Errichtung eines europäischen Gesundheitsdatenraums (kurz: EHDS) dagegen, lässt sich ein widersprüchlicher Trend in der deutschen Entwicklung erkennen. Denn der EHDS macht unmissverständlich klar, dass von allen LeistungserbringerInnen erwartet wird, perspektivisch die Dokumentation, Befundung und Versorgungssachverhalte in die „Patient Summary“ der Patientinnen und Patienten zu schreiben.<sup>1</sup>

### 2.1.5 Pflegekompetenz, Professionalisierung und digitale Anschlussfähigkeit

Mit der Stärkung pflegerischer Kompetenzen durch gesetzliche Reformen wird 2025 ein zentrales Anliegen der Pflegewissenschaft aufgegriffen: die Ausweitung eigenständiger Verantwortungsbereiche. Aus versorgungsforschungs- und gesundheitsfachberuflicher Sicht ist jedoch entscheidend, dass diese Kompetenzzuwächse digital nicht ausreichend abgebildet sind.

Eigenständige pflegerische Versorgung erfordert digitale Systeme, die pflegerische Entscheidungen dokumentierbar, kommunizierbar und evaluierbar machen. Die bestehende digitale Infrastruktur erfüllt diese Anforderungen bislang nur unzureichend. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen professionellem Anspruch und digitaler Realität, die die Wirksamkeit der Reformen begrenzen kann. An dieser Stelle verweisen die Autoren auf den 5-Punkte Plan des neu gegründeten Verbands für digitale Standards in der Pflege (VdSP e.V.), der Ende 2025 an das Bundesgesundheitsministerium übergeben wurde. Neben einem umfassenden Investitionsprogramm in die Digitalisierung der Pflege in Höhe von 9 Mrd. Euro aus dem Sondervermögen des Bundes, fordert der Verband auch eine zentrale Position der Pflege in der Gesamtarchitektur der Telematikinfrastruktur in Deutschland.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mit „Patient Summary“ ist ein standardisierter, strukturierter Kerndatensatz gemeint, der die wichtigsten Gesundheitsinformationen einer Person enthält und grenzüberschreitend in der EU genutzt werden kann.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu [www.vdsp.org](http://www.vdsp.org)

### 2.1.6 Hebammen und Therapieberufe: Professionalisierung ohne digitale Kohärenz

Die fortschreitende Akademisierung der Hebammen sowie der Therapieberufe ist aus versorgungswissenschaftlicher Sicht ein zentraler Treiber für evidenzbasierte Versorgung. Digitalisierung müsste diese Entwicklung unterstützen, indem sie wissenschaftliche Dokumentation, Outcome-Messung und interprofessionelle Kommunikation ermöglicht.

2025 zeigt sich jedoch eine strukturelle Inkohärenz: Digitale Systeme sind kaum an die Bedarfe akademisierter Gesundheitsfachberufe angepasst. Deshalb muss auf diese Lücke aufmerksam gemacht werden, denn dieser Umstand beeinflusst langfristig die Qualität und Nachhaltigkeit multiprofessioneller Versorgung.

### 2.1.7 Diskussion: Digitalisierung als professionspolitische Variable

Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht lässt sich Digitalisierungspolitik 2025 als professionspolitische Intervention interpretieren. Sie verändert nicht nur Prozesse, sondern auch Machtverhältnisse, Verantwortlichkeiten und Sichtbarkeit in der Versorgung.

Aus Sicht der Autoren ergibt sich vor diesem Hintergrund vor allem für die Versorgungsforschung daraus ein klarer Auftrag: Digitalisierung darf nicht ausschließlich anhand von Effizienz- oder Implementationsindikatoren bewertet werden. Sie muss hinsichtlich ihrer Effekte auf professionsspezifische Handlungsspielräume, Versorgungsqualität und interprofessionelle Gleichstellung untersucht werden.

Die mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in Kraft getretene Fristverschiebung zur Anbindung der Gesundheitsfachberufe auf den 01. Oktober 2027 ist in diesem Kontext nicht das richtige Signal in Richtung der betroffenen Berufsgruppen und Versorgungsbereiche.

### 2.1.8 Fazit: Perspektivwechsel als Voraussetzung versorgungsadäquater Digitalisierung

Die Digitalisierungspolitik des Jahres 2025 integriert Gesundheitsfachberufe strukturell stärker als zuvor, bleibt jedoch konzeptionell hinter einem multiprofessionellen Versorgungsverständnis zurück. Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht ist dies kein Randaspekt, sondern ein zentrales Qualitätskriterium zukünftiger Versorgung.

Eine angemessene Analyse digitaler Transformation erfordert es daher den Perspektivwechsel weg von ärztlich-zentrierten Modellen hin zu einer **gesundheitsfachberuflich pluralen Betrachtung**. Erst wenn Digitalisierung die Vielfalt professioneller Wissensformen abbildet, kann sie ihr Versprechen einer „besseren Versorgung“ einlösen.

## 2.2 Einflüsse der künstlichen Intelligenz im deutschen Gesundheitswesen – Dr. Katharina Pohl

Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Während erste Anwendungen bereits in Krankenhäusern, Praxen und Pflegeeinrichtungen genutzt werden, befinden sich viele Bereiche noch am Anfang.

Aus rein technischer Perspektive bieten sich für das Gesundheitswesen vielfältige Möglichkeiten, die große Chancen versprechen, aber auch mit Risiken und Unsicherheiten verbunden sind. KI kann Prozesse vereinfachen, Fachkräfte entlasten und neue Formen der Versorgung ermöglichen. Damit diese Potenziale ausgeschöpft werden können, ist es jedoch notwendig, auch die Herausforderungen sowie die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen im Blick zu behalten.

#### Was ist künstliche Intelligenz?

Künstliche Intelligenz beschreibt Systeme, die aus Daten lernen und Aufgaben übernehmen können, die

bisher menschliches Denken erfordert haben. Anders als bei klassischer Software folgt KI keinen starren, festgelegten Regeln, sondern entwickelt anhand von Beispielen eigene Muster und Handlungsweisen. Im Alltag begegnet uns KI beispielsweise in Form von Empfehlungssystemen beim Online-Shopping, Assistenzsystemen im Auto oder neuerdings als Chatbots. Beispiele aus dem Gesundheitswesen reichen von der Analyse von Verordnungen oder medizinischer Bilder wie MRT-Aufnahmen über die Verarbeitung von Sprachaufnahmen bis hin zu selbstlernende Orthesen.

### Chancen

Während wir im Alltag häufig schon KI bewusst oder unbewusst nutzen, werden im Gesundheitswesen erste Leuchtturmprojekte sichtbar, die deutlich machen, wie sehr diese Technologie die Fachkräfte unterstützen kann.

In der Radiologie und Pathologie wird die Verarbeitung und Auswertungen von medizinischen Bildern bereits erprobt. Die KI-Systeme können in kürzester Zeit Auffälligkeiten erkennen und die behandelnden Ärzte bei der Diagnosestellung unterstützen. Auch Sprachmodelle, die auf großen Textmengen trainiert wurden, eröffnen neue Möglichkeiten. Sie können gesprochene Sprache verstehen, verschriftlichen, analysieren und weiterverarbeiten. Die Durchbrüche der Sprachmodelle legen die Basis für die automatische Bearbeitung bisher bürokratischer Prozesse und manueller Dokumentationen. Erste KI-Lösungen in diesem Bereich ermöglichen beispielsweise eine automatische Dokumentation durch Sprachaufnahme von Anamnesegesprächen. Pflegekräfte und Therapeuten könnten davon profitieren, dass sie ausgewählte bürokratische Prozesse automatisieren können. Zusätzlich ermöglicht die Verarbeitung großer Datenmengen individualisierte Therapieplanungen. KI kann dabei helfen, maßgeschneiderte Reha-Programme zu entwickeln oder neue digitale Hilfsmittel, wie selbstlernende Orthesen, zur Verfügung zu stellen. Schließlich zeigt sich das Potenzial auch in der Prävention. KI kann Muster in Patientendaten erkennen, die auf erhöhte Risiken hinweisen, beispielsweise eine drohende Sturzgefahr in der Pflege oder der bevorstehende Ausbruch einer chronischen Erkrankung.

Wie sich KI-Unterstützung ganz konkret im Arbeitsalltag zeigen kann, lässt sich am Beispiel der KI-gestützten Telefonie im Sanitätshaus verdeutlichen. Speziell ausgerichtete Sprachmodelle können Anrufe automatisch entgegennehmen, Anliegen der Kunden verstehen und passende Antworten liefern. Auf diese Weise lassen sich erste Anfragen, Terminvereinbarungen oder Rückfragen zu Hilfsmittel-Bestellungen ohne manuelle Bearbeitung lösen. Bei komplexeren Anliegen wird der Anruf automatisch an geschulte Fachkräfte weitergeleitet, die auf Basis der vorstrukturierten Gesprächsdaten gezielt antworten können. Dadurch werden auf der einen Seite Mitarbeiter im Sanitätshaus entlastet und gewinnen wertvolle Zeit für die persönliche Beratung ihrer Kunden. Auf der anderen Seite profitieren die Kunden, indem ihre Anliegen rund um die Uhr bearbeitet werden, ohne lange Wartezeiten und unabhängig von Öffnungszeiten.

### Risiken

Die neuen Möglichkeiten, die durch den Einsatz von KI entstehen, bringen auch einige Herausforderungen mit sich. KI-Systeme lernen auf Basis von Daten und entwickeln selbstständig Regeln, nach denen sie handeln. Dieses Prinzip birgt die Gefahr des Kontrollverlustes und führt zu einer Intransparenz, die gerade im Gesundheitswesen kritisch zu hinterfragen ist. Sowohl Patienten als auch Fachkräfte müssen nachvollziehen können, warum eine Entscheidung getroffen oder eine Diagnose gestellt wird. Hinzu kommt, dass KI-Systeme, die aus unausgewogenen Daten gelernt haben, die Gefahr mit sich bringen, dass bestimmte Patientengruppen benachteiligt werden. Daher ist es wichtig, KI-Lösungen sowie die zum Lernen verwendeten Daten gründlich zu testen und die Erklärbarkeit von Entscheidungen so transparent wie möglich zu gestalten. Hinzu kommt die besondere Sensibilität der Daten, mit denen gearbeitet wird. Gesundheitsdaten müssen bestmöglich geschützt werden. Schließlich dürfen auch die Risiken im Bereich der Cyber-Sicherheit nicht unterschätzt werden. Systeme, die große Mengen wertvoller Daten verarbeiten, können Ziel von Angriffen werden und müssen deshalb höchsten Sicherheitsanforderungen entsprechen.

### Politische Rahmenbedingung

Als neue Technologie, die insbesondere große Datenmengen verarbeitet, gelten verschiedene regulatorische Anforderungen. Neben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) hat die EU sich entschieden, in Form einer europäischen KI-Verordnung (EU AI Act) Regularien für den verantwortungsvollen Umgang mit KI zu definieren. Dafür werden die KI-Systeme in verschiedene Risikoklassen eingeordnet und mit verschiedenen Anforderungen verknüpft. Je höher die Risiken für die Menschen, desto strenger sind die Auflagen. Diese reichen von Transparenzpflichten über umfangreiche Dokumentationen und Tests bis hin zu Verboten bestimmter Anwendungen. Im Gesundheitswesen greifen außerdem bereits bestehende Regularien wie die europäische Medizinprodukte-Verordnung (MDR). Diese stellt sicher, dass nur geprüfte Produkte auf den Markt kommen. Wie das Zusammenspiel zwischen EU AI Act und MDR aussehen wird, ist noch nicht abschließend geklärt. Klar ist jedoch schon heute, dass ein verbindlicher Rechtsrahmen entstehen wird, der Herstellern, Leistungserbringern und Einrichtungen klare Vorgaben für die Nutzung von KI macht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Künstliche Intelligenz zwar kein Allheilmittel ist, aber das Potenzial hat, die Gesundheitsversorgung und den Alltag der Leistungserbringer spürbar zu verbessern. Entscheidend für den Erfolg sind neben einer verantwortungsvollen Entwicklung von KI-Lösungen und klaren, rechtlichen Rahmenbedingungen, dass in die notwendige Infrastruktur sowie die Weiterbildung der Fachkräfte investiert wird. Vor allem ist auch wichtig, dass diejenigen, die unmittelbar mit den Patientinnen und Patienten arbeiten, von Anfang an in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Nur wenn Leistungserbringer aktiv mitgestalten, kann KI ihr volles Potenzial entfalten und dazu beitragen, die Versorgung in Deutschland effizienter, sicherer und patientenzentrierter zu machen.

Quelle:

AOK: <https://www.aok.de/gp/e-health>

bmbf: <https://www.bmbf.de/SharedDocs/Bekanntmachungen/DE/2024/07/2024-07-25-Bekanntmachung-Gesundheit.html?>

**Notizen:**

3

# Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland

Kapitel 3 bietet Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens eine Plattform, eigene Projekte, Produkte oder Ideen vorzustellen, die zur Weiterentwicklung von Versorgung, Digitalisierung oder Berufspraxis beitragen. Eingeladen sind insbesondere praxisnahe Beiträge, die neue Ansätze erproben, strukturelle Herausforderungen adressieren oder beispielhaft zeigen, wie Innovation im Gesundheitswesen konkret Gestalt annimmt. Nehmen Sie bei Interesse an einem eigenen Beitrag gerne Kontakt zu uns auf.



3.1	<u>Wenn digitale Helfer Menschlichkeit ermöglichen – VIVALcare als Brücke zwischen Nähe und Distanz – Dr. Bettina Horster</u>	26
3.2	<u>Innovativer Lösungsansatz für altbekanntes Problem – Wie die systemische Flexibilisierung das deutsche Gesundheitssystem verändern könnte – Steffen Branz</u>	30
3.3	<u>Zukunft gestalten: Digitale Dokumentationsprozesse in der Medizintechnik – Ein Praxisbeispiel aus der Diabetesversorgung – Dr. Ing. Maike Sauerhoff</u>	36
3.4	<u>Homecare-Therapiemanagement – zwischen Innovation und Realität – Dennis Giesfeldt</u>	40
3.5	<u>Hebammenzukunft 2035 – Warum die Zukunft der Hebammen eine Zukunftsfrage für die ganze Gesellschaft ist – Linda Kaiser</u>	46
3.6	<u>Hilfsmittel-Studie 2026 – Linda Kaiser</u>	56
3.7	<u>Professionelle Ernährungstherapie: Strukturen, Anforderungen und Perspektiven in der Versorgung – Sandra Strehle, Dr. Andrea Lambeck</u>	60

3.1

# Wenn digitale Helfer Menschlichkeit ermöglichen – VIVAicare als Brücke zwischen Nähe und Distanz

Dr. Bettina Horster, VIVA Software AG

### Pflege neu denken – nicht schönreden

An den Begriff „Pflegenotstand“ haben wir uns längst gewöhnt. Seit Jahrzehnten beschreibt er ein System am Limit – geprägt von Überlastung, Personalmangel und Frühverrentung. Doch während weiter über Quoten, Tarife und Zuwanderung gestritten wird, zeigen technologische Lösungen längst, dass Entlastung möglich ist – heute, nicht erst morgen.

Eine Studie der Arbeitskammern Bremen und Saarland sowie des Instituts Arbeit und Technik (IAT) zeigt: Bis zu 300.000 Pflegekräfte könnten zurückgewonnen werden, wenn die Arbeitsbedingungen verbessert würden. Technische Assistenz ist dabei ein zentraler Hebel. Sie kann Routinetätigkeiten automatisieren, Sicherheit erhöhen und den Pflegekräften die Zeit zurückgeben, die sie für Zuwendung und Menschlichkeit brauchen.

Deutschland hat in den vergangenen Jahren viele Modellprojekte gestartet, doch die Umsetzung in der Fläche bleibt zögerlich. Die Technologien sind da, die Systeme sind zertifiziert, der Nutzen ist belegt. Jetzt braucht es Mut, sie flächendeckend einzusetzen. Denn der Fachkräftemangel in der Pflege ist nicht gottgegeben – er ist hausgemacht. Wer Pflege zukunftsfest machen will, muss nicht nur über Gehälter, sondern auch über Technologie reden.

### Künstliche Intelligenz hilft insbesondere den Senioren

Künstliche Intelligenz (KI) könnte in der Pflege bereits heute eine größere Rolle spielen, denn es gibt schon viele Systeme, die Senioren unterstützen können – viel mehr als vielen bewusst ist. Sie kann erkennen, wenn sich Routinen ändern, wenn Bewegungsprofile plötzlich anders aussehen oder wenn Erinnerungen nicht quittiert werden. Systeme wie VIVALcare nutzen diese Informationen, um frühzeitig auf Risiken aufmerksam zu machen – bevor etwas passiert. Ein Sturz, eine beginnende Dehydratation oder eine ungewöhnlich lange Inaktivität werden so nicht nur erkannt, sondern auch richtig eingeordnet. KI kann lernen, zwischen kritischen und harmlosen Situationen zu unterscheiden, und hilft so, Fehlalarme zu vermeiden, die Angehörige und Pflegedienste sonst unnötig belasten würden. Das Besondere an dieser Technologie ist, dass sie

Menschen hilft, die oft nicht mehr „zur Sprache kommen“. Im hohen Alter, bei Demenz oder nach Schlaganfällen fehlt vielen die Kraft oder die Fähigkeit, ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Hier kann „Vivi“, die digitale Begleiterin von VIVALcare, zum wichtigen Bindeglied werden. Sie erinnert, fragt nach, motiviert und hört zu. Sie führt empathische Gespräche, ohne zu bewerten, und schenkt das Gefühl von Aufmerksamkeit und Struktur – etwas, das in Zeiten von Einsamkeit und Überforderung unbezahlbar ist. So entsteht ein Stück neue „Menschlichkeit“ durch Technik.

### Das VIVALcare-System: Ein Ökosystem der Sicherheit

Die Stärke von VIVALcare liegt in seiner Ganzheitlichkeit. Die Kombination aus „Vivi-Uhr“, „Vivi-Box“, fest verbauten Sturzmeldern und der Pflege-Community-App schafft ein vernetztes System, das Angehörige und Pflegeprofis gleichermaßen einbindet. Die Vivi-Uhr erkennt Stürze, misst Vitalwerte und erinnert an Medikamente. Sie ist eigenständig mit einer SIM-Karte ausgestattet und funktioniert auch ohne Smartphone – entscheidend für viele ältere Menschen, die mit komplexen Geräten überfordert sind.

Die Vivi-Box fungiert zuhause als zentrale Schaltstelle. Sie sammelt die Sensordaten, ermöglicht Video-telefonie, Telecare-Anwendungen und erinnert an wichtige Routinen. In ihr laufen alle Fäden zusammen: von der Sturzerkennung über die Vitaldaten bis hin zu Gesprächen mit Angehörigen oder Pflegekräften.



Ergänzt wird das System durch die App, die alle Informationen bündelt. Angehörige und Pflegendende erhalten über das Portal einen transparenten Überblick: Wie aktiv war die Person heute? Wurde die Medikamenteneinnahme bestätigt? Gab es Auffälligkeiten bei Puls, Blutdruck oder Bewegung? Ist sie in den letzten Tagen öfter gestürzt?

Durch diese Integration entsteht eine digitale Pflege-Community, in der Menschen in unterschiedlicher Nähe – die Angehörigen im sogenannten „Distant Care“ und die professionell Pflegenden im „Near Care“ – Hand in Hand arbeiten können. Beide Seiten sind verbunden und informiert, ohne dass ständig telefoniert oder nachgefragt werden muss. Das schafft Sicherheit und Vertrauen – und, wie viele Angehörige berichten, ein neues Gefühl von innerem Frieden.



### Entlastung für Pflegeprofis

Ein großes Potenzial von Systemen wie VIVALcare liegt in der Entlastung professioneller Pflegekräfte. Viele Routineaufgaben können virtuell übernommen werden:

- Sicherheit und beruhigtes Arbeiten, dass Senioren nicht auf dem Boden liegen, weil sie nicht mehr hochkommen
- Tabletteneinnahmen werden überwacht und quittiert
- Vitalwerte werden automatisch übertragen
- Videotelefonie mit Pflegediensten oder Angehörigen ist direkt über die Vivi-Box möglich

Das spart Zeit und Wege – und verschafft mehr Raum für das, was Pflege wirklich ausmacht: menschliche Zuwendung.

Diese Form der Pflege wird in Zukunft unverzichtbar sein. Sie spart nicht nur Zeit, sondern auch Ressourcen und schafft gleichzeitig mehr Sicherheit. Studien zeigen, dass digitale Assistenzsysteme den Zeitaufwand pro betreute Person um bis zu 15 Prozent reduzieren können, während die Versorgungsqualität steigt. In anderen Branchen wie der Finanzdienstleistung oder der Industrie würde niemand mehr bezweifeln, dass Digitalisierung Effizienz und Qualität steigert. Nur in der Pflege wird diese Erkenntnis noch immer zaghaft diskutiert. Dabei ist sie längst überfällig.

### Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit

Digitale Systeme sind nicht nur menschlich sinnvoll, sondern auch ökonomisch klug. Schon zwei bis drei

Monate, in denen ein älterer Mensch dank VIVALcare länger zu Hause leben kann, statt in ein Pflegeheim zu ziehen, gleichen die Anschaffungskosten vollständig aus. Hinzu kommt die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten durch Stürze, Dehydration oder Medikationsfehler – jedes dieser Ereignisse verursacht im Schnitt Kosten im vier- bis fünfstelligen Bereich.

Hinzu kommt der gesellschaftliche Effekt: Wenn Menschen länger selbstbestimmt leben können, werden Pflegeheime entlastet, Angehörige gestärkt und öffentliche Mittel effizienter eingesetzt. Eine Investition in digitale Assistenzsysteme ist daher nicht nur eine technologische, sondern eine volkswirtschaftliche Entscheidung. Sie zahlt sich mehrfach aus – für das Gesundheitssystem, die Kommunen und die Familien.

### Warum haben es digitale Assistenzsysteme trotzdem so schwer?

Trotz all dieser Vorteile bleibt der Durchbruch in der Fläche bislang aus. Die Ursachen sind vielschichtig. Da ist zunächst die weitverbreitete Technikskepsis, insbesondere in der Pflege, wo Vertrauen, Nähe und Menschlichkeit eine zentrale Rolle spielen. Viele Menschen können sich nicht vorstellen, dass Sensoren und Algorithmen wirklich dazu beitragen, Sicherheit und Fürsorge zu erhöhen, statt sie zu ersetzen. Hinzu kommt ein Mangel an Information: Nur wenige wissen, welche Systeme heute schon verfügbar, geprüft und erstattungsfähig sind.

Auch strukturelle Hürden bremsen die Entwicklung. Die Antragsverfahren nach § 40 SGB XI sind kompliziert und oft uneinheitlich, Entscheidungen fallen von Kasse zu Kasse unterschiedlich aus. Angehörige und Pflegedienste investieren viel Zeit in Formalitäten, ohne sicher zu sein, ob der Antrag am Ende genehmigt wird. Die strikte Trennung von Pflege- und Krankenkassen verhindert zudem, dass Einsparungen im Gesamtsystem sichtbar werden, wenn bspw. ein digitaler Sturzmelder teure Klinikaufenthalte verhindert.

Politisch fehlt es häufig an klaren Rahmenbedingungen und an Geschwindigkeit in der Umsetzung. Selbst wenn Systeme wie VIVALcare bereits zertifiziert und in der Praxis bewährt sind, dauern Prüfverfahren und Genehmigungen oft mehrere Monate. So wird der

Fortschritt ausgebremst – nicht durch Technik, sondern durch Verwaltung. Das Ergebnis ist ein Widerspruch: Während nahezu alle anderen Branchen längst auf Digitalisierung und KI setzen, steht die Pflege immer noch am Anfang – dabei wäre sie diejenige, die am dringendsten davon profitieren würde.

### Wünsche zur Ermöglichungskultur

Damit digitale Pflege wirklich gelingt, braucht es eine neue Ermöglichungskultur. Wir müssen früher für das Leben im Alter vorsorgen und digitale Hilfen selbstverständlich in die Beratung integrieren. Pflegekassen sollten verlässlichere und einheitlichere Entscheidungen treffen, mit klaren Zusagen statt endloser Einzelfallprüfungen. Rahmenverträge und transparente Checklisten könnten die Verfahren vereinfachen und die Akzeptanz erhöhen.

Auch die Menschen, die in den Kassen und beim Medizinischen Dienst Entscheidungen treffen, benötigen mehr Schulung und Sensibilisierung für digitale Hilfsmittel. Wissenschaftlich fundierte Studien zu Wirtschaftlichkeit und Pflegequalität würden helfen, Vorurteile abzubauen und Vertrauen zu schaffen. Gleichzeitig wäre mehr politischer Willen wichtig, Systeme einzusetzen, die europäischen Datenschutzstandards entsprechen und in der EU entwickelt wurden.

Vor allem aber braucht es ein gemeinsames Ziel: Wir müssen den Mut haben, digitale Hilfsmittel einzusetzen, damit Pflege menschlich und bezahlbar bleibt. Denn Technik kann nicht alles – aber sie kann ermöglichen, dass Pflegekräfte, Angehörige und Pflegebedürftige wieder mehr Zeit füreinander haben.

### Fazit

Digitale Assistenzsysteme wie VIVALcare sind keine Zukunftsvision, sondern gelebte Realität. Sie schaffen Sicherheit, fördern Selbstständigkeit und entlasten Pflegende – professionell wie familiär. Wenn wir es schaffen, diese Innovationen flächendeckend einzusetzen und mit einer echten Ermöglichungskultur zu verbinden, dann können wir das Versprechen einlösen, das die Pflege in einer alternden Gesellschaft braucht: Ein würdiges Leben im Alter – selbstbestimmt, vernetzt und menschlich.

3.2

# Innovativer Lösungsansatz für ein altbekanntes Problem – Wie die systemische Flexibilisierung das deutsche Gesundheitssystem verändern könnte

Steffen Branz, KERN Katholische Einrichtungen  
Ruhrgebiet Nord GmbH

Deutsche Krankenhäuser stehen seit Jahrzehnten vor der Herausforderung, dass aufgrund von Pflegepersonal-mangel, einerseits im Patienteninteresse und andererseits aus arbeitsschutzrechtlichen Gründen, Betten gesperrt bzw. Stationen geschlossen werden müssen. (Glasow, 1993, S. 71) Operationen werden abgesagt oder verschoben. Patientinnen und Patienten warten teilweise mehrere Wochen auf eine stationäre Krankenhausbehandlung. Nicht zuletzt leidet unter dem Pflegenotstand nicht nur die Berufsgruppe Pflege, sondern ebenso die Gruppe der pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten durch eine verminderte Pflegequalität. (Riedel, 2019, S. 27) Derzeit fehlen rund 130.000 Pflegefachpersonen in der deutschen Gesundheitsversorgung. (Statistisches Bundesamt, 2025) Durch die Renteneintritte der Babyboomer-Generation ist binnen der kommenden zehn Jahre von einem steigenden Bedarf an insgesamt 350.000 Fachkräften zu rechnen. (Statistisches Bundesamt, 2025) Paradox erscheint hier die Tatsache, dass über 300.000 ausgebildete Pflegefachpersonen dem Markt nicht mehr zur Verfügung stehen, da sie sich von der Pflegetätigkeit distanzieren haben. (Hans Böckler Stiftung, 2022, S. 1)

Eine ineffiziente Personalbindung kann weitere Personalengpässe verursachen und die Fluktuationsrate erhöhen. Die Rekrutierung neuen Pflegepersonals erweist sich in der Regel als langwieriger Prozess. (Huggenberger, 2014, S. 1) Das Risiko der zusätzlichen Arbeitsverdichtung steigt. Durch den Personal-mangel werden die Stammmitarbeitenden überlastet, was weitere Kündigungen initiiert. (Huggenberger, 2014, S. 2) Die Fluktuationsquote bei Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern liegt bei rund 17 %. (Pilny & Rösel, 2021, S. 271) Bei der kontinuierlichen Suche nach neuem Pflegepersonal zur Besetzung vakanter Stellen eröffnet sich die Frage, warum die neu gewonnenen Pflegefachpersonen diesmal bleiben sollten, wenn die zuvor ausgetretenen Personen genug Gründe für das Verlassen des Berufs finden konnten? (Bruchhausen, 1993, S. 92)

Job-Leasing ist eine seit Jahren bewährte Methode der Überbrückung sowohl kurzfristiger, als auch langfristiger Personalausfälle in der Pflege. (Köbe, 2020, S. 98) Das Pflegepersonal folgt dem Angebot besserer

Bezahlung und einer verlässlichen Dienstplanung nach individuellem Wunsch. Die Arbeitnehmerüberlassung im deutschen Pflegemarkt hat sich zwischen 2014 und 2022 von 12.000 Personen auf 33.660 Personen nahezu verdreifacht und erreicht damit gleichzeitig ihren Peak. (DBFK Bundesvorstand, 2019, S.1) und (Harnawsky, 2024) Seit 2023 ist die Zahl der Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter in der Pflege rückläufig und sinkt Ende 2024 um rund 5 % auf 32.304 Personen. (Bundesagentur für Arbeit, 2025)

Kliniken greifen notgedrungen auf dieses Angebot zurück. Kosten für Margen und Umsatzsteuer werden allerdings nicht durch das Pflegebudget refinanziert. Somit sind circa 50 % bis zu 90 % der Kosten von den Kliniken selbst zu tragen. (DBFK Bundesvorstand, 2019, S. 4) Neben dem finanziellen Aspekt sind die Auswirkungen auf die Pflege- und Behandlungsqualität bedenkenswert. Rückmeldungen von Stammmitarbeiterinnen und Stammmitarbeitern weisen darauf hin, dass die Leiharbeitskräfte zwar allgemeine Dienstvorschriften erfüllten, sich jedoch weniger um das soziale Miteinander im Team sorgten. Beispielsweise blieben weniger beliebte Tätigkeiten den Stammmitarbeitenden überlassen. Die Bereitschaft zur Erbringung von Mehrarbeit sei weniger vorhanden. Das Bestandspersonal assoziiert die besser entlohten und nach eigener Wahrnehmung weniger engagierten Kolleginnen und Kollegen der externen Arbeitnehmerüberlassung negativ. (Köbe, 2020, S. 99) Darüber hinaus müssen die häufig wechselnden Leiharbeitskräfte stets in den stationsindividuellen Prozessen angelernt und in die Prozesse eingebunden werden, was den ohnehin überlasteten Kolleginnen und Kollegen zusätzliche Belastung statt der eigentlich angedachten Entlastung bereitet. (Rump & Kardys, 2022, S. 6)

Aufgrund der Kosten greifen Krankenträger nicht unmittelbar auf den Einsatz von Leihpflegekräften zurück, sondern setzen vielmehr auf die erhöhte Einsatzbereitschaft der Stammmitarbeiterinnen und Stammmitarbeiter. (Lübbes, 2017, S. 50) Diese befinden sich zunehmend am Limit ihrer Belastungsgrenze. Personal-mangel, der Beschäftigte zu Mehrarbeit innerhalb der eigentlich angedachten Erholungszeiten drängt, wirkt auf die Gesundheit wie Gift. (Lott & Ahlers, 2021, S. 11) Eine Ablehnung eines zu übernehmenden

Dienstes wird häufig mit mangelnder Kollegialität gleichgesetzt, was die psychische Belastung respektive den persönlichen Gesundheitszustand zunehmend negativ beeinflusst. (Lübbbers, 2017, S. 50)

Die Leiharbeitsfirmen scheinen einem entscheidenden Wunsch einer Gruppe von Pflegenden nachzukommen: das Angebot flexibler Arbeitszeiten, die zum privaten Leben passen. Umso wichtiger erscheint es, dass sich Krankenträger selbst mit dieser Neuorganisation auseinandersetzen, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gleichwertige Optionen eröffnen, wie die Form des Job-Leasings. (Köbe, 2020, S. 104)

Doch wie kann die Dauerbelastung des Pflegepersonals beseitigt werden, ohne kontinuierlich auf externe Leiharbeit zurückgreifen zu müssen und unter welchen Umständen ist es möglich, vorhandene Personalressourcen effizient einzusetzen?

Die „systemische Flexibilisierung“ könnte eine Lösung darstellen, die annähernd allen Interessenslagen gerecht werden und brachliegende Potentiale im Pflegearbeitsmarkt nutzbar machen kann. Der Begriff wird von Loran Noteboom und Peter van der Meulen für die Beschreibung ihres ganzheitlichen Konzeptes „Frei ist Frei“ der Arbeitszeitflexibilisierung des Pflegeberufes verwendet. Die zehn Krankenhäuser der KERN Katholische Einrichtungen Ruhrgebiet Nord GmbH setzen auf das niederländische Konzept und ließen sich von den niederländischen Experten beraten, die das Konzept bereits vor zwanzig Jahren erfolgreich in ihrem Heimatland implementierten und für dauerhaft stabile Dienstpläne, niedrige Fluktuationsraten und niedrige Krankheitsausfälle im gesamten Land sorgten.

Die systemische Flexibilisierung beschreibt ein erweitertes ganzheitliches Ausfallmanagement, das auf einer ganzheitlichen Flexibilisierung eines Unternehmens im Hinblick auf diverse Bausteine in Organisation und Struktur begründet ist, sodass sämtliche Mitarbeitenden im eigenen Fachgebiet als Gemeinschaft individueller und inflexibler Arbeitszeitwünsche ein in Summe flexibles System an Arbeitszeitressourcen darstellen und als Gruppe in der Lage sind, sämtliche Dienstzeiten aus eigener Kraft abzudecken. Zudem zeichnet sich die systemische Flexibilisierung durch

die Möglichkeit der Kompensation sämtlicher Dienstausfälle an sämtlichen Wochentagen und Schichten umfassend für sämtliche Fachbereiche in den Pflege- und Funktionsdiensten aus. Die meisten Mitarbeitenden bringen weniger Zeitflexibilität mit, sondern vielmehr eine Ortsflexibilität, um dem Wunsch nach individuell passenden Arbeitszeiten gerecht werden zu können. Innerhalb dieses Pools soll Pflegepersonal im Einklang mit den derzeitigen persönlichen Lebensumständen tätig werden. Gleichzeitig ist es vorgesehen, die Dienstplanausfälle der Stammbesetzung gänzlich durch das Flexpersonal zu kompensieren, was eine nachhaltige Entlastung des Stammpersonals bewirken soll. Nicht refinanzierbare Ausgaben für Margen und Umsatzsteuer entfallen. Durch die Anstellung beim Träger soll von Beginn an eine Bindung aufgebaut werden, die sich positiv auf die Einsatzbereitschaft und das persönliche Engagement auswirken kann.

Das Erfolgsprinzip der systemischen Flexibilisierung basiert also auf der Umkehr der benötigten Flexibilität, weg von arbeitgeberorientierten Inanspruchnahme zusätzlicher Arbeitszeitressourcen der vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, hin zur mitarbeiterorientierten Nutzbarmachung von bis dato vernachlässigten Arbeitszeitressourcen solcher Personen, die dem System nicht mehr als Arbeitskraft zur Verfügung stehen oder deren Arbeitszeitvorstellungen organisatorisch nicht darstellbar sind.

Ganz konkret bedeutet es, dass das interne Flexbüro dafür Sorge trägt, dass die Flexerinnen und Flexer mit ihren individuellen Dienstplanwünschen ein in Summe umfassendes Angebot an Arbeitszeitressourcen für sämtliche Arbeitstage zu sämtlichen Dienstzeiten darstellen und eine Win-Win-Situation eintritt. Win für die Flexer, da Sie nicht länger im Spagat zwischen beruflichen und familiären Verpflichtungen stehen müssen und Win für die Kolleginnen und Kollegen der Stammteams, da sie nicht länger zusätzliche Dienste übernehmen oder geplante Dienste tauschen müssen. Die Flexer erhalten, wie alle Kolleginnen und Kollegen in den einzelnen Häusern, einen verbindlichen Dienstplan und können ihre privaten Termine frühzeitig einplanen. Je nachdem, für welche Einsatzorte und welche Fachbereiche sich die Flexer entschieden haben, ändert sich der Arbeitsplatz, je nach Bedarf

der Stationen. Die Flexer wissen also stets, wann sie arbeiten, erfahren mitunter jedoch relativ kurzfristig, wo sie gebraucht werden. Die Kommunikation mit dem Flexteam erfolgt über die datenschutzsichere Kommunikations-App "Doctolib Connect". Ziel ist es, dass die Stationsleitungen die meisten absehbaren Dienstplanausfälle möglichst frühzeitig beim Flexbüro anmelden, um Akutausfälle zu minimieren und für alle Personen Planungssicherheit zu schaffen. Die Meldung erfolgt über ein digitales Anfrageportal über das Intranet, in welchem unter anderem der Bedarfszeitraum, die benötigten Arbeitszeiten und die benötigte Qualifikation angegeben werden können. Eine Besonderheit stellt die Garantie einer umfassenden Einarbeitung der Flexer auf den gewählten Einsatzbereichen dar. Niemand wird zur Ausfallkompensation eingeplant, der nicht die gemeinsam definierte Einarbeitungszeit absolviert hat. Dies bietet nicht nur den Kolleginnen und Kollegen Sicherheit und Vertrauen, sondern bedeutet ebenfalls eine optimale Patientenversorgung durch erfahrenes Personal. Zur Abdeckung akuter Personalausfälle werden Flexer für einen bestimmten Standort eingeplant und erfahren zum Dienstbeginn, in welcher Abteilung die Unterstützung benötigt wird.

An zentraler Stelle stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit wirkt sich unter anderem positiv auf die Fluktuationsrate und die krankheitsbedingten Arbeitsausfälle aus. (Noteboom, 2025, S. 8) Somit kann der Dienstgeber maximal von den verfügbaren Arbeitszeitressourcen profitieren und die wirtschaftlichen Interessen gleichermaßen befriedigen. (Noteboom, 2025, S. 2) Das Ziel bleibt gleich: möglichst viele Betten zur qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bereitzustellen, um das Versorgungspotential maximal ausschöpfen zu können. Durch die Besetzungskontinuität und den damit verbundenen Wegfall an notwendiger Zusbuchung externer Leiharbeit lohnt sich das Konzept wirtschaftlich zum einen für das Krankenhaus und zum anderen für das gesamte Krankenhausfinanzierungssystem. (Noteboom, 2025, S. 9)

Die systemische Flexibilisierung eignet sich vor allen Dingen für regionale Krankenhausverbände. Die Implementierung sollte im Rahmen eines gut durchdachten Projektplanes erfolgen. Die KERN Katholische

Einrichtungen Ruhrgebiet Nord arbeiteten mit einem Projektteam mit Stationsleiterinnen und Stationsleitern aus allen Krankenhausstandorten rund ein Jahr, bis der sogenannte kernflex in den Echtbetrieb starten konnte. Der kernflex wird von einem dreiköpfigen Team aus Leitung, Koordinatorin und Recruiterin geführt und steht den zwischen Februar und Dezember 2025 rund 100 neu gewonnenen Vollzeitkräften in sämtlichen Belangen zur Verfügung. Zielgröße sind 200 VK Pflegefachkräfte im kernflex zur Unterstützung der pflegerischen Stammebelegschaft der KERN-Krankenhäuser.

Das Ergebnis der parallelen wissenschaftlichen Begleitung soll Zahlen, Daten und Fakten der Implementierung im deutschen Krankenhausbetrieb liefern und Aufschluss darüber geben, ob die systemische Flexibilisierung auch in Deutschland dauerhafte Dienstplanstabilität erbringen kann und ob positive Auswirkungen auf die Pflegequalität und die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses messbar sind.

## Literaturverzeichnis:

- Bruchhausen, G. (1993). Pflege in Not - Not der Pflegenden: Ansätze zur qualitativen Strukturveränderung im Krankenhaus aus kommunaler Sicht. In H.-W. Müller, *Pflegenotstand - Not der Pflegenden und Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit* (S. 87-101). Frankfurt am Main: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V.
- Bundesagentur für Arbeit. (2025). Beschäftigung von Leiharbeitnehmenden. Nürnberg. Abgerufen am 12. 09 2025 von [https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202412/iiia6/anue-beschaeftigung-leiharbeitnehmende/beschaeftigung-leiharbeitnehmende-d-0-202412-xlsx.xlsx?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202412/iiia6/anue-beschaeftigung-leiharbeitnehmende/beschaeftigung-leiharbeitnehmende-d-0-202412-xlsx.xlsx?__blob=publicationFile&v=1)
- DBFK Bundesvorstand. (09 2019). *www.dbfk.de*. Abgerufen am 12. 09 2025 von <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/impulspapier-Arbeitnehmerueberlassung-in-der-Pflege-2019-09.pdf>
- Glasow, K. (1993). Wege aus dem "Pflegenotstand" - Ansichten und Bemerkungen eines Verwaltungsleiters eines Großklinikums. In H.-W. Müller, *Pflegenotstand - Not der Pflegenden und Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit* (S. 71-86). Frankfurt am Main: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V.
- Hans Böckler Stiftung. (2022). *Ich pflege wieder, wenn... Düsseldorf*. Abgerufen am 12. 09 2025 von [https://www.boeckler.de/pdf/pm\\_fofoe\\_2022\\_05\\_03\\_final.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/pm_fofoe_2022_05_03_final.pdf)
- Harnawsky, V. (23. 09 2024). *Medi Karriere Magazin*. Abgerufen am 12. 09 2025 von <https://www.medi-karriere.de/magazin/weniger-zeitarbeitskraefte-pflege/>
- Huggenberger, M. (2014). *Optimierungspotenziale der Personalbindung von Fachkräften in Krankenhäusern: Analyse und Evaluation von Personalbindungsstrategien anhand exemplarischer Berufsgruppen*. Heidelberg: Medhochzwei-Verlag.
- Köbe, P. (2020). Flexibilisierung der Beschäftigungsformen. In V. E. Amelung, S. Eble, R. Sjuts, T. Ballast, H. Hildebrandt, F. Knieps, ... P. Ex, *Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen* (S. 93-104). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lott, Y., & Ahlers, E. (2021). *Flexibilisierung der Arbeitszeit* (Bd. 68). (W. W.-u.-B. Stiftung, Hrsg.) Düsseldorf: WSI Wissenschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler Stiftung.
- Lübbbers, A. (2017). *Pflegenotstand: Hilft nur noch beten? Heilberufe/Das Pflegemagazin*(69 (9)), S. 48-50.
- Noteboom, L. (02. 07. 2025). *Experteninterview*. (S. Branz, Interviewer)
- Pilny, A., & Rösel, F. (2021). *Personalfluktuaton in deutschen Krankenhäusern: Jeder Sechste Mitarbeiter wechselt den Job*. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 267-276). Berlin: Springer.
- Riedel, A. (2019). *Pflegenotstand - Die Bedeutsamkeit ethisch verantworteter Maßnahmen*. *Leidfaden - Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*(1/2019), S. 27-32.
- Rump, A., & Kardys, C. (2022). *Arbeitnehmerüberlassung (Zeitarbeit) in der Pflege - eine Bestandsaufnahme vor dem Hintergrund aktueller politischer und demografischer Entwicklungen*. In G. Lux, & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege - Wie sich Mensch und Maschine sinnvoll ergänzen* (S. 3-10). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Statistisches Bundesamt. (2025). Abgerufen am 12. 09 2025 von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24\\_033\\_23\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html)

## Notizen:

3.4

# Homecare-Therapiemanagement – zwischen Innovation und Realität

Dennis Giesfeldt, Verband Versorgungsqualität Homecare e. V. (VVHC)

Homecare, das ambulante Therapiemanagement, bezeichnet die Versorgung von Patienten mit komplexen Therapien mit medizinischen Produkten und Dienstleistungen. In Deutschland umfasst dies v.a. die Betreuung chronisch kranker Menschen mit Hilfsmitteln, Verbandmitteln und Produkten zur Enteralen Ernährung. Dabei wird die fachpflegerische Therapie-Assistenz mit dem Versorgungsmanagement kombiniert und in einen hausarztzentrierten Behandlungspfad eingebunden, als integrierte Versorgungsleistung für alle beteiligten Akteure.

Die Kombination aus Produkten und Dienstleistungen sichern lebenswichtige Körperfunktionen, wenn der natürliche Weg versagt. Die Anwendung dieser Produkte muss mit den Patienten trainiert werden. Ebenso wichtig ist die Anleitung der Pflege und den Angehörigen.

Obwohl die Homecare-Branche mit zahlreichen Unternehmen vertreten sind und auch Sanitätshäuser die Therapiebereiche von Homecare teilweise mit abdecken, spielt das Homecare-Therapiemanagement in der gesundheitspolitischen Debatte nur eine untergeordnete Rolle.

### Ziel des Homecare-Therapiemanagement

Das Hauptziel ist es, Patienten eine möglichst hohe Autonomie und Lebensqualität im eigenen zuhause zu ermöglichen, Hospitalisierungsraten zu minimieren und so die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken. Dabei sollen Patienten und ihre Angehörigen trotz chronischer Erkrankungen in einem weitgehend selbstständigen und unabhängigen Leben unterstützt werden.

### Therapiebereiche

Typische Therapiebereiche sind enterale und parenterale Ernährung, Diabetes, Stoma- und Inkontinenzversorgung, Tracheostoma und Laryngektomie, Infusionstherapie sowie die Versorgung mit Verbandmitteln.

Homecare-Therapieassistenten sind Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen für besonders komplexe Therapien. Sie nehmen zwar im Versorgungsprozess eine wichtige, koordinierende Rolle zwischen Ärzten, Pflegediensten, Kliniken und Krankenkassen

ein, dennoch erfährt das Berufsbild noch nicht die gleiche Anerkennung wie klassische Sektoren im Gesundheitswesen.

Die in der Studie „Relevanz von Homecare“ (Scholz et al. 2022) erhobene Eigenwahrnehmung der Homecare-Pflegefachkräfte zeigt, dass sie sich in der Patientenversorgung nicht nur als Leistungserbringer, sondern v.a. als Moderatoren, Lotsen und Koordinatoren verstehen. Sie agieren als Bindeglied und Netzwerker zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems und übernehmen damit in vielerlei Hinsicht eine Case-Management-Funktion (Scholz et al. 2022).

Darüber hinaus leisten Homecare-Pflegefachkräfte eine umfassende fachliche und psychosoziale Beratung. Sie schulen Patienten, deren Angehörige und auch Pflegekräfte im Umgang mit Hilfsmitteln, Produkten und Therapien, stärken so die Versorgungssicherheit im häuslichen Umfeld und fördern die Selbstständigkeit der Betroffenen (Scholz et al. 2022). Ihr Betreuungsschwerpunkt liegt bei Patientinnen und Patienten, die keine pflegerische Unterstützung durch einen Pflegedienst erhalten oder in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind (DAK 2024).

### Gesetzliche Regelungen

Die Homecare-Unternehmen in Deutschland unterliegen verschiedenen gesetzlichen Regelungen, insbesondere in der Verband- und Hilfsmittelversorgung nach §§ 31 und 33 SGB V sowie in der Vertragsgestaltung nach §§ 126 und 127 SGB V. Da eine ausdrückliche Regelung der Vertragsgrundlage für die Verbandmittelversorgung bislang im § 127 SGB V fehlt, besteht ein erheblicher Bedarf an rechtlicher Klarstellung, um eine einheitliche und rechtssichere Versorgungspraxis zu gewährleisten (Stand 10/2025).

### Relevanz von Homecare in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem

Der Homecare-Markt gewinnt im deutschen Gesundheitswesen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, Verbandmitteln und Produkten zur enteralen Ernährung zunehmend an Bedeutung. Dies lässt sich u. a. auf den demografischen Wandel und damit einhergehend der Zunahme chronischer Erkrankungen, aber

auch der frühzeitigen Entlassung aus Krankenhäusern sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem wachsenden Wunsch vieler Menschen nach einer Versorgung im eigenen Zuhause, zurückführen. Homecare-Unternehmen schließen dabei eine wichtige Versorgungslücke. Sie schaffen die Verbindung zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Nachsorge, koordinieren sämtliche Beteiligte und stellen damit eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Versorgung im häuslichen Umfeld sicher. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung stationärer Strukturen.

### Problemstellungen und Herausforderungen von Homecare

Die aktuellen Entwicklungen in der Homecare-Branche müssen in Bezug auf die allgemeinen Rahmenbedingungen betrachtet werden. Die aktuelle Leistungsfähigkeit der Versorgung wird maßgeblich durch strukturelle Defizite beeinflusst: den Mangel an qualifizierten Fachkräften, einen hohen Grad an Bürokratie, Defizite in der Digitalisierung (insbesondere die fehlende Einbindung in die Telematikinfrastruktur Stand 12/25), eine uneinheitliche und individuell zu verhandelnde Vergütungssystematik sowie das bislang ausbleibende Vorhandensein übergeordneter, sektorenübergreifender Behandlungspfade. Dass die strukturellen Herausforderungen in der Homecare-Branche erheblich sind, zeigt auch eine aktuelle Branchenumfrage von „Wir versorgen Deutschland“ (WvD 2025): Unternehmen aus der Hilfsmittelversorgung, Orthopädietechnik, Reha- und Homecare-Branche verdeutlichen hier die Belastungen durch Fachkräftemangel, Bürokratie und einer schleppenden Digitalisierung.

### Fachkräftemangel und ungenutztes Potenzial

Auf der einen Seite ist, wie in vielen Bereichen des Gesundheitswesens auch im Homecare-Sektor der Fachkräftemangel ein zentrales Problem, erhält jedoch aufgrund der geringen Bekanntheit der Branche deutlich weniger Aufmerksamkeit. Knapp die Hälfte der befragten Unternehmen der WvD-Branchenumfrage, zu denen auch Homecare-Unternehmen gehören, gibt an, stark oder sehr stark vom Fachkräftemangel betroffen zu sein. Besonders kritisch ist den Angaben zu Folge die Situation im Versorgungsbereich: Mit 91

Prozent sehen fast alle Unternehmen hier die größten Engpässe, was unmittelbaren Einfluss auf die Patientenversorgung nimmt (WvD 2025).

Gleichzeitig bietet die mögliche Einbindung von Pflegefachkräften aus der Homecare-Branche und die bessere Nutzung vorhandener Strukturen Potenziale, um die häusliche Krankenpflege (HKP) und den ambulanten Bereich, unabhängig von bestehenden Organisationsformen flächendeckender und fachpflegerisch hochwertiger sicherzustellen. Gerade in Zeiten, wo auch die Pflege mit Herausforderungen zu kämpfen hat.

### Bürokratiebelastung

Hinzu kommt eine hohe Bürokratiebelastung. Laut WvD-Branchenumfrage 2025 wenden 73 Prozent der Unternehmen mehr als 30 Prozent ihrer Arbeitszeit für „administrative Tätigkeiten“ auf. Die größten Treiber hierbei sind die Vielzahl unterschiedlicher Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen (89 Prozent) sowie umfangreiche Dokumentationspflichten (85 Prozent). Diese Last bindet wertvolle Ressourcen, die für die Versorgung der Patienten fehlen. Ein Bürokratieabbau wird zwar politisch immer wieder in Aussicht gestellt, ist in der Praxis allerdings noch nicht angekommen.

### Digitalisierung

Die Digitalisierung von Prozessen und Abläufen hat das Potential, Bürokratie abzubauen und zeitgleich durch effizientere Prozesse auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation zu stärken. Doch auch die Digitalisierung ist bislang nicht der erhoffte Entlastungsfaktor, was v.a. auf die mangelnde Einbindung der Homecare-Branche in Digitalisierungsstrategien und auf eine fehlende politische Umsetzung zurückzuführen ist.

Insbesondere fehlen einheitliche Schnittstellen, zudem bestehen papiergebundene Zusatzprozesse, insbesondere bei der Abrechnung. Auch die Einbindung der Homecare-Unternehmen in die Telematikinfrastruktur sowie die Nutzung der E-Rezept-Anwendung ist bislang unzureichend (WvD 2025).

Zusammengefasst ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der Home-

care- Branche trotz politischer Absichtserklärungen noch nicht so weit, wie sie sein sollte. Das E-Rezept für Hilfsmittel, Verbandmittel und Produkten zur Enteralen Ernährung bleibt komplex und erfordert mehr Umsetzungskraft. Dabei sind Prozessoptimierung und Software-Erneuerungen mögliche Lösungen, um Digitalisierung nicht nur technisch, sondern auch organisatorisch wirksam zu machen. Damit eine durchgängige, digitale und patientenzentrierte Versorgung gewährleistet werden kann, ist es notwendig, dass Hilfsmittelleistungserbringer und künftig auch Hilfsmittelverordnungen vollständig in die elektronische Patientenakte (ePA) integriert werden und im Versorgungsprozess eine höhere Kompetenz zugesprochen bekommen.

### Lösungsansatz

Um die langfristige Versorgungssicherheit zu gewährleisten, ist eine verbindliche gesetzliche Anerkennung des Homecare-Therapie-Managements unerlässlich. Die Rolle der Pflegekräfte im Versorgungssystem muss gestärkt und ihre Expertise besser in den Versorgungsprozess integriert werden. Ein möglicher Ansatz könnte darin bestehen, dass die Bundesregierung die Qualifikation und Bedeutung der Fachkräfte im Homecare-Bereich stärker berücksichtigt. Dabei sollte der Fokus weniger auf der Institution liegen, sondern vielmehr auf der spezifischen Qualifikation der Fachkräfte, die durch ihre Expertise einen maßgeblichen Beitrag zur hochwertigen Versorgung leisten. Ein weiterer Ansatz könnte darin bestehen, die Hilfsmittel-Leistungserbringer zu befähigen, die Aufgabenverteilung in der Hilfsmittelversorgung, insbesondere vor dem Hintergrund des zunehmenden Arztzeitmangels, künftig klarer und verbindlicher an den jeweiligen Kompetenzen der am Versorgungsprozess Beteiligten auszurichten. Nur so lassen sich die Qualität und Effizienz der Versorgung sichern und die Lebensqualität der Patienten nachhaltig verbessern.

### Fazit und Ausblick

Es wird deutlich, dass eine qualitätsgesicherte, patientenzentrierte Versorgung nicht allein durch ärztliche und pflegerische Strukturen gewährleistet werden kann. Homecare-Fachkräfte leisten hier einen entscheidenden Beitrag. Durch ihre Kompetenzen in Bedarfsanalyse, Koordination und Qualitätssicherung

können sie Versorgungsdefizite schließen und Übergänge zwischen den Sektoren wirksam gestalten. Um dieses Potenzial voll auszuschöpfen, bedarf es jedoch einer stärkeren Professionalisierung und Anerkennung des Berufsbildes. Die Rolle der Homecare-Fachkraft muss im Gesundheitssystem klarer definiert, strukturell verankert und politisch sichtbar gemacht werden. Dazu gehören verbindliche Qualitätsstandards und gezielte Qualifizierungsangebote.

Zugleich sollte die Funktion der Homecare-Fachkraft im Sinne einer Koordinations- und Schnittstellenprofession weiterentwickelt werden. Ihre Aufgaben reichen von fachlicher Beratung und Schulung sowie Einweisung bis hin zu logistischen Prozessen und Versorgungsorganisation.

Eine konsequente Integration in digitale Systeme, wie die Telematikinfrastruktur und die elektronische Patientenakte (ePA) sowie in innovative Versorgungsverträge würde ihre Arbeit zusätzlich stärken und zur Entlastung anderer Berufsgruppen beitragen.

Damit Homecare ihr Potenzial voll entfalten kann, braucht es neben politischen Rahmenbedingungen auch eine breitere gesellschaftliche Sensibilisierung für dieses Berufsbild. Denn nur wenn die Leistungen von Homecare-Fachkräften als unverzichtbarer Bestandteil der Versorgung anerkannt werden, lassen sich Versorgungslücken nachhaltig schließen und die Versorgungsqualität für Patienten verbessern.

Die Homecare-Versorgung ist dabei mehr als nur ein logistischer oder technischer Teilbereich, sie ist ein Gradmesser für die Leistungsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems. An kaum einem anderen Beispiel wird so deutlich sichtbar, wie eng medizinische Qualität, sektorübergreifende Zusammenarbeit und strukturelle Rahmenbedingungen miteinander verflochten sind. Fehlende Koordination, unklare Zuständigkeiten und bürokratische Hürden führen zu Verzögerungen, Doppelstrukturen und vermeidbaren Belastungen für Patienten und Fachkräfte.

Die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass es bereits wirkungsvolle Instrumente gibt: spezialisierte Fachkräfte, innovative Versorgungsverträge und digitale

Möglichkeiten. Doch solange diese Elemente nicht flächendeckend, standardisiert und koordiniert eingesetzt werden, bleibt ihr Potenzial begrenzt. Hier offenbart sich ein Spannungsfeld zwischen medizinischem Fortschritt und systemischen Hindernissen wie Fachkräftemangel, Bürokratie und fehlender Digitalisierung.

Für die Zukunft gilt es daher, den Homecare-Sektor als integralen Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Debatte zu rücken.

Dazu gehört:

- **Klare Qualitätsstandards** und eine verbindliche Umsetzung in allen Regionen
- **Sektorenübergreifende Modelle**, die die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege, Homecare-Unternehmen und Krankenkassen verbessern
- **Digitale Integration**, die Dokumentation erleichtert, Informationsflüsse und Kommunikation beschleunigt und die Patientenversorgung verbessert
- **Bürokratieabbau**, um Fachkräfte von administrativen Tätigkeiten zu entlasten und ihre Zeit für die direkte Versorgung zu nutzen

Die Homecare-Versorgung kann damit als exemplarisches Feld verstanden werden, das die dringendsten Herausforderungen und Chancen des deutschen Gesundheitswesens bündelt. Gelingt es hier tragfähige Lösungen umzusetzen, entsteht eine Vorbildfunktion für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung insgesamt. Dies würde nicht nur die Lebensqualität chronisch kranker Patienten verbessern, sondern auch einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, das Gesundheitssystem zukunftsfähig, effizient und patientenzentriert zu gestalten.

## Literaturverzeichnis:

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2025): Klinische Studien im Therapiegebiet Wundbehandlung. Finaler Rapid Report A24-61.  
URL: [https://www.iqwig.de/download/a24-61\\_klinische-studien-im-therapiegebiet-wundbehandlung\\_finaler-rapid-report\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/a24-61_klinische-studien-im-therapiegebiet-wundbehandlung_finaler-rapid-report_v1-0.pdf)
- Scholz, S. et al. (2022): Systemrelevanz von Homecare. SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth.  
URL: <https://mzum.org/wp-content/uploads/2023/01/Abschlussbericht-der-Studie-Systemrelevanz-von-Homecare.pdf>
- Wir versorgen Deutschland (2025): Branchenumfrage 2025. Berlin.  
URL: [https://wirversorgendeutschland.de/wp-content/uploads/2025/04/WvD\\_branchUmfr2025\\_zus.fassung\\_grafiken\\_final.pdf](https://wirversorgendeutschland.de/wp-content/uploads/2025/04/WvD_branchUmfr2025_zus.fassung_grafiken_final.pdf)
- DAK-Gesundheit / IGES-Institut (2024): Versorgungsreport 2024: Chronische Wunden – Versorgungssituation und Optimierungspotenziale. Heidelberg: medhochzwei Verlag.  
URL: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/66764/data/b86b891f2075a89b7128c1147d99a130/240426-download-report-gesundheitsreport.pdf>

## Notizen:

5c

# Studium, Aus- und Weiterbildung Pflege

Nina Poddig,  
wissenschaftliche Mitarbeiterin, opta data Zukunfts-Stiftung

Die strukturellen und organisatorischen Abläufe spielen in den verschiedenen Formen der Ausbildung jeweils nur eine untergeordnete Rolle. Vielmehr steht die Vermittlung praktischer Fähigkeiten und Fachwissens sowie die Interaktion mit den Menschen im Mittelpunkt. Im Bereich der Pflege gibt es hierbei verschiedene Ausbildungsberufe und Fortbildungen, die von einer eher allgemeinen, grundlegenden bis hin zu einer spezifischen, detaillierten Thematik reichen können. Mittlerweile sind erste Studiengänge im Bereich der Pflege in Deutschland möglich. Einen Einschnitt in die Bildungslandschaft in der Pflege wird das neue Pflegeberufegesetz darstellen, in dem die Ausbildungsberufe und auch die Studienformen neu geregelt werden.

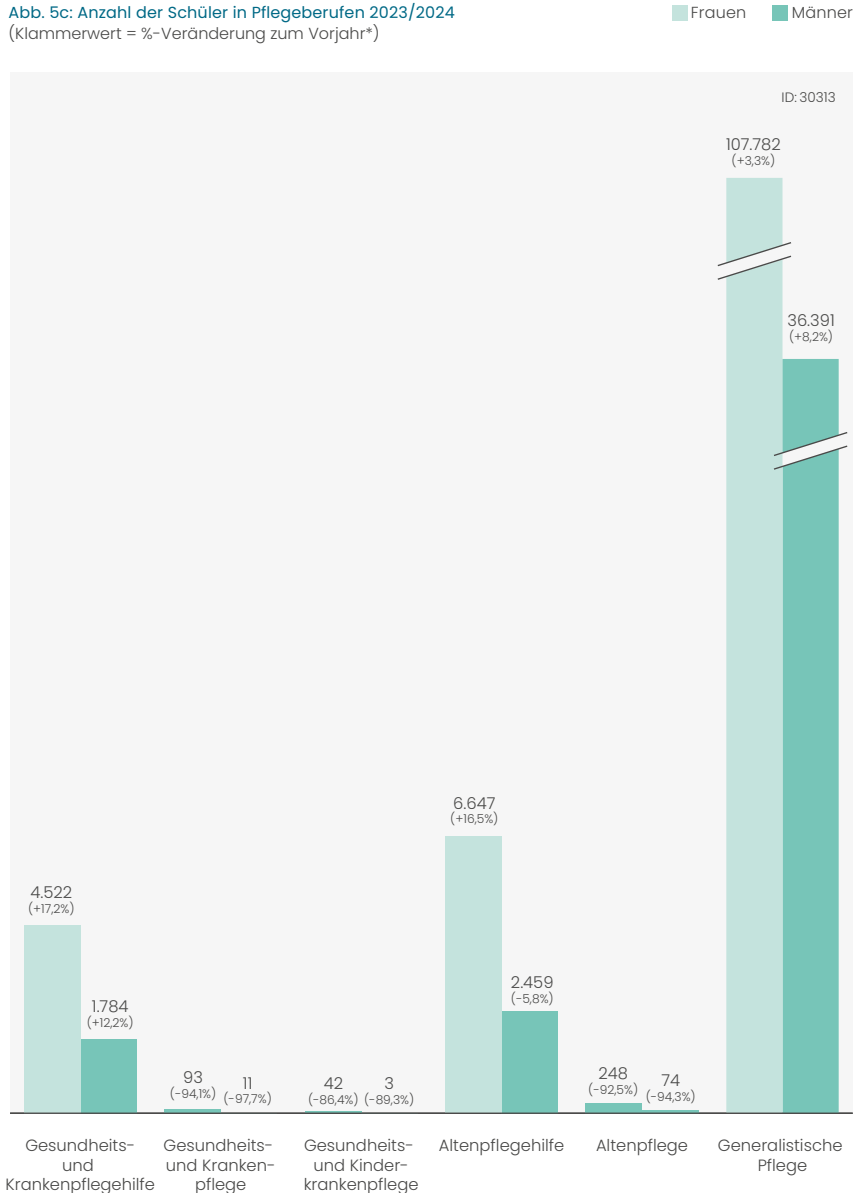


5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	111
5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege	112
5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	113
5c.4 Altenpflegehilfe	114
5c.5 Altenpflege	115
5c.6 Generalistische Pflege	116
5c.7 Versorgungsdichte - Pflegeschulen	117

Mit dem Pflegeberufegesetz von 2020 wurde die generalistische Pflegeausbildung eingeführt und die bisherigen Ausbildungen nach Altenpflegegesetz sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegegesetz abgeschafft. Die alten Ausbildungen laufen nur noch aus, was den starken Rückgang der Schülerzahlen in diesen Berufen erklärt, sie sinken teils um über 90%. Die generalistische Pflege ist inzwischen der zentrale

Ausbildungszweig mit 107.782 weiblichen (+3,3%) und 36.391 männlichen (+8,2%) Auszubildenden. Helferausbildungen verzeichnen ebenfalls Zuwächse, während die spezialisierten Pflegeberufe nahezu verschwinden. Zusätzlich gewinnt das Pflegestudium an Bedeutung und bietet eine weitere Alternative zur klassischen Ausbildung.

Abb. 5c: Anzahl der Schüler in Pflegeberufen 2023/2024  
(Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2025.

## 5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

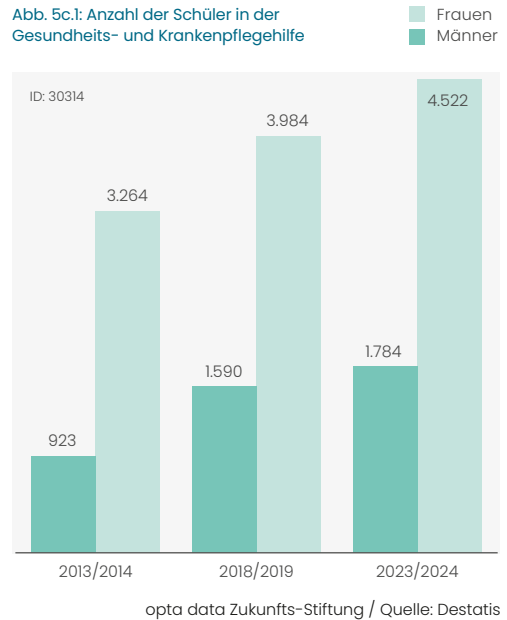
Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer ist eine landesrechtlich geregelte Berufsausbildung mit einer Dauer von ein bis zwei Jahren.

Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer ist in den Landesgesetzen geregelt und unterscheidet sich je nach Bundesland in Bezeichnung und Inhalten. In Hamburg existiert beispielsweise die generalistische Ausbildung zum Gesundheits- und Pflegeassistenten, während Nordrhein-Westfalen die Helferausbildungen für Altenpflege und Krankenpflege zusammengeführt hat. Grundlage für diese Entwicklungen ist das Pflegeberufegesetz (PflBG), das seit 2020 die generalistische Pflegeausbildung als Standard etabliert. Die Helferausbildungen bleiben jedoch bestehen und sind in den jeweiligen Landesverordnungen verankert.

Die Ausbildung dauert in der Regel ein bis zwei Jahre und kombiniert schulische Abschnitte mit praktischen Einsätzen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Sie vermittelt grundlegende Kenntnisse in der Pflege und Betreuung von Patienten, in Sofortmaßnahmen sowie in Vorbeugungs- und Rehabilitationsmaßnahmen. Nach erfolgreichem Abschluss, der durch eine mündliche und praktische Prüfung erfolgt (in einigen Bundesländern ergänzt durch einen schriftlichen Teil), ist eine Spezialisierung oder Weiterbildung bis hin zur Pflegefachkraft möglich. Zugangsvoraussetzungen sind meist die mittlere Reife oder ein Hauptschulabschluss.

Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer hat sich in den vergangenen Jahren deutlich entwickelt. Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich insgesamt 4.187 Personen in dieser Ausbildung, fünf Jahre später waren es 5.574 und im Schuljahr 2023/2024 bereits 6.306. Frauen stellen weiterhin die Mehrheit, ihr Anteil sank jedoch von 78% auf rund 72%. Die Zahl der Männer hat sich seit 2013 nahezu verdoppelt, die der Frauen um rund 39% erhöht.

Abb. 5c.1: Anzahl der Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe



## 5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger ist eine Berufsausbildung mit einer Dauer von drei Jahren, die in ihrer bisherigen Form ausgelaufen ist und durch die generalistische Pflegeausbildung ersetzt wurde. Ausbildungen, die bis zum 31.12.2019 begonnen wurden, konnten bis zum 31.12.2024 beendet werden.

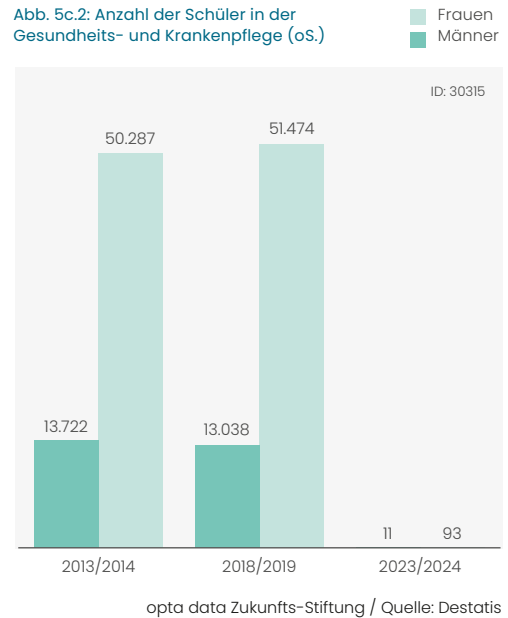
Die frühere Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege wurde bis Ende 2019 nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz geregelt und ist seit Einführung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) im Jahr 2020 nicht mehr als eigenständiger Ausbildungsgang verfügbar. Sie wurde durch die generalistische Pflegeausbildung ersetzt, die nun alle bisherigen Spezialisierungen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) vereint.

Die Ausbildung dauerte drei Jahre und umfasste rund 2.500 Praxis- und 2.100 Theoriestunden. Vermittelt wurden Kenntnisse in Sofortmaßnahmen, Medikamentengabe, Vorbeugungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Körperpflege. Die Theorie deckte Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Medizin, Naturwissenschaften, Sozialwissenschaften sowie Recht und Wirtschaft ab. Im letzten Jahr erfolgte eine Spezialisierung, etwa auf Kinder, Schwangere oder Menschen mit Demenz. Die Abschlussprüfung bestand aus schriftlichen, mündlichen und praktischen Teilen. Nach erfolgreichem Abschluss war eine Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger möglich, beispielsweise in Intensivpflege oder Psychiatrie.

In der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Schülerzahlen massiv eingebrochen, da die Ausbildung seit Einführung des Pflegeberufgesetzes 2020 nicht mehr regulär angeboten wird und im betrachteten Schuljahr 2023/2024 nur noch ausläuft.

Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich noch 64.009 Personen in dieser Ausbildung, fünf Jahre später waren es 64.512. Im Schuljahr 2023/2024 sind es nur noch 104 Auszubildende. Das Verhältnis von Frauen und Männern blieb dabei nahezu konstant: Frauen stellen mit rund 80% den Großteil, Männer etwa ein Fünftel.

Abb. 5c.2: Anzahl der Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege (os.)



## 5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Die Ausbildung zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ist eine bundesweit einheitlich geregelte Berufsausbildung mit einer Dauer von drei Jahren, die in ihrer bisherigen Form ausgelaufen ist und durch die Ausbildung zum generalistische Pflegeausbildung ersetzt wurde. Ausbildungen, die bis zum 31.12.2019 begonnen wurden, konnten bis zum 31.12.2024 beendet werden.

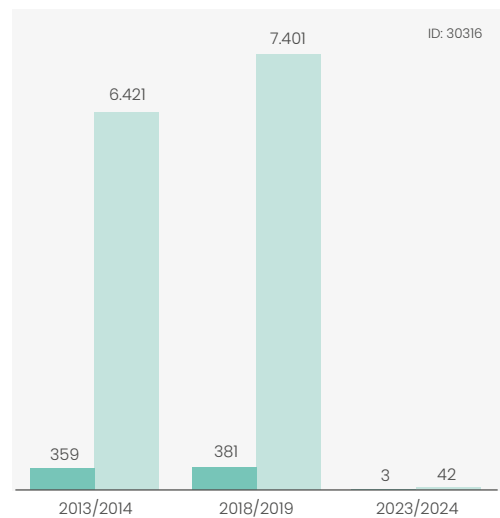
Die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege war bis Ende 2019 ein eigenständiger Ausbildungsgang, der sich in Struktur und Inhalten weitgehend an der Gesundheits- und Krankenpflege orientierte, jedoch eine spezielle Ausrichtung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen hatte. Seit Einführung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) im Jahr 2020 wird sie nicht mehr separat angeboten, sondern ist in die generalistische Pflegeausbildung integriert.

Die Ausbildung dauerte drei Jahre und umfasste rund 2.500 Praxisstunden und etwa 2.100 Theoriestunden. In der Differenzierungsphase wurden zusätzlich 500 Lehrstunden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vermittelt. Mindestens 700 Praxisstunden mussten in pädiatrischen Einrichtungen wie Neonatologie, Kinderchirurgie oder Jugendpsychiatrie absolviert werden. Die theoretische Ausbildung umfasste Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Medizin, Naturwissenschaften, Sozialwissenschaften sowie Recht und Wirtschaft. Im Mittelpunkt stand die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der Umgang mit medizinischen Notfällen. Die Abschlussprüfung bestand aus schriftlichen, mündlichen und praktischen Teilen. Nach erfolgreichem Abschluss waren Weiterbildungen möglich, etwa zum Fachkinderkrankenpfleger mit Spezialisierung auf bestimmte Krankheitsbilder.

Auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist ein drastischer Rückgang der Schülerzahlen zu verzeichnen, da die Ausbildung nur noch ausläuft. Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich noch 6.780 Personen in dieser Ausbildung, davon 6.421 Frauen und 359 Männer. Im Schuljahr 2018/2019 stieg die Zahl leicht auf 7.782 Auszubildende, während es im Schuljahr 2023/2024 nur noch 45 Personen, davon 42 Frauen und 3 Männer, sind.

Der Frauenanteil bleibt über die Jahre sehr hoch. In den Schuljahren 2013/2014 und 2018/2019 lag er bei 95% und 2023/2024 immer noch bei über 90%.

Abb. 5c.3: Anzahl der Schüler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

## 5c.4 Altenpflegehilfe

Die Ausbildung zum Altenpflegehelfer ist landesrechtlich geregelt und dauert in der Regel ein Jahr, in einigen Bundesländern bis zu zwei Jahren. Sie kombiniert einen schulischen Teil mit praktischen Einsätzen in Pflegeeinrichtungen wie Seniorenheimen.

In der Fachschule werden grundlegende Kenntnisse in Pflege, Betreuung, Anatomie, Krankheitslehre, Rechts- und Sozialkunde vermittelt. Praktisch üben die Auszubildenden die Unterstützung pflegebedürftiger Menschen bei alltäglichen Aufgaben wie Aufstehen, Waschen, Essen und Zubettgehen sowie die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten.

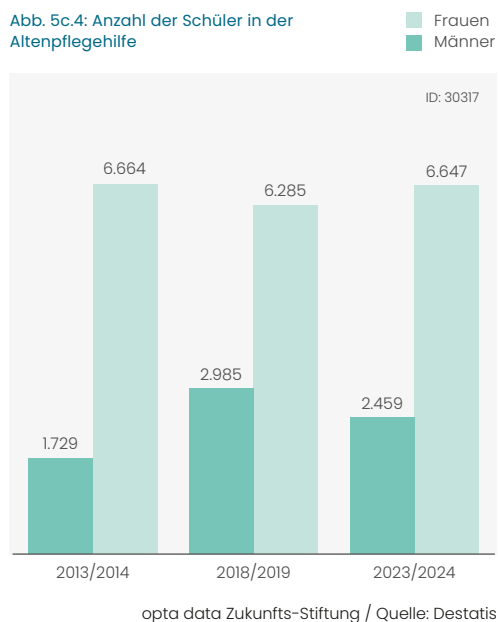
Altenpflegehelfer übernehmen pflegerische Basisaufgaben, dürfen jedoch keine Medikamente, Spritzen oder Infusionen verabreichen.

Nach erfolgreichem Abschluss der staatlichen Prüfung, welche aus schriftlichen, mündlichen und praktischen Teilen besteht, ist eine Weiterbildung zur Pflegefachkraft möglich. Zugangsvoraussetzungen sind in der Regel ein Hauptschulabschluss oder die mittlere Reife.

Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich 8.393 Personen in dieser Ausbildung, davon 6.664 Frauen und 1.729 Männer. Bis 2018/2019 stieg die Zahl auf 9.270 Auszubildende, vor allem durch einen deutlichen Zuwachs bei Männern, deren Zahl sich in diesem Zeitraum um rund 73% erhöhte. Die Zahl der Frauen sank leicht. Im Schuljahr 2023/2024 liegt die Gesamtzahl bei 9.106 Personen, es gibt somit einen leichten Rückgang gegenüber dem Höchstwert.

Der Männeranteil hat sich spürbar verändert, von rund 21% im Schuljahr 2013/2014 auf fast 27% im Schuljahr 2023/2024. Frauen stellen weiterhin die Mehrheit, ihr Anteil sank jedoch leicht.

Abb. 5c.4: Anzahl der Schüler in der Altenpflegehilfe



## 5c.5 Altenpflege

Die Ausbildung zum Altenpfleger ist eine bundesweit einheitlich geregelte Ausbildung mit einer Dauer von drei Jahren, die in ihrer bisherigen Form ausgelaufen ist und durch die generalistische Pflegeausbildung abgelöst wurde. Ausbildungen, die bis zum 31.12.2019 begonnen wurden, konnten bis zum 31.12.2024 beendet werden.

Die frühere Ausbildung zur Altenpflege war bis Ende 2019 ein eigenständiger Ausbildungsgang, der sich auf die Betreuung und Pflege älterer Menschen konzentrierte. Seit Einführung des Pflegeberufgesetzes (PflBG) im Jahr 2020 wird sie nicht mehr separat angeboten, sondern ist in die generalistische Pflegeausbildung integriert.

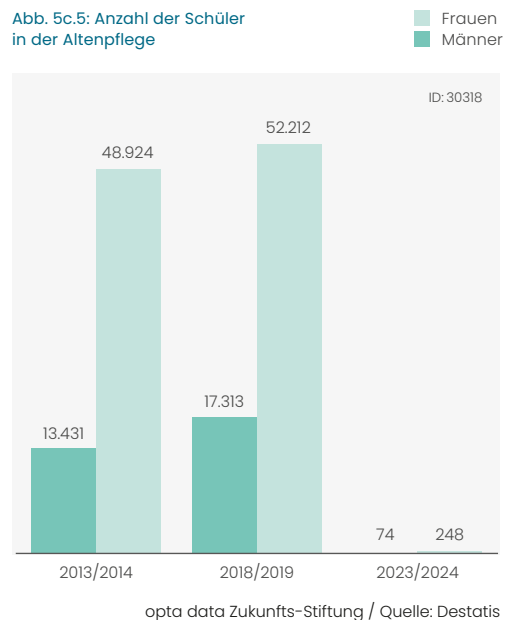
Die Ausbildung dauerte regulär drei Jahre in Vollzeit oder fünf Jahre in Teilzeit. Sie umfasste rund 2.500 Praxisstunden und etwa 2.100 Theoriestunden. Der praktische Teil fand in Altenpflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten oder Krankenhäusern statt und vermittelte den Umgang mit pflegebedürftigen Personen, die Durchführung ärztlicher Therapien und allgemeine Pflegeroutinen.

Im schulischen Teil wurden medizinische Grundlagen, Pflegemethoden, rechtliche Rahmenbedingungen, Geschäftsprozesse sowie Sozial- und Ethikthemen vermittelt. Ziel war die selbstständige Versorgung älterer Menschen und die Entwicklung persönlicher Kompetenzen für verantwortungsvolles Handeln. Die Ausbildung endete mit einer staatlichen Abschlussprüfung, bestehend aus schriftlichen, mündlichen und praktischen Teilen, und qualifizierte für die Arbeit in der Altenpflege. Weiterbildungen, etwa zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie oder Palliativpflege, waren möglich.

In den Ausbildungszahlen der Altenpflege macht sich ebenfalls bemerkbar, dass der Ausbildungsberuf nur noch bis zum 31.12.2019 begonnen und bis zum 31.12.2024 abgeschlossen werden konnte. Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich 62.355 Personen in dieser Ausbildung. Bis zum Schuljahr 2018/2019 stieg die Zahl zunächst um 11% auf 69.525 Auszubildende, wobei vor allem die Zahl der Männer deutlich zunahm. Danach setzte ein drastischer Rückgang ein. Im Schuljahr 2023/2024 sind es nur noch 322 Personen, davon 248 Frauen und 74

Männer. Der Frauenanteil blieb über die Jahre hoch, sank im Zehnjahrestrend jedoch leicht von rund 79% auf etwa 77%.

Abb. 5c.5: Anzahl der Schüler in der Altenpflege



## 5c.6 Generalistische Pflege

Die Ausbildung zum Pflegefachmann ist in Vollzeit eine dreijährige generalistische Pflegeausbildung, in Teilzeit kann sie bis zu fünf Jahren dauern.

Seit dem 1. Januar 2020 gilt in Deutschland die generalistische Pflegeausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG). Sie vereint die bisher getrennten Ausbildungen in Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinderkrankenpflege und sichert bundesweit einheitliche Qualitätsstandards, eine kostenfreie Ausbildung mit Vergütung sowie die EU-weite Anerkennung des Abschlusses.

Die Ausbildung kombiniert theoretischen Unterricht an Pflegeschulen mit praktischen Einsätzen bei Trägern und weiteren Einrichtungen. Insgesamt umfasst sie rund 2.500 Praxisstunden, davon mindestens 1.300 beim Hauptträger. Praxisanleitende begleiten die Auszubildenden, und die Inhalte werden regelmäßig aktualisiert, zuletzt 2023, um moderne Anforderungen wie digitale Kompetenzen einzubeziehen.

Im letzten Ausbildungsdrittel besteht die Möglichkeit, sich für einen Abschluss als Altenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger zu entscheiden oder die generalistische Ausbildung fortzuführen. Ob diese Spezialisierungen langfristig bestehen, wird bis Ende 2025 geprüft. Zugangsvoraussetzung ist ein mittlerer Schulabschluss oder eine zehnjährige allgemeine Schulbildung; mit Hauptschulabschluss ist die Ausbildung möglich, wenn zuvor eine Pflegehilfe- oder andere zweijährige Berufsausbildung abgeschlossen wurde.

Zum Start der Ausbildung zum Pflegefachmann/ zur Pflegefachfrau befinden sich im Schuljahr 2020/2021 bereits 32.565 Schüler in der Ausbildung. Die weiblichen Auszubildenden machen dabei rund drei Viertel aus, die Männer stellen mit 7.890 Auszubildenden rund 24%.

Im Schuljahr 2021/2022 befinden sich fast 61.000 Schüler in der generalistischen Pflegeausbildung, das entspricht einem Plus von etwa 87%. Das Verhältnis von

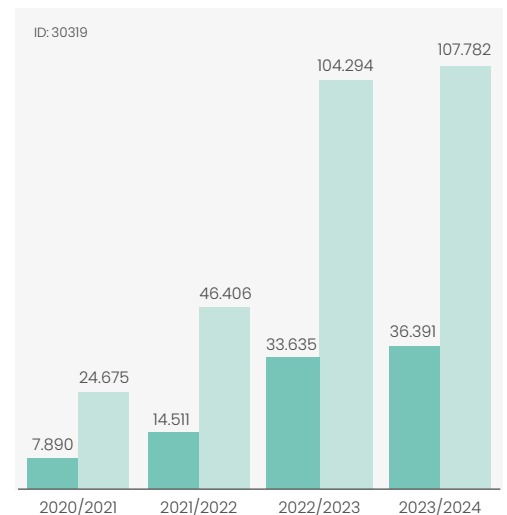
Männern und Frauen hat sich im Vergleich zum vorherigen Schuljahr nicht wesentlich verändert. Die Schüler machen knapp ein Viertel der Auszubildenden aus.

Der Wegfall der anderen Ausbildungsberufe in der Pflege und die Konzentration auf die generalistische Pflege wird im Schuljahr 2022/2023 besonders deutlich. Die Schülerzahlen haben sich im Vergleich zum vorherigen Schuljahr mehr als verdoppelt. Trotz des enormen Anstiegs der Zahlen verändert sich das Verhältnis von Schülerinnen und Schülern im Schuljahr 2022/2023 kaum.

Im Schuljahr 2023/2024 setzt sich das Wachstum der generalistischen Pflegeausbildung fort. Insgesamt befinden sich 144.173 Auszubildende in der Ausbildung. Verglichen mit dem Schuljahr 2022/2023 bedeutet dies einen Anstieg um rund 20%. Der Frauenanteil liegt weiterhin bei rund drei Vierteln.

Abb. 5c.6: Anzahl der Schüler in der generalistischen Pflege

Frauen  
Männer



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

## 5c.7 Versorgungsdichte – Pflegeschulen

Abb. 5c.7: Verhältnis von Pflegeschulen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Pflegeschulen/ Einwohnerzahl.

Abstufung

Stark überdurchschnittlich

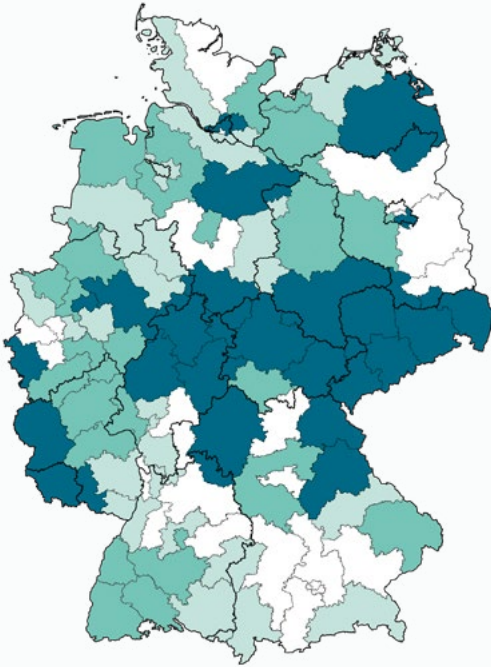
Überdurchschnittlich

Unterdurchschnittlich

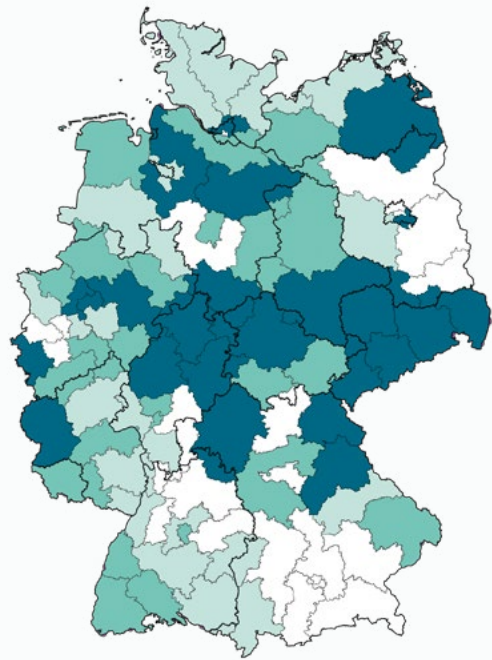
Stark unterdurchschnittlich

2024

2025



ID: 30312



ID: 30320

Die Verteilung wurde so klassifiziert, dass jede Abstufung dieselbe Anzahl Postleitzahlengebiete beinhaltet.  
Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

6c

# Basisdaten Gesundheitsberufe Pflege

Nina Poddig,  
wissenschaftliche Mitarbeiterin, opta data Zukunfts-Stiftung

Die staatlich geregelten Ausbildungen legen den Grundstein für die Sicherung der Qualität in den Pflegeberufen.

Im Folgenden wird die Situation der Pflege in Deutschland anhand relevanter statistischer Kennzahlen und Fragestellungen aufbereitet. Untersucht werden hierbei die Versorgungslage und die finanziellen Entwicklungen, aber auch die aktuelle Situation des Personals. Zuletzt werden alternative Pflegekonzepte, die immer mehr an Bedeutung gewinnen, erklärt und untersucht.

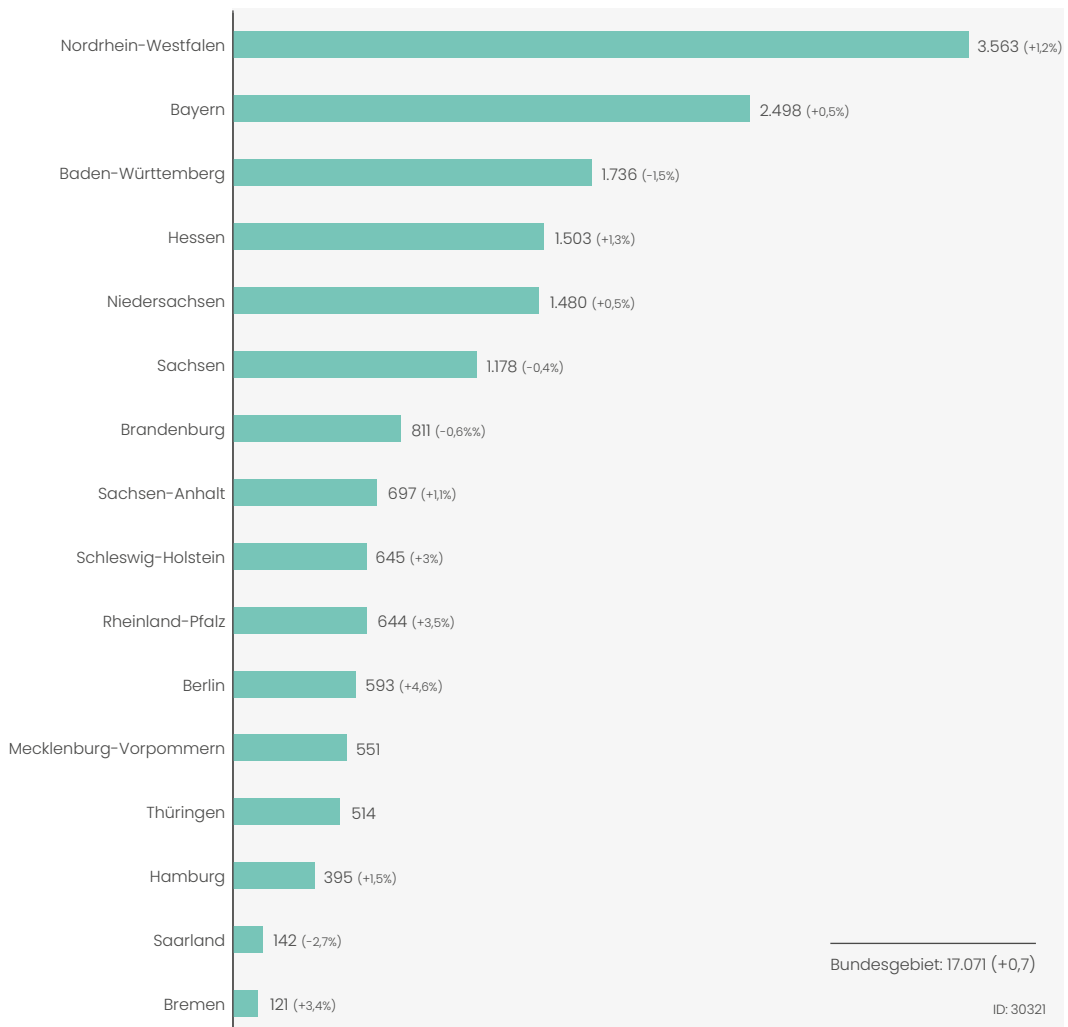


6c.1	Pflegeinfrastruktur	179
6c.1.1	Ambulante und stationäre Pflege	179
6c.1.2	Versorgungsdichte – häusliche Pflegeeinrichtungen	184
6c.1.3	Versorgungsdichte – Stationäre Pflegeeinrichtungen	185
6c.2	Finanzielle Aufschlüsselung	186
6c.3	Pflegeberufe	188
6c.3.1	Gesundheits- und Krankenpflege	188
6c.3.2	Altenpflege	191
6c.3.3	Fach- und Fachkinderkrankenpflege	194
6c.4	Intensiv-, Tages- und Nachtpflege	195
6c.4.1	Intensivpflege	195
6c.4.2	Entwicklung des Intensivpflege-Index	195
6c.4.3	Tages- und Nachtpflege	196

Die Gesamtzahl von 17.071 Leistungserbringern in der häuslichen Krankenpflege in Deutschland verteilt sich recht unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Mit 3.563 Leistungserbringern in der häuslichen Krankenpflege liegt Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit Abstand an erster Stelle. Dahinter folgen Bayern und Baden-Württemberg. Dies ist wenig überraschend, da diese drei Bundesländer zu den bevölkerungsreichsten Ländern gehören. Auf der anderen Seite weisen Bundesländer mit einer geringeren Bevölkerungszahl, wie Bremen und Saarland,

erwartungsgemäß deutlich weniger (<200) Leistungserbringer auf. Insgesamt entspricht die Verteilung der Leistungserbringer pro Bundesland annähernd der Verteilung der Einwohner pro Bundesland. Obwohl ein paar Bundesländer eine Abnahme der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr\* zu verzeichnen haben, steigt die Anzahl der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege im gesamten Bundesgebiet minimal um 0,7%. Den größten Zuwachs verbucht Berlin mit 4,6%, den größten Verlust verzeichnet hingegen das Saarland.

Abb. 6c.a: Anzahl Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege pro Bundesland 2025 (Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr)



## 6c.1 Pflegeinfrastruktur

Die Pflegeinfrastruktur in Deutschland lässt sich grundsätzlich in zwei Bereiche aufteilen, in ambulante und stationäre Pflege. Dabei werden die Pflegebedürftigen entweder in ihrem Zuhause oder in dafür vorgesehenen Einrichtungen betreut.

### 6c.1.1 Ambulante und stationäre Pflege

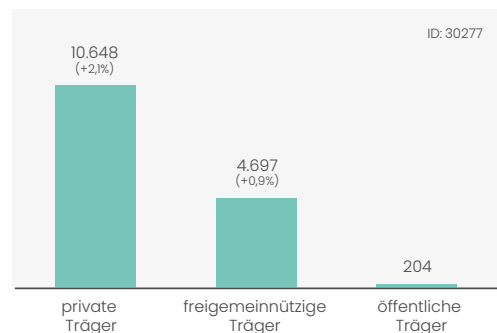
Im Bereich der ambulanten Pflegedienste existieren drei verschiedene Hauptträger: so machen die privaten Träger fast 68% der 15.549 ambulanten Pflegedienste (Stand: 2023) aus. Knapp ein Drittel der ambulanten Pflegedienste befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Einen geringen Anteil von den restlichen 1,3% machen die Pflegedienste mit öffentlichem Träger aus. Die Veränderung zum Jahr 2021 ist gering. So ist bei den ambulanten Pflegediensten mit privaten Trägern ein Wachstum von knapp 2,1% und bei denen mit freigemeinnützigen Trägern ein Wachstum von 0,9% festzustellen. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste, die zu den öffentlichen Trägerschaften gehören, ist im Vergleich zu 2021 unverändert.

Bei der Größe der ambulanten Pflegedienste lässt sich beobachten, dass diese in Deutschland breit aufgestellt sind. So gibt es etwas mehr als 1.000 ambulante Pflegedienste, die weniger als zehn Pflegebedürftige betreuen, während es über 1.400 Pflegedienste gibt, die mehr als 150 Pflegebedürftige betreuen. Den größten Anteil mit rund 45% machen die mittelgroßen ambulanten Pflegedienste (36–100 betreute Pflegebedürftige) aus, von ihnen gibt es pro Einteilung jeweils mehr als 2.200 Stück. Rückgänge im Vergleich zu den Zahlen der Pflegestatistik 2021 gibt es vor allem bei den ambulanten Pflegediensten, die zwischen 11 und 15 sowie 16 und 20 Pflegebedürftige betreuen.

Wie bei den ambulanten Pflegediensten gibt es bei Pflegeheimen drei Hauptträgerschaften, die privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Träger. Die Anzahl der Pflegeheime ist mit 16.505 Stück etwas höher als die der ambulanten Pflegedienste. Ein weiterer Unterschied ist, dass bei den Pflegeheimen die freigemeinnützigen Träger mit 53% den Großteil

ausmachen. 42% der Pflegeheime befinden sich in privater Trägerschaft. Sehr gering fallen, wie bei den ambulanten Pflegediensten, die öffentlichen Träger (4%) ins Gewicht. Die privaten und freigemeinnützigen Träger der Pflegeheime haben im Vergleich zur Pflegestatistik 2019 einen Zuwachs zu verzeichnen, nur die öffentlichen Träger weisen einen minimalen Rückgang auf.

Abb 6c.1a: Träger der ambulanten Pflegedienste 2023  
(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



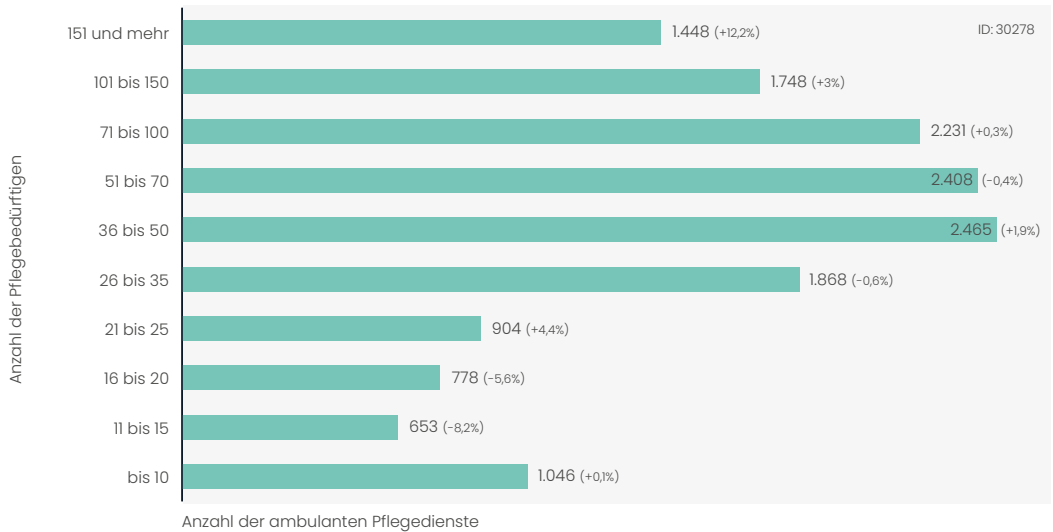
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

### Hinweis

Die in Kapitel 6c.1.1 "Ambulante und stationäre Pflege" verwendeten Zahlen beziehen sich auf die am 18.12.2024 erschienene Pflegestatistik 2023 des Statistischen Bundesamts (DESTATIS). Da die Pflegestatistik zweijährlich erscheint, decken sich die Zahlen und Grafiken mit denen des Statistischen Jahrbuchs 2025.

Abb. 6c.1b: Anzahl ambulanter Pflegedienste nach Anzahl zu pflegenden Personen 2023

(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



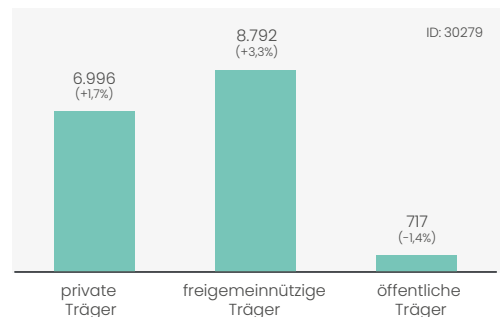
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Die Pflegeheime in Deutschland betreuen etwas mehr Menschen als die ambulanten Pflegedienste. Die Verteilung der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen auf die Anzahl der Pflegeheime sieht zudem etwas anders aus als die Verteilung der betreuten Pflegebedürftigen auf die Anzahl der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste. Besonders Pflegeheime mit mehr als 150 Pflegebedürftigen nehmen mit 353 Einrichtungen nur knapp 2% ein. Auch die Pflegeheime, die weniger als 11 Personen betreuen, nehmen mit knapp 3% nur einen sehr geringen Anteil an. Die Pflegeheime, die 300 und mehr oder weniger als 30 Pflegebedürftige betreuen, haben Rückgänge von über 10% zu verzeichnen. Den größten Zuwachs weisen die Pflegeheime mit 41-50 Pflegebedürftigen auf.

Die Anzahl von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen hat seit 2001 stetig zugenommen, jedoch ist das Wachstum unterschiedlich stark ausgeprägt. Im Jahr 2001 gab es 10.594 ambulante Pflegedienste und 9.165 Pflegeheime. 2011 gab es erstmals mehr Pflegeheime in Deutschland als ambulante Pflege-

Abb. 6c.1c: Träger der Pflegeheime 2023

(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

dienste (12.354 Pflegeheime zu 12.349 ambulanten Pflegediensten). Im aktuell betrachteten Jahr 2023 liegt die Zahl der Pflegeheime bei 16.505 Einrichtungen und die Zahl der ambulante Pflege- und Betreuungsdienste bei 15.549. Im Vergleich zum Jahr 2021 gibt es 2,4% mehr Pflegeheime und 1,1% mehr ambulante Pflegedienste.

Abb. 6c.1d: Anzahl Pflegeheime nach Anzahl zu pflegenden Personen 2023

(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)

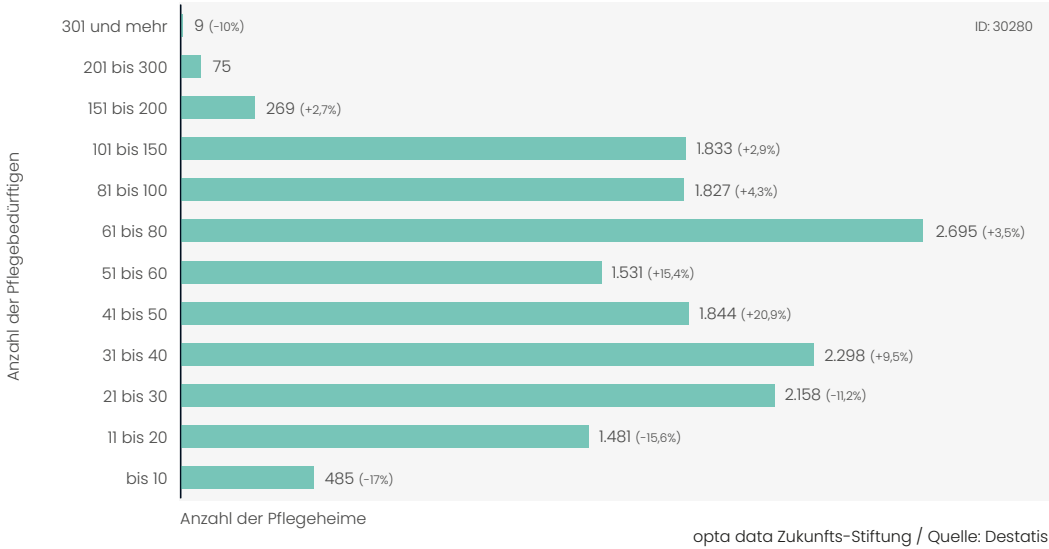


Abb. 6c.1e: Vergleich der Anzahl ambulanter Pflegedienste und Pflegeheime (in Tausend)

— Ambulante Pflegedienste  
- - - Pflegeheime

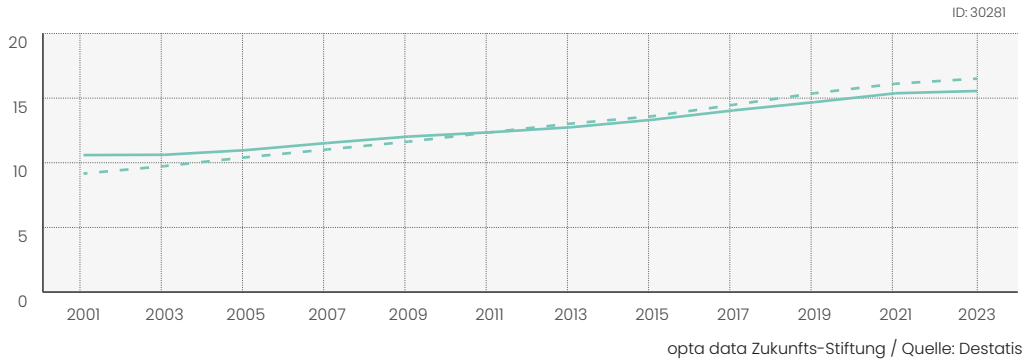
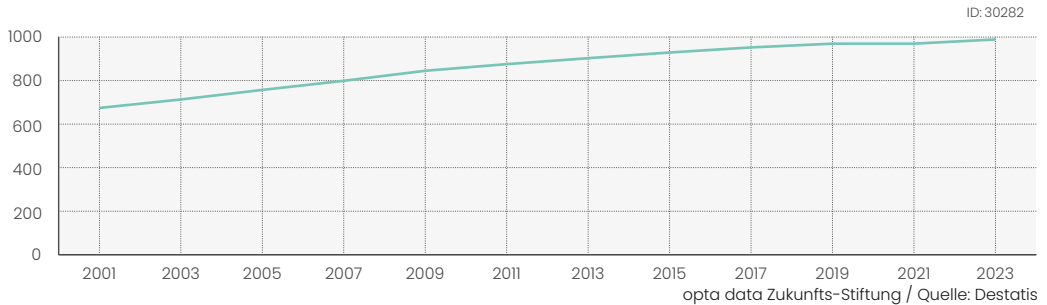


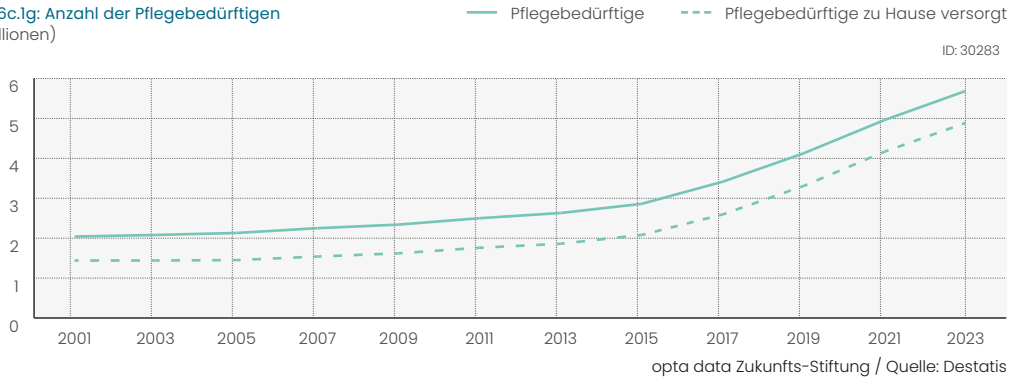
Abb. 6c.1f: Verfügbare Plätze in Pflegeheimen (in Tausend)



Wenig überraschend haben mit der Anzahl der Pflegeheime auch die verfügbaren Plätze in Pflegeheimen zugenommen, die Grafik der Entwicklung der verfügbaren Plätze zeigt ein stetiges Wachstum. Im Jahr 2001 gab es 674.292 Plätze, bis 2021 stieg diese Zahl

auf 984.688, was einem Wachstum von rund 46% entspricht. Für 2023 liegt die Anzahl der verfügbaren Pflegeheimplätze bei 988.951, das entspricht einem weiteren Anstieg von etwa 0,4% gegenüber 2021.

Abb. 6c.1g: Anzahl der Pflegebedürftigen (in Millionen)



In den hier betrachteten Jahren hat sich die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen seit 2001 weit mehr als verdoppelt, besonders ab 2015 ist sowohl bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen als auch bei den zuhause betreuten Menschen ein verstärkter Zuwachs erkennbar.

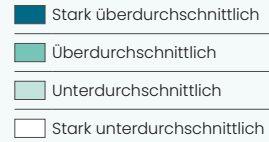
2023 waren in Deutschland über 5,6 Millionen Menschen pflegebedürftig und rund sechs von sieben (86%) Pflegebedürftigen wurden dabei zuhause versorgt. Im Vergleich zu 2021 gibt es in Deutschland im Jahr 2023 etwa 15% mehr pflegebedürftige Personen, bei den zuhause betreuten Pflegebedürftigen ist die Zahl um 17% gestiegen.

## Notizen:

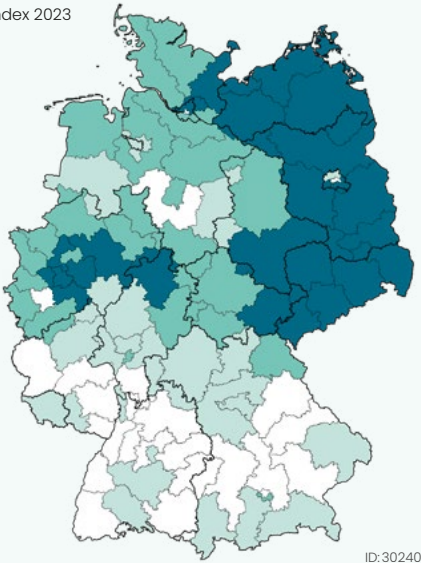
## 6c.1.2 Versorgungsdichte – Häusliche Pflegeeinrichtungen

Abb. 6c.1h: Zeitvergleich und Verhältnis von **häuslichen** Pflegeeinrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlengebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

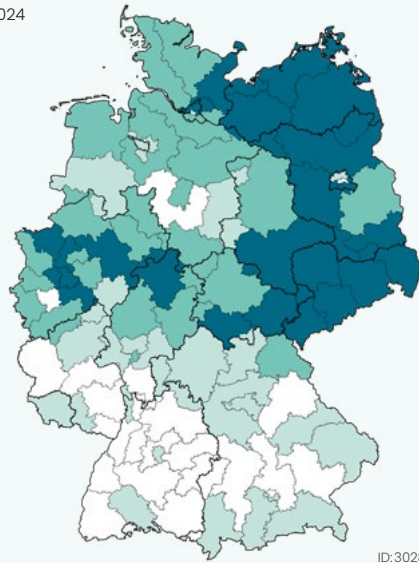
Abstufung



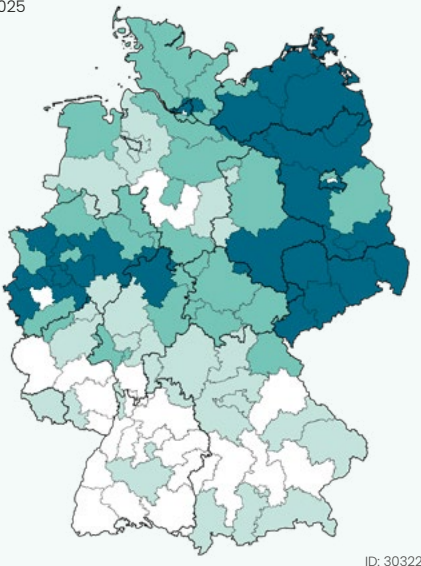
Index 2023



2024



2025



Die Verteilung wurde so klassifiziert, dass jede Abstufung dieselbe Anzahl Postleitzahlengebiete beinhaltet.  
Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

## 6c.1.3 Versorgungsdichte – Stationäre Pflegeeinrichtungen

Abb. 6c.1i: Zeitvergleich und Verhältnis von **stationären** Pflegeeinrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlengebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

Abstufung

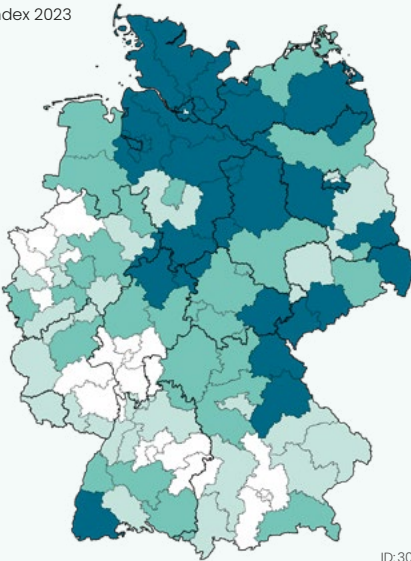
Stark überdurchschnittlich

Überdurchschnittlich

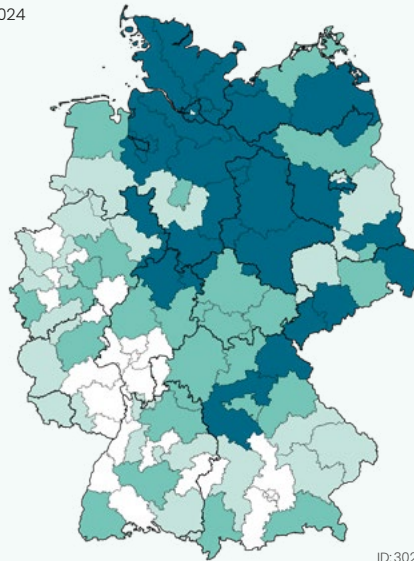
Unterdurchschnittlich

Stark unterdurchschnittlich

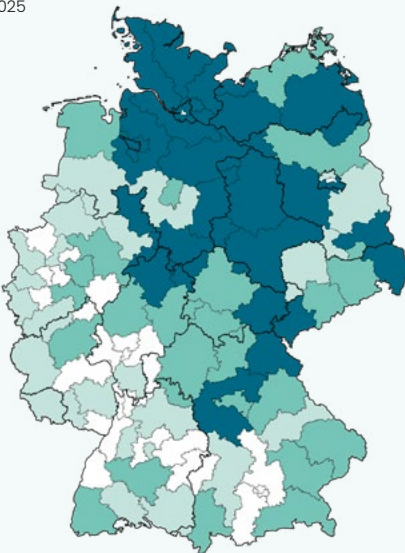
Index 2023



2024



2025



Die Verteilung wurde so klassifiziert, dass jede Abstufung dieselbe Anzahl Postleitzahlengebiete beinhaltet.

Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

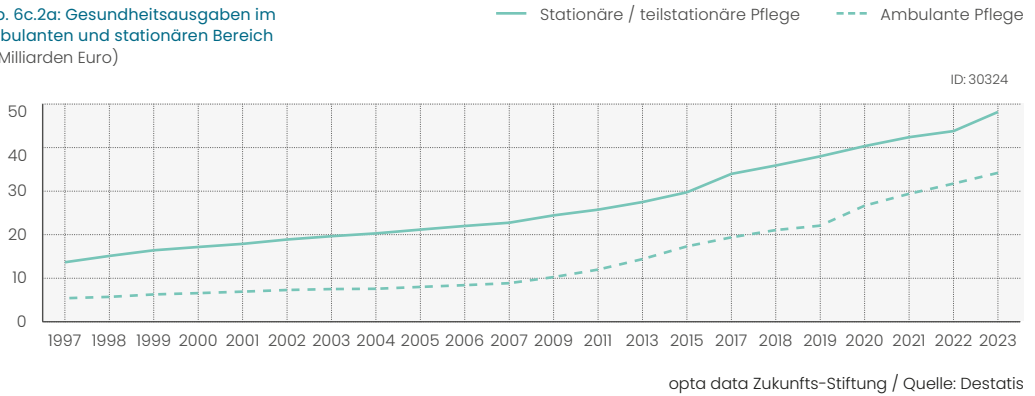
## 6c.2 Finanzielle Aufschlüsselung

Auch wenn die Anzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sich in den letzten Jahren relativ ähnlich entwickelt hat, so gibt es doch Unterschiede in der Finanzierung derselben. Dies ist anhand der Gesundheitsausgaben und deren Kostenträger ersichtlich.

In den letzten Jahren sind die Gesundheitsausgaben sowohl in der ambulanten als auch im stationären Bereich angestiegen. Im Vergleich haben sich die absoluten Zahlen ähnlich entwickelt; allein für die aktuell vorliegenden Zahlen von 2022 auf 2023 beliefen sich die jährlichen Mehrausgaben in der ambulanten Pflege auf rund 2,5 Milliarden Euro und in der (teil-)

stationären Pflege auf knapp 4,4 Milliarden Euro. Der Anstieg im ambulanten Bereich ist im Fünfjahrestrend von 2018 bis 2023 dennoch deutlicher; dort sind die Ausgaben um 37,3% gestiegen. In der (teil-)stationären Pflege sind es im Fünfjahrestrend hingegen knapp 22% mehr Ausgaben.

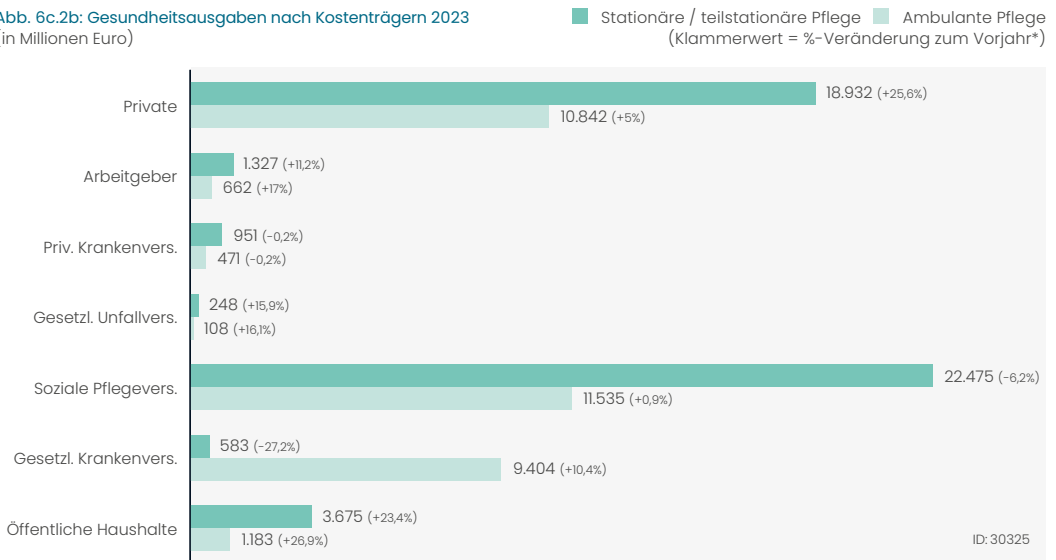
Abb. 6c.2a: Gesundheitsausgaben im ambulanten und stationären Bereich (in Milliarden Euro)



Bei der ambulanten Pflege sind die Kostenträger auf drei Hauptsäulen verteilt, vorweg die soziale Pflegeversicherung mit 11,53 Mrd. Euro, gefolgt von Privatbürgern mit 10,84 Mrd. Euro und den gesetzl. Krankenversicherungen mit 9,4 Mrd. Euro Ausgaben. Bis auf die private Krankenversicherung verzeichnen alle Kostenträger in der ambulanten Pflege einen Zuwachs. Die gesetzliche Unfallversicherung macht mit 108 Millionen Euro den kleinsten Teil der Gesundheitsausgaben aus, einen kleineren Teil machen ebenfalls die privaten Krankenversicherungen (471 Mio. Euro), die Arbeitgeber (662 Mio. Euro) und die öffentlichen Haushalte (1,18 Mrd. Euro) aus.

Bei der stationären und teilstationären Pflege tragen soziale Pflegeversicherung und Privatbürger mit Abstand den größten Anteil der Ausgaben, nämlich 22,47 Mrd. Euro bzw. 18,93 Mrd. Euro. An dritter Stelle stehen die öffentlichen Haushalte mit 3,67 Mrd. Euro. Der Anteil der Arbeitgeber und der privaten Krankenversicherung beträgt im stationären und teilstationären Bereich im Vergleich zur ambulanten Pflege etwa das Doppelte (1,32 Mrd. Euro bzw. 471 Mio. Euro). Den größten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr\* hat der Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzeichnen. Trotzdem nimmt die gesetzliche Unfallversicherung den geringsten Anteil (248 Mio. Euro) ein.

Abb. 6c.2b: Gesundheitsausgaben nach Kostenträgern 2023  
(in Millionen Euro)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2025.

## 6c.3 Pflegeberufe

Im Folgenden wird die aktuelle Situation in den Pflegeberufen beschrieben, dabei werden die Altersstruktur, Beschäftigung und Geschlecht sowie die Einrichtungen der jeweiligen Berufsgruppen betrachtet.

### 6c.3.1 Gesundheits- und Krankenpflege

#### Gesundheits- und Krankenpfleger betreuen pflegebedürftige Patienten und übernehmen einen Teil der medizinischen Versorgung.

##### Altersstruktur

Die Altersverteilung des Pflegepersonals in der Gesundheits- und Krankenpflege hat sich im Vergleich zum Vorjahr\* kaum verändert. Fast alle Altersklassen haben einen leichten Zuwachs zu verzeichnen, nur die Altersklasse der 50-59-Jährigen ist rückläufig. Mit 220.000 Beschäftigten nehmen sie einen Anteil von 23,5% ein, nur knapp überholt von den 30-39-Jährigen mit 23,6%. Die Altersklasse der über 60-Jährigen nimmt trotz eines Plus von 5,9% nur knapp 11% des Pflegepersonals in der Gesundheits- und Krankenpflege ein. Die Altersklassen der unter 30-Jährigen sowie die 40-49-Jährigen nehmen jeweils um die 20% ein.

Bei den Helfern in der Gesundheits- und Krankenpflege sieht die Altersstruktur hingegen etwas anders aus. Dort befindet sich der Großteil der Beschäftigten in der Altersklasse der unter 30-Jährigen, gefolgt von den 50-59-Jährigen mit 53.000 Beschäftigten. Dicht beieinander liegen die Altersklassen der 30-39-Jährigen und der 40-49-Jährigen (46.000 und 45.000 Beschäftigte). Das Schlusslicht bildet die Altersklasse der über 60-Jährigen, sie nehmen nur einen Anteil von 12,7% an der Gesamtverteilung ein.

Der für das gesamte Pflegepersonal in der Gesundheits- und Krankenpflege beschriebene Trend lässt sich dafür bei den Fachkräften in etwa wiederfinden. Der einzige Unterschied ist, dass die unter 30-Jährigen hier minimal weniger Beschäftigte aufweisen als die 40-49-Jährigen.

Abb. 6c.3a: Alter des Personals in der Gesundheits- und Krankenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

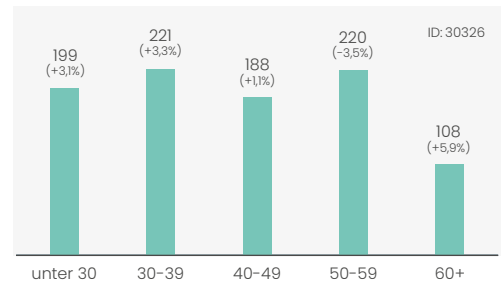


Abb. 6c.3b: Alter der Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

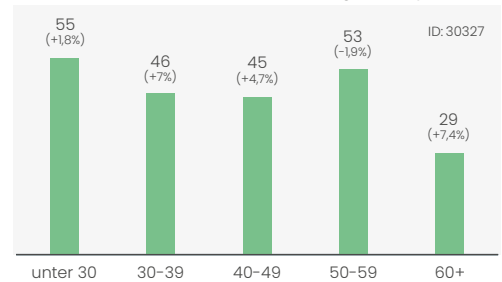
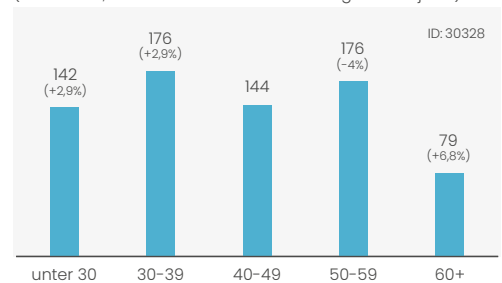


Abb. 6c.3c: Alter der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2025.

## Beschäftigung und Geschlecht

Mehr als die Hälfte der rund 923.000 Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiten als Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigte, etwa 43% arbeiten in Vollzeit. Von den Pflegekräften ist der Großteil weiblich, bei den Vollzeitbeschäftigten machen sie rund drei Viertel der Beschäftigten aus, unter den Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten nehmen sie 88% ein.

Von den 228.000 Helfern in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiten 139.000 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte; auch hier ist der Frauenanteil mit fast 84% höher als der Anteil der Männer. 39% der Helfer arbeiten in einer Vollzeitbeschäftigung. Hier ist das Verhältnis von Frauen und Männern ebenfalls ungleich, knapp 70% Frauen stehen 30% Männern gegenüber.

Bei den Fachkräften nähert sich die Aufteilung der Beschäftigten in Voll- und Teilzeit an. Knapp 44% der Fachkräfte sind vollzeitbeschäftigt, wovon wiederum rund 77% Frauen sind. Der Männeranteil bei den Teilzeit- und geringfügig beschäftigten Fachkräften liegt bei 10%.

Abb. 6c.3d: Beschäftigung und Geschlecht in der Gesundheits- und Krankenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

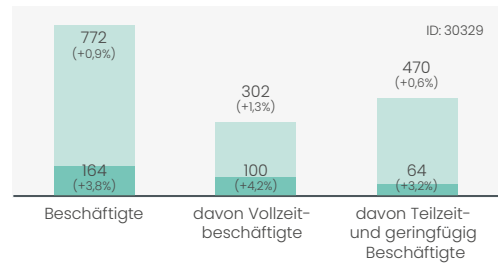


Abb. 6c.3e: Beschäftigung und Geschlecht der Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

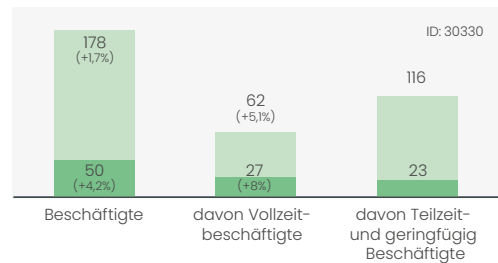
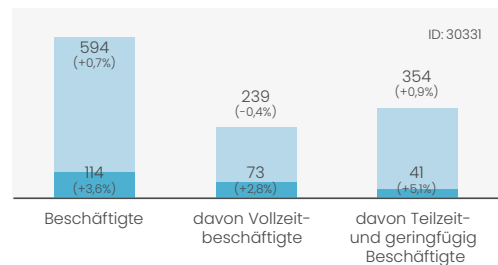


Abb. 6c.3f: Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



### Einrichtungen

Die Beschäftigten der Pflegeberufe verteilen sich im Allgemeinen auf ambulante, stationäre/teilstationäre und sonstige Einrichtungen. Der Anteil der Frauen liegt bei den Pflegekräften in allen drei Bereichen um die 80%. In den ambulanten Einrichtungen, womit hauptsächlich ambulante Pflegedienste gemeint sind, nehmen die Frauen trotz eines minimalen Rückgangs der Zahlen sogar 84% ein. Die meisten Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiten in stationären und teilstationären Einrichtungen, dort arbeiten rund zwei Drittel der Pflegekräfte. Hierzu zählen Krankenhäuser und in geringem Maße stationäre Pflegeheime.

Bei den Helfern in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitet der Großteil der Beschäftigten ebenfalls in stationären und teilstationären Einrichtungen. Dort sind fast 50% der Helfer tätig. Darauf folgen mit 63.000 Beschäftigten die in ambulanten Einrichtungen tätigen Helfer, sowohl die Frauen als auch die Männer haben einen Zuwachs von jeweils 1.000 Beschäftigten. In den sonstigen Einrichtungen arbeitet knapp ein Viertel der Helfer.

Bei den Fachkräften ist die Aufteilung auf die verschiedenen Einrichtungen ähnlich zu der Verteilung des gesamten Pflegepersonals in der Gesundheits- und Krankenpflege. So arbeiten mit Abstand die meisten Fachkräfte in den stationären und teilstationären Einrichtungen (70%), während in den ambulanten Einrichtungen mit rund 13% die wenigsten Beschäftigten tätig sind. In allen Einrichtungen ist der Frauenanteil deutlich höher als der Anteil der Männer.

Abb. 6c.3g: Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

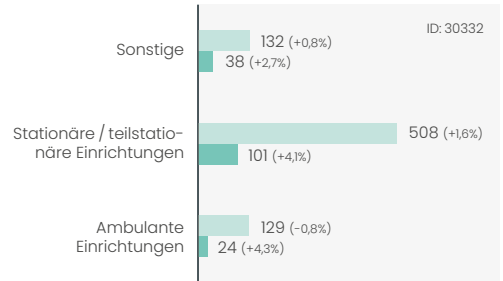


Abb. 6c.3h: Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

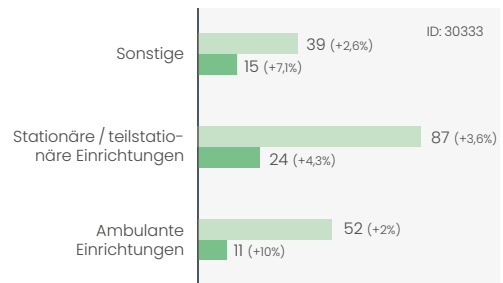
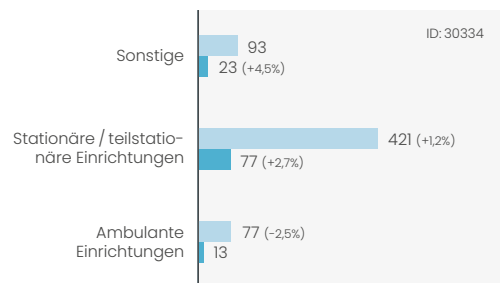


Abb. 6c.3i: Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2025.

## 6c.3.2 Altenpflege

### Altenpfleger betreuen hilfsbedürftige ältere Menschen bei der Alltagsbewältigung und führen medizinische Maßnahmen durch.

#### Altersstruktur

Die Altersstruktur des Pflegepersonals in den Berufen der Altenpflege hat sich im Vergleich zum Vorjahr\* nicht verändert. Die meisten Beschäftigten stellt die Altersgruppe der 50-59-Jährigen trotz des minimalen Rückgangs. Darauf folgen die 30-39-Jährigen mit 168.000 Beschäftigten. Etwa jeder Fünfte der in der Altenpflege Beschäftigten ist zwischen 40 und 49 Jahre alt. Die unter 30-Jährigen und die über 60-Jährigen machen jeweils unter 20% an der gesamten Beschäftigtenzahl aus.

Bei den Altenpflegehelfern nehmen die Beschäftigungszahlen mit dem Alter zu. Eine Ausnahme bildet die Altersklasse der über 60-Jährigen. Sie stellen mit 51.000 Beschäftigten die kleinste Gruppe dar, obwohl sie mit 6,3% das größte Wachstum im Vergleich zum Vorjahr\* zu verzeichnen haben. Einen Rückgang verzeichnet hingegen die mit 90.000 Beschäftigten am stärksten vertretene Altersklasse der 50-59-Jährigen, sie machen 25,5% der Helfer aus.

Auch bei den Fachkräften stellen die unter 30-Jährigen sowie die über 60-Jährigen die Altersgruppen mit den geringsten Beschäftigungszahlen. Die meisten Fachkräfte arbeiten in der Altersgruppe der 30-39-Jährigen, anders als in der Gesamtverteilung. Mit 97.000 Beschäftigten machen sie rund 27% aus. Dahinter folgen dicht beieinander die Altersklasse der 40-49-Jährigen sowie die der 50-59-Jährigen mit 84.000 bzw. 83.000 Beschäftigten.

Abb. 6c.3j: Alter des Personals in der Altenpflege 2023  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

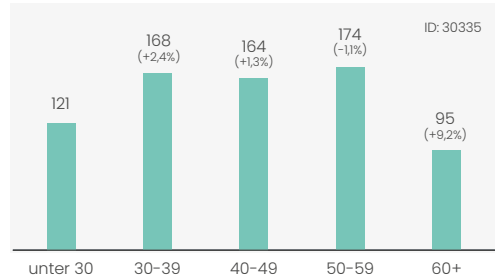


Abb. 6c.3k: Alter der Helfer in der Altenpflege 2023  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

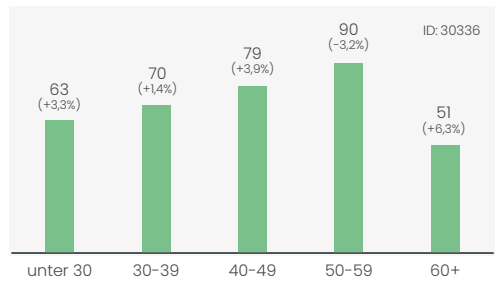
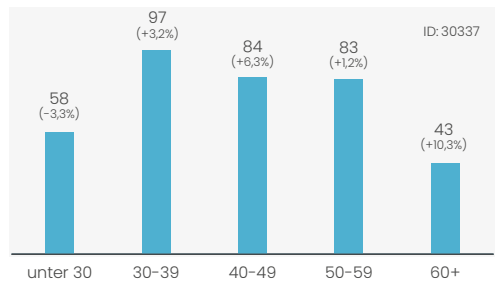


Abb. 6c.3l: Alter der Fachkräfte in der Altenpflege 2023  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



### Beschäftigung und Geschlecht

Die meisten Beschäftigten in der Altenpflege sind weiblich, die Männer machen nur 18,6% der Beschäftigten aus. Im Vergleich zum Vorjahr\* ist die Beschäftigtenzahl der Männer um 5,5% gestiegen, während die Zahl der Frauen um 10.000 Beschäftigte steigt. Wie in den anderen Pflegeberufen erkennbar, arbeiten auch in der Altenpflege die meisten der Frauen in einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung. Die meisten Männer sind hingegen mit etwas über 50% bei den Vollzeitbeschäftigten zu finden.

Bei den Helfern ist es auffällig, dass nur jeder Vierte vollzeitbeschäftigt ist. Rund drei Viertel der Frauen arbeiten in Teilzeit oder sind geringfügig beschäftigt. Die Frauen machen knapp 86% der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten aus. Im Vergleich zum Vorjahr\* ist der Anteil der Männer unter den Beschäftigten am stärksten gestiegen.

Der hohe Anteil an Frauen spiegelt sich, wie auch in den anderen Pflegeberufen, bei den Fachkräften wider. Mit fast 20% ist der Männeranteil im Vergleich zum Vorjahr\* leicht gestiegen. Die Aufteilung zwischen Voll- und Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten ist relativ ausgeglichen. Rund 53,2% der Fachkräfte arbeiten in einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung, wobei der Frauenanteil mit 86,1% sehr hoch ist. Der Großteil der Männer arbeitet in einer Vollzeitbeschäftigung (63%).

Abb. 6c.3m: Beschäftigung und Geschlecht in der Altenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

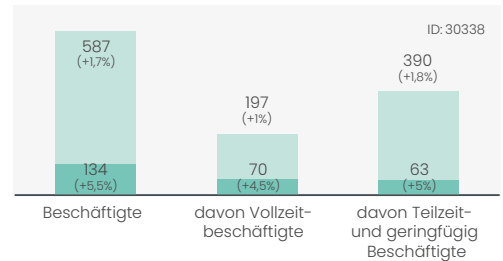


Abb. 6c.3n: Beschäftigung und Geschlecht der Helfer in der Altenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

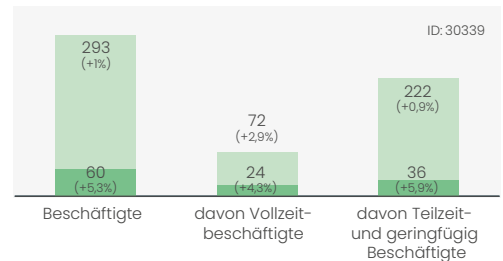
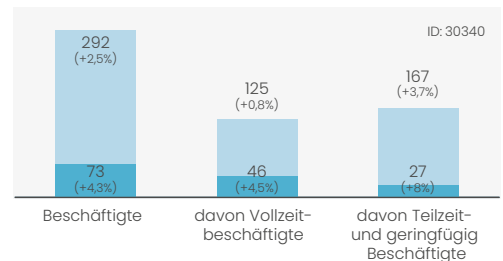


Abb. 6c.3o: Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Altenpflege 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2025.

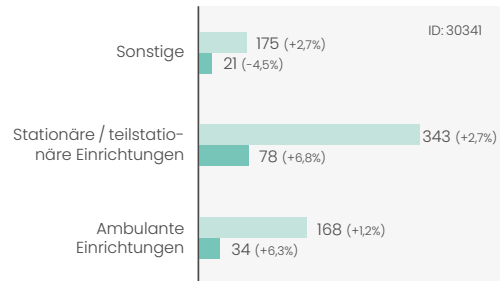
## Einrichtungen

In der Altenpflege sind die meisten Beschäftigten in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig, etwa 58% der Altenpfleger arbeiten in solchen Einrichtungen. Den Großteil in den stationären und teilstationären Einrichtungen machen die Frauen mit etwa 82% aus. In ambulanten Einrichtungen arbeiten 28% des Personals der Altenpflege. Der Anteil der Frauen ist hier sogar noch höher (83%). In den sonstigen Einrichtungen sind 13,4% der Altenpfleger beschäftigt. Die Männer machen hier einen Anteil von 21,9% aus. Im Vergleich zum Vorjahr\* haben die Männer in den sonstigen Einrichtungen mit 4,5% den einzigen Rückgang des Personals zu verzeichnen.

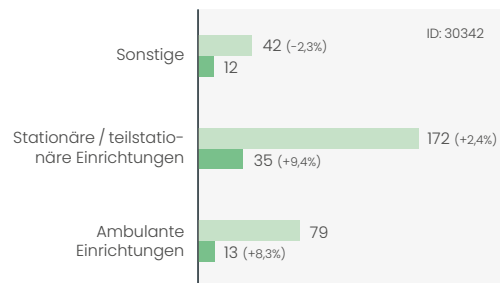
Die Aufteilung der Helfer ist ähnlich zu der gesamten Verteilung der Beschäftigten in der Altenpflege gestaltet. 58,6% der Beschäftigten sind in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig. Der Frauenanteil ist hier mit 83,1% ähnlich dem in der allgemeinen Betrachtung der Berufsgruppe. An zweiter Stelle folgen die ambulanten Einrichtungen mit 26,1% und an dritter Stelle die sonstigen Einrichtungen mit 15,3%. Bis auf die sonstigen Einrichtungen verzeichnen alle Einrichtungsarten ein Plus im Vergleich zum Vorjahr\*.

Wie auch bei den Helfern sind die meisten Fachkräfte in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig. In diesen sind 58,5% der Fachkräfte beschäftigt. In den ambulanten Einrichtungen sind die Fachkräfte mit 29,9% etwas stärker vertreten als die Helfer. Nur etwa 11,5% der Fachkräfte sind in sonstigen Einrichtungen beschäftigt. Die sonstigen Einrichtungen haben in den hier betrachteten Einrichtungsarten als einzige einen Rückgang zu verzeichnen.

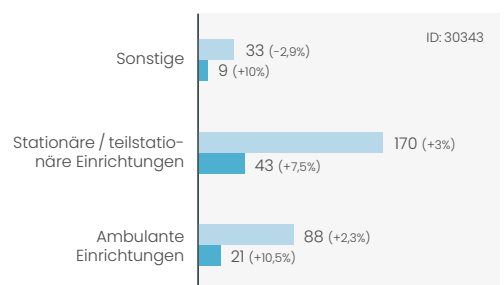
**Abb. 6c.3p: Beschäftigte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2023** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



**Abb. 6c.3q: Helfer in der Altenpflege nach Einrichtungen 2023** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



**Abb. 6c.3r: Fachkräfte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2023** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

### 6c.3.3 Fach- und Fachkinderkrankenpflege

**Fach- und Fachkinderkrankenpfleger sind speziell geschultes Pflegepersonal und betreuen Patienten in verschiedensten medizinischen Bereichen.**

#### Altersstruktur

Bei den Fach- und Fachkinderkrankenpflegern ist im Vergleich zum Vorjahr\* kaum eine Veränderung in der Altersstruktur zu beobachten. Trotz eines Rückgangs der Beschäftigtenzahlen stellen die 50-59-Jährigen die Altersgruppe mit den meisten Beschäftigten dar. Die 40-49-Jährigen stellen rund ein Viertel und die 30-39-Jährigen ein Fünftel der Fachkrankenpfleger. Die über 60-Jährigen verzeichnen ebenso wie die unter 30-Jährigen ein leichtes Plus von knapp 1.000 Beschäftigte im Vergleich zum Vorjahr\*. Dennoch sind die unter 30-Jährigen, die am schwächsten vertretene Altersgruppe und nehmen nur einen Anteil von nicht mal 8% an der Gesamtverteilung ein.

#### Beschäftigung und Geschlecht

Die ungleiche Verteilung von Frauen und Männern spiegelt sich bei den Fach- und Fachkinderkrankenpflegern wie auch in den anderen Pflegeberufen wider. Von den Beschäftigten sind nur rund ein Fünftel männlich. Die Aufteilung von Voll- und Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten teilt sich bei den Fachkrankenpflegern nicht mehr so gleichmäßig wie im Vergleich zum Vorjahr\* auf. 41% des Personals sind vollzeitbeschäftigt, etwa 59% sind in einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung tätig.

#### Einrichtungen

Die Verteilung der Fach- und Fachkinderkrankenpfleger auf die verschiedenen Einrichtungen orientiert sich an der Verteilung der anderen Pflegeberufe. Der Großteil ist mit rund 67% in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig. Etwa ein Fünftel der Fachkrankenpfleger sind in ambulanten Einrichtungen tätig. Etwa ein Sechstel der Fach- und Fachkinderkrankenpfleger arbeiten in sonstigen Einrichtungen.

Abb. 6c.3s: Alter der Fachkrankenpfleger 2023  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

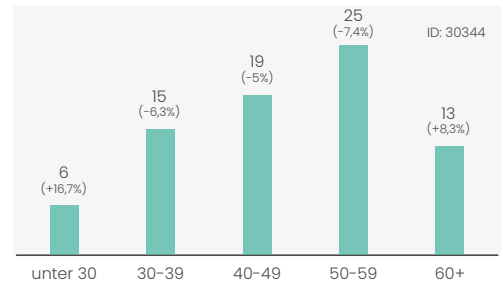


Abb. 6c.3t: Beschäftigung und Geschlecht in der Fachkrankenpflege 2023  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

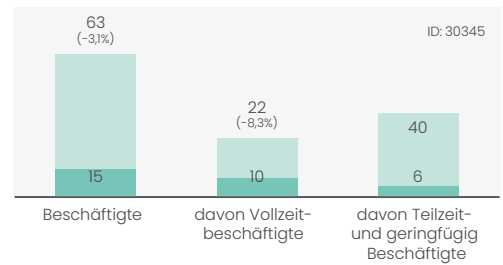
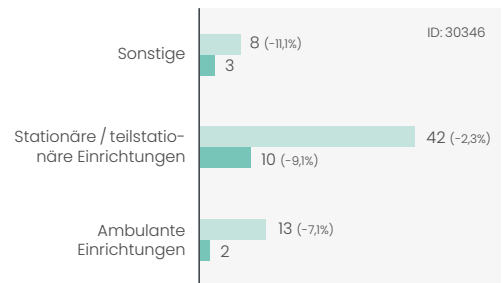


Abb. 6c.3u: Beschäftigte in der Fachkrankenpflege nach Einrichtungen 2023  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2025.

## 6c.4 Intensiv-, Tages- und Nachtpflege

Neben den beiden großen Pflegekonzepten der ambulanten und stationären Pflege gewinnen auch Spezialformen wie die Intensivpflege und die teilstationäre Pflege zunehmend an Bedeutung. Die größere Flexibilität bietet den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine höhere Lebensqualität und neue Möglichkeiten im Alltag.

### 6c.4.1 Intensivpflege

Intensivpflege ist ein wachsender Teil der ambulanten Krankenpflege, der stark pflegebedürftige Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten behandelt. Sie bietet beispielsweise Querschnittsgelähmten, Beatmungspflichtigen oder Patienten mit Herzrhythmusstörungen die Möglichkeit, zu Hause, in einer Wohngemeinschaft oder in einem Pflegeheim rund um die Uhr versorgt zu werden. Die ambulante Intensivpflege richtet sich an Patienten, deren Versorgung sonst nur in einem klinischen Umfeld erfolgen kann. Die Intensivpflegedienste übernehmen dann die Überwachung der Kranken, die Behandlungs- und Grundpflege sowie die Auswertung ermittelter Werte. Sie versorgen den Patienten auch mit benötigten Hilfsmitteln, arbeiten mit Therapeuten zusammen und übernehmen vereinzelt häusliche Tätigkeiten.

Neben der Betreuung der Patienten findet auch eine Beratung der Angehörigen statt, wie sie in die Pflege eingebunden werden und welche Hilfsmittel benötigt werden.

Das dafür eingesetzte Personal muss nicht nur eine Ausbildung zur examinierten Pflegekraft vorweisen, sondern auch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen absolvieren. Jährlich muss das Personal an mindestens vier Fortbildungen teilnehmen, wovon eine im Fachgebiet Reanimation und eine in Erster Hilfe sein muss.

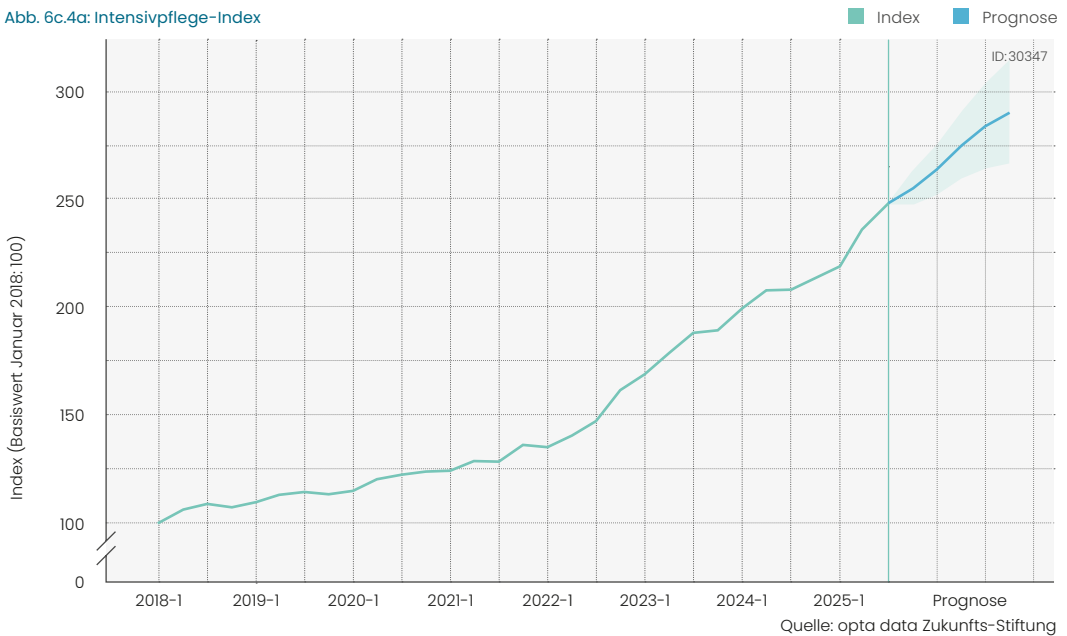
Die Kosten der Intensivpflege werden in der Regel vollständig von der Krankenkasse übernommen, wobei die meisten Pflegedienste die Verhandlung mit dem Kostenträger übernehmen.

### 6c.4.2 Entwicklung des Intensivpflege-Index

Auf Grundlage der anonymisierten Abrechnungsdaten der opta data Gruppe erstellen wir jedes Jahr den Intensivpflege-Index. Dieser gewährt einen Überblick über das Ausgabenwachstum in der häuslichen Intensivpflege. Das Ausgabenwachstum wird über den Zeitraum von 2018 bis zum dritten Quartal 2025 dargestellt. Das erste Quartal 2018 dient dabei als Referenzzeitpunkt und bekommt den Basiswert 100 zugewiesen. Alle folgenden betrachteten Quartalsergebnisse werden in Relation zu diesem Basiswert gesetzt.

Seit Anfang 2018 ist der Intensivpflege-Index durchgängig steigend. Das Wachstum hat Anfang 2022 sichtbar zugenommen, was sich in einem steileren Anstieg der Kurve bemerkbar macht. Ein Anstieg hat auch im Jahr 2025 stattgefunden. Die beobachteten Werte liegen sogar noch oberhalb der Prognose, die im Jahr 2024 aufgestellt wurde. Für das Jahr 2026 ist laut der aktuellen Prognose weiterhin mit einem kontinuierlichen Anstieg zu rechnen.

Abb. 6c.4a: Intensivpflege-Index

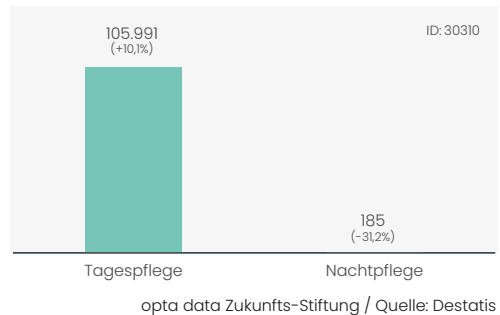


### 6c.4.3 Tages- und Nachtpflege

Die Tagespflege stellt eine Form von teilstationärer Pflege dar, in der pflegebedürftige Menschen tagsüber in einer Einrichtung betreut werden. Sie bietet insbesondere für Menschen, deren Pflegepersonen berufstätig sind oder eine Auszeit benötigen, die Möglichkeit, weiterhin zu Hause wohnen zu können. Bei der Tagespflege stehen neben der reinen Pflege auch die Gestaltung eines Beschäftigungsprogramms und die Kommunikation mit Gleichgesinnten im Mittelpunkt. Die Einrichtungen bieten eine Kombination aus Gemeinschaftsräumen und Rückzugsmöglichkeiten.

Die Betreuung einer pflegebedürftigen Person läuft dabei schematisch folgendermaßen ab. Morgens wird die zu betreuende Person zur Tagespflegeeinrichtung gebracht oder durch einen Fahrservice von ihrem Zuhause abgeholt. In der Einrichtung wird dann ein wechselndes Tagesprogramm geboten. Typischerweise beginnt der Tag mit einem gemeinsamen Frühstück, woraufhin Aktivitäten in den Bereichen Bewegung, Spiele, Musik, geistiges Training oder Hauswirtschaft (z.B. Kochen und Backen) angeboten werden. Nach dem Mittagessen

Abb. 6c.4b: Verfügbare Plätze in Pflegeheimen 2023 (Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



erhalten die zu pflegenden Personen dann Zeit zum Ausruhen und eine individuelle Betreuung durch das Pflegepersonal. Abschließend findet meist ein gemeinschaftliches Kaffeetrinken statt, bevor die Pflegebedürftigen wieder nach Hause gefahren und von ihren Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten betreut werden.

Während die Tagespflege eine Betreuung tagsüber anbietet, betreut die Nachtpflege Pflegebedürftige in

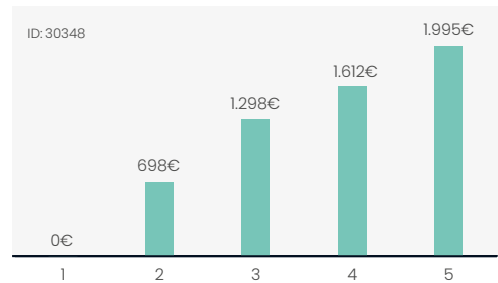
der Nacht. Die Nachtpflege übernimmt die Betreuung, das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, die Körperpflege und bietet Krankenpflege, falls der Pflegebedürftige dies benötigt. Damit bieten die Nachtpflege-Einrichtungen eine Entlastung pflegender Angehöriger von beispielsweise Demenz- oder Intensivpflegepatienten. Die Pflegebedürftigen können den Tag zu Hause verbringen und werden dann über Nacht durch einen ambulanten Pflegedienst oder in einem Pflegeheim betreut.

Im Jahr 2023 lag die Zahl der verfügbaren Plätze in der Tagespflege bei 105.991, was im Vergleich zu 2021 einem Zuwachs von 10,1% entspricht. Die Nachtpflege bietet im Vergleich zur Tagespflege nur eine geringe Anzahl an Plätzen, 2023 waren 185 Plätze verfügbar, 31,2 % weniger als 2021.

Die Kosten des Betreuungs- und Pflegeanteils der Tages- und Nachtpflege werden zum Teil von der Pflegekasse übernommen. Die Kosten für Verpflegung und Unterbringung sowie die Investitionskosten der Einrichtung sind von der zu pflegenden Person selbst zu zahlen.

Seit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes von 2015 werden Gelder für die teilstationäre Pflege zusätzlich zum Pflegegeld bewilligt. Ab Pflegegrad 2 werden Teile der Sachleistungen in der Tages- und Nachtpflege übernommen, wobei mit höherem Pflegegrad auch der Beitragsrahmen auf bis zu 1.995 € steigt. Eigene Zuzahlungen fallen erst an, wenn die monatlichen Kosten den für den Pflegegrad festgelegten Beitrag überschreiten. Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 haben keinen Anspruch auf Leistungen in der teilstationären Pflege, jedoch gibt es für pflegende Angehörige die Möglichkeit, die Tagespflege mit dem Entlastungsbetrag zu verrechnen.

Abb. 6c.4c: Übernommene Sachleistungen nach Pflegegraden 1–5



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: §41 SGB XI

## Hinweis

Die in Kapitel 6c.4.3 "Tages- und Nachtpflege" verwendeten Zahlen beziehen sich auf die am 18.12.2024 erschienene Pflegestatistik 2023 des Statistischen Bundesamts (DESTATIS). Da die Pflegestatistik zweijährlich erscheint, decken sich die Zahlen und Grafiken mit denen des Statistischen Jahrbuchs 2025.

7c

# Verbände Pflege

Tim Breite,  
Referent Kooperationen/Verbände, Geschäftsbereich Pflege  
der opta data Gruppe



Eine Vielzahl an Verbänden für die ambulante und stationäre Pflege haben sich mittlerweile in Deutschland etabliert. Diese unterscheiden sich zum einen in ihrer Ausrichtung z.B. von Vertretungen für die pflegenden Angehörigen, über Pflegepersonalunterstützung bis hin zu Vertretungen von Arbeitgebern bzw. Unternehmern und zum anderen in ihrer Größe von 100 bis 25.000 Mitgliedern. Hierbei ist die Art der Mitglieder zu unterscheiden, es können sowohl Einzelpersonen als auch Unternehmen sein. Die Trägerschaft der Pflegeverbände teilen sich auf in kirchliche, gemeinnützige und privat-gewerbliche Träger.

## 7c.1 Aufgaben der Berufsverbände

Das Hauptaugenmerk der Berufsverbände liegt vor allem darin, die Interessen ihrer Mitglieder in wirtschaftlicher, sozialer und gesellschaftlicher Hinsicht zu vertreten. Berufsspezifische Bedürfnisse der Berufe werden so gesammelt und durch den Verband in der Öffentlichkeit repräsentiert. Zu den verschiedenen Aufgaben gehören:

- **Interessenvertretung:** Die Pflegeverbände setzen sich für die Interessen der Pflegekräfte ein und vertreten diese gegenüber Politik, Arbeitgebern und anderen relevanten Akteuren.
- **Beratung und Unterstützung:** Die Verbände bieten ihren Mitgliedern Beratung und Unterstützung in verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel bei rechtlichen Fragen, Arbeitsbedingungen oder Weiterbildungsmöglichkeiten.
- **Qualitätsentwicklung:** Die Pflegeverbände arbeiten an der Weiterentwicklung der Pflegequalität und setzen sich für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegepraxis ein.
- **Fort- und Weiterbildung:** Die Verbände bieten Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegekräfte an, um deren Kompetenzen zu stärken und aktuelles Fachwissen zu vermitteln.
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Die Pflegeverbände informieren die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Pflege und setzen sich für eine positive Darstellung des Pflegeberufs ein.
- **Netzwerkarbeit:** Die Verbände fördern den Austausch und die Vernetzung von Pflegekräften untereinander sowie mit anderen relevanten Akteuren im Gesundheitswesen.
- **Mitwirkung bei politischen Entscheidungen:** Die Pflegeverbände nehmen an politischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen teil, um die Interessen der Pflegekräfte einzubringen und die Pflegepolitik mitzugestalten.
- **Tarifverhandlungen:** Die Verbände sind in Tarifverhandlungen aktiv und setzen sich für angemessene Arbeitsbedingungen und eine faire Bezahlung der Pflegekräfte ein.

Zu den bekanntesten Pflegeverbänden in Deutschland zählen u.a.:

- **Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)**  
Der DBfK ist der größte Pflegeverband in Deutschland und vertritt die Interessen der Pflegefachpersonen. Er setzt sich für eine qualitativ hochwertige Pflege, gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene Bezahlung ein.<sup>1</sup>
- **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)**  
Der bpa ist ein Verband, der private Anbieter von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen vertritt. Er setzt sich für die Interessen der privaten Pflegeeinrichtungen ein und engagiert sich für eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen.<sup>2</sup>
- **Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)**  
Der DPR ist ein Zusammenschluss von verschiedenen Pflegeverbänden und -organisationen. Als Dachverband vertritt er die Interessen aller Pflegeberufe und setzt sich für eine Stärkung der Pflege und optimale Rahmenbedingungen ein.<sup>3</sup>
- **Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU)**  
Der VPU ist ein Verband, der die Interessen der momentan 34 (Stand Oktober 2023) Pflegedirektoren an Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen vertritt. Er setzt sich für eine Weiterentwicklung der Pflege in diesen Einrichtungen ein.<sup>4</sup>

1 Quelle: <https://www.dbfk.de/de/ueber-uns/index.php>

2 Quelle: <https://www.bpa.de/Ziele.46.0.html>

3 Quelle: <https://deutscher-pflegerat.de/verband/aufgaben>

4 Quelle: <https://www.vpuonline.de/>

- **Verband der Schwesternschaften vom DRK e. V. (VdS)**

Bundesweit vertritt der VdS als Dachverband 21 DRK-Schwesterenschaften mit dem Ziel der qualitativ hochwertigen Pflege und der Professionalisierung sowie Akademisierung der Pflegeberufe.<sup>5</sup>

- **Verband für digitale Standards in der Pflege e. V. (VdSP)**

Der in 2025 neugegründete Verband VdSP setzt sich für die Förderung und Gestaltung digitaler Technologien in der Pflege ein. Ziel ist es, die Chancen der Digitalisierung zu nutzen und gleichzeitig Risiken zu minimieren, immer mit dem Fokus auf die Bedürfnisse von Pflegekräften und Pflegebedürftigen. Der Verband entwickelt und verbreitet Standards und Hilfsmittel für digitale Anwendungen wie den elektronischen Pflegebericht oder die Telematikinfrastruktur. Er bietet Schulungen, Leitfäden und Tools an, um Pflegeeinrichtungen bei der Einführung digitaler Lösungen zu unterstützen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz, etwa zur Dokumentationshilfe, Sturzprävention oder Vitaldatenüberwachung. Zudem fördert der VdSP Forschung und Studien zu Datenschutz, Datennutzung und digitalen Prozessen in der Pflege. Mitglieder des VdSP können aktiv an der Entwicklung digitaler Standards mitwirken und vom Austausch mit Fachleuten und Praxiserfahrungen profitieren.

Diese Liste ist nicht abschließend, es gibt noch weitere Pflegeverbände in Deutschland, die sich für die Interessen der Pflegekräfte einsetzen, zum Beispiel:

- Berufsverband Heil- und Pflegeberufe (BHP)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberater und Pflege (DBfPP)
- Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V. (AVG)
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD e. V.)
- Verband der Pflegehilfe- und Pflegefachkräfte (VdPP)
- Verband der Pflegeberufe (VdPB)
- Verband der Pflege- und Sozialberufe in Deutschland (VPSD)

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationärer Einrichtungen LV NRW e. V. (bad e. V.)
- Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. (LfK)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)

## 7c.2 Aufgaben der Pflegekammern

Die Pflegekammer hat die Aufgabe, die beruflichen Belange der Pflegenden zu fördern und unter Beachtung der Interessen der Bevölkerung zu überwachen. Berufe, in einer Kammer organisiert, werden in der Öffentlichkeit und im politischen Raum verstärkt wahrgenommen. Die Ziele einer Pflegekammer umfassen den klassischen kammertypischen Dreiklang: Ständesvertretung, Ständesaufsicht und Ständesförderung.

Aus diesen Zielen resultieren unter anderem folgende Aufgaben einer Pflegekammer:

- Schaffung einer einheitlichen Berufsethik und Berufsordnung,
- Registrierung aller Angehörigen der Pflegeberufe,
- Beratung des Gesetzgebers, Beteiligung bei Gesetzgebungsverfahren und Kooperation mit der öffentlichen Verwaltung, Auslegung gesetzlicher Bestimmungen, Umsetzung von Gesetzen, Anfertigung von Sachverständigenurteilen,
- Kooperation und Kontaktpflege mit anderen nationalen und internationalen Institutionen im Gesundheitswesen.

Zwei Bundesländer – Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz – verfügen über eine Pflegeberufekammer. Die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz setzt sich für die ca. 43.000 Pflegenden des Bundeslandes ein. Zusammen mit dem Deutschen Pflegerat stellen die beiden Landespflegekammern die Mitglieder der Bundespflegekammer.<sup>6</sup>

5 Quelle: <http://www.rotkreuzschwestern.de/ueber-uns/fachverband-fuer-professionelle-pflege>

6 Quelle: <https://bundespflegekammer.de/>

## Notizen:

8

# Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse

Stefan Moritz,  
Data Scientist der opta data Gruppe



8a	Heilmittel	234
8b	Hilfsmittel	240
8c	Pflege	284
8d	Rettungsdienste und Krankentransporte	304

## Hinweis

Das Kapitel 8 mit den Analysegrafiken zu den Bewegungsdaten der einzelnen Berufsgruppen, finden Sie als kostenlosen Download unter:

<https://od.link/jahrbucharchiv>

Die folgenden Seiten 230 bis 235 sollen Ihnen einen ersten Eindruck der Inhalte vermitteln.



Mit dem opta data Abrechnungsbarometer wird eine jährlich fortgesetzte Betrachtung zur Entwicklung von Versorgungsdienstleistungen durch die sonstige Leistungserbringer vorgelegt. Diese Betrachtungsweise bezeichnen wir im vorliegenden Zusammenhang als Bewegungsdatenanalyse, insofern das Rezeptaufkommen eine fortlaufend dynamische Größe ist und die Häufigkeit ausgestellter Rezepte im Zeitverlauf variiert. Die dazu notwendigen Daten stammen von der opta data Finance GmbH, die sie der opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH für diesen und andere gemeinnützige, wissenschaftliche Zwecke in Form anonymisierter Datensammlungen jährlich zur Verfügung stellt. Die Auswertung wird mit den folgenden Jahresausgaben auch in diesem Jahr fortgeschrieben. Die jährliche Betrachtung der anonymisierten Versorgungsdaten stellt den basisempirischen Input der Jahrbücher dar, sodass die dauerhafte Beobachtung der Entwicklungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Heilmittel, Hilfsmittel, ambulante Pflege und Kranken- und Rettungstransporte) institutionalisiert werden kann. Die regelmäßig wiederkehrende Betrachtung der Versorgungsdaten ermöglicht eine dynamische Perspektive auf die Versorgungsfelder der Gesundheitsfachberufe. Damit lassen sich Veränderungen in den Therapie- bzw. Versorgungstrends identifizieren und – mit Blick nach vorne – können sich auch neue interessante Fragestellungen ergeben.

Aufgrund der strukturellen Unterschiede hinsichtlich Zusammensetzung und Kennzeichnung innerhalb der Versorgungsbereiche, sowie Unterschieden in den zur Verfügung stehenden Datengrundlagen, werden jeweils verschiedene Betrachtungslogiken herangezogen.

### Heilmittel

Im Versorgungsbereich Heilmittel werden Index-Zeitreihen für die zwölf am häufigsten versorgten Leistungsarten ausgewiesen. Die Leistungsarten ergeben sich aus der zweiten und dritten Stelle der Positionsnummer laut GKV Heilmittelverzeichnis. Der Index bezieht sich hierbei auf das Abrechnungsvolumen (in €) der sonstigen Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der Basiswert (100%) wird auf das erste Quartal 2018 festgelegt – alle folgenden Quartalswerte verstehen sich relativ zum Basiswert. Zu jeder Index-

Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Indexwerte über die Zeit).

### Hilfsmittel

Im Versorgungsbereich Hilfsmittel wird jede Produktgruppe des GKV Hilfsmittelverzeichnisses in zwei untereinanderstehenden Grafiken veranschaulicht. Die erste Grafik zeigt die quartärlige Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina über die letzten sechs Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit). Die jeweils zweite Grafik soll einen tieferen Blick in die Produktgruppen ermöglichen. Zu diesem Zweck werden hier innerhalb jeder Produktgruppe je fünf Zeitreihen für die umsatzstärksten (\*im Kalenderjahr 2024) Produktuntergruppen dargestellt. Die Produktuntergruppen ergeben sich aus den ersten sechs Stellen der Positionsnummer laut GKV Hilfsmittelverzeichnis. Zusätzlich zum GKV Hilfsmittelverzeichnis werden auch Produktuntergruppen berücksichtigt, die aus gesonderten Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen resultieren.

### Pflege

Im Versorgungsbereich Pflege werden Abrechnungsvolumina je Patient/Leistungserbringer (jeweils in €) in der zeitlichen Entwicklung über die letzten sechs Jahre dargestellt. Berücksichtigt werden hierbei Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB V sowie SGB XI. Diese beiden Bereiche werden sowohl gemeinsam als auch getrennt ausgewiesen. Aufgrund der starken Unterschiede bei der Pflegeversorgung in den einzelnen Bundesländern, werden außerdem separate Zeitreihen für jedes Bundesland dargestellt. Außerdem dienen Balkendiagramme dem direkten Bundeslandvergleich für das Kalenderjahr 2024. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der jeweiligen Kennzahlen über die Zeit).

### Rettungsdienste und Krankentransporte

Im Versorgungsbereich Rettungsdienste und Krankentransporte werden Zeitreihen für die sechs wichtigsten Transportleistungen, sowie eine Zeitreihe aller Trans-

portleistungen ausgewiesen. Die Zeitreihen zeigen die quartärlche Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina (in €) über die letzten sechs Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit).

Dem Leser soll mit dem Kapitel ein grober Überblick über die Versorgungsentwicklung der unterschiedlichen Leistungen gegeben werden, so dass er ggf. die Möglichkeit bekommt, die Erfahrungen aus seinem Betrieb im Kontext der Entwicklung des gesamten Marktes in einen übergeordneten Kontext einzuordnen.

## Serviceangebot

Wissenschaftlich interessierte Personen oder Einrichtungen sind aufgerufen, sich mit der opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH in Verbindung zu setzen, um die Möglichkeiten zu prüfen, wie ihre Projekte in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben und der Satzung der Stiftung durch die Bereitstellung anonymisierter Versorgungsdatensätze unterstützt werden können.

Weitere Informationen zum Thema Datenanalyse, Bewegungsdaten oder Marktanalysen stehen auf der Website [www.optadata.de/analytics](http://www.optadata.de/analytics).

Auf Grundlage von Abrechnungsinformationen, wird eine fortlaufende Betrachtung zur Entwicklung von Versorgungungen durch die sonstige Leistungserbringer vorgelegt. Diese Betrachtungsweise bezeichnen wir im vorliegenden Zusammenhang als Bewegungsdatenanalyse, insofern das Rezeptaufkommen eine fortlaufend dynamische Größe ist und die Häufigkeit ausgestellter Rezepte im Zeitverlauf variiert. Die dazu notwendigen Daten stammen von der opta data Finance GmbH, die sie in Form anonymisierter Datenselektionen jährlich zur Verfügung stellt. Die Auswertung wird mit den folgenden Jahresausgaben auch in diesem Jahr fortgeschrieben. Die jährliche Betrachtung der anonymisierten Verordnungsdaten stellt den basisempirischen Input der Jahrbücher dar, sodass die dauerhafte Beobachtung der Entwicklungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Heilmittel, Hilfsmittel, ambulante Pflege und Kranken- und Rettungstransporte) institutionalisiert werden kann. Die regelmäßig wiederkehrende Betrachtung der Versorgungsdaten ermöglicht eine dynamische Perspektive auf die Versorgungsfelder der Gesundheitsfachberufe. Damit lassen sich Veränderungen in den Therapie- bzw. Versorgungstrends identifizieren und – mit Blick nach vorne – können sich auch neue interessante Fragestellungen ergeben.

Aufgrund der strukturellen Unterschiede hinsichtlich Zusammensetzung und Kennzeichnung innerhalb der Versorgungsbereiche, sowie Unterschieden in den zur Verfügung stehenden Datengrundlagen, werden jeweils verschiedene Betrachtungslogiken herangezogen.

Im Versorgungsbereich Heilmittel werden Index-Zeitreihen für die zwölf am häufigsten versorgten Leistungsarten ausgewiesen. Die Leistungsarten ergeben sich aus der zweiten und dritten Stelle der Positionsnummer laut GKV Heilmittelverzeichnis. Der Index bezieht sich hierbei auf das Abrechnungsvolumen (in €) der sonstigen Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der Basiswert (100%) wird auf das erste Quartal 2018 festgelegt – alle folgenden Quartalswerte verstehen sich relativ

zum Basiswert. Zu jeder Index-Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Indexwerte über die Zeit).

Im Versorgungsbereich Hilfsmittel wird jede Produktgruppe des GKV Hilfsmittelverzeichnisses in zwei untereinanderstehenden Grafiken veranschaulicht. Die erste Grafik zeigt die quartärlie Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina über die letzten 5 Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfache lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit). Die jeweils zweite Grafik soll einen tieferen Blick in die Produktgruppen ermöglichen. Zu diesem Zweck werden hier innerhalb jeder Produktgruppe je 5 Zeitreihen für die umsatzstärksten (\*im Kalenderjahr 2022) Produktuntergruppen dargestellt. Die Produktuntergruppen ergeben sich aus den ersten 6 Stellen der Positionsnummer laut GKV Hilfsmittelverzeichnis.

Im Versorgungsbereich Pflege werden Abrechnungsvolumina je Patient/Leistungserbringer (jeweils in €) in der zeitlichen Entwicklung über die letzten 5 Jahre dargestellt. Berücksichtigt werden hierbei Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB V sowie SGB XI. Diese beiden Bereiche werden sowohl gemeinsam als auch getrennt ausgewiesen. Aufgrund der starken Unterschiede bei der Pflegeversorgung in den einzelnen Bundesländern, werden außerdem separate Zeitreihen für jedes Bundesland dargestellt. Außerdem dienen Balkendiagramme dem direkten Bundeslandvergleich für das Kalenderjahr 2025. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der jeweiligen Kennzahlen über die Zeit).

Im Versorgungsbereich Krankentransporte und Rettungsdienste werden Zeitreihen für die fünf wichtigsten Transportleistungen, sowie eine Zeitreihe aller Transportleistungen ausgewiesen. Die Zeitreihen zeigen die quartärlie Entwicklung der QKV Abrechnungsvolumina (in €) über die letzten 5 Jahre.

Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit).

Dem Leser soll mit dem Kapitel ein grober Überblick über die Versorgungsentwicklung der unterschiedlichen Leistungen gegeben werden, so dass er ggf. die Möglichkeit bekommt, die Erfahrungen aus seinem Betrieb im Kontext der Entwicklung des gesamten Marktes in einen übergeordneten Kontext einzuordnen.

Wissenschaftlich interessierte Personen oder Einrichtungen sind aufgerufen, sich mit der Redaktion in Verbindung zu setzen, um die Möglichkeiten zu prüfen, wie ihre Projekte in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben und der Satzung des Instituts durch die Bereitstellung anonymisierter Versorgungsdatensätze unterstützt werden können.

8c

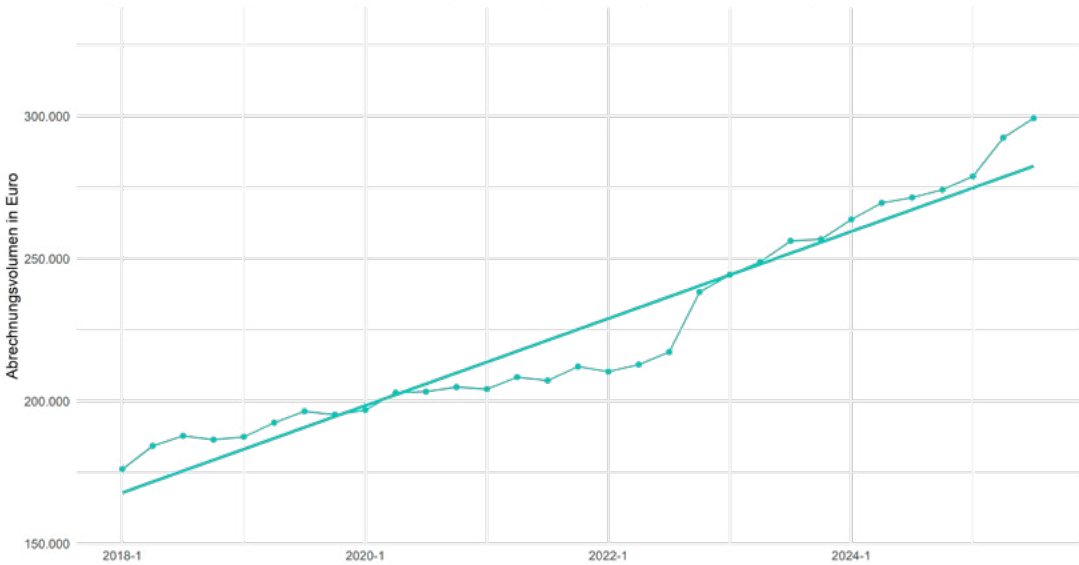
# Pflege

Stefan Moritz,  
Data Scientist der opta data Gruppe

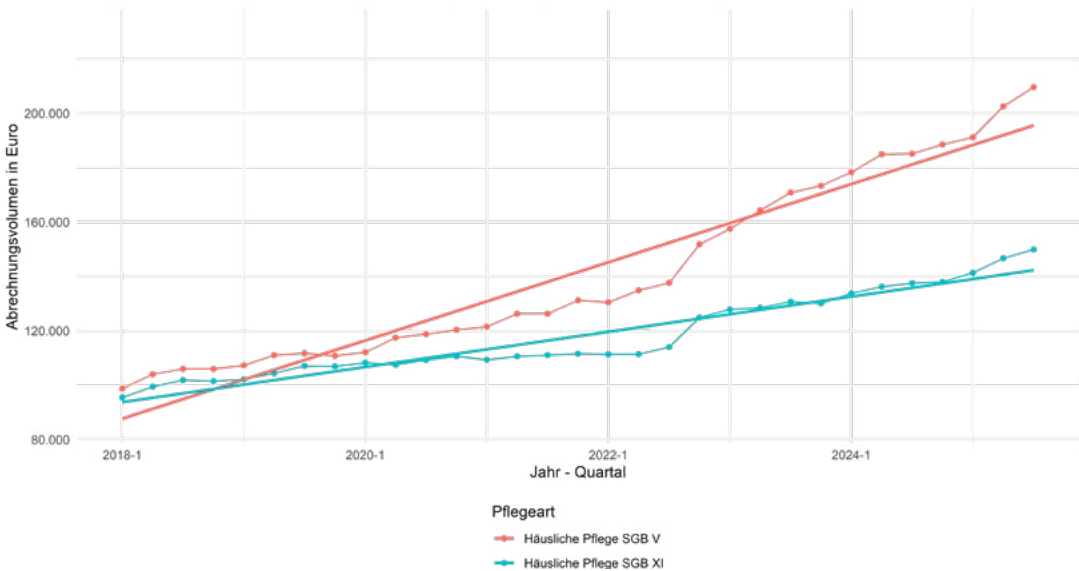
Im Versorgungsbereich Pflege werden Abrechnungsvolumina je Patient/Leistungserbringer (jeweils in €) in der zeitlichen Entwicklung über die letzten 5 Jahre dargestellt. Berücksichtigt werden hierbei Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB V sowie SGB XI. Diese beiden Bereiche werden sowohl gemeinsam als auch getrennt ausgewiesen. Aufgrund der starken Unterschiede bei der Pflegeversorgung in den einzelnen Bundesländern, werden außerdem separate Zeitreihen für jedes Bundesland dargestellt. Zudem dienen Balkendiagramme dem direkten Bundeslandvergleich für das Kalenderjahr 2022. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der jeweiligen Kennzahlen über die Zeit).

# Entwicklung Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer

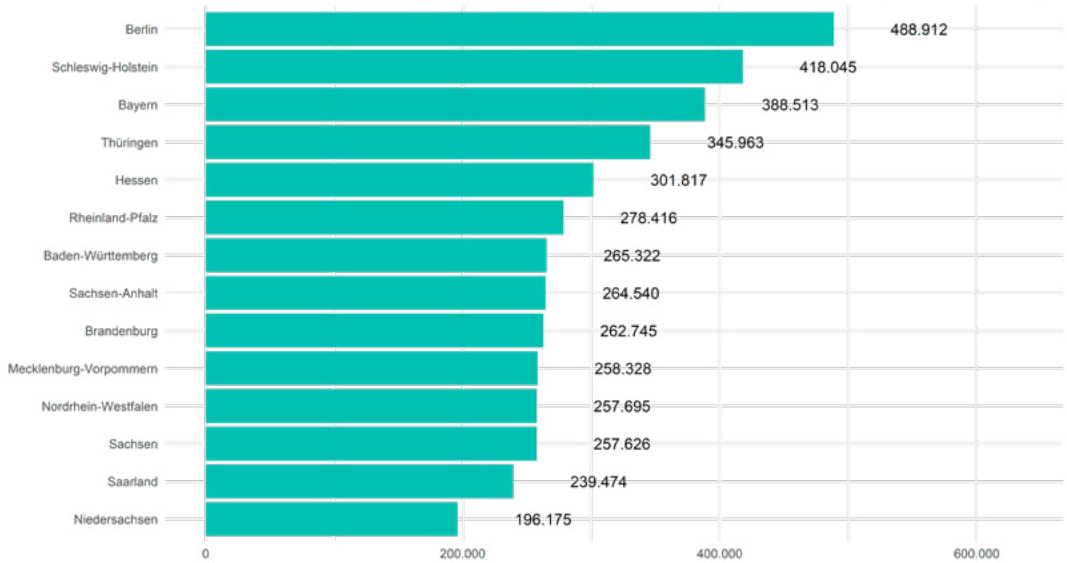
## Quartärlisches Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer (SGB V und SGB XI)



## Quartärlisches Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer nach Pflegeart (SGB V und SGB XI)

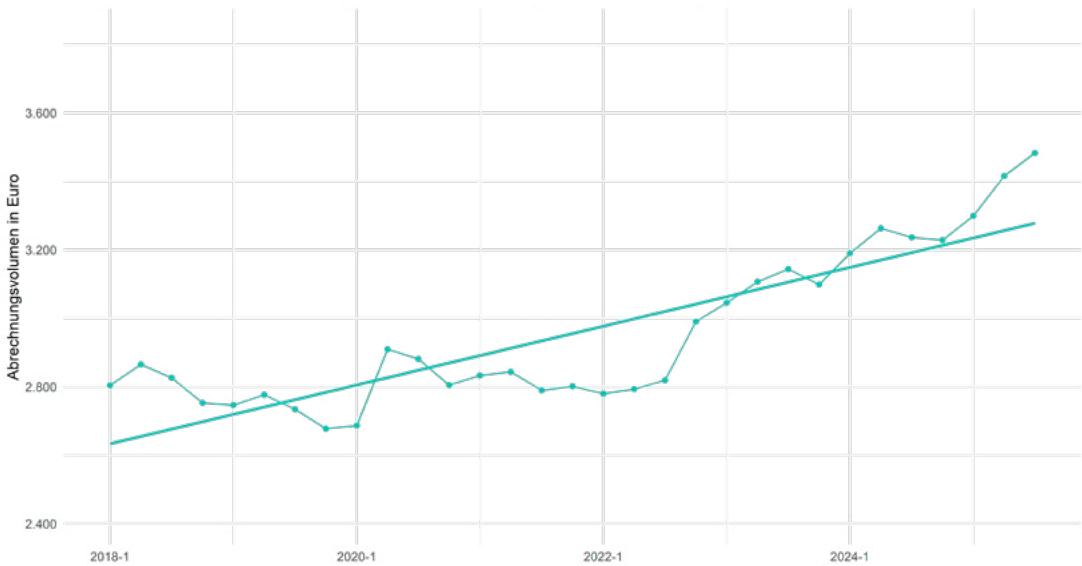


## Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer nach Bundesland im Jahr 2022 (SGB V und SGB XI)

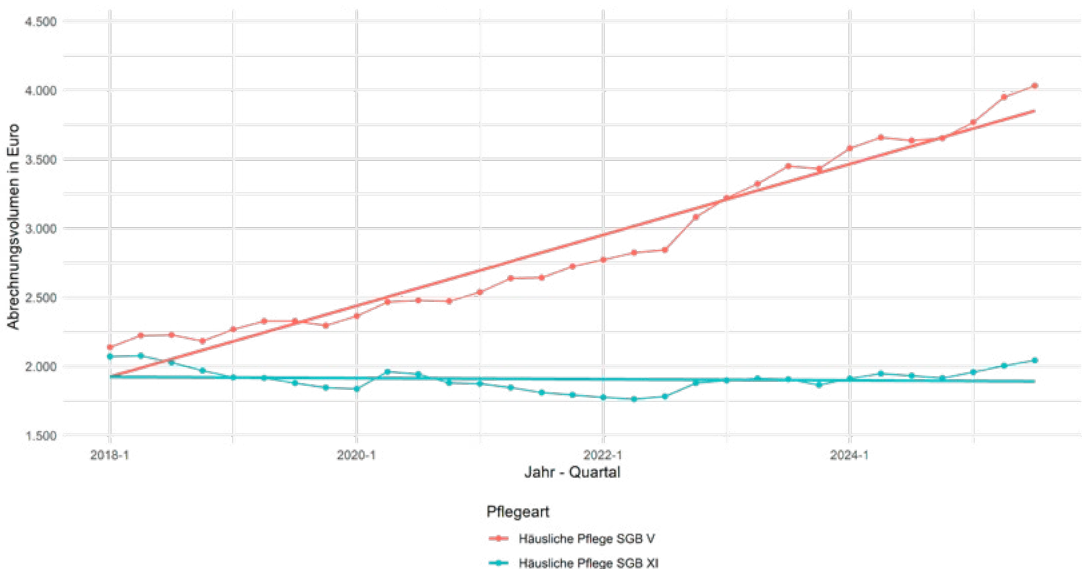


## Entwicklung Abrechnungsvolumen pro Patient

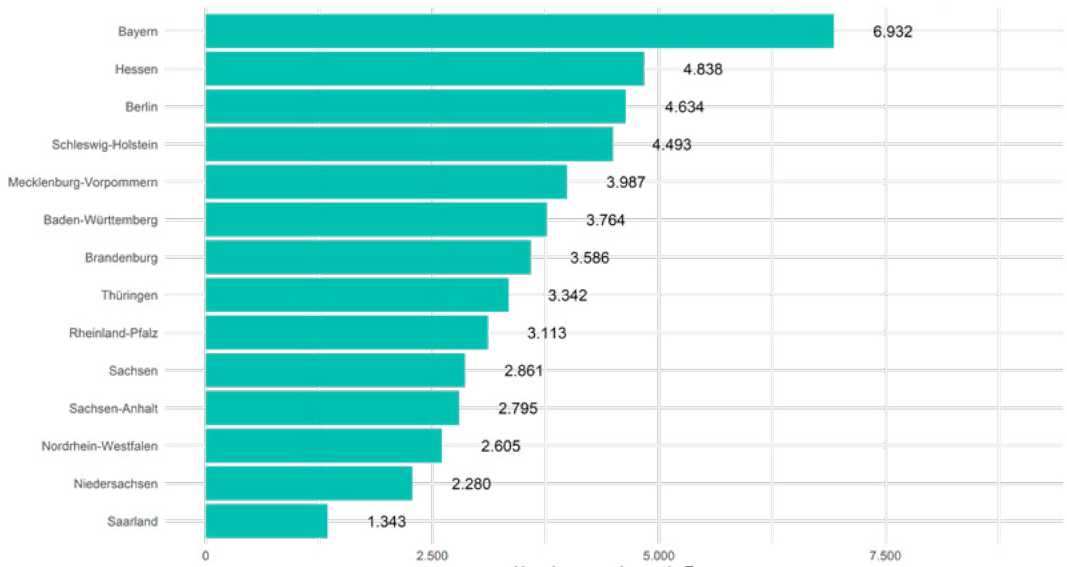
### Quartärlisches Abrechnungsvolumen pro Patient (SGB V und SGB XI)



### Quartärlisches Abrechnungsvolumen pro Patient nach Pflegeart (SGB V und SGB XI)

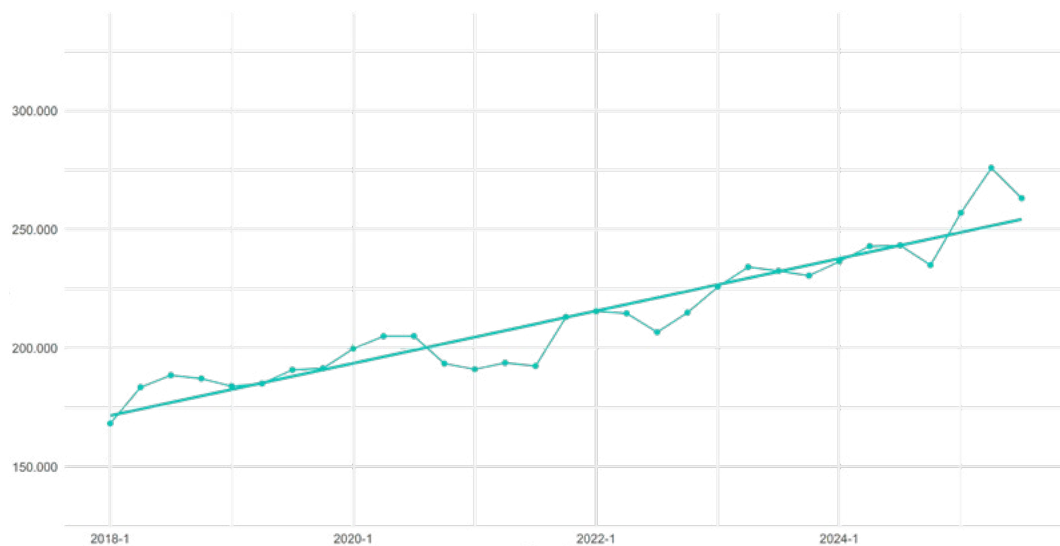


## Abrechnungsvolumen pro Patient nach Bundesland im Jahr 2022 (SGB V und SGB XI)

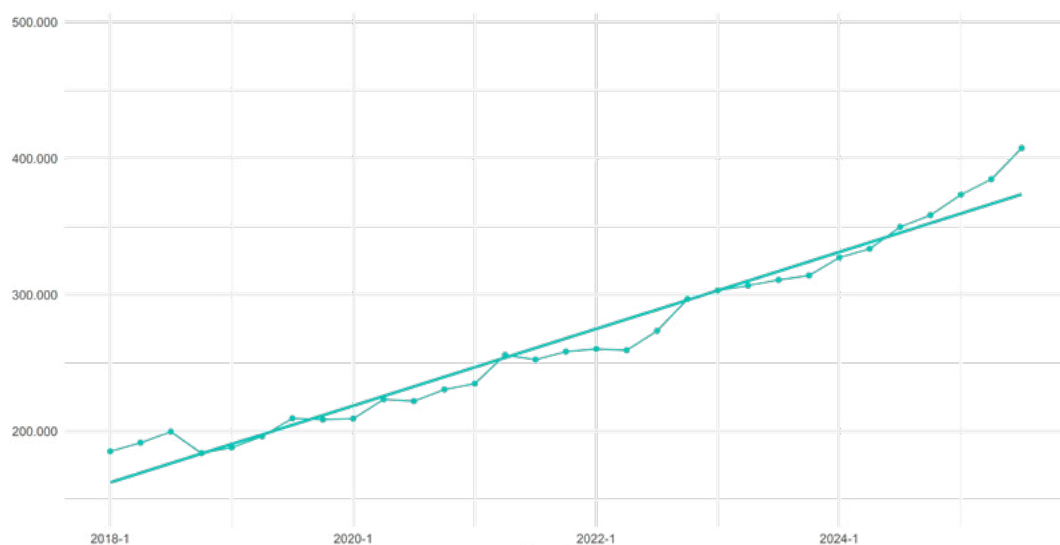


# Quartärlisches Abrechnungsvolumen in Euro pro Leistungserbringer (SGB V und SGB XI)

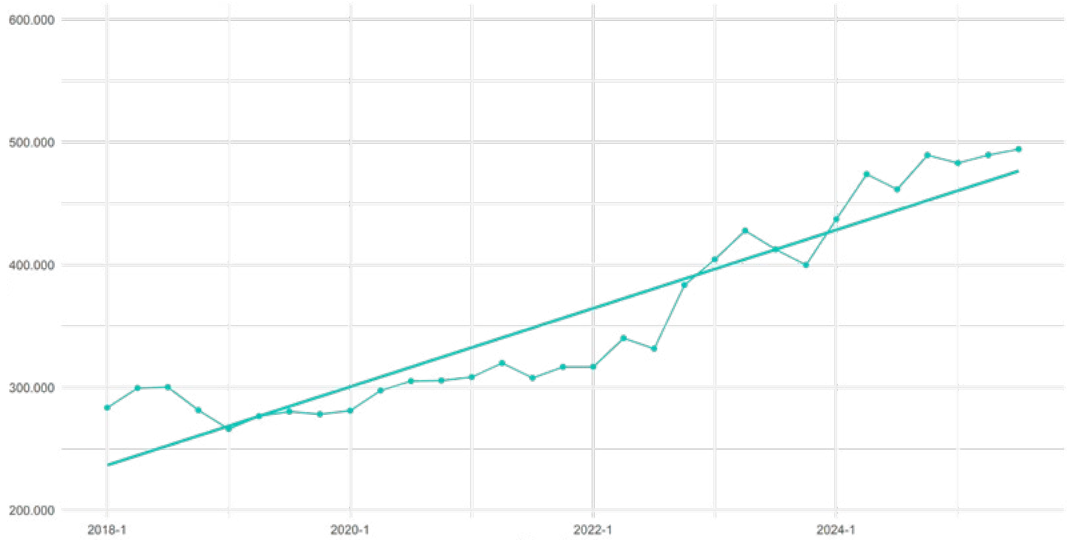
## Baden-Württemberg



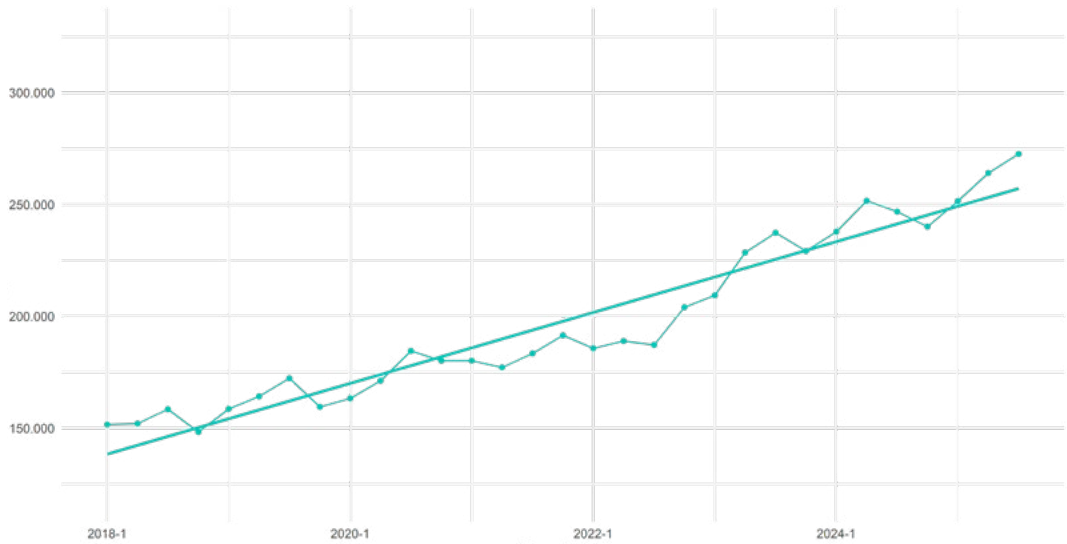
## Bayern



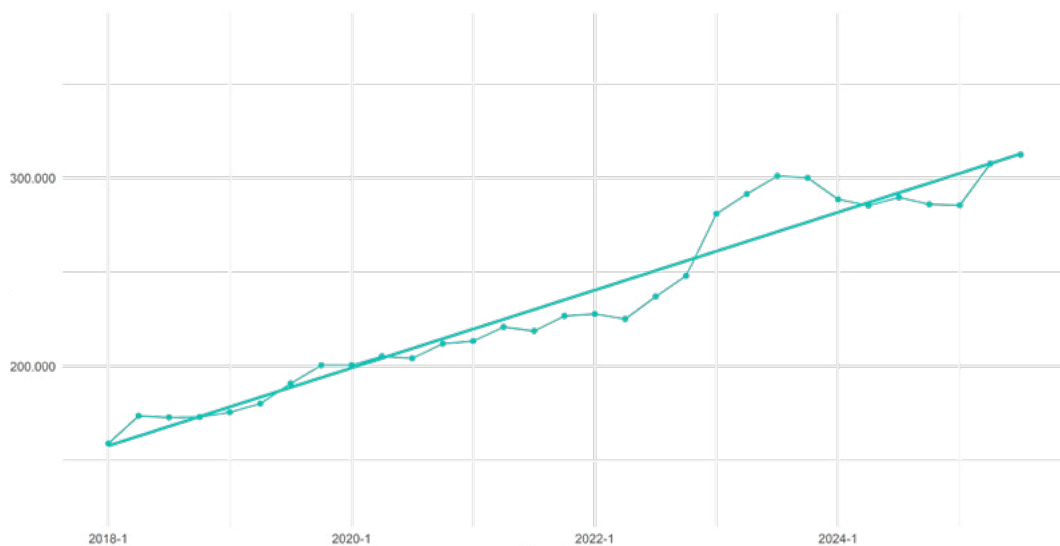
## Berlin



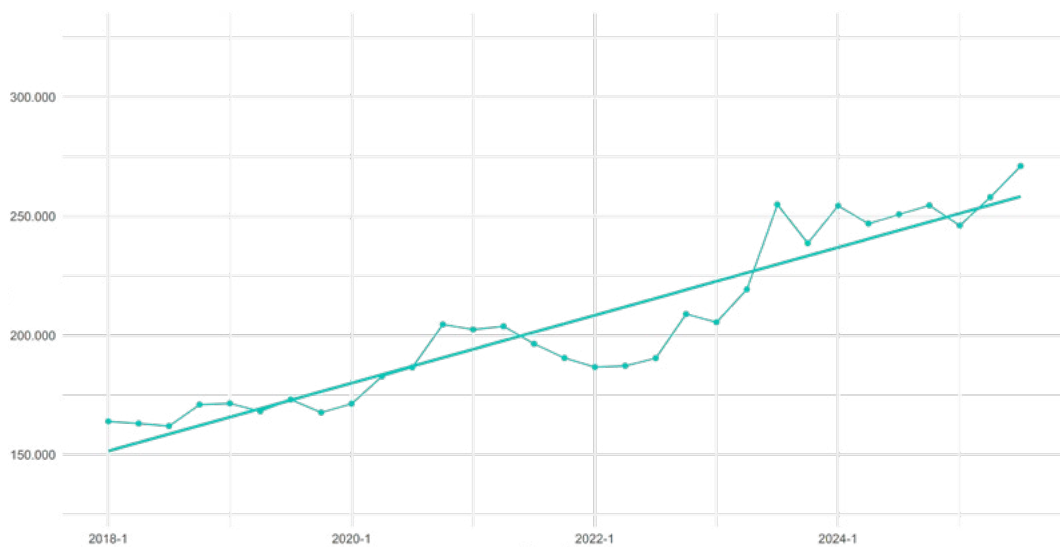
## Brandenburg



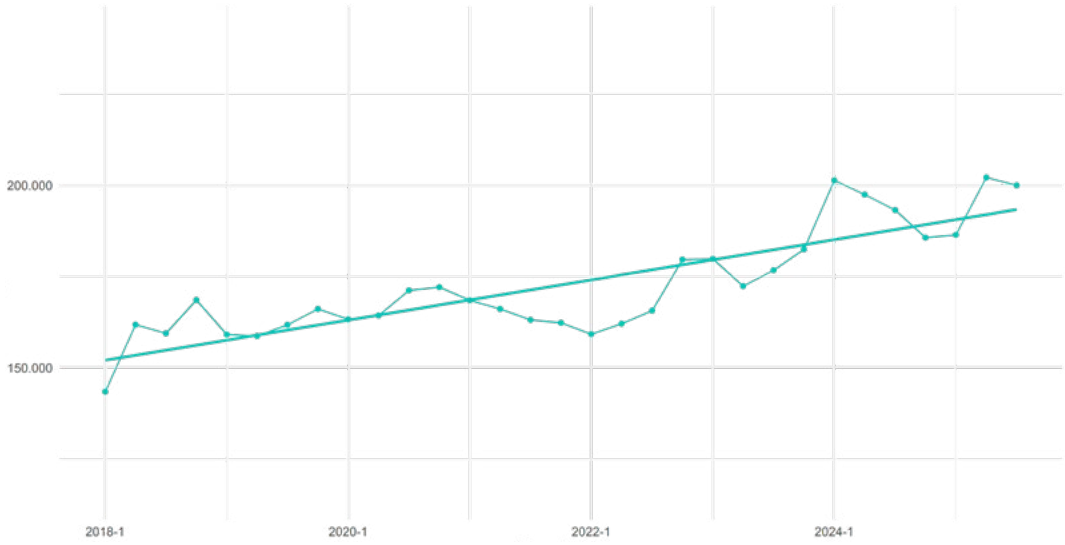
## Hessen



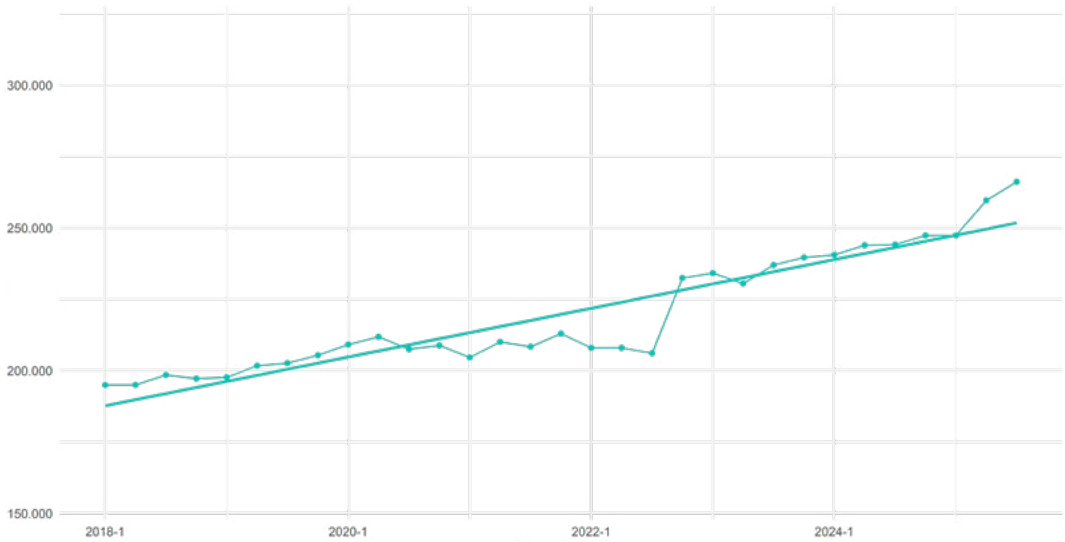
## Mecklenburg-Vorpommern



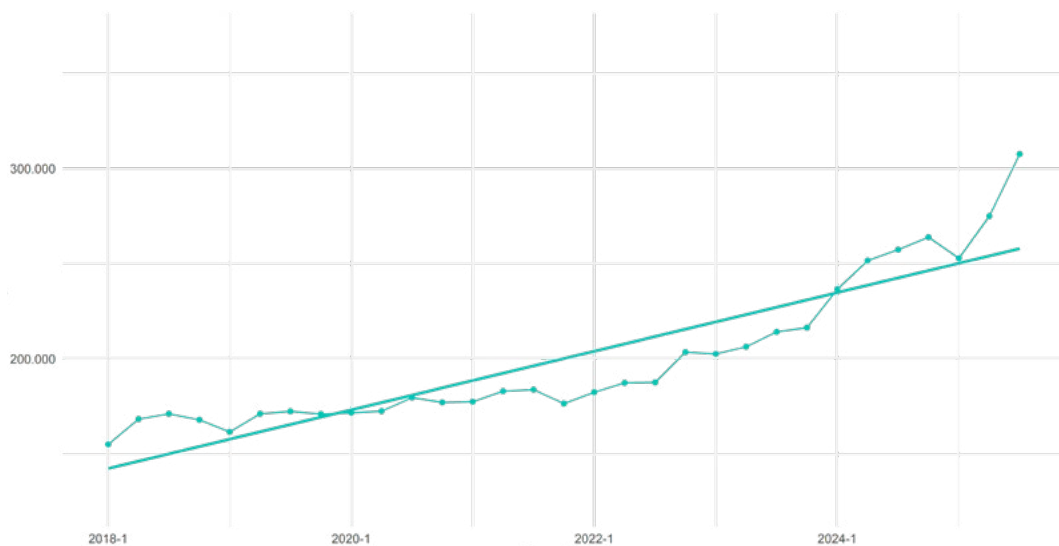
## Niedersachsen



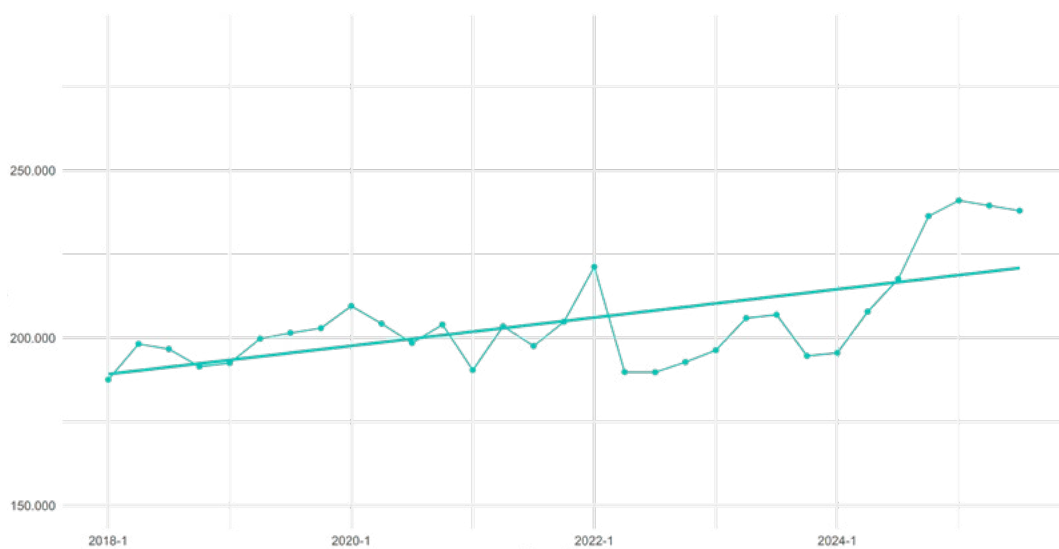
## Nordrhein-Westfalen



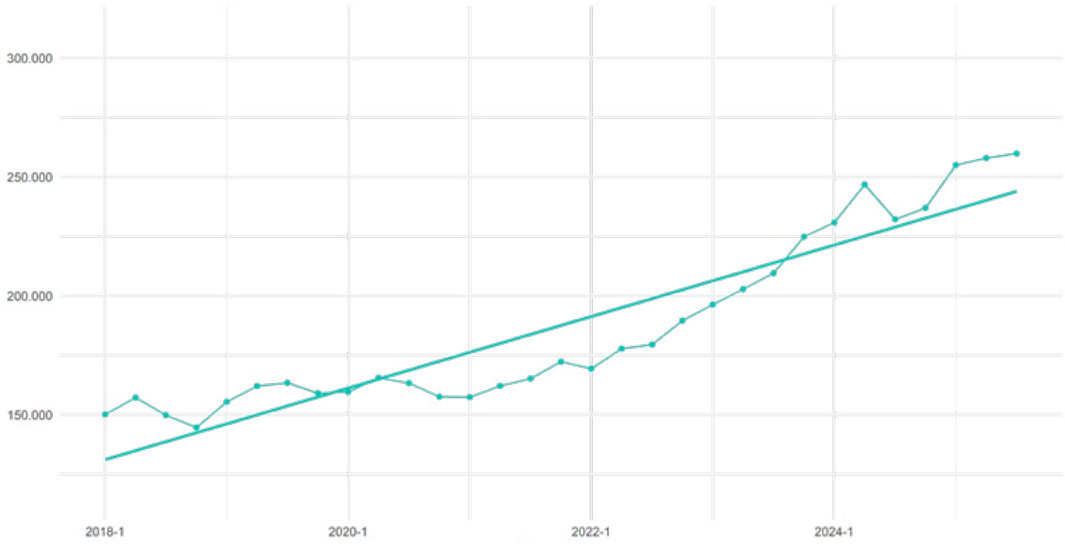
## Rheinland-Pfalz



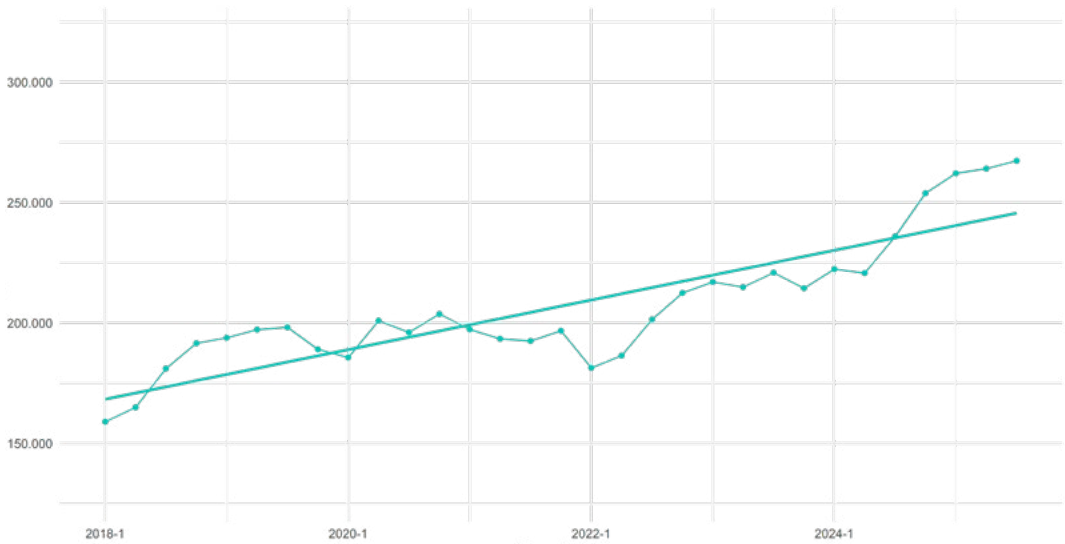
## Saarland



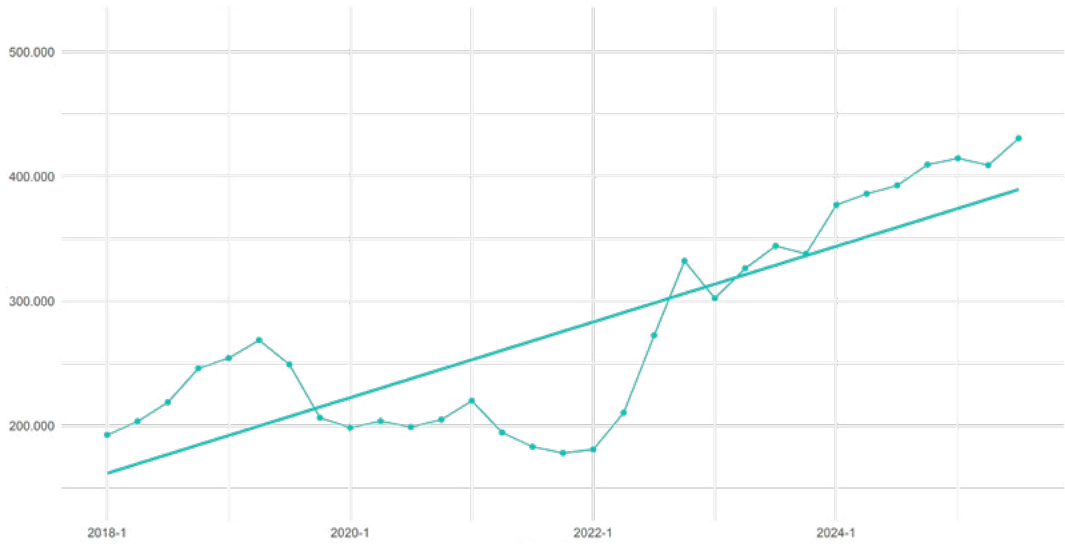
## Sachsen



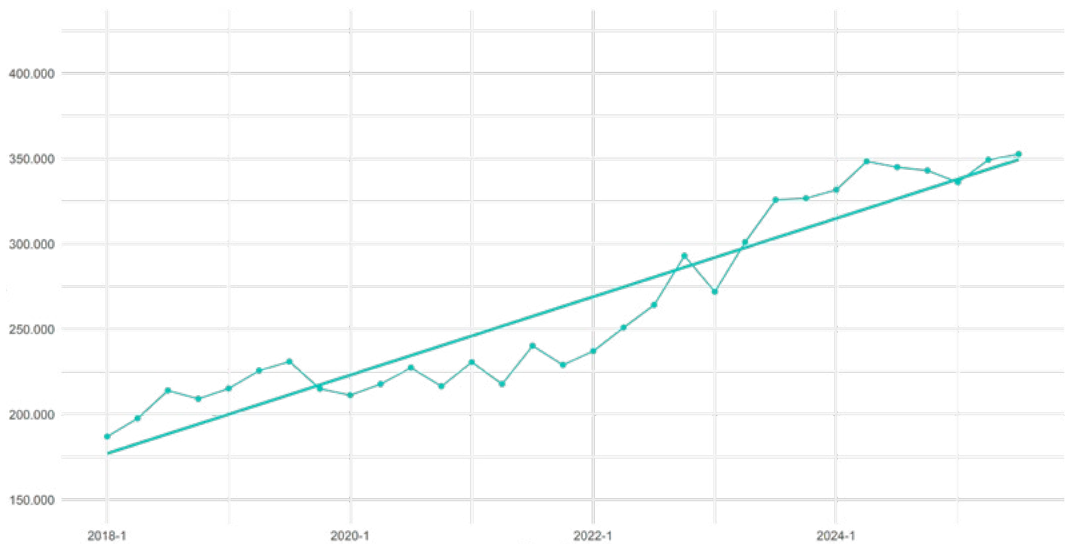
## Sachsen-Anhalt



## Schleswig-Holstein

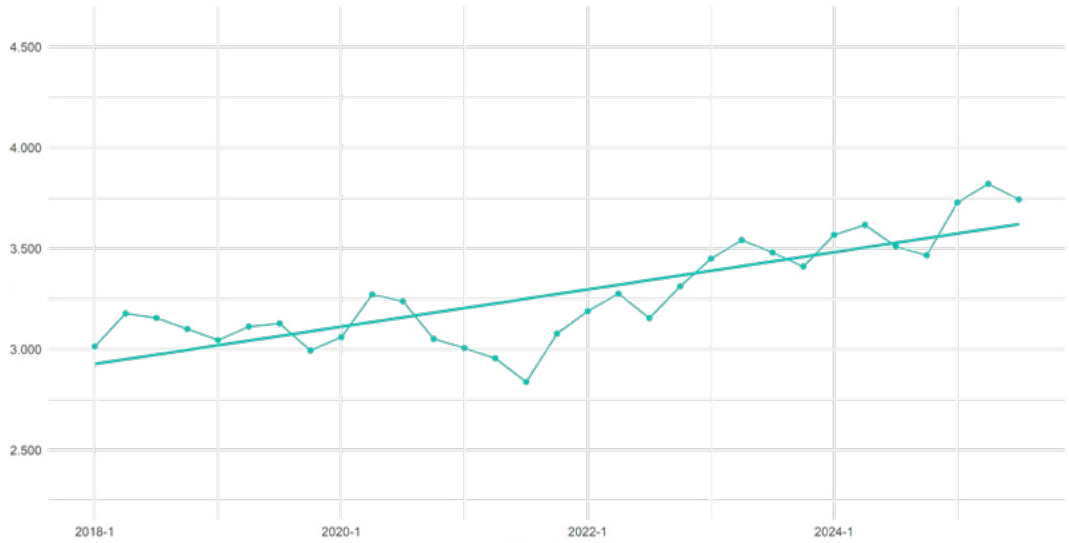


## Thüringen

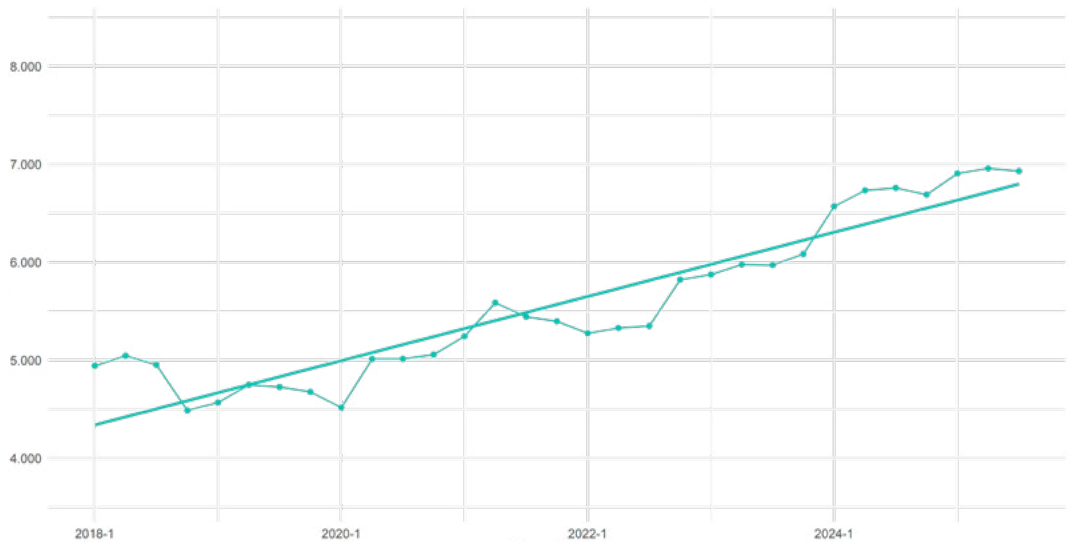


# Quartärlisches Abrechnungsvolumen in Euro pro Patient (SGB V und SGB XI)

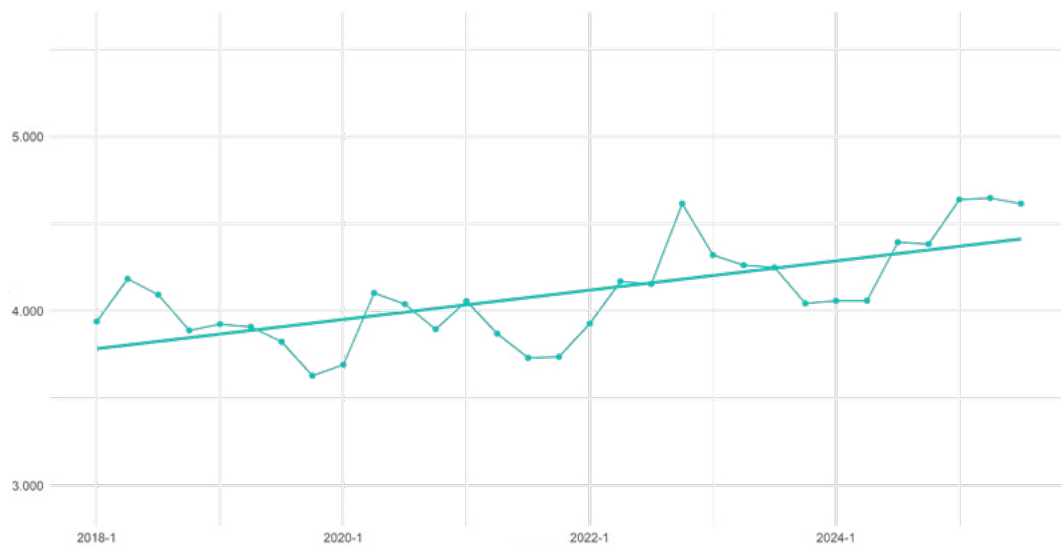
## Baden-Württemberg



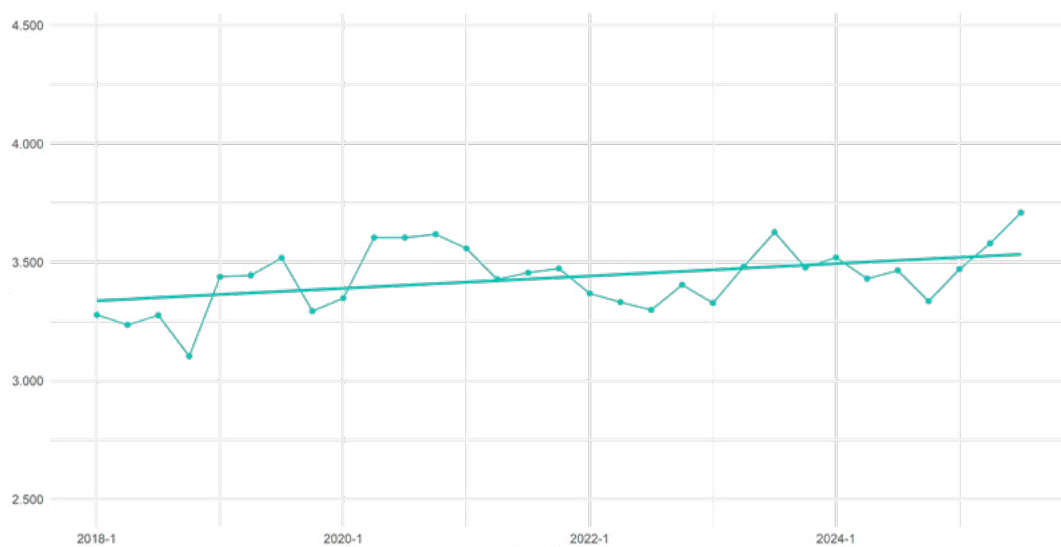
## Bayern



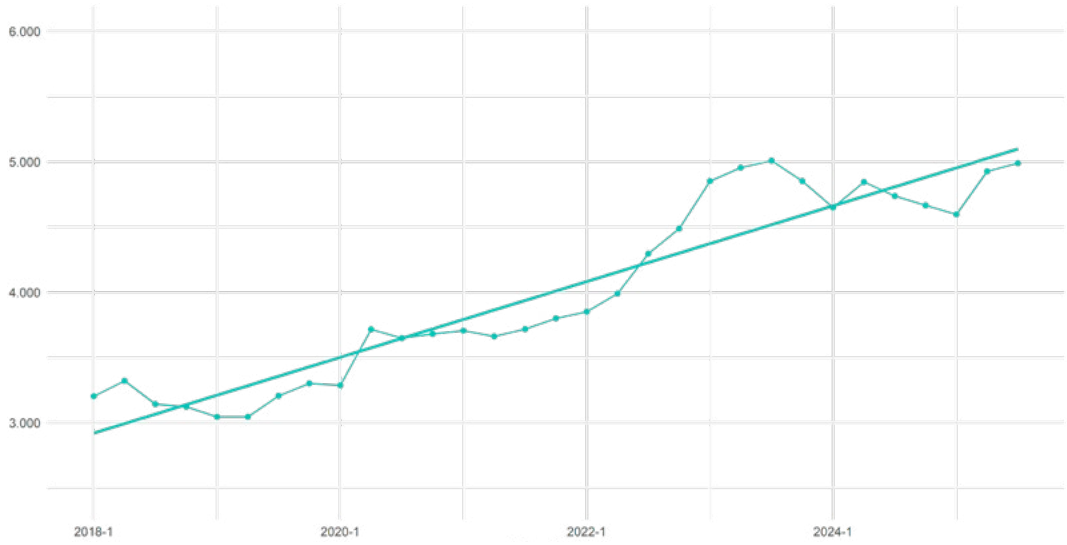
## Berlin



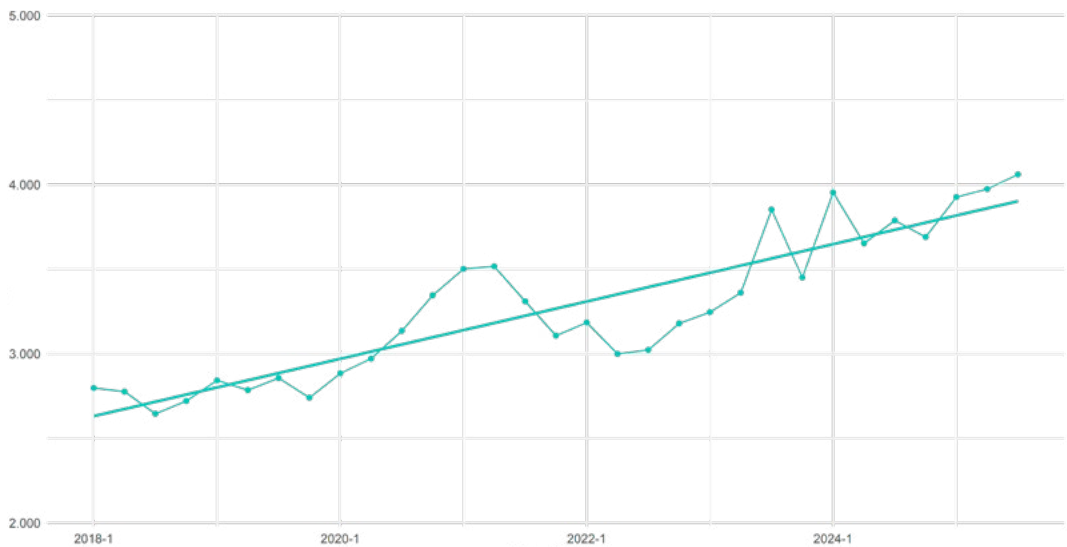
## Brandenburg



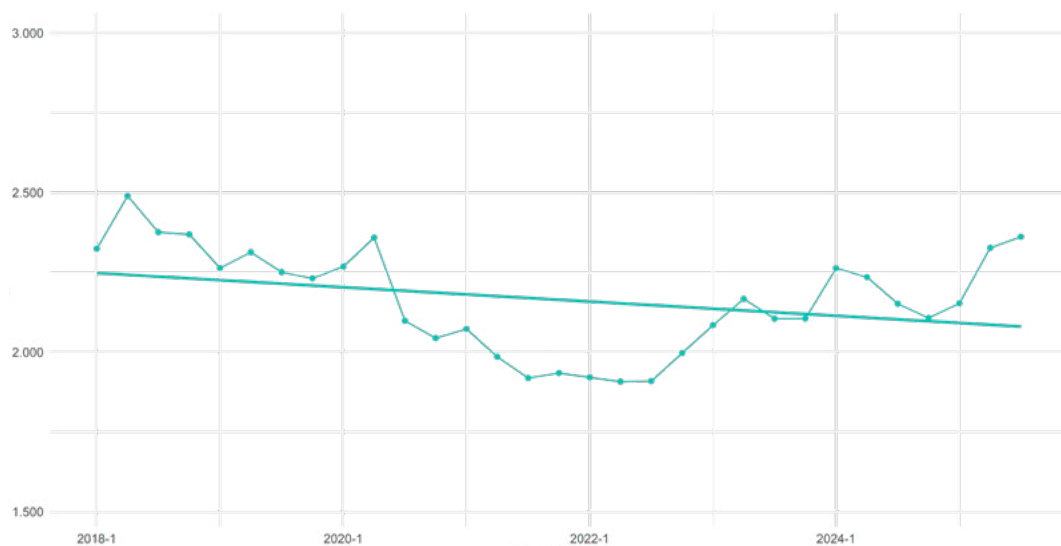
## Hessen



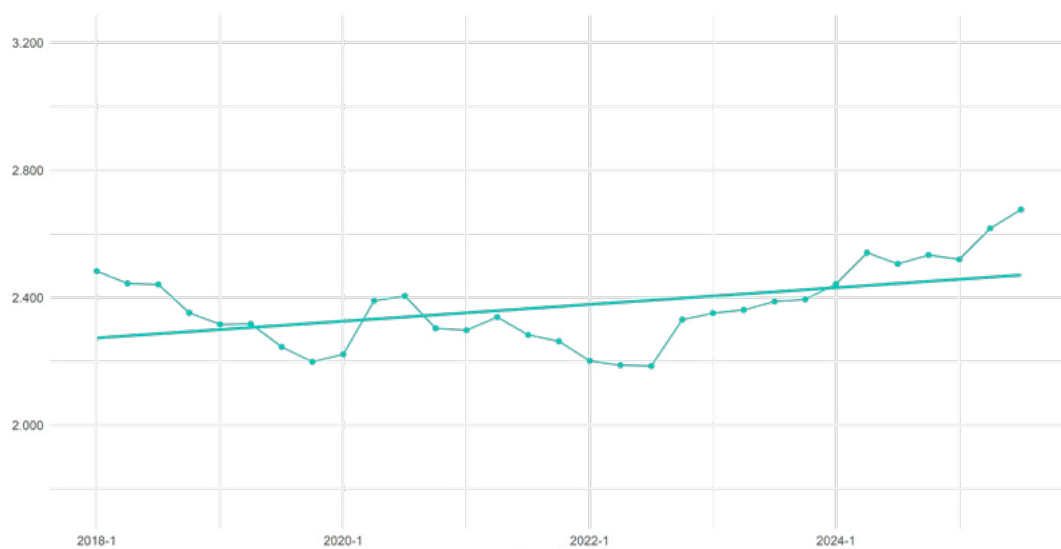
## Mecklenburg-Vorpommern



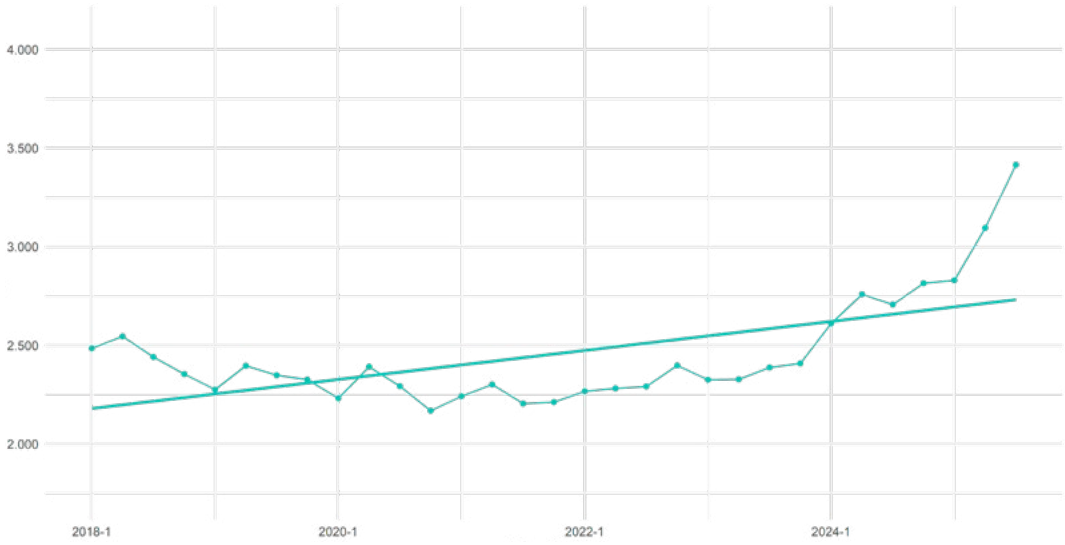
## Niedersachsen



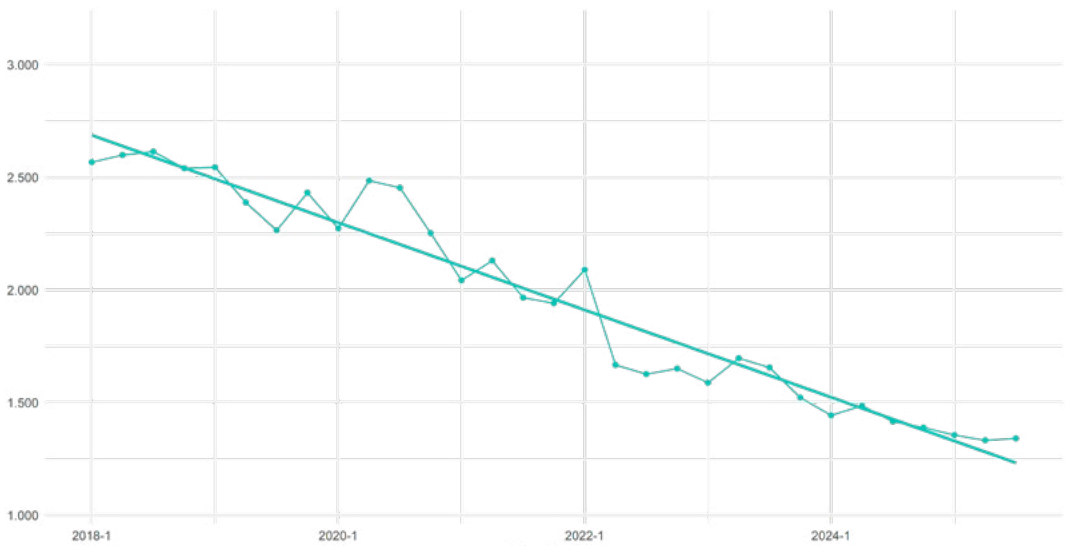
## Nordrhein-Westfalen



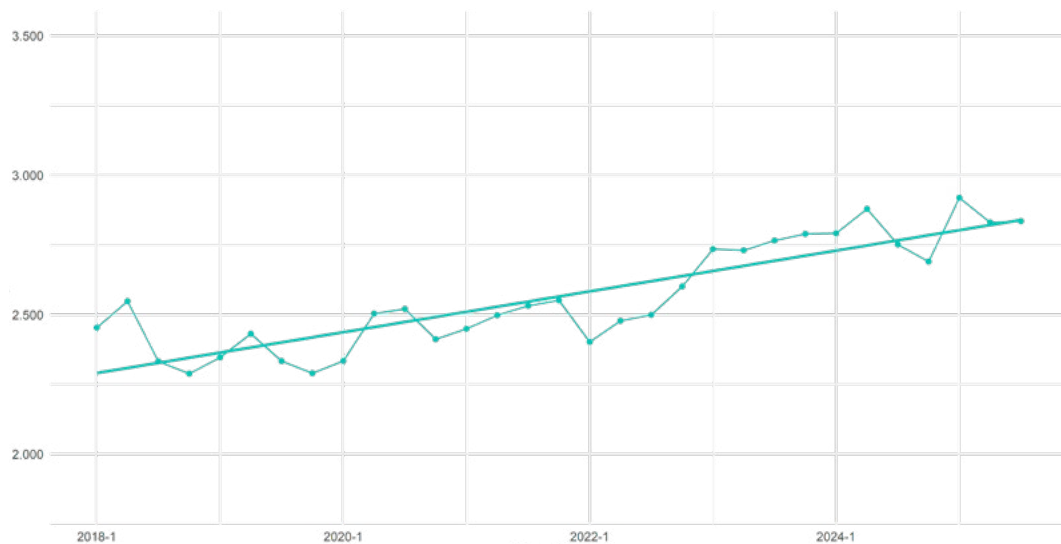
## Rheinland-Pfalz



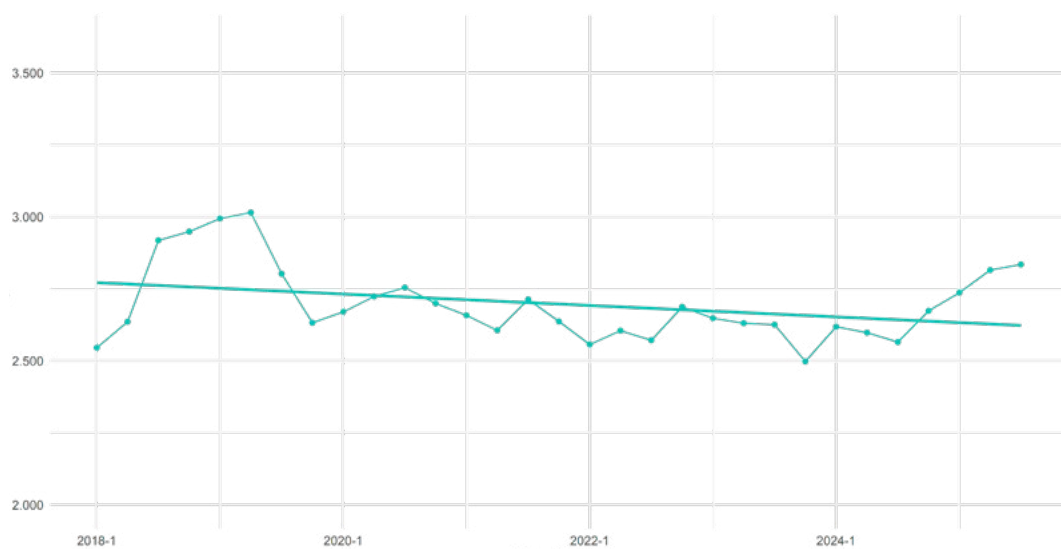
## Saarland



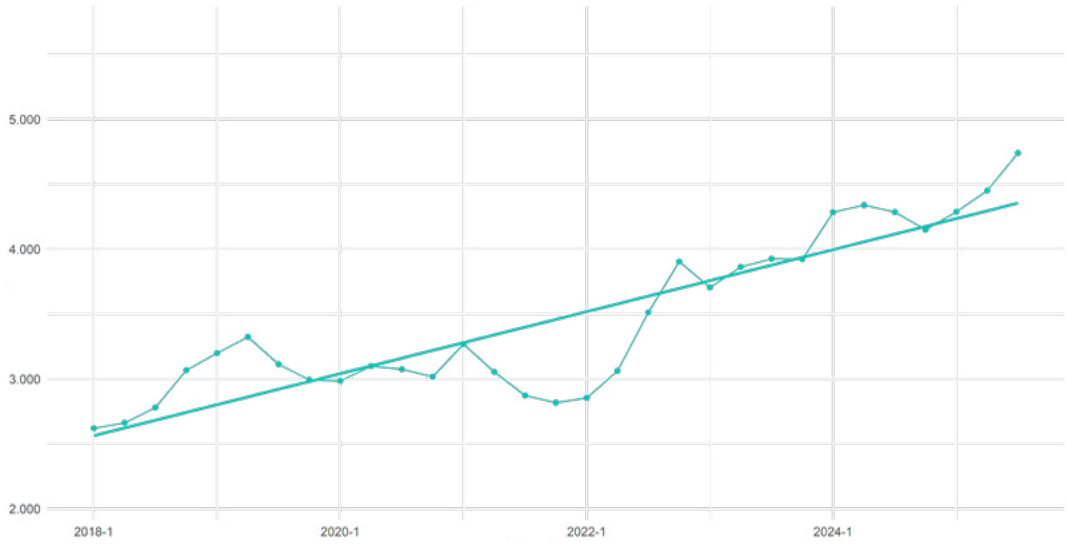
## Sachsen



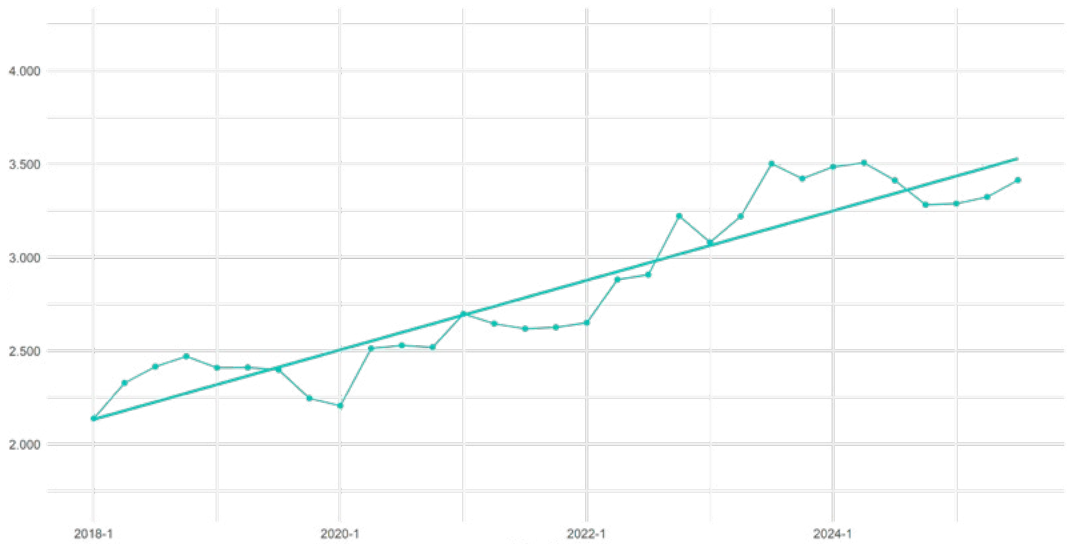
## Sachsen-Anhalt



## Schleswig-Holstein



## Thüringen





## 10

# Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung	Seite
ABDA	Bundesverband Deutscher Apothekerverbände	72–76
ABVP	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.	220
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club	125
AES	Advanced electronic signature (Fortgeschrittene elektronische Signatur)	38
AGBF Bund	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland e.V.	226
AGOS	Arbeitsgemeinschaft Orthopädieschuhtechnik	216
AI	Artificial Intelligence	
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	208
AR	Augmented Reality	55
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund e.V.	120
AVG	Anbietersverband qualitätsorientierte Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V.	220 ff
B.A.	Bachelor of Arts	128
B.Eng.	Bachelor of Engineering	128
B.Sc.	Bachelor of Science	128
bad	Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen e.V.	220
BAGEH	Bundesarbeitsgemeinschaft	121
BÄK	Bundesärztekammer	66 ff
BeKD	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.	220
BHP	Berufsverband Heil- und Pflegeberufe e.V.	220
biha	Bundesinnung der Hörakustiker KdöR	217
BIV-OT	Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik	20, 56, 215
BKK	Betriebskrankenkasse	208
BKS	Berufsverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e.V.	224
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	19

Abkürzung	Beschreibung	Seite
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	219
bvitg	Bundesverband Gesundheits-IT e.V.	20
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie e.V.	48
BVZ	Bundesverband der Zweithaarspezialisten e.V.	168, 217
CCC	Chaos Computer Club	18
CRM	Customer Relationship Management	38 ff
DBA	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlawflhorst-Andersen e.V.	211
DBFK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	30, 219
DBfPP	Deutscher Berufsverband für Pflegeberater und Pflege e.V.	220
DBL	Deutscher Verband für Logopädie e.V.	211 ff
DBRD	Deutscher Berufsverband Rettungsdienste e.V.	224
DBS	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V.	211 ff
DFeuG	Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft	227
DFV	Deutscher Feuerwehrverband e.V.	226
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	47 ff
DGRe	Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V.	227
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.	47 ff
DiGa	Digitale Gesundheitsanwendungen	18
DiGiG	Digital-Gesetz	18
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungsgesellschaft	225
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.	219
DRK	Deutsches Rotes Kreuz	120 ff
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung	20
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	211 ff

Abkürzung	Beschreibung	Seite
EHDS	European Health Data Space	19
eIDAS	EU-weiter Rechtsrahmen für elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste	39
ePA	Elektronische Patientenakte	13, 18, 43
ERP	Enterprise Resource Planning, wie SAP	38
EU AI Act	European Union Artificial Intelligence Act	22
eurocom	Europ. Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel	217
E-Zert	Plattform qualifizierte Ernährungstherapie & Ernährungsberatung e.V.	61 ff
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr	121
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	69, 71, 207
GDAG	Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz	19
GDNG	Gesundheitsdatennutzungsgesetz	18
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	48, 57, 61, 66, 76, 172, 210, 215, 230, 234, 242, 306
HC-U	Homecare-Unternehmen	166 ff
HKP	Häusliche Krankenpflege	42
HR	Human Ressource (meistens Personalabteilung)	38
HWK	Handwerkskammer	151, 168
ICM	International Confederation of Midwives (Internationaler Hebammenverband)	51
IKK	Innungskrankenkasse	208
JUH	Johanniter-Unfallhilfe	212, 226
KBS	Knappschaft Bahn-See	208
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	66 ff
KI	Künstliche Intelligenz	21, 26
KK	Krankenkasse	
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen	38
KTW	Krankentransportwagen	121 ff, 209, 311
LFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V.	221

Abkürzung	Beschreibung	Seite
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse	208
M.Sc.	Master of Science	
MDR	Medical Device Regulation (Medizinprodukte-Verordnung)	22
MHD	Malteser-Hilfsdienst e.V.	121, 226
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung	37
MPG	Medizin-Produktengesetz	37
MR	Mobile Retter	125
MRT	Magnet-Resonanz-Thomographie	21
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum	68 ff
NA	Notararzt	123 ff, 312
NAW	Notarzwagen	122 ff, 312
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug	122 ff, 311
NFS	Notfallsanitäter	122 f, 312
NotSan-APrV	Ausbildungs- und Vergütungsverordnung für Notfallsanitäter	120
NotSanG	Notfallsanitäter Gesetz	120 ff, 312
oddc	opta data Digital Communication GmbH	51
odZ	opta data Zukunfts-Stiftung	57
oS.	ohne Spezialisierung	102
PfIBG	Pflegeberufegesetz	110 ff
PKA	Pharmazeutisch kaufmännische Angestellte	73
PTA	Pharmazeutisch technische Angestellte	72 f
QES	Qualified electronic signature (Qualifizierte elektronische Signatur)	37 f
QTSP	Qualified Trust Service Provider (Qualifizierter Vertrauensdiensteanbieter)	38
QUETHEB	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.	62
RA	Rettungsassistent	120 ff, 312
RetSan	Rettungssanitäter	122 ff, 312
RH	Rettungshelfer	122 ff, 203, 312

Abkürzung	Beschreibung	Seite
RTW	Rettungswagen	121 ff, 207 ff, 310
SES	Simple electronic signature (Einfache elektronische Signatur)	38
SGB	Sozial Gesetzbuch	
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	211 ff
SpiOST	Spitzenverband Orthopädie- Schuhtechnik e.V.	216
TI	Telematikinfrastruktur	13 ff, 20 ff, 42 ff, 58, 213, 220
TNA	Telenotarzt	124
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz	211
UNFPA	United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)	51
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)	58
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	220
VDB	Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie e.V.	211 ff
VDD	Verband der Diätassistenten e.V.	62, 89, 211
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.	76, 132, 150, 178, 200 f, 208
VDOE	Berufsverband Oecotrophologie e.V.	61 f, 88 f, 211
VDP	Verband deutscher Podologen e.V.	211
VdPB	Verband der pflegeberufe e.V.	220
VdPP	Verband der Pflegeberufe- und Pflegefachkräfte e.V.	220
VDS	Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V.	220
VdSH	Verband für digitale Standards im Heilmittelbereich e.V.	211 ff
VdSP	Verband für digitale Standards in der Pflege e.V.	5, 14, 220
VFED	Verband für Ernährung und Diätetik e.V.	211
VKAD	Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.	220
VPSD	Verband der Pflege- und Sozialberufe in Deutschland e.V.	220

Abkürzung	Beschreibung	Seite
VPT	Verband Physikalischer Therapie e.V.	211 f
VPU	Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen Deutschlands e. V.	219
VVHC	Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.	40, 56, 216
WHO	World Health Organization	51
WvD	Bündnis "Wir versorgen Deutschland" e.V.	42, 216
ZDH	Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.	102 ff, 151 ff, 215
ZFD	Deutscher Verband für Podologie e.V.	211
ZVA	Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen e.V.	217
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.	211 f
ZVOS	Zentralverband Orthopädieschuhtechnik e.V.	216
ZVS	Stiftung für Hochschulzulassung	77



# Chronik der gesundheitsfachberuflichen Versorgung

Alle Titel der Reihe „Statistische Jahrbücher zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland“ aus dem vormaligen opta data Institut für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen e. V., werden seit der Ausgabe 2023 von der opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH veröffentlicht.

Die digitalen Versionen aller Ausgaben können kostenlos auf der Website der Zukunfts-Stiftung heruntergeladen werden: <https://od.link/jahrbucharchiv>

2018/19



2020



2021



2022



2023



2024



2025





ISBN Print:  
978-3-87468-521-4



Pflege

# Mehr Zeit für Menschlichkeit – Unsere Lösungen für die ambulante Pflege

Widmen Sie Ihre Leidenschaft der Pflege. Wir kümmern uns um alles, was Sie davon abhält. Als All-in-One-Lösungsanbieter unterstützen wir Sie rund um Abrechnung, Software und Services.

Das elektronische Genehmigungsverfahren, Banking-Lösungen und der TI-Anschluss ergänzen das Angebot – **alles aus einer Hand.**



Entdecken Sie jetzt unsere Lösungswelt – und gewinnen Sie mehr Zeit für Menschlichkeit!