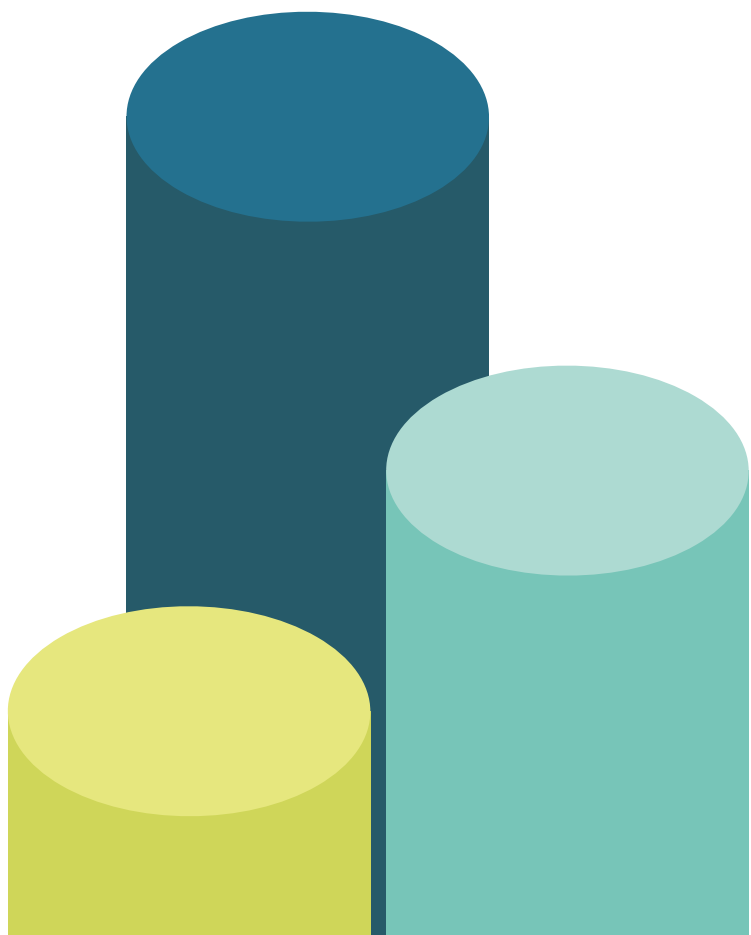


8. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2026

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

URL: 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)

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

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

Inhalt

1	Einleitung	14
2	Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2025	16
2.1	Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung – Dr. Jan Helmig, Dr. Armin Keivandarian	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 – Dr. Katharina Pohl	20
3	Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland	24
3.1	Wenn digitale Helfer Menschlichkeit ermöglichen – VIVA!care als Brücke zwischen Nähe und Distanz – Dr. Bettina Horster	26
3.2	Innovativer Lösungsansatz für ein altbekanntes Problem – Wie die systemische Flexibilisierung das deutsche Gesundheitssystem verändern könnte – Steffen Branz	30
3.3	Zukunft gestalten: Digitale Dokumentationsprozesse in der Medizintechnik – Ein Praxisbeispiel aus der Diabetesversorgung – Dr. Ing. Maike Sauerhoff	36
3.4	Homecare-Therapiemanagement – zwischen Innovation und Realität – Dennis Giesfeldt	40
3.5	Hebammenzukunft 2035 – Warum die Zukunft der Hebammen eine Zukunftsfrage für die ganze Gesellschaft ist – Linda Kaiser	46
3.6	Hilfsmittel-Studie 2026 – Linda Kaiser	56
3.7	Professionelle Ernährungstherapie: Strukturen, Anforderungen und Perspektiven in der Versorgung – Sandra Strehle, Dr. Andrea Lambeck	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

5 Studium, Aus- und Weiterbildung	
b. Hilfsmittel	94
5b.1 Orthopädietechnik	96
5b.1.1 Medizintechnik	97
5b.1.2 Rehatechnik	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
5 Studium, Aus- und Weiterbildung	
c. Pflege	108
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
5 Studium, Aus- und Weiterbildung	
d. Rettungsdienste und Krankentransporte	118
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

a. Heilmittel	130
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. Hilfsmittel	148
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

7	Verbände	
	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
7	Verbände, Innungen	
	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
7	Verbände	
	c. Pflege	218
	7c.1 Aufgaben der Berufsverbände	219
	7c.2 Aufgaben der Pflegekammern	220
7	Verbände, Hilfsorganisationen	
	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	Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung	18
2.1.2	Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial	18
2.1.3	Telematikinfrastruktur und Pflichtanbindung: 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	<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.¹

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.²

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

² Vgl. hierzu 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

3.5

Hebammenzukunft 2035 – Warum die Zukunft der Hebammen eine Zukunftsfrage für die ganze Gesellschaft ist

Linda Kaiser, opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH

„Ohne Hebammen keine Zukunft.“ Mit diesem Satz bringt Prof. Dr. Thomas Druyen in seinem Vorwort zum Studienbericht der Hebammen-Studie 2025 die Lage auf den Punkt: Die Zukunft der Geburtshilfe entscheidet mit darüber, ob eine alternde Gesellschaft sozial stabil und demografisch handlungsfähig bleibt (opta data Zukunfts-Stiftung 2025).

Hebammen sind nicht nur an der „Schwelle des Lebens“ tätig, sie bilden eine unsichtbare, aber unverzichtbare Infrastruktur, die körperliche, psychische und soziale Gesundheit miteinander verbindet. Die Hebammen-Studie 2025 der opta data Zukunfts-Stiftung, durchgeführt in Kooperation mit dem Institut für Zukunftspsychologie und Zukunftsmanagement (IZZ) an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien und dem Deutschen Hebammenverband e.V. (DHV), untersucht genau dieses Spannungsfeld: hohe Sinnhaftigkeit und gesellschaftliche Relevanz auf der einen, wachsende strukturelle Überlastung und existenzielle Unsicherheit auf der anderen Seite.

Forschungsrahmen: Die Hebammen-Studie 2025

Die Hebammen-Studie 2025 wurde zwischen August 2024 und Juni 2025 durchgeführt und zählt zu den derzeit (Stand 2025) umfangreichsten Untersuchungen zur Hebammenarbeit in Deutschland. Im qualitativen Teil wurden 49 Hebammen in Tiefeninterviews befragt; 46,9% arbeiten vor allem ambulant, 20,4% klinisch, 24,5% in beiden Bereichen.

Anschließend erfolgte eine bundesweite Online-Befragung mit 756 Teilnehmenden, die Arbeitsbedingungen, Belastungen, Zukunftsbilder und Einstellungen zur Digitalisierung erfasste.

Methodisch nutzt die Studie die Zukunftspsychologie: Hebammen werden gedanklich gezielt in die zukünftigen 10 Jahre versetzt, um nicht nur die Defizite der Gegenwart, sondern mögliche Entwicklungspfade zu beschreiben. Imagination in die Zukunft wird dabei als Instrument verstanden, um Widersprüche zwischen Wunsch und Realität sichtbar zu machen und zugleich die Resilienz zu stärken. Meist werden damit Zukünfte entwickelt, die nicht offensichtlich sind.

Hebammenmangel: Zahlen, Trends und Wahrnehmung durch die Bevölkerung

Statista belegt den Hebammenmangel mit quantitativen Daten: Die Zahl der freiberuflichen Hebammen ist zwischen 2010 und 2023 nur leicht gestiegen, während im gleichen Zeitraum die Zahl der Geburten regional teilweise deutlich zugenommen hat. Besonders klar zeigt sich die Diskrepanz im Verhältnis von Hebammen pro 1.000 Geburten. In einigen Flächenländern liegt dieser Wert deutlich unter dem europäischen Durchschnitt. Laut Statista lag die Quote 2022 in Deutschland bei rund 8 bis 9 Hebammen je 1.000 Geburten, während Länder wie Schweden oder die Niederlande zwischen 12 und 14 Hebammen pro 1.000 Geburten aufweisen (Statista 2023).

Diese Unterdeckung ist nicht allein von der Zahl der Geburten abhängig, sondern wird verstärkt durch:

- steigende Wochenbettansprüche (mehr ambulante Geburten, frühere Entlassungen),
- veränderte Familienstrukturen (weniger Großeltern und soziale Unterstützung),
- Zunahme psychischer Belastungen bei Schwangeren,
- mehr Risikoschwangerschaften und Frühgeburten (DGGG 2022).

Damit steigt der Bedarf an Hebammen genau in einer Zeit, in der deren Arbeitsbelastung und strukturelle Unsicherheit wachsen.

Rückgang der geburtshilflichen Versorgungseinrichtungen

Parallel zum Mangel an Hebammen zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Anzahl der Kreißsäle. Laut Medi-Karriere (2023) hat sich die Zahl der Geburtsstationen seit den frühen 2000er-Jahren massiv verringert. Gründe sind:

- Personalmangel im geburtshilflichen und ärztlichen Bereich,
- wirtschaftlicher Druck auf Kliniken,
- Zentralisierungstendenzen im Krankenhauswesen,
- hohe Haftpflichtkosten für Kliniken und Hebammen.

Zwischen 2007 und 2023 schlossen nach Angaben des Hebammenverbands Nordrhein-Westfalen mehr als 60 Kreißsäle allein in NRW, bundesweit sind es mehrere hundert (DHV NRW 2024; WELT 2025).

Der Beitrag des ZDF von 2025 über die drohende Schließung der Geburtsstation in Forst (Brandenburg) verdeutlicht diese Entwicklung exemplarisch: Obwohl die Station einen guten Ruf genießt und als bedeutend für die regionale Familienversorgung gilt, gefährden Ärztemangel und strukturelle Rahmenbedingungen ihren Fortbestand (ZDF 2025).

Solche Schließungen haben weitreichende Folgen:

- Längere Anfahrtswege: Schwangere müssen weiterorts über 40 Minuten bis zur nächsten Klinik fahren.
- Steigende Belastung der verbleibenden Teams: Weniger Kliniken bedeutet mehr Geburten mit weniger Personal oder ohne medizinische Unterstützung.
- Gefahr ungeplanter außerklinischer Geburten: Je weiter die Entfernung, desto größer das Risiko.
- Fehlende Wahlfreiheit: Familien verlieren die Möglichkeit, geburtshilfliche Modelle zu vergleichen.

Statista-Daten stützen dies: Die durchschnittliche Entfernung zur nächsten Geburtsklinik ist in mehreren Bundesländern seit 2015 um bis zu 20 Prozent gestiegen (Statista 2022).

Regionale Disparitäten: Stadt-Land-Gefälle und Versorgungslücken

Das Stadt-Land-Gefälle verstärkt die Versorgungskrise weiter. Während es in Großstädten zwar eine höhere Anzahl an Hebammen gibt, ist dort die Nachfrage überproportional groß. Die Statista-Hebammenerhebung zeigt, dass die Ballungszentren, insbesondere München, Berlin und Hamburg, mit durchschnittlich 20 bis 30 Prozent mehr Geburten pro Hebamme belastet sind als der bundesweite Durchschnitt (Statista 2024).

Auf dem Land hingegen ist das Problem ein anderes: Der Beruf ist dort oft nur schwer wirtschaftlich tragfähig. Gravierende Folgen kommen hinzu:

- lange Wege für Hausbesuche,
- kaum Klinikstandorte,
- schwierige Teamorganisation,
- mangelnde Vertretungsstrukturen.

Der Deutsche Hebammenverband warnt seit Jahren davor, dass bestimmte Regionen bereits heute „weiße Flecken“ auf der Versorgungskarte darstellen – Zonen, in denen weder ausreichende Wochenbettbetreu-

ung noch freie Geburtskliniken zur Verfügung stehen (DHV 2024).

Der neue Hebammenhilfevertrag ab 1. November 2025: Anspruch und Widerspruch

Mit dem zum 1. November 2025 in Kraft getretenen neuen Hebammenhilfevertrag nach § 134a SGB V soll die Versorgung modernisiert und die Qualität gestärkt werden. Laut GKV-Spitzenverband regelt der Vertrag die Leistungen von rund 18.000 bis 19.000 freiberuflichen Hebammen, er sieht höhere Stundensätze, eine klarere Strukturierung der Leistungen und Qualitätsvorgaben vor (GKV-Spitzenverband 2025; DHV 2025a).

Die Stundensätze steigen nominell von etwa 56 Euro auf rund 74 Euro und damit um gut 30 Prozent (DHV 2025c). Gleichzeitig wird jedoch die Vergütungslogik verändert: Zeit wird in 5-Minuten-Einheiten abgerechnet, zahlreiche Leistungen werden gebündelt, und Zuschläge sind streng an eine exklusive Eins-zu-eins-Betreuung gebunden.

Der Deutsche Hebammenverband weist darauf hin, dass gerade Beleghebammen durch die Neuregelung große Verluste befürchten, weil parallele Geburten in der klinischen Realität kaum zu vermeiden sind und schlechter vergütet werden. Interne Auswertungen und ein Verbandshandout sprechen von möglichen Einkommensrückgängen von 20 bis 30 Prozent (DHV 2025b; DHV 2025c).

Mediale Berichte verdichten diesen Befund: Die Apotheken-Umschau berichtet über „drastische Einbußen“ insbesondere für Beleghebammen und warnt vor einer Verschärfung des Mangels, gerade in ländlichen Regionen (Apotheken Umschau 2025). Die Tageschau thematisiert existenzielle Sorgen, Kündigungsabsichten und die Angst Schwangerer vor weiteren Versorgungslücken (Tagesschau 2025).

Besonders deutlich formuliert es ein Beitrag der WELT: Der Landesverband der Hebammen in Nordrhein-Westfalen befürchtet Honorarkürzungen von 25 bis 30 Prozent, verweist auf bereits rund 60 geschlossene Kreißsäle seit 2007 und warnt vor weiteren Schließungen wegen aussteigender Beleghebammen (WELT 2025).

Die Hebammen-Studie 2025 ordnet diese Signale als strukturelle Risiken ein. Sie bewertet den neuen Vertrag als „Reform mit hohem Konfliktpotenzial“, weil er zwar auf Qualität und Transparenz zielt, aber die wirtschaftliche Tragfähigkeit freiberuflicher Arbeit nur unzureichend berücksichtigt (opta data Zukunfts-Stiftung 2025).

Die öffentliche und fachliche Resonanz auf den neuen Hebammenhilfvertrag fällt bemerkenswert kontrovers aus und zeigt deutlich, wie unterschiedlich die beteiligten Akteure die Auswirkungen der Reform einschätzen. Während der GKV-Spitzenverband den Vertrag als deutlichen Modernisierungsschritt ansieht und in seiner Pressemitteilung vom 9. April 2025 von einer „fairen Vergütungssystematik“ und einem „Sprung nach vorn für die Geburtshilfe“ spricht, zeichnen zahlreiche Fachverbände und Medien ein deutlich kritischeres Bild. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedeutet die Erhöhung des Stundenlohns von etwa 56 auf rund 74 Euro eine spürbare Verbesserung und zugleich ein Beitrag zur Qualitätssicherung. Auch eine vermeintliche Vereinfachung der Abrechnung wird hervorgehoben (GKV-Spitzenverband 2025).

Der Deutsche Hebammenverband hingegen reagiert mit großer Besorgnis. In mehreren Stellungnahmen betont er, dass der Vertrag die tatsächliche Tätigkeit vieler freiberuflicher Hebammen nicht adäquat abbildet, insbesondere nicht die Arbeit der Beleghebammen in Kliniken. Der Verband bewertet die wirtschaftlichen Auswirkungen überwiegend als negativ und warnt vor erheblichen Einbußen, die für viele Beleghebammen existenzbedrohend sein könnten. Der DHV spricht von einem „fatalen Schiedspruch“ und sieht die Versorgungssicherheit in Gefahr (DHV 2025b; DHV 2025c).

Auch die wissenschaftliche Fachwelt schließt sich dieser Sorge an. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bewertet den Vertrag in einer Stellungnahme vom Oktober 2025 zwar als grundsätzlich wichtigen Schritt, kritisiert jedoch die konkreten Auswirkungen auf die klinische Geburtshilfe. Besonders problematisch sei, dass ambulante Betreuung durch freiberufliche Hebammen in der geplanten Form kaum noch abbildbar sei. Dies könne zu Versorgungsbrüchen führen, die gerade für

Risikoschwangerschaften gravierende Folgen hätten (DGGG 2025).

Diese kurze Presseschau macht damit sichtbar, was auch die Hebammen-Studie 2025 empirisch zeigt: Die Reform steht exemplarisch für eine politische Tendenz, Qualität auf dem Papier zu stärken, ohne jedoch die strukturellen Realitäten des Berufs ausreichend zu berücksichtigen. Die Gefährdung der Beleghebammen als tragende Säule der stationären Geburtshilfe wird sowohl in der Praxis als auch in der wissenschaftlichen Analyse als Risiko für die Versorgungssicherheit gesehen. Die mediale Debatte verstärkt damit den Appell der Studie, dass dringend nachgesteuert werden muss – und zwar nicht nur mit Zahlen, sondern mit einem Verständnis für die komplexe soziale, fachliche und emotionale Realität der Geburtshilfe.

Belastung und Zukunftsbilder: Zentrale Ergebnisse der Hebammen-Studie 2025

Die quantitative Auswertung der Hebammen-Studie 2025 zeigt ein klares Belastungsmuster: 68,1% der Befragten nennen die geringe Vergütung als zukünftig stärksten Belastungsfaktor, 50,9% die Bürokratie, 34,8% die hohen beruflichen Kosten (Mehrfachantwort war möglich).

Körperliche Belastung, mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit und zu geringe Zeit für Betreuung werden ebenfalls häufig genannt, während die psychische Belastung durch Schicksale nur von 3,1% als Hauptstressor angegeben wird. Noch deutlicher fällt der Blick in die Zukunft aus: 57,2% bewerten die Zukunft ihrer Berufsgruppe als eher negativ, nur 30% als eher positiv.

Besonders problematisch ist die Perspektive der jüngsten Altersgruppe: Bei den 21- bis 25-Jährigen sehen 73,7% die Zukunft des Berufs eher negativ, nur gut ein Fünftel eher positiv.

Damit entsteht ein gefährlicher Widerspruch: Ausgerechnet die Generation, die den Beruf bis 2035 tragen soll, blickt mit größter Skepsis nach vorn. Die Studie formuliert eine „Ernüchterungshypothese“: Die frühen Erfahrungen mit Überlastung und unsicheren Rahmenbedingungen führen zu einem pessimisti-

schen Zukunftsbild, das langfristig die Berufsbindung schwächen kann. Interessanterweise zeichnen die qualitativen Interviews ein anderes Bild: 37 von 39 interviewten Hebammen äußern eine eher positive Sicht auf die Zukunft des Berufs. Die Studie interpretiert dies als Ausdruck einer engagierten Kerngruppe, die Zukunftsbilder aktiv nutzt, um sich gegen strukturellen Druck zu behaupten. Hoffnung ist hier keine naive Zuversicht, sondern eine Form kollektiver Resilienz.

Hebammen als soziale Infrastruktur und Frühwarnsystem

Die Hebammen-Studie 2025 beschreibt die gesellschaftliche Bedeutung der Hebammenarbeit auf drei Ebenen: individuell, strukturell und politisch.

- Auf der individuellen Ebene stärkt die Hebammenarbeit Frauen, Kinder und Familien in hochsensiblen Lebensphasen.
- Auf der strukturellen Ebene stabilisiert sie soziale Systeme, unterstützt Prävention und spiegelt gesellschaftliche Vielfalt.
- Auf der politischen Ebene fungiert sie als Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge und „Schlüssel zur sozialen Resilienz“.

Hebammen fungieren dabei als soziales Frühwarnsystem. Sie sehen frühzeitig, wenn psychische Krisen, Gewalt, Armut oder Überforderung eine Familie destabilisieren. Die Zusatzstudie „Elternbefragung“ innerhalb der Hebammen-Studie zeigt, dass die Arbeit von Hebammen maßgeblich zur Stabilisierung von Vertrauen, Bindungssicherheit und psychischer Gesundheit junger Eltern beiträgt.

Digitalisierung als unsichtbare Assistenzschicht

Ein besonders dynamischer Bereich digitaler Entlastungssysteme ist die KI-gestützte Telefonie, deren Potenzial in ersten Pilotprojekten und Praxiserfahrungen deutlich sichtbar wird. Während klassische Telefonzentralen strukturell an ihre Grenzen stoßen – vor allem durch hohes Anruferaufkommen, wiederkehrende Standardfragen und dauerhaften Personalmangel – entsteht durch KI-Telefonie eine neue Form von Hintergrundorganisation, die Hebammenpraxen, Kliniken und geburtshilfliche Einrichtungen spürbar entlastet. Die Technologie übernimmt wiederkehrende Aufgaben, die bislang wertvolle Arbeitszeit blockierten:

Sie erkennt Gesprächsanliegen automatisch, sortiert nach Dringlichkeit, beantwortet häufige Fragen, vermittelt Informationen zu Sprechzeiten oder Prozessen, bucht Termine eigenständig um oder bestätigt sie und bietet mehrsprachige Unterstützung an.

Gerrit Gierok, der diese Entwicklungen mit dem Unternehmen *opta data digital communication GmbH* begleitet, beschreibt diese Technologien als Aufbau einer „unsichtbaren digitalen Assistenzschicht“: Die KI übernimmt die fragmentierten, oft störenden Aufgaben und schafft auf diese Weise eine Hintergrundarchitektur, die Zeit zurückgibt – Zeit, die unmittelbar in Zuwendung, Beratung und fachliche Betreuung fließen kann. Digitalisierte Telefonie organisiert, sortiert und strukturiert, ohne in den persönlichen Kontakt einzugreifen. Sie wirkt im Hintergrund, ohne sichtbar zu sein, und genau darin liegt ihre Stärke: Sie schützt die menschliche Arbeit, indem sie sie nicht berührt, sondern trägt.

Neben solchen organisatorischen Entlastungssystemen gewinnt auch die digitale Wissens- und Präventionskommunikation zunehmend Bedeutung. Ein Beispiel hierfür ist *od | Web TV*, eine professionelle medizinische Videoplattform, die evidenzbasierte Inhalte niedrigschwellig, anonym und modern aufbereitet. Zukunftsorientiert soll dieses Format vor allem Patienten in den Wartebereichen aufklären, um für eine gesunde Kommunikation zwischen Dienstleister und Dienstleistungsnehmer zu sorgen. In der Geburtshilfe hat *od | Web TV* eine besondere Funktion, denn viele Themen sind dort emotional sensibel: Angst vor Untersuchungen, Stress während der Schwangerschaft, Unsicherheiten zu körperlichen Veränderungen, Scham bei intimen Fragen oder Hemmungen im Umgang mit komplexen medizinischen Inhalten. *od | Web TV* bietet Familien einen sicheren Raum, in dem sie Informationen erhalten können, ohne sich beobachtet oder bewertet zu fühlen.

Gerade im gynäkologischen Kontext eröffnet diese Form anonymer Aufklärung neue Möglichkeiten: Sie senkt Hemmschwellen, stärkt die Gesundheitskompetenz und unterstützt Frauen unabhängig von Alter, Herkunft oder Bildungshintergrund. Sie vermittelt Wissen zu Themen wie Vorsorgeuntersuchungen, Endometriose, Stillvorbereitung, psychische Belastung

oder Sexualität in der Schwangerschaft – und tut dies auf eine Weise, die respektvoll und entlastend wirkt. Für Praxen bedeutet das, dass Gespräche effizienter, zielgerichteter und zugleich verbindlicher werden: Was digital vorbereitet wurde, kann im persönlichen Kontakt vertieft werden. Für Hebammen bedeutet es, dass Videoaufklärung Fragen abfängt, deren Beantwortung sonst viel Zeit beanspruchen würden.

Im Zusammenspiel entsteht eine neue Form digitaler Infrastruktur: KI-Telefonie sorgt für Ordnung, Struktur und Erreichbarkeit, während Videoplattformen wie od | Web TV Wissen, Orientierung und emotionale Sicherheit schaffen. Beide Technologien sind nicht als Ersatz, sondern als Verstärkung gedacht – als stille Ressourcen, die dort wirken, wo die menschliche Arbeit nicht unterbrochen werden darf. Die Hebammen-Studie 2025 bestätigt, dass digitale Systeme genau dann akzeptiert und positiv bewertet werden, wenn sie spürbare Entlastung schaffen, ohne Beziehung oder Nähe zu unterlaufen. Digitalisierung soll im Hintergrund wirken, nicht im Vordergrund; sie soll Räume öffnen, nicht schließen; sie soll ermöglichen, nicht regulieren.

Handlungsperspektiven bis 2035

Aus der Gesamtschau der Hebammen-Studie 2025, weiteren Studien und aktuellen Medienberichten lassen sich zentrale Handlungslinien ableiten:

1. **Gesetzliche Nachsteuerung:** Der Hebammenhilfvertrag muss an den realen Versorgungsalltag angepasst werden. Dazu gehören eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung auch bei parallelen Geburten, weniger Bürokratie trotz Qualitätsanforderungen und eine Abbildung der besonderen Rolle von Beleghebammen (DHV 2025b; DHV 2025c; GKV-Spitzenverband 2025; Apotheken Umschau 2025).
2. **Stärkung der Prävention:** Hebammen müssen als zentrale Akteure der Prävention anerkannt werden – von der frühen Gesundheitsbildung bei Jugendlichen über die Begleitung in der Schwangerschaft bis hin zu langfristiger Familienberatung. Leitlinien zur Frühgeburt und internationale Studien belegen, dass frühzeitige, kontinuierliche Betreuung Risiken deutlich reduzieren kann (DGGG/OEGGG/SGGG 2022; UNFPA/WHO/ICM 2021).
3. **Digitale Infrastruktur menschenorientiert ausbauen:** KI-Telefonie, digitale Monitoring-Systeme

und automatisierte Dokumentation sollten gezielt dort eingesetzt werden, wo sie dokumentierte Entlastung bringen. Pilotregionen, in denen opta data, Hebammen, Kliniken und Kommunen gemeinsam arbeiten, könnten zeigen, wie Technik Verantwortung unterstützt, statt sie zu verstärken (opta data Zukunfts-Stiftung 2025)

4. **Anerkennung von Care-Arbeit:** Die Kombination aus hoher Verantwortung und vergleichsweise geringer Vergütung ist kein Zufall, sondern Ausdruck der strukturellen Entwertung von Care-Arbeit. Die Hebammen-Studie macht deutlich, dass sich hier eine grundlegende gesellschaftlichehaltungsfrage stellt: „Wer Hebammen stärkt, stärkt das Gemeinwesen“ (opta data Zukunfts-Stiftung 2025).

Hebammenarbeit auf Meta-, Meso- und Mikroebene: Warum ihre gesellschaftliche Wertigkeit 2025 so sichtbar ist wie nie zuvor

Die Hebammen-Studie 2025 macht deutlich, dass die Bedeutung der Hebammenarbeit nicht nur auf der individuellen Ebene spürbar wird, sondern auf drei systemisch miteinander verschränkten Ebenen: der Metaebene der gesellschaftlichen Ordnung, der Mesoebene der Institutionen und Versorgungssysteme und der Mikroebene der unmittelbaren Betreuungssituationen. Jede dieser Ebenen zeigt im Jahr 2025, wie essenziell Hebammen für die Stabilität moderner Gesellschaften sind – und wie gefährlich es ist, ihre Rolle strukturell zu unterschätzen.

Auf der Metaebene wird Hebammenarbeit zu einem Indikator für die Zukunftsfähigkeit einer Gesellschaft, die demografisch altert und zugleich auf stabile Familienstrukturen angewiesen ist. Internationale Organisationen wie die WHO und UNFPA weisen darauf hin, dass weltweit 900.000 Hebammen fehlen – ein Defizit, dessen Beseitigung bis 2035 über zwei Drittel vermeidbarer mütterlicher und neonataler Todesfälle verhindern könnte (UNFPA/WHO/ICM 2021). Gesellschaften mit stabilen hebammenzentrierten Versorgungssystemen – etwa Neuseeland oder die Niederlande – weisen nicht nur bessere Gesundheitsindikatoren, sondern auch höhere familiäre Stabilität, geringere Stressbelastung für junge Eltern und niedrigere Präventionskosten auf. Die Hebammen-Studie 2025 beschreibt Hebammen deshalb als „Schlüsselakteure der sozialen Resilienz“, deren Arbeit darüber

entscheidet, ob Frühprävention gelingt und soziale Folgekosten späterer Krisen überhaupt entstehen müssen.

Die Mesoebene – jene Ebene der Institutionen, Kliniken, Kommunen und Versorgungssysteme – zeigt 2025 besonders drastisch, was passiert, wenn Strukturen wegbrechen. Hebammen sind an dieser Stelle nicht nur Geburtsbegleiterinnen, sondern systemtragende Fachkräfte, die Versorgungslücken abfedern, Betreuung koordinieren und vermeiden, dass Frauen in ohnehin belasteten Gesundheitssystemen „verlieren“. Die Hebammen-Studie 2025 zeigt, dass insbesondere Regionen mit starker hebammenzentrierter Versorgung deutlich stabilere Wochenbettstrukturen und geringere Abbruchquoten in der Nachsorge aufweisen.

Auf der Mikroebene – im direkten Kontakt zwischen Hebammen, Eltern und Neugeborenen – wird die Wirkung der Hebammenarbeit für die Gesundheit der kommenden Generation unmittelbar sichtbar. Studien aus Skandinavien, Australien und Deutschland belegen, dass kontinuierliche Betreuung durch Hebammen die Wahrscheinlichkeit einer medizinisch unnötigen Intervention um bis zu 25 Prozent, die Rate an Frühgeburten um bis zu 10 Prozent und das Risiko postpartaler psychischer Krisen um 30 Prozent senken kann (Nove et al. 2021; Dewhirst 2023). Die Elternbefragung im Rahmen der Hebammen-Studie 2025 ergibt, dass 87% der jungen Familien angeben, ihre Hebamme habe wesentlich zu ihrer emotionalen Stabilität beigetragen – und 72% sagen, ohne Hebamme seien sie „in eine Überforderungssituation geraten“.

Damit zeigt sich: Hebammenarbeit wirkt bis in die feinsten emotionalen Mikroprozesse hinein – und diese Mikroprozesse stabilisieren wiederum die Meso- und Metaebene.

Im Jahr 2025 verschränken sich diese drei Ebenen so eng wie selten zuvor: Ein fragiles Versorgungssystem (Mesoebene) trifft auf demografischen Druck und steigende gesellschaftliche Unsicherheiten (Metaebene), während Familien gleichzeitig belasteter sind und mehr Unterstützung benötigen (Mikroebene). Hebammenarbeit wirkt dabei wie ein multiskaliger Stabilisator – sie sichert Gesundheit, stärkt Bindung, erhöht Präventionseffizienz, schützt soziale Teilhabe

und reduziert Folgekosten. Je stärker die Strukturen geschwächt werden, desto sichtbarer wird ihre Wertigkeit.

Ein Beruf, der Zukunft schafft – wenn wir ihn lassen

Die Analyse der Hebammen-Studie 2025 und der internationalen Daten macht unmissverständlich deutlich, dass die Zukunft der Geburtshilfe kein Randthema, sondern eine Zukunftsfrage von gesamtgesellschaftlicher Tragweite ist. Hebammen wirken dort, wo Gesundheit, Bindung, Sicherheit und soziale Teilhabe entstehen – an der sensibelsten Schwelle menschlichen Lebens. Ihre Arbeit stabilisiert Familien, entlastet Systeme, reduziert Risiken und schafft Vertrauen in einer Zeit, in der viele gesellschaftliche Institutionen an Stabilität verlieren. Gleichzeitig zeigt sich, dass diese unverzichtbare Arbeit nur dann ihre volle Wirkung entfalten kann, wenn die strukturellen Bedingungen sie tragen und nicht behindern.

Deutschland steht 2025 an einem Wendepunkt: Die Herausforderungen sind real – Fachkräftemangel, Klinikschließungen, steigende Komplexität – doch ebenso real ist das Potenzial, das in der professionellen Hebammenarbeit liegt. Digitalisierung als stille Ressource, politische Nachsteuerung als Voraussetzung struktureller Gerechtigkeit, Prävention als Leitprinzip und eine gesellschaftliche Neubewertung von Care-Arbeit sind keine Zukunftsvisionen, sondern konkrete Hebel, die heute genutzt werden können. Jede dieser Maßnahmen stärkt nicht nur einen Berufsstand, sondern das Fundament, auf dem eine solidarische, resiliente und demografisch handlungsfähige Gesellschaft steht.

Literaturverzeichnis:

Apotheken Umschau (2025):

„Hebammen: Warum viele über einen Berufswechsel nachdenken – was der neue Hebammenhilfvertrag bedeutet.“

URL: <https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/hebammen-was-der-neue-hebammenhilfe-vertrag-fuer-schwangere-bedeutet-1323769.html> (Stand: 15.12.2025)

Apotheken Umschau (2025):

Neuer Hebammen-Vertrag kommt – was er für Schwangere bedeutet.

URL: <https://www.apotheken-umschau.de/gesundheitspolitik/hebammen-was-der-neue-hebammenhilfe-vertrag-fuer-schwangere-bedeutet-1323769.html> Apotheken Umschau (Stand: 15.12.2025)

Bitkom (2025).

Digitale Versorgungsrealität in der Maternalen Gesundheit – Studie zur digitalen Infrastruktur in Deutschland.

<https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/Digitale-Gesundheitsversorgung-2025> (Stand: 15.12.2025)

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2025).

Arbeitsentlastungsmodell zur Digitalisierung der Gesundheitsfachberufe.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2025/digitalisierung-arbeitsentlastung-fachberufe.html> (Stand: 15.12.2025)

Danish eBirth Report (2024).

National Analysis of Digital Maternity Monitoring and Outcomes in Denmark.

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet-og-foedsel/fagligt/ehealth/e-birth-report-2024/> (Stand: 15.12.2025)

DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2025):

„Fachgesellschaft bewertet neuen Hebammenhilfvertrag kritisch.“

URL: <https://www.aerzteblatt.de/news/fachgesellschaft-bewertet-neuen-hebammenhilfvertrag-kritisch-0d714e4c-d870-4bb7-9f14-2234161b04d5> (Stand: 15.12.2025)

DGGG/OEGGG/SGGG (2022):

Leitlinienprogramm Prävention und Therapie der Frühgeburt (S2k), AWMF 015-025.

DHV – Deutscher Hebammenverband (2025a):

Aktuelles zum Hebammenhilfvertrag.

URL: <https://hebammenverband.de/aktuelles-zum-hebammenhilfvertrag> (Stand: 15.12.2025)

DHV – Deutscher Hebammenverband (2025b):

Beleghebammen schlechtergestellt – fataler Schiedsspruch auf Bundesebene.

URL: <https://hebammenverband.de/beleghebammen-schlechtergestellt-fataler-schiedsspruch-auf-bundesebene> (Stand: 15.12.2025)

DHV – Deutscher Hebammenverband (2025c):

Der neue Hebammenhilfvertrag – Eine Herausforderung für die Versorgungssicherheit.

URL: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2025/04/2025_04_29-Handout-Hebammenhilfvertrag.pdf (Stand: 15.12.2025)

Druyen, T.; Heil, C.; Tsvasman, L. (2026):

Zukunftspädagogik. Bildung und Lernen neu denken. Heidelberg: Springer.

EU-Kommission (2025).

Digitalisation of the Health Workforce – European Survey 2025.

https://health.ec.europa.eu/publications/digitalisation-health-workforce-survey-2025_en (Stand: 15.12.2025)

Finland Ministry of Social Affairs & Health (2024).

Finland eBirth Study – Digitale Dokumentationssysteme in der Geburtshilfe.

<https://stm.fi/en/-/finland-ebirth-study-2024> (Stand: 15.12.2025)

Freidson, E. (2001):

Professionalism. The Third Logic – On the Practice of Knowledge. Chicago: University of Chicago Press.

GKV-Spitzenverband (2025a):

„Neuer Hebammenhilfvertrag sorgt für faire Vergütung und bessere Qualität.“

URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2016512.jsp (Stand: 15.12.2025) (Stand: 15.12.2025)

GKV-Spitzenverband (2025b):

Konkrete Vorschläge zum neuen Hebammenhilfvertrag ab 1. November 2025.

URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2150720.jsp GKV Spitzenverband

GKV-Spitzenverband (2025c).

Digitalbericht der gesetzlichen Krankenkassen 2025: Automatisierungspotenziale und Abrechnungsqualität.

https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen/digitalbericht_2025.jsp (Stand: 15.12.2025)

Health Navigator New Zealand (2024).

National Digital Maternity Monitoring and Telehealth Review.

<https://www.healthnavigator.org.nz/health-a-z/d/digital-maternity-monitoring-2024/> (Stand: 15.12.2025)

Hebrech (2025):

Hebammen-Studie veröffentlicht.

URL: <https://www.hebrech.de/news/hebammenstudie-veroeffentlicht/> Hebrech (Stand: 15.12.2025)

IGES Institut (2024).

Digitale Belastungsanalysen in der Geburtshilfe: Zeitaufwand, Unterbrechungen und Versorgungskonsequenzen.

<https://www.iges.com/publikationen/digitale-belastungsanalyse-geburtshilfe-2024> (Stand: 15.12.2025)

kartenmacherei (2023):

Studie 2023: Hebammenmangel in Deutschland.

URL: <https://www.kartenmacherei.de/magazin/geburt/hebammenstudie-deutschland-2023> Kartenmacherei+1 (Stand: 15.12.2025)

McKinsey & Company (2025).

Health Data Automation Report 2025 – Potenziale automatisierter Dokumentation.

<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/health-data-automation-2025> (Stand: 15.12.2025)

Medi-Karriere (2023):

Hebammenmangel und immer weniger Geburtsstationen.

URL: <https://www.medi-karriere.de/magazin/hebammenmangel-weniger-geburtsstationen/> Medi-Karriere (Stand: 15.12.2025)

Merkur (2025):

„Neuer Hebammenhilfvertrag: Bedrohung für Geburtshelferinnen und Rückschritt für die Frauengesundheit.“

URL: <https://www.merkur.de/deutschland/neuer-hebammenhilfvertrag-bedrohung-fuer-geburtshelferinnen-und-rueckschritt-fuer-frauengesundheit-zr-94059472.html> (Stand: 15.12.2025)

Ministry of Health New Zealand (2023).

Evaluation of the National Digital Maternity Record System.

<https://www.health.govt.nz/publication/evaluation-national-digital-maternity-record-2023> (Stand: 15.12.2025)

NIVEL – Netherlands Institute for Health Services Research (2024).

Digital Midwifery Workflows and Interprofessional Care Efficiency.

<https://www.nivel.nl/en/publication/digital-midwifery-workflows-2024> (Stand: 15.12.2025)

Nove, A. et al. (2021):

The State of the World's Midwifery 2021 report: findings to drive global policy and practice. In: Human Resources for Health 19(1), 1–7.

URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12960-021-00694-w> SpringerLink (Stand: 15.12.2025)

opta data Zukunfts-Stiftung (2025a):

Hebammen-Studie 2025: Ohne Hebammen keine Zukunft – wie eine übersehene Berufsgruppe den Zusammenhalt der Gesellschaft bewahrt. Essen: opta data Zukunfts-Stiftung.

URL: <https://www.zukunftsstiftung.optadata.de/forschung/studien/hebammenstudie-2025/> Zukunfts-Stiftung (Stand: 15.12.2025)

opta data Zukunfts-Stiftung (2025b).

Hebammen-Studie 2025 – Ohne Hebammen keine Zukunft.

<https://www.zukunftsstiftung.optadata.de/forschung/studien/hebammenstudie-2025/> (Stand: 15.12.2025)

Tagesschau (2025):

Berichte und TV-Beiträge zum neuen Hebammenhilfvertrag und zu Existenzängsten der Hebammen.

URL (Mediathek-Beitrag): <https://www.youtube.com/watch?v=H6fsxS0XdK> YouTube (Stand: 15.12.2025)

UNFPA; WHO; ICM (2021):

The State of the World's Midwifery 2021. New York: United Nations Population Fund.

URL: <https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021> United Nations Population Fund+1 (Stand: 15.12.2025)

Watson (2025):

„Hebammenhilfe-Reform 2025: Was sich für Schwangere und Hebammen ändert.“

URL: <https://www.watson.de/leben/watson-antwortet/408115842-hebammenhilfe-reform-2025-aenderungen-fuer-schwangere-und-hebammen> (Stand: 15.12.2025)

WELT (2025):

„Weniger Geld für Hebammen: Kreißsaalschließungen befürchtet.“

URL: <https://www.welt.de/article6902dc5a5afbdf36c840d338> (Stand: 15.12.2025)

WHO – World Health Organization (2025).

Global Digital Health Report 2025 – Digitalisation for Resilient Maternal and Child Health.

<https://www.who.int/publications/i/item/global-digital-health-report-2025> (Stand: 15.12.2025)

ZDF (2025):

„Geburtsstation in Brandenburg vor Schließung – Ärztemangel und Auswirkungen der Reform.“

URL: <https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/geburtshilfe-brandenburg-aerztemangel-hebammen-gynaekologen-100.html> (Stand: 15.12.2025)

ZDF (2025):

Ärztemangel in Brandenburg: Geburtsstation vor Schließung.

URL: <https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/geburtshilfe-brandenburg-aerztemangel-hebammen-gynaekologen-100.html> ZDFheute (Stand: 15.12.2025)

Notizen:

3.7

Professionelle Ernährungstherapie: Strukturen, Anforderungen und Perspektiven in der Versorgung

Sandra Strehle,
E-Zert Plattform qualifizierte Ernährungstherapie
und Ernährungsberatung e. V.

Dr. Andrea Lambeck,
Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE)

Ernährungstherapie nimmt in der modernen Gesundheitsversorgung eine zunehmend zentrale Rolle ein – sowohl im präventiven Bereich als auch zur Behandlung chronischer Erkrankungen oder im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen. Gleichzeitig sehen sich Patientinnen, Patienten, Ärztinnen, Ärzte und Leistungserbringende mit einem unübersichtlichen Geflecht aus Berufsbezeichnungen, Zertifizierungen und Finanzierungsmöglichkeiten konfrontiert. Dieser Beitrag gibt einen Überblick über Zugangsvoraussetzungen, Rahmenbedingungen und aktuelle Entwicklungen im Bereich der qualifizierten Ernährungstherapie in Deutschland.

„Ernährungsberatung“ als klientenzentrierte Gesundheitsdienstleistung

Im Mittelpunkt einer wirksamen Ernährungstherapie steht die klientenzentrierte Ernährungsberatung. Sie versteht sich als professionelle Gesundheitsdienstleistung, die Menschen darin unterstützt, ihr Ernährungsverhalten auf der Grundlage individueller Bedürfnisse, Lebensumstände und sozialer Ressourcen eigenverantwortlich so zu gestalten, dass sich der Ernährungs- und Gesundheitszustand nachhaltig verbessert – sei es im präventiven Kontext oder als Bestandteil einer ärztlich begleiteten Behandlung.

Dabei handelt es sich nicht um allgemeine Diätvorschlüsse, sondern um eine wissenschaftlich fundierte, methodisch strukturierte Begleitung, die auf spezifische Krankheitsbilder zugeschnitten ist – beispielsweise bei Adipositas, Diabetes mellitus, Mangelernährung oder Erkrankungen des Verdauungstrakts.

Zugang zur Ernährungstherapie: Vom Hausarzt zur Fachkraft

Im primär- und sekundärpräventiven Bereich für gesunde Klientinnen und Klienten (§ 20 und § 20a SGB V¹) können qualitätsgesicherte Beratungen ohne ärztliche Verordnung stattfinden. Im therapeutischen Kontext (Tertiärprävention) ist eine medizinische Indikation erforderlich. Hier ist Ernährungstherapie eine zu delegierende Leistung. Den gesetzlichen Rahmen bildet § 43 SGB V², der ergänzende Leistungen zur Rehabilitation regelt. Für eine fundierte ernährungstherapeutische Betreuung bei chronischen und komplexen Erkrankungen, darunter Adipositas, Diabetes mellitus,

kardiovaskuläre Krankheiten, seltene Stoffwechselstörungen, Nierenerkrankungen oder chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, kann der Arzt eine sogenannte „Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung“ ausstellen. Diese dient gegenüber der Krankenkasse als Grundlage für eine mögliche Kostenbeteiligung.

Für die spezifischen Indikationen Mukoviszidose und seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen ist ambulante Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen – mit Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Einzelheiten der Versorgung sind im Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V³ zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Maßgeblichen Verbänden der Ernährungstherapie geregelt.

Ein ungeschützter Markt und die Rolle von E-Zert e. V.

Ernährungstherapie hilft Kosten im Gesundheitswesen zu sparen und ist essenzieller Bestandteil der leitliniengerechten Versorgung bei diversen Krankheitsbildern. Im Sinne des Patientenschutzes muss sie von qualifizierten Ernährungsfachkräften durchgeführt werden. Produktneutrale und professionelle Ernährungstherapie ist schwierig zu finden, da der Markt unreguliert und die Bezeichnungen „Ernährungsberater/Ernährungstherapeut“ nicht geschützt sind.

Für Zuweisende und Nutzende gleichermaßen stellt sich der Markt an Anbietern in Deutschland somit bisher unübersichtlich dar. Zum einen finden sich dort Diätassistenten, die als bundeseinheitlich ausgebildeter Gesundheitsfachberuf für die eigenverantwortliche Durchführung von Ernährungstherapie qualifiziert sind, zum anderen Absolventinnen und Absolventen oecotrophologischer und ernährungswissenschaftlicher Studiengänge mit unterschiedlichsten Hochschulabschlüssen und Zertifikaten.

Für die Bezuschussung von ambulanter Ernährungstherapie akzeptieren gesetzliche Krankenkassen Ernährungsfachkräfte mit einem der etablierten Zertifikate von diversen Verbänden und Gesellschaften. Dies ungeachtet der Tatsache, dass die Zertifikate unterschiedliche Ausbildungsinhalte abfragen und auf die Anforderungen für Leistungen im Bereich der

1 § 20 SGB V – Einzelnorm.

2 § 43 SGB V – Einzelnorm.

3 Vertrag_125_Abs_1_SGB_V_Ernaehrungstherapie_inkl_Anlagen_1-6_Lesefassung.pdf

Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet sind. Die verschiedenen Plattformen der unterschiedlichen Verbände haben bisher neben der Frage nach der fachlichen Qualifikation (Prävention oder Therapie) auch die Suche von Leistungserbringenden erschwert. Ein einfacherer und sicherer Zugang zu wohnortnaher flächendeckender Versorgung war folglich nicht gegeben.

Mit der der Gründung von E-Zert – Plattform qualifizierte Ernährungstherapie & Ernährungsberatung e.V. haben die maßgeblichen Verbände VDD, VDOE und QUETHEB auf diese Problematik reagiert. Das einheitliche Zertifikat „E-Zert Ernährungstherapie“ schafft erstmals klare Standards für Fachkräfte, die ambulante Ernährungstherapie anbieten.

Auf der Plattform von E-Zert e.V. sind qualifizierte Ernährungsfachkräfte wie Diätassistenten oder spezialisierte Absolventinnen und Absolventen ernährungswissenschaftlicher oder oecotrophologischer Studiengänge registriert, die die Voraussetzungen für das Zertifikat „E-Zert Ernährungstherapie“ erfüllen. Dies bestätigt einen fundierten mindestens dreijährigen Bildungsweg, mindestens ein Jahr Praxiserfahrung und regelmäßige Weiterbildungen.

Mit der digitalen Plattform ist E-Zert e.V. bundesweit aufgestellt und agiert als verbandsübergreifender Verein unabhängig von Verbandsinteressen.

Mit der einfachen Suche „Experten finden“ können Zuweisende und Nutzende derzeit (Stand: Dezember 2025) schon über 1.100 qualifizierte Ernährungsfachkräfte deutschlandweit finden und nach Spezialgebieten der Ernährungstherapie filtern:
www.e-zert.de/experten.

Nähere Informationen zum Zertifikat und der Expertensuche für die Ernährungstherapie finden sich auf der Website unter www.e-zert.de.

Fazit

Der Weg zu einer professionellen Ernährungstherapie ist komplex, aber durch klare Strukturen besser navigierbar geworden. Mit dem Zusammenspiel von ärztlicher Empfehlung, qualifizierter Fachkraft und

einer neuen, transparenten Zertifizierung bietet sich für viele Nutzende und Zuweisende erstmals ein nachvollziehbarer Zugang zu qualifizierter, wissenschaftlich fundierter Unterstützung. Die Entwicklungen im Bereich und die Etablierung der Plattform markieren dabei einen wichtigen Schritt zu mehr Transparenz und Patientensicherheit in der ernährungstherapeutischen Versorgung in Deutschland.

Gesetzliche Grundlagen:

§ 20, § 43 und § 125 SGB V im Überblick

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Ernährungstherapie sind vielschichtig:

- **§ 20 und § 20a SGB V** regeln die primär- und sekundärpräventiven Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Hier können qualitätsgesicherte Beratungen auch ohne ärztliche Verordnung stattfinden – insbesondere bei gesunden Menschen oder Personen mit erhöhtem Risiko. Eine Empfehlung über das Muster 36⁴ ist möglich.
- **§ 43 SGB V** bildet die Grundlage für die Zuschussung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation – darunter auch Ernährungstherapie bei bestehenden Erkrankungen. Die Leistung kann auf Grundlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst werden. Voraussetzung ist, dass die Beratung von entsprechend qualifizierten Fachkräften durchgeführt wird.
- **§ 125 Absatz 1 SGB V** regelt die Zulassung von Ernährungstherapie als Heilmittel bei bestimmten Indikationen (z. B. Mukoviszidose, seltene Stoffwechselstörungen). In diesen Fällen besteht ein Anspruch auf vollumfängliche Erstattung der Leistung – verordnet auf dem Heilmittelrezept (Muster 13⁵). Die Details sind im Vertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden geregelt.

4 KBV – Prävention.

5 KBV – Heilmittel.

Notizen:

5a

Studium, Aus- und Weiterbildung Heilmittel

Nina Poddig,
wissenschaftliche Mitarbeiterin, opta data Zukunfts-Stiftung

Die organisatorischen Abläufe sind nur ein kleiner Bestandteil der Ausbildung in Heilmittelberufen. Vielmehr steht die Vermittlung von Fachwissen und die Durchführung von Therapiemaßnahmen im Mittelpunkt. Über verschiedene Ausbildungsformen können unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

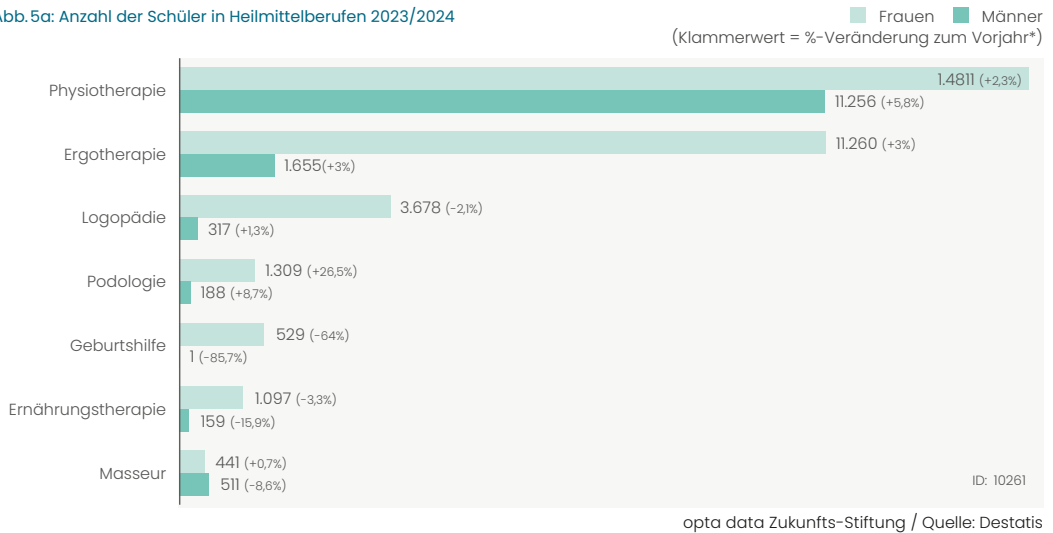


5a.1	Physiotherapie	82
5a.2	Ergotherapie	84
5a.3	Logopädie	85
5a.4	Podologie	86
5a.5	Geburtshilfe	87
5a.6	Ernährungstherapie	88
5a.6.1	Diätassistenten	88
5a.6.2	Oecotrophologen/Ernährungswissenschaftler – Ernährungsfachkräfte mit Studienabschluss	89
5a.7	Masseure und medizinische Bademeister	92

In diesem Kapitel werden Daten bezüglich des Studiums, Aus- und Weiterbildung in Heilmittelberufen vorgestellt. Ausbildungen werden z.B. meistens von mehr weiblichen als männlichen Auszubildenden absolviert. Die Unterschiede sind dabei teilweise auffallend groß, extrem ist der Wert bei den Hebammen und Entbindungspflegern. Nahezu ausgeglichen sind

die Zahlen hingegen bei den Masseuren und Physiotherapeuten. Die Physiotherapeuten weisen zudem die höchste Anzahl an männlichen Auszubildenden auf. Diese und weitere Beobachtungen werden in den folgenden Unterkapiteln genauer beschrieben und untersucht.

Abb. 5a: Anzahl der Schüler in Heilmittelberufen 2023/2024



5a.1 Physiotherapie

Die Ausbildung zum Physiotherapeuten ist bundesweit einheitlich geregelt und wird an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach drei Jahren führt sie zu einer staatlichen Abschlussprüfung.

Unter den Heilmittelberufen verzeichnet der Bereich der Physiotherapeuten mit Abstand die meisten Auszubildenden und die Anzahl der Auszubildenden steigt weiter an, im Schuljahr 2023/2024 befanden sich insgesamt 26.067 Schüler in der Ausbildung.

Im Zehnjahrestrend fällt besonders der Anstieg der männlichen Auszubildenden auf, dort steigen die Anzahl mehr als 3.000 Auszubildene. Im Vergleich dazu steigt die Zahl der weiblichen Auszubildenden gerade einmal knapp 1.600 Schülerinnen. Insgesamt nehmen die weiblichen Auszubildenden aber in allen

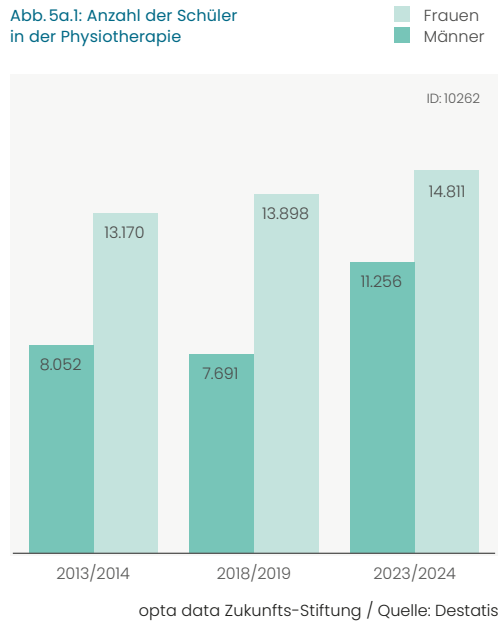
betrachteten Schuljahren den größeren Anteil ein. Im Schuljahr 2018/2019 ist der Unterschied am größten, im Schuljahr 2023/2024 gleichen sich die Werte mit einem Anteil von 56,8% bei den Schülerinnen und einem Anteil von 43,2% bei den Schülern immer weiter an.

Abgesehen von einer reinen Ausbildung besteht seit 2001 die Möglichkeit, in verschiedenen Studiengängen einen Bachelorabschluss im Bereich Physiotherapie zu erwerben. Seit 2005 gilt dies ebenfalls für Masterstudiengänge. Die Studiengänge sind entweder berufsbegleitend, ausbildungintegrierend/dual oder

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

primärqualifizierend ausgelegt. Primärqualifizierende Studiengänge, also Studiengänge, die ohne vorherige oder begleitende Fachschulausbildung zu einer Berufszulassung führen, gibt es seit 2009.

Abb. 5a.1: Anzahl der Schüler in der Physiotherapie



Auswahl Studienstandorte

Bachelor

- Bad Sooden-Allendorf
- Bamberg
- Berlin
- Bochum
- Bremen
- Buxtehude
- Darmstadt
- Dresden
- Emden
- Freiburg
- Fulda
- Gera
- Göttingen
- Hamburg
- Heidelberg
- Heidenheim
- Hildesheim
- Idstein
- Jena
- Jülich
- Kempten
- Kiel
- Konstanz
- Krefeld
- Köln
- Lörrach
- Lübeck
- Mainz
- Mannheim
- Münster
- Osnabrück
- Regensburg
- Reutlingen
- Rosenheim
- Rostock
- Saarbrücken
- Schwerin
- Senftenberg
- Trier

Master

- Berlin
- Bielefeld
- Bochum
- Erlangen
- Furtwangen
- Gera
- Halle (Saale)
- Heidelberg
- Hildesheim
- Idstein
- Köln
- Osnabrück
- Rostock
- Trier

1 Quelle: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/StudienganglisteWeb_Januar24.pdf

5a.2 Ergotherapie

Die Ausbildung zum Ergotherapeuten ist bundesweit einheitlich geregelt und wird an Berufsfachschulen sowie an Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach drei Jahren führt sie zu einer staatlichen Abschlussprüfung.

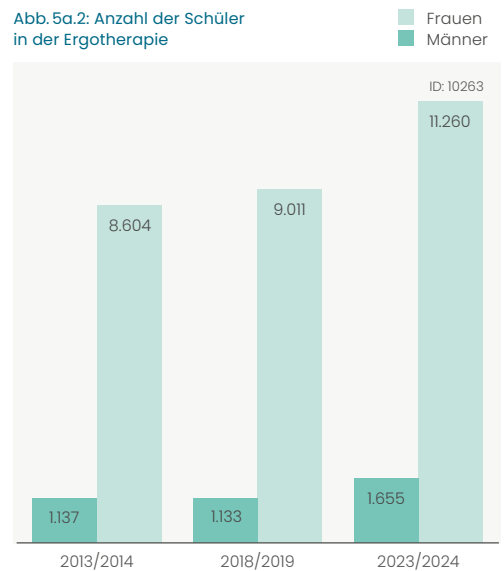
In der Ergotherapie wird die Überzahl der weiblichen Auszubildenden noch deutlicher als in der Physiotherapie. In den Schuljahren 2013/2014 und 2018/2019 war nur etwa jeder Neunte männlich, im Schuljahr 2023/2024 nehmen die Männer einen etwas größeren Anteil ein, sodass etwa jeder achte Auszubildende männlich war.

Die Gesamtzahl der Schüler hat sich vom Schuljahr 2013/2014 bis 2018/2019 nur minimal erhöht. Erst bei Betrachtung des Fünfjahrestrends von 2018/2019 bis zum Schuljahr 2023/2024 ist ein Anstieg der Schülerzahlen um ein Viertel, zu verzeichnen.

Seit einigen Jahren existieren – wie auch in anderen Heilmittelberufen – verschiedene Studiengänge, die eine akademische Qualifikation für die Ergotherapie ermöglichen. Diese sind als primärqualifizierende, ausbildungsintegrierende oder berufsbegleitende Modelle angelegt und führen je nach Ausrichtung zum Bachelor- oder Masterabschluss. Während das primärqualifizierende Studium die schulische Ausbildung vollständig ersetzt und direkt zum akademischen Abschluss führt, kombinieren ausbildungsintegrieren-

de Studiengänge Ausbildung und Studium parallel. Berufsbegleitende Programme wiederum bauen auf einer abgeschlossenen Ausbildung auf und vertiefen diese wissenschaftlich.

Abb. 5a.2: Anzahl der Schüler in der Ergotherapie



Auswahl Studienstandorte

Bachelor

- Aschaffenburg
- Deggendorf
- Heidelberg
- Krefeld
- Riedlingen
- Bad Sooden-Allendorf
- Düren
- Heidenheim
- Lörrach
- Rostock
- Bamberg
- Emden-Leer
- Hildesheim
- Lübeck
- Trier
- Berlin
- Erfurt
- Idstein
- Münster
- Waldshut-Tiengen
- Bielefeld
- Frechen
- Jena
- Osnabrück
- Bochum
- Hamburg
- Köln
- Potsdam
- Hannover
- Konstanz
- Regensburg

Master

- Bielefeld
- Bochum
- München
- Köln
- Hildesheim
- Münster

5a.3 Logopädie

In der Stimm-, Sprach- und Sprechtherapie bestehen zwei dreijährige Ausbildungswege: die bundesweit einheitlich durch das Logopädengesetz geregelte Ausbildung zum Logopäden, die an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens angeboten wird und mit einer staatlichen Prüfung abschließt, sowie die Ausbildung zum Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, die landesrechtlich geregelt ist und ausschließlich an Berufsfachschulen erfolgt. Beide führen zu einem staatlich anerkannten Abschluss.

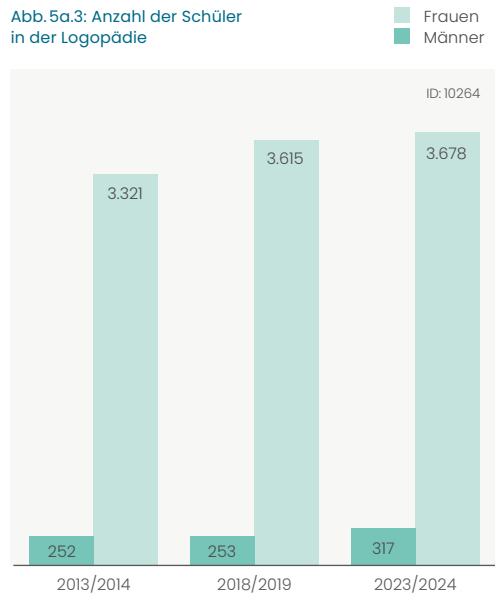
Insgesamt befanden sich im Schuljahr 2023/2024 3.995 Schüler in einer Ausbildung, darunter 137 Auszubildende zum Atem-, Stimm- und Sprechlehrer. Sie machen somit nur etwa 3% der Gesamtzahl der Auszubildenden aus.

Auch in diesem Ausbildungszweig sind die Frauen deutlich stärker vertreten, sie machen im Schuljahr 2023/2024 über 90% der Auszubildenden aus. Diese Verteilung von männlichen und weiblichen Auszubildenden ist im Zehnjahrestrend gleichbleibend.

Neben der klassischen Ausbildung gibt es verschiedene Studienmodelle für Logopädie und Sprachtherapie. Im primärqualifizierenden Studium ersetzt die Hochschule die Fachschule: Nach sechs Semestern wird das staatliche Examen abgelegt, ein bis zwei weitere Semester führen zum Bachelorabschluss. Ausbildungsintegrierende Modelle verbinden Ausbildung und Studium parallel, während ausbildungsbegleitende und additive Studiengänge nach der Ausbildung wissenschaftlich vertiefen oder ergänzen. Aufbauende

Masterprogramme ermöglichen Spezialisierung oder den Einstieg in Forschung und Lehre.

Abb. 5a.3: Anzahl der Schüler in der Logopädie



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Auswahl Studienstandorte

Bachelor

- Aachen
- Berlin
- Bielefeld
- Bochum
- Bremen
- Erfurt
- Erlangen
- Halle-Wittenberg
- Hamburg
- Hannover
- Heidenheim
- Hildesheim
- Idstein
- Köln
- Lörrach
- Lübeck
- Mainz
- München
- Münster
- Oldenburg
- Osnabrück
- Potsdam
- Regensburg
- Rostock
- Schwerin
- Trier
- Weingarten
- Würzburg

Master

- Halle-Wittenberg
- Hannover
- Hildesheim
- Marburg
- Regensburg

5a.4 Podologie

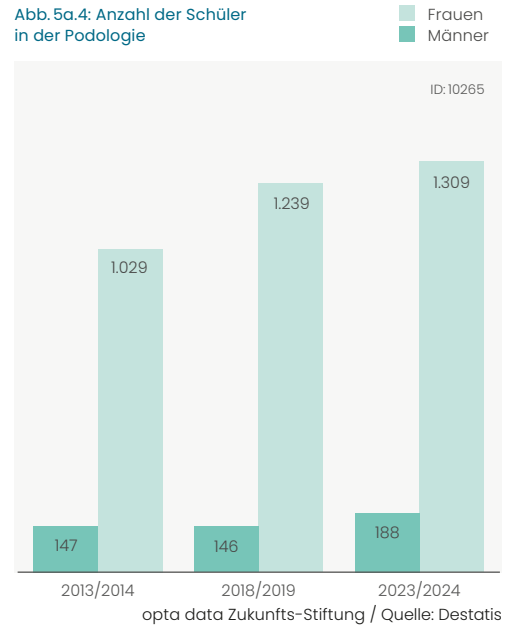
Die Ausbildung zum Podologen ist bundesweit einheitlich geregelt und wird an Berufsfachschulen bzw. Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach zwei Jahren führt sie zu einer staatlichen Abschlussprüfung.

Im Schuljahr 2023/2024 befanden sich insgesamt 1.497 Auszubildende, zusammengesetzt aus 1.309 Frauen und 188 Männern, in einer podologischen Ausbildung. Im Zehnjahrestrend ist eine Zunahme der Ausbildungszahlen von über 25% zu verzeichnen.

Die Frauen machen den Großteil der angehenden Podologen in den betrachteten Schuljahren aus. Die Männer stellen lediglich einen geringen Anteil von knapp über 10%. Trotzdem haben sie im Zehnjahrestrend einen Zuwachs von 27% zu verzeichnen.

Auch in der Podologie besteht neben der klassischen Fachschulausbildung die Möglichkeit, einen akademischen Abschluss zu erwerben. Studiengänge werden vor allem an der Steinbeis-Hochschule Berlin angeboten und schließen nach sechs Semestern mit dem Bachelor of Science ab.

Abb. 5a.4: Anzahl der Schüler in der Podologie



Auswahl Studienstandorte

Bachelor

- Berlin

Quelle: <https://www.verband-deutscher-podologen.de/studium/>

5a.5 Geburtshilfe

Durch das Hebammengesetz wird die Hebammenausbildung von einer dreijährigen Ausbildung an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens an die Hochschulen überführt.

Die berufsqualifizierende Ausbildung zur Hebamme bzw. zum Entbindungspfleger war lange bundesweit einheitlich geregelt und wurde an Berufsfachschulen sowie Schulen des Gesundheitswesens durchgeführt. Mit Inkrafttreten des Hebammengesetzes am 01.01.2020 wurde diese Ausbildung schrittweise an die Hochschulen überführt. Seitdem erfolgt die Qualifikation überwiegend über ein duales Bachelorstudium, das Theorie und Praxis eng verzahnt und in der Regel sechs bis acht Semester umfasst. Die schulische Ausbildung konnte letztmalig bis zum 31.12.2022 begonnen werden und muss bis spätestens 31.12.2027 abgeschlossen sein. Diese Übergangsfrist soll Versorgungsengpässe vermeiden und den flächendeckenden Aufbau neuer Studiengänge ermöglichen.

Parallel zur Akademisierung wurde zum 1. November 2025 ein neuer Hebammenhilfefvertrag eingeführt. Dieser regelt die Vergütung und Arbeitsbedingungen freiberuflicher Hebammen neu und soll die Versorgung von Schwangeren und Gebärenden verbessern. Allerdings stößt der Vertrag auf Kritik, insbesondere bei Beleghebammen, die eine Verschlechterung ihrer beruflichen Situation befürchten. Der Deutsche Hebammenverband warnt vor möglichen Berufsausstiegen und fordert Nachbesserungen, um die Attraktivität des Berufs langfristig zu sichern.

Die Auswirkungen dieser Akademisierung zeigen sich deutlich im Zehnjahresvergleich: Im Schuljahr 2013/2014

wurden noch 2.685 Frauen und 3 Männer in der schulischen Ausbildung gezählt. 2018/2019 sank die Zahl bereits auf 1.967 Frauen und 1 Mann. Im aktuellen Schuljahr 2023/2024 sind es nur noch 529 Frauen und 1 Mann – ein Rückgang um über 80 % innerhalb einer Dekade. Die Ausbildung in der Geburtshilfe bleibt dabei weiterhin weiblich dominiert: Männer machen konstant weniger als 0,5 % der Auszubildenden aus.

Auswahl Studienstandorte

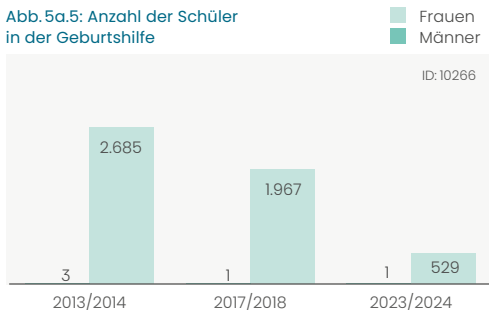
Bachelor

- Aachen
- Aschaffenburg
- Augsburg
- Berlin
- Bielefeld
- Bochum
- Bonn
- Bremen
- Coburg-Bamberg
- Cottbus-Senftenberg
- Dresden
- Düsseldorf
- Eberswalde
- Erlangen
- Frankfurt
- Freiburg
- Fulda
- Furtwangen
- Gießen
- Göttingen
- Halle
- Hamburg
- Heidenheim
- Hannover
- Jena
- Karlsruhe
- Köln
- Krefeld
- Landshut
- Leipzig
- Lübeck
- Ludwigshafen
- Mainz
- München
- Münster
- Nürnberg
- Oldenburg
- Osnabrück
- Regensburg
- Rostock
- Saarbrücken
- Stuttgart
- Tübingen
- Würzburg

Master

- Erlangen
- Halle
- Hannover
- Köln
- Ludwigshafen
- Tübingen

Abb. 5a.5: Anzahl der Schüler in der Geburtshilfe



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Quelle: <https://hebammenverband.de/hebamme-werden-und-sein/das-studium>

5a.6 Ernährungstherapie

Im Bereich der Ernährungstherapie existieren sowohl geschützte als auch nicht geschützte Berufsbezeichnungen. Die Vielzahl an Abschlüssen und Qualifikationen sorgt für eine unübersichtliche Lage und erschwert eine treffende Analyse in den Berufen, sodass sich die Zahlen zu den Schülern in der Ernährungstherapie nur auf den gesetzlich reglementierten Beruf der Diätassistenten beziehen. Dieser Beruf wird im Kapitel 5a.6.1. vorgestellt. Über das Studium der Oecotrophologie und der Ernährungswissenschaften gibt Kapitel 5a.6.2 einen Überblick.

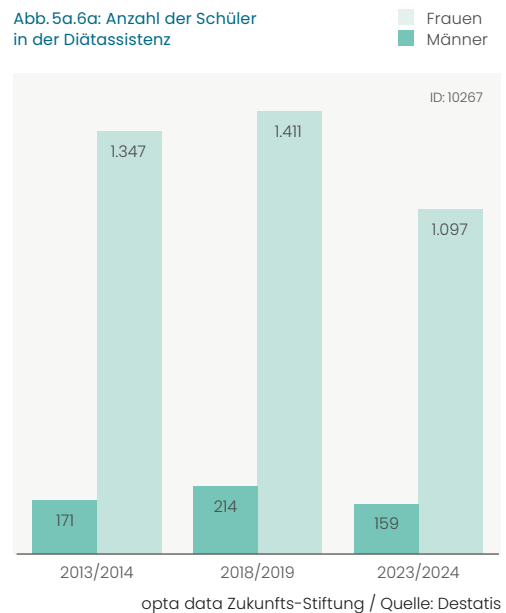
In der Ausbildung zum Diätassistenten lässt sich laut den vorliegenden Zahlen vom Statistischen Bundesamt ein Negativtrend bei den Ausbildungszahlen erkennen, trotz mittlerweile häufig vorliegender Vergütung. Im Schuljahr 2013/2014 befanden sich 1.518 Schüler in der Ausbildung, bis 2023/2024 nahmen die Zahlen der Schüler um knapp 17% ab. Während die Zahl der weiblichen Auszubildenden im Zehnjahrestrend um 18,6% sinkt, reduziert sich die Anzahl der männlichen Auszubildenden nur um 7%. Dennoch überwiegt der Anteil der Frauen deutlich. In den betrachteten Schuljahren machen sie über 86% der Schülerschaft aus.

5a.6.1 Diätassistenten¹

Im Bereich der Ernährungstherapie sind sowohl Personen mit einer bundesrechtlich reglementierten Ausbildung als auch Personen mit diversen (akademischen) Abschlüssen und Qualifikationen tätig. Das sorgt für eine unübersichtliche Lage und erschwert eine treffende Analyse. Eine geschützte Berufsbezeichnung erwächst nur aus der bundesrechtlich reglementierten Ausbildung zum Diätassistenten.

Diätassistenten und Diätassistenten führen ernährungsbezogene Maßnahmen in Therapie, Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung bei Einzelpersonen und Gruppen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch. Ihr therapeutisches Handeln richtet sich am German-Nutrition Care Prozess aus. Damit wird eine personalisierte Ernährungsversorgung in für Dritte nachvollziehbaren Schritten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren ermöglicht und so ein Beitrag zu einer sicheren und effektiven gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung geleistet. Dabei arbeiten sie eng mit Ärzten und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen zusammen.

Abb. 5a.6a: Anzahl der Schüler in der Diätassistentenz



Die 3-jährige Ausbildung wird an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens angeboten, sie endet mit einer staatlichen Prüfung und führt zur geschützten Berufsbezeichnung. Der erfolgreiche Abschluss befähigt zum eigenverantwortlichen beruflichen Handeln.

Voraussetzung für die Ausbildung ist mindestens der mittlere Schulabschluss (MSA), sehr viele Auszubildende verfügen über Hochschulreife. Die berufsfachschulische Ausbildung umfasst 3050 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht und 1400 Stunden praktische Ausbildung. Die Ausbildung ist hinsichtlich der Schwerpunkte breit gefächert und sichert die erforderlichen Kompetenzen für die späteren Arbeitsfelder und Einsatzgebiete. Sie beinhaltet naturwissenschaftlich

¹ Jannina Brumm – Bund für Ausbildung und Lehre in der Diätetik e.V. (BALD).

² Dr. Andrea Lambeck, Urte Brink – Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE).

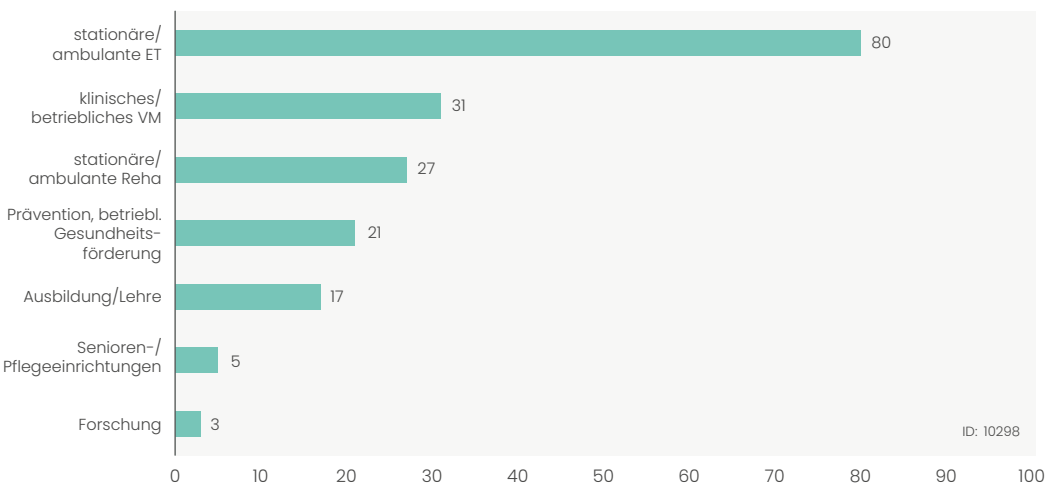
orientierte Fächer wie Ernährungslehre, Biochemie, Anatomie, Physiologie und Krankheitslehre. Ebenso finden sich sozialwissenschaftlich-psychologisch orientierte Fächer wie Ernährungssoziologie, Ernährungspsychologie und Ernährungsberatung sowie wirtschaftswissenschaftlich orientierte Fächer, z.B. Betriebswirtschaftslehre und Managementgrundlagen. Im Mittelpunkt der Ausbildung steht als Kernfach die Diätetik mit 1000 Unterrichtsstunden und 700 Stunden praktischer Ausbildung.

Die praktische Ausbildung erfolgt in den Bereichen der späteren Tätigkeitsfelder von Diätassistenten: Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der Diätetik und der Diät- und Ernährungsberatung. Hier sind als Einsatzgebiete Kliniken (klinische Ernährungstherapie) und Rehakliniken, Senioreneinrichtungen, Einrichtungen

der ambulanten Rehabilitation, Arztpraxen mit ernährungsmedizinischen und oder diabetologischen Schwerpunkten sowie Praxen für Ernährungstherapie und Prävention selbstständig tätiger Berufskollegen vorgesehen. Die praktische Ausbildung umfasst auch den Bereich Verpflegungsmanagement, um dabei mitzuwirken, dass jede in einer Gesundheitseinrichtung versorgte Person ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen gemäß angemessen verpflegt wird.

Nach der Ausbildung besteht die Möglichkeit, einen auf die Ausbildung aufbauenden, verkürzten Bachelor-Studiengang zu absolvieren. Dieses Studium wird an den Hochschulen Fulda, Neubrandenburg und am Universitätsklinikum des Saarlandes sowie berufsbegleitend von der IU Internationale Hochschule angeboten.

5a.6b: Handlungsfelder von Diätassistenten (in Prozent)



Quelle: VDD-Berufsdatenanalyse

5a.6.2 Oecotrophologen/ Ernährungswissenschaftler – Ernährungsfachkräfte mit Studienabschluss²

Im Feld der Ernährungswissenschaft/Oecotrophologie gibt es mehr als 100 akkreditierte Studiengänge. Universitäten, Hochschulen und auch Fernhochschulen bieten Studiengänge mit den Abschlüssen Bachelor of Science und Master of Science an. Darüber hinaus

tragen zahlreiche Absolventen früherer Jahrgänge ein Diplom als Abschluss. Je nach Wahl des Studiums sowie der Module und der Kombination von Bachelor- und Masterstudiengängen verfügen die Absolventen über unterschiedliche Qualifikationsprofile. Mit einem speziell für eine Tätigkeit in der Ernährungsberatung konzipierten zusätzlichen Zertifikat kann ergänzend zum Studium die erforderliche Qualifikation für die Prävention bzw. in der Ernährungstherapie erlangt werden.

Studieninhalte – Interdisziplinarität zählt sich aus

Die Studiengänge im Bereich der Ernährungswissenschaft/der Oecotrophologie sind durch die Verknüpfung von naturwissenschaftlich/technischen mit sozial-ökonomischen Fächern äußerst vielseitig und abwechslungsreich. Je nach Studienort und bei einer Vertiefung in Richtung Ernährungswissenschaft/Ernährungstherapie kann das Studium auf eine Tätigkeit in der Ernährungsberatung/-therapie ausgerichtet werden. Dann liegen die Fächerschwerpunkte bei:

- Ernährungsmedizin, Diätetik, Ernährungsphysiologie, Ernährungslehre
- Anatomie, Physiologie, Chemie, Biochemie, Pathobiochemie, Pathophysiologie
- Beratungsmethodik, Psychologie, Didaktik, Soziologie
- Gesundheitsförderung, Gemeinschaftsverpflegung, Warenkunde
- Lebensmittelwissenschaften, Mikrobiologie, Hygiene und Toxikologie
- Sensorik, Welternährung, Nachhaltigkeit

Tätigkeitsbereiche

Im Bereich Gesundheit sind Oecotrophologen/Ernährungswissenschaftler angestellt vor allem in Kliniken, Krankenhäusern oder Heimen tätig. Die Arbeitsgebiete umfassen im Klinikbereich zum einen die Ernährungstherapie, die Leitung von Ernährungsteams und die Übernahme verschiedener organisatorischer Aufgaben z. B. in der Verpflegung. Daneben sind sie aber auch in Arztpraxen, bei Krankenkassen, in Apotheken, in Fitnessstudios, Gesundheitszentren etc. für die Ernährungsberatung tätig.

Als Freiberufler arbeiten sie selbstständig überwiegend in eigener Praxis aber auch im Praxisverbund mit Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe. Die Tätigkeit bezieht sich dabei primär auf die ernährungstherapeutische Beratung in Bezug auf ernährungsmitbedingte Erkrankungen. Die freiberuflich tätigen Oecotrophologen führen teilweise auch ambulante Beratungen in Kliniken durch.

Aufgrund fehlender rechtlicher Regelungen ist es gängige Praxis, dass Krankenkassen Ernährungstherapie nur bezuschussen, wenn Fort- und Weiterbildungszertifikate, z. B. vom Berufsverband Oecotrophologie e. V. oder E-Zert, vorgelegt werden. Das Zertifikat dient als Nachweis über besondere Kenntnisse in der Ernährungsberatung und -therapie. Der VDOE bietet für die Erlangung der geforderten Zulassungsvoraussetzungen und die Zertifizierung spezielle Weiterbildungen für Ernährungsfachkräfte an.

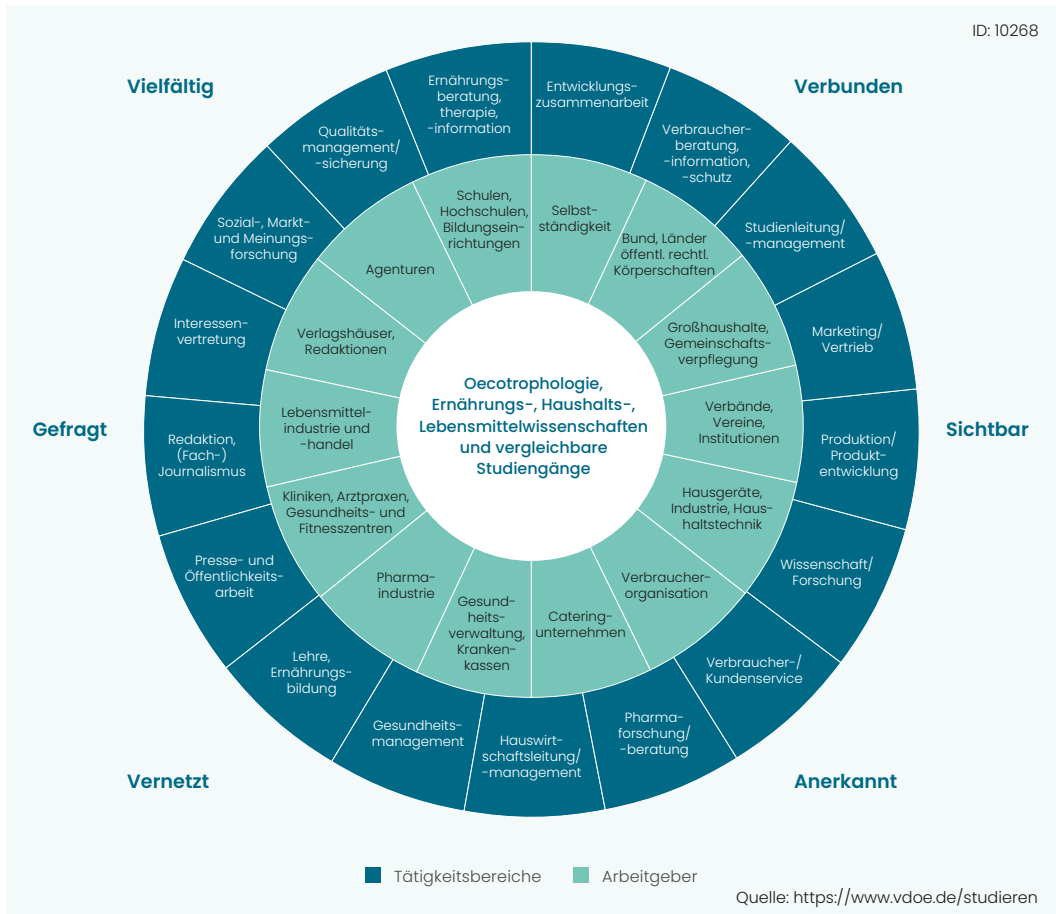
Der Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) setzt sich seit über 50 Jahren als berufspolitische Vertretung für alle ein, die Oecotrophologie, Ernährungs-, Haushalts-, Lebensmittelwissenschaften oder ein vergleichbares Studium abgeschlossen haben oder eines dieser Fächer studieren.

Auf der VDOE-Website findet sich eine Übersicht diverser relevanter Studienangebote:

<https://www.vdoe.de/studieren/hochschulen-und-studiengaenge/>

Abb. 5a.6c: Berufsperspektiven

ID: 10268



5a.7 Masseure und medizinische Bademeister

Die Ausbildung zum Masseur und medizinischen Bademeister ist bundesweit einheitlich geregelt und wird an Berufsfachschulen sowie Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach zweieinhalb Jahren wird sie mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen.

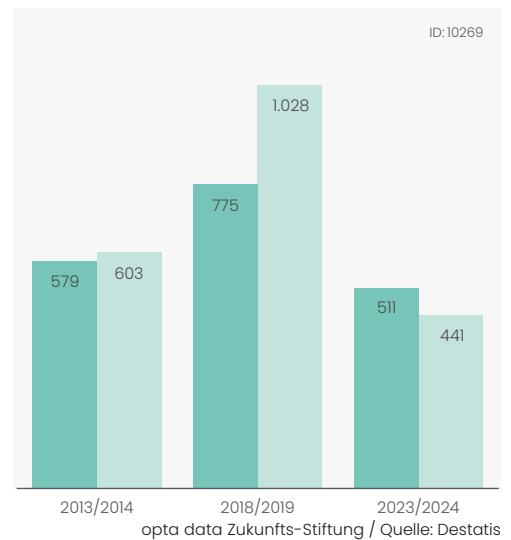
Im Vergleich zu anderen Heilmittelberufen ist das Geschlechterverhältnis bei den Auszubildenden im Berufsfeld der Masseure und medizinischen Bademeister im aktuellen Zeitraum relativ ausgeglichen. Langfristig zeigt sich jedoch eine deutliche Verschiebung zugunsten der männlichen Auszubildenden. Im Schuljahr 2013/2014 lag der Männeranteil bei rund 4% (579 von insgesamt 1.182 Auszubildenden). Fünf Jahre später, im Schuljahr 2018/2019, betrug der Anteil etwa 4% (775 von 1.803 Auszubildenden). Im Schuljahr 2023/2024 stellen Männer mit 511 Auszubildenden bereits rund 5% der insgesamt 952 Auszubildenden und haben damit die Mehrheit erreicht.

Die Zahl der Schülerinnen ist im Zehnjahresvergleich deutlich zurückgegangen: von 603 im Schuljahr 2013/2014 auf 441 im Schuljahr 2023/2024, was einem Rückgang von rund 2% entspricht.

Trotz der anteiligen Zunahme männlicher Auszubildender ist insgesamt ein starker Rückgang der Ausbildungszahlen zu beobachten. Die Gesamtzahl sank von 1.182 im Schuljahr 2013/2014 auf 952 im Schuljahr 2023/2024 – ein Minus von etwa 1%. Besonders auffällig ist der Rückgang gegenüber dem Höchststand im Schuljahr 2018/2019, als noch 803 Personen in Ausbildung waren. Seitdem hat sich die Zahl um fast die Hälfte reduziert.

Abb. 5a.7: Anzahl der Schüler zu Masseuren und medizinischen Bademeistern

■ Frauen
■ Männer



Notizen:

6a

Basisdaten Gesundheitsberufe Heilmittel

Nina Poddig,
wissenschaftliche Mitarbeiterin, opta data Zukunfts-Stiftung

Die geregelten Ausbildungen legen den Grundstein für die Sicherung der Qualität in den Heilmittelberufen. Im Folgenden wird die aktuelle Situation des Personals und der Versorgung ausgewählter Berufsgruppen anhand relevanter Daten aufbereitet.

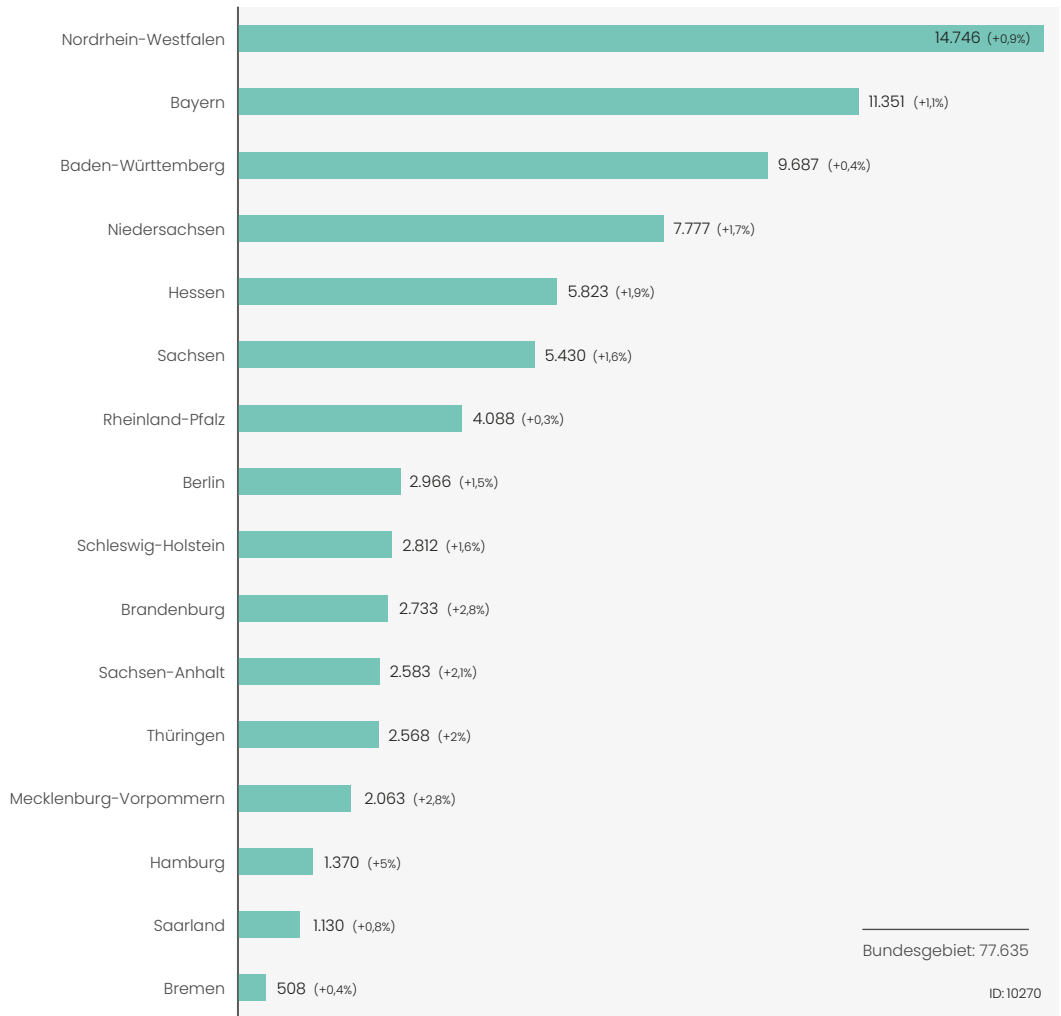


6a.1	Physiotherapie	134
6a.1.1	Personalstruktur	134
6a.1.2	Versorgungsdichte – Physiotherapie	138
6a.2	Ergotherapie	139
6a.2.1	Personalstruktur	139
6a.2.2	Versorgungsdichte – Ergotherapie	140
6a.3	Logopädie	141
6a.3.1	Personalstruktur	141
6a.3.2	Versorgungsdichte – Logopädie	142
6a.4	Podologie	143
6a.4.1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

Die Gesamtzahl von 77.635 Heilmittelerbringern in Deutschland verteilt sich recht unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Mit 14.746 Heilmittelerbringern liegt Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den anderen Bundesländern 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 Heilmittelerbringer auf. Insgesamt entspricht die Verteilung der Heilmittelerbringer pro Bundesland annähernd der Verteilung der Einwohner pro Bundesland. Im Vergleich zum Vorjahr* verzeichnen alle Bundesländer einen Zuwachs, mit einem Plus von 5% fällt dieser in Hamburg am größten aus. Im gesamten Bundesgebiet ist ein Anstieg von 1,3% zu verzeichnen.

Abb. 6a.a: Anzahl Heilmittelerbringer pro Bundesland 2025
(Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr)

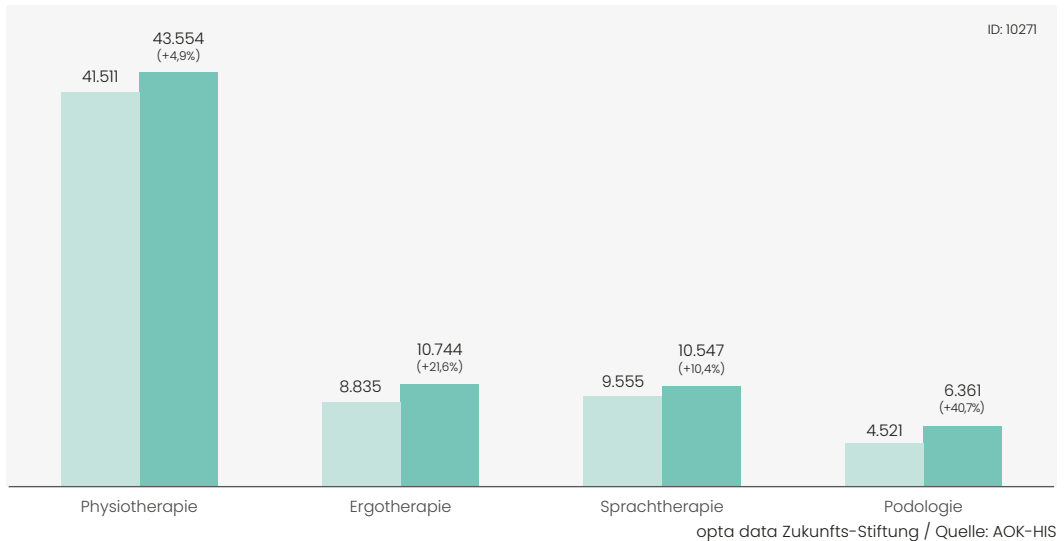


opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: vdek

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

Abb. 6a.b: Zahl der Leistungserbringer anhand der Institutionskennzeichen (IK) der AOK Abrechnungsdaten

■ 2013 ■ 2023 (Klammerwert = %-Verhältnis zum Jahr 2013)



Die Anzahl der im Heilmittelbereich betrachteten Leistungserbringer wird anhand der Institutionskennzeichen (IK) aus den anonymisierten Abrechnungsdaten ermittelt, wobei ein IK einer Praxis (inklusive Krankenhäuser) entspricht. Die tatsächliche Zahl der dort tätigen Therapeuten kann nicht konkret ermittelt werden, da in einer Praxis mehrere Therapeuten beschäftigt sein können. Im aktuell vorliegenden 10-Jahrestrend von 2013 bis 2023 haben sich die Zahlen über die verschiedenen Berufsfelder durchweg erhöht, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß.

Die Anzahl der Physiotherapie-IKs hat sich im Zeitraum von 2013 bis 2023 um 4,9 % erhöht. Mit 43.554 physiotherapeutischen Praxen, inklusive Krankenhäuser, nimmt die Physiotherapie weiterhin den größten Anteil der abgerechneten Leistungserbringer ein. Ihr Anteil liegt bei 61,2%.

Ein deutlich größerer Anstieg ist bei den ergotherapeutischen Praxen zu verzeichnen. Hier stiegen die Zahlen von 8.835 im Jahr 2013 auf 10.744 im Jahr 2023, was einem Zuwachs von 21,6 % entspricht. Mit einem Anteil von 15,1 % ist die Ergotherapie 2023 das zweitgrößte Berufsfeld.

Die Sprachtherapie erreicht 2023 eine Anzahl von 10.547 Praxen und liegt damit 10,4 % über dem Wert von 2013 (9.555). Der Anteil der Sprachtherapie beträgt 14,8 %.

Besonders dynamisch entwickelt sich die Podologie: Von 4.521 Institutionskennzeichen im Jahr 2013 steigt die Zahl auf 6.361 im Jahr 2023, was einem Zuwachs von 40,7 % entspricht. Trotz dieses starken Wachstums stellt die Podologie mit 8,9 % weiterhin das kleinste der hier betrachteten Berufsfelder.

6a.1 Physiotherapie

Physiotherapeuten behandeln Patienten, indem sie bei der Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung ihrer Bewegungsmöglichkeiten und körperlicher Funktionen unterstützend tätig sind.

6a.1.1 Personalstruktur

Altersstruktur

Nur die Altersklasse der 30-39-Jährigen hat sich im Vergleich zum Vorjahr* nicht verändert und bleibt mit 61.000 Beschäftigten die am stärksten vertretene Gruppe. Dahinter folgen die 50-59-Jährigen mit 59.000 Beschäftigten, die jedoch einen Rückgang von 1,7 % verzeichnen. Auf Platz drei liegen die 40-49-Jährigen mit 56.000 Beschäftigten und einem leichten Zuwachs von 1,8 % gegenüber dem Vorjahr*. Die größte prozentuale Steigerung zeigt die Altersgruppe 60+. Sie wächst um 12,9 % auf 35.000 Beschäftigte, bleibt aber trotz des deutlichen Anstiegs die kleinste Altersklasse. Die unter 30-Jährigen nehmen mit 38.000 Beschäftigten und einem Zuwachs von 2,7 % ebenfalls nur einen vergleichsweise kleinen Anteil ein.

Die Unterteilung in Fachkräfte, Spezialisten und Experten zeigt ein differenziertes Bild. Fachkräfte sind überwiegend älter, mit einem Schwerpunkt bei den 50-59-Jährigen, die mehr als sechsmal so zahlreich sind wie die unter 30-Jährigen. Auffällig ist der Zuwachs von 14,3% bei den über 60-Jährigen, während die Beschäftigungszahlen der 50-59-Jährigen leicht rückläufig sind. Die Spezialisten stellen den größten Anteil der Physiotherapieberufe dar, ihre Altersverteilung ähnelt dem Gesamtbild: Zuwächse bei den 40-49-Jährigen und über 60-Jährigen, Rückgang bei den 50-59-Jährigen. Experten bleiben eine Randgruppe mit konstant niedrigen Werten.

Abb. 6a.1a: Alter des Personals in der Physiotherapie 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

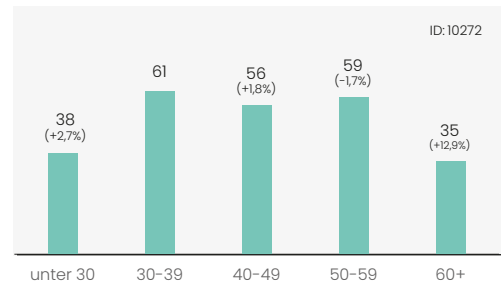
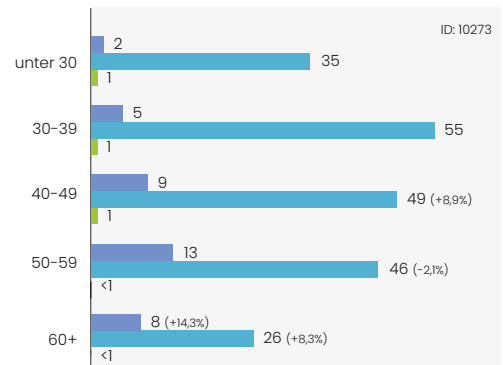


Abb. 6a.1b: Alter der Fachkräfte / Spezialisten / Experten in der Physiotherapie 2023

(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

Art und Anzahl der Beschäftigung

In den Berufen der Physiotherapie sind etwa 248.000 Frauen und Männer beschäftigt. Die Männer nehmen mit 26,2% einen geringen Anteil ein, fast drei Viertel der Beschäftigten sind Frauen. Von den 183.000 Frauen arbeiten nur 65.000 in Vollzeit, bei den männlichen Beschäftigten sind es dagegen rund 63%. Der Anteil der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im Vergleich zum Vorjahr* gestiegen.

Bei den Fachkräften arbeiten die meisten Beschäftigten in Teilzeit und als geringfügig Beschäftigte (71,1%), in dem Bereich haben die Frauen einen leichten Zuwachs von 4,5% zu verzeichnen. Die Beschäftigtenzahl der in Vollzeit arbeitenden Frauen und Männern hat sich im Vergleich zum Vorjahr* nicht verändert.

Bei den Spezialisten ist das Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten ausgeglichener als bei den Fachkräften. In Vollzeit arbeiten 44,7% der Spezialisten, davon machen die Frauen etwa 61% aus. Auch bei den Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten machen die Frauen den Großteil aus, mit 94.000 Beschäftigten verzeichnen sie im Vergleich zum Vorjahr ein Plus von 3,3%. Die Beschäftigtenzahl der Männer steigt in diesem Bereich um 5,3%.

Die Beschäftigungszahlen bei den Experten sind so gering, dass sich daraus keine Beobachtungen ableiten lassen. Es ist zu erwarten, dass der Frauenanteil auch hier größer ist.

Abb. 6a.1c: Beschäftigung und Geschlecht in der Physiotherapie 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

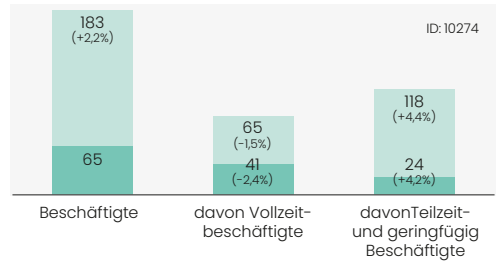


Abb. 6a.1d: Beschäftigung und Geschlecht bei Fachkräften in der Physiotherapie 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

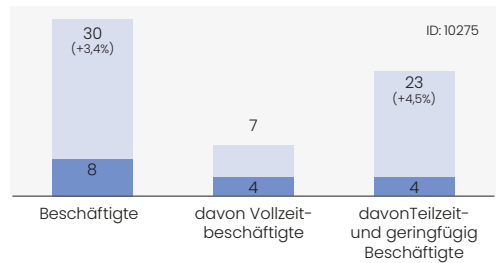


Abb. 6a.1e: Beschäftigung und Geschlecht bei Spezialisten in der Physiotherapie 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

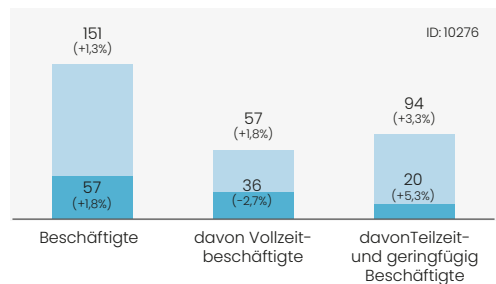
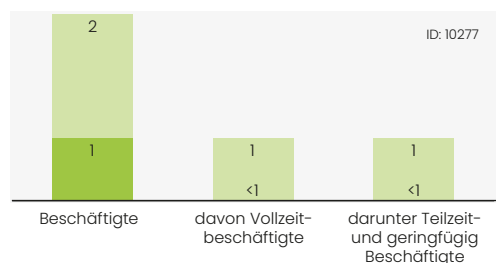


Abb. 6a.1f: Beschäftigung und Geschlecht bei Experten in der Physiotherapie 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



Einrichtungen

Der Großteil der in der Physiotherapie beschäftigten Frauen und Männer arbeiten in ambulanten Einrichtungen, diese machen fast 75% aus. Mit deutlich weniger Beschäftigten (37.000) folgen die stationären / teilstationären Einrichtungen mit einem Anteil von rund 15%, in den sonstigen Einrichtungen arbeiten etwa 10%. Wie bereits in der Gesamtverteilung nehmen die Frauen gut drei Viertel des Personals in den jeweiligen Einrichtungen ein.

Auch bei den Fachkräften arbeitet der Großteil der Beschäftigten in ambulanten Einrichtungen, sie nehmen einen Anteil von 51,4% ein. Anders als in der Gesamtverteilung folgen die sonstigen Einrichtungen vor den stationären/ teilstationären Einrichtungen. Die Frauen stellen auch bei den Fachkräften in den jeweiligen Einrichtungen die Mehrheit, bei den sonstigen Einrichtungen liegt ihr Anteil bei über 80% besonders hoch.

Bei den Spezialisten liegen die ambulanten Einrichtungen mit 78,8% ebenfalls vorn. Ähnlich zur Gesamtverteilung machen die stationären/ teilstationären Einrichtungen mit 15,4% den zweitgrößten Anteil aus. Kaum verändert hat sich die Verteilung von Frauen und Männern, in keiner der betrachteten Einrichtungsarten ist der Anteil der Männer größer als der der Frauen.

Abb. 6a.Ig: Personal in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

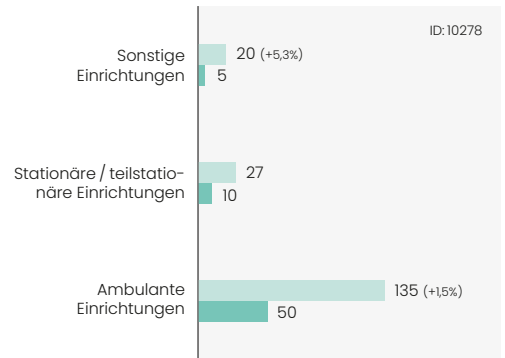


Abb. 6a.Ih: Fachkräfte in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

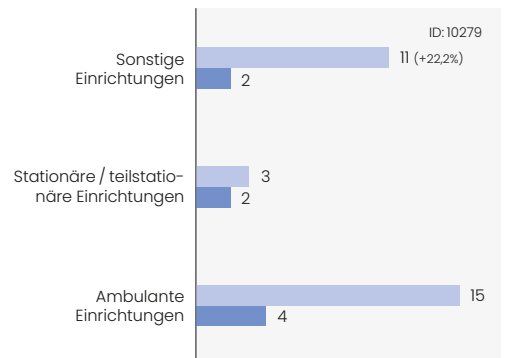
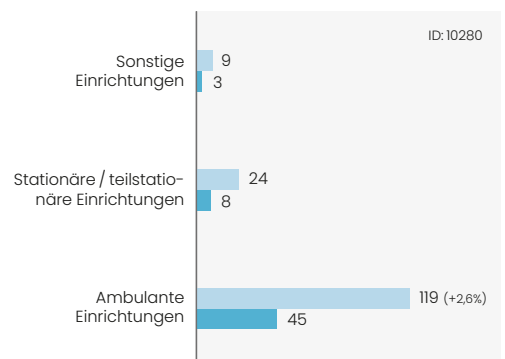


Abb. 6a.Ii: Spezialisten in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

Definition der Einrichtungsarten:

Stationäre / teilstationäre Gesundheitsversorgung:

Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der stationären / teilstationären Pflege.

Ambulante Einrichtungen:

Neben den Arzt- und Zahnarztpraxen sowie den Praxen der sonstigen medizinischen Berufe sind es zum einen die Betriebe des Gesundheitshandwerks und zum anderen die Apotheken und des Einzelhandels, die die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen. Des Weiteren gehören hierzu Einrichtungen der ambulanten Pflege.

Sonstige Einrichtungen:

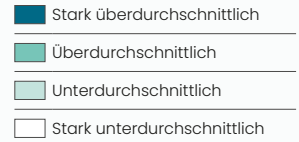
In den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden Beschäftigte ausgewiesen, die einen medizinischen Gesundheitsberuf (ohne Tiermedizin), einen Beruf in der Altenpflege oder einen Beruf in der Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik (beispielsweise Augenoptiker, Zahntechniker und Hörgeräteakustiker) ausüben und nicht in einer der definierten Einrichtungen des Gesundheitswesens arbeiten.

Quelle: Destatis

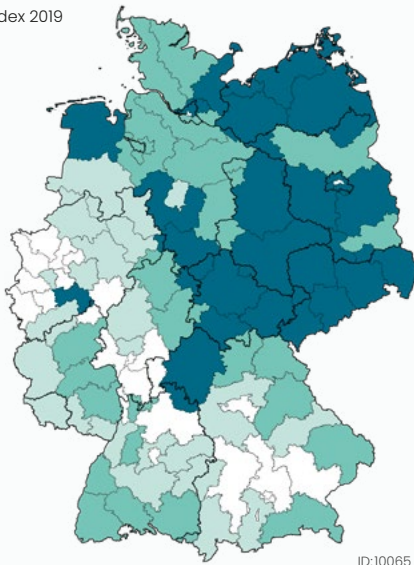
6a.1.2 Versorgungsdichte – Physiotherapie

Abb. 6a.1j: Zeitvergleich und Verhältnis von Physiotherapie-Einrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

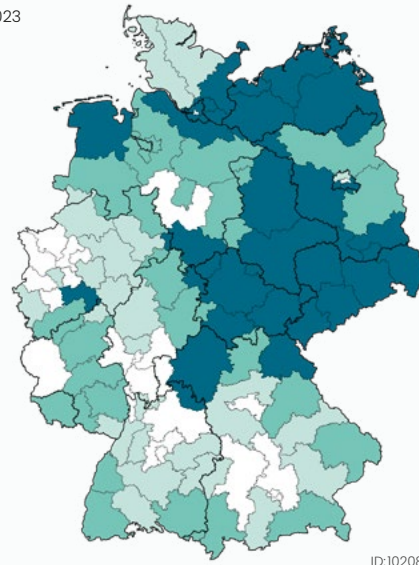
Abstufung



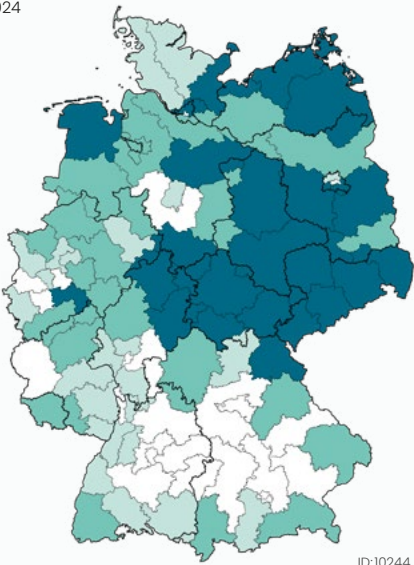
Index 2019



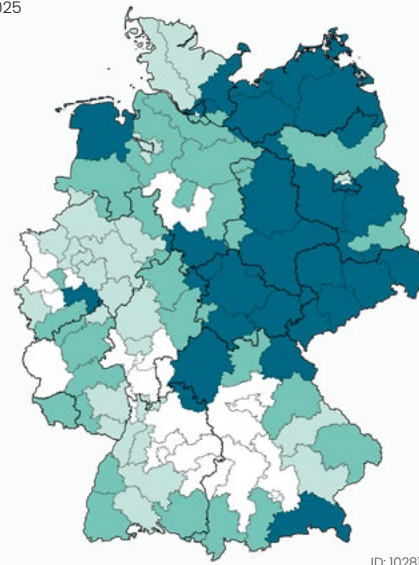
2023



2024



2025



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

6a.2 Ergotherapie

Ergotherapeuten behandeln und fördern Patienten, die durch eine physische oder psychische Erkrankung, eine Behinderung oder eine Entwicklungsverzögerung im Alltag beeinträchtigt sind. Sie führen Therapien und Präventionsmaßnahmen durch.

6a.2.1 Personalstruktur

Altersstruktur

Die Altersverteilung bei den Ergotherapeuten hat sich im Vergleich zum Vorjahr* nur leicht verändert. Die über 60-Jährigen stellen mit 7.000 Beschäftigten weiterhin die kleinste Gruppe, verzeichnen jedoch mit 16,7% den stärksten Zuwachs. Die unter 30-Jährigen machen etwa 21% aus, dicht gefolgt von den 40–49-Jährigen mit rund 22%. Die 50–59-Jährigen sind mit einem Anteil von 18% leicht rückläufig. Am stärksten vertreten bleibt die Altersklasse der 30–39-Jährigen trotz eines Rückgangs um 5% im Vergleich zum Vorjahr*.

Art und Anzahl der Beschäftigung

Von der gesamten Anzahl der Beschäftigten in der Ergotherapie sind knapp sieben von acht Ergotherapeuten weiblich. Der Anteil der Männer ist mit 9,5% unter den Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten wesentlich niedriger als bei den Vollzeitbeschäftigten mit rund 19,2%. Mit insgesamt 26.000 Beschäftigten arbeiten jedoch weniger als die Hälfte der Ergotherapeuten in Vollzeit. Der Großteil arbeitet in Teilzeit oder ist geringfügig beschäftigt.

Einrichtungen

Deutlich interessanter ist dabei die Analyse der Arbeitsorte: In ambulanten Einrichtungen, meist Ergotherapiepraxen, arbeiten 34.000 Beschäftigte, sprich die Hälfte der Beschäftigten, während die (teil-) stationären Einrichtungen rund ein Drittel und die sonstigen Einrichtungen kaum ein Fünftel ausmachen. Die Frauen machen bei den sonstigen Einrichtungen 83,3%, bei den stationären und teilstationären Einrichtungen 85,7% und bei den ambulanten Einrichtungen sogar über 90% aus.

Abb. 6a.2a: Alter des Personals in der Ergotherapie 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

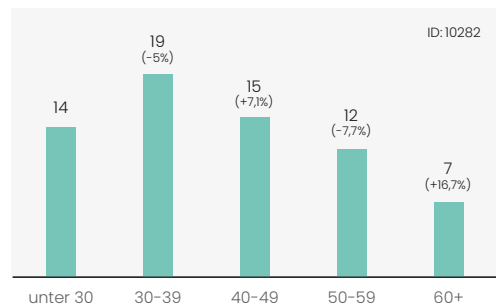


Abb. 6a.2b: Beschäftigung und Geschlecht in der Ergotherapie 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

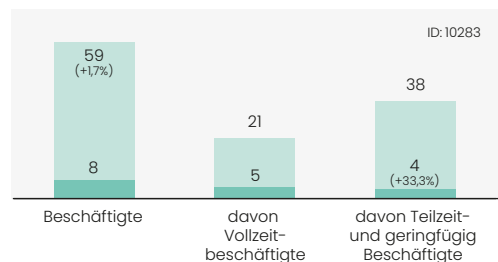
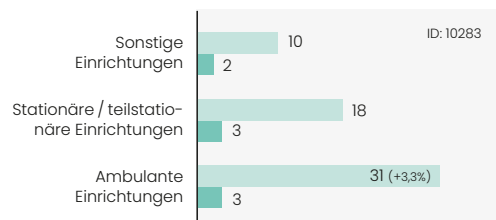


Abb. 6a.2c: Personal in der Ergotherapie nach Einrichtungen 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



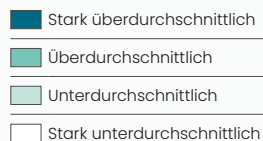
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

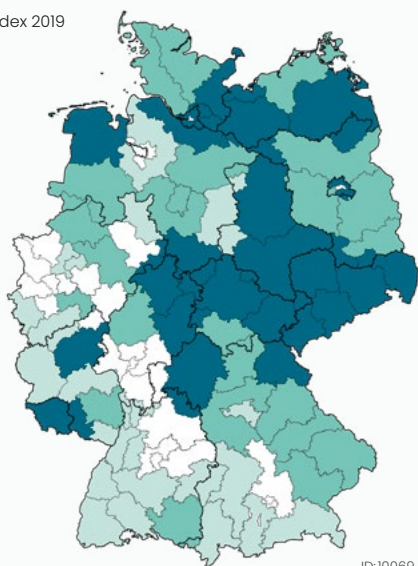
6a.2.2 Versorgungsdichte – Ergotherapie

Abb. 6a.2d: Zeitvergleich und Verhältnis von Ergotherapie-Einrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

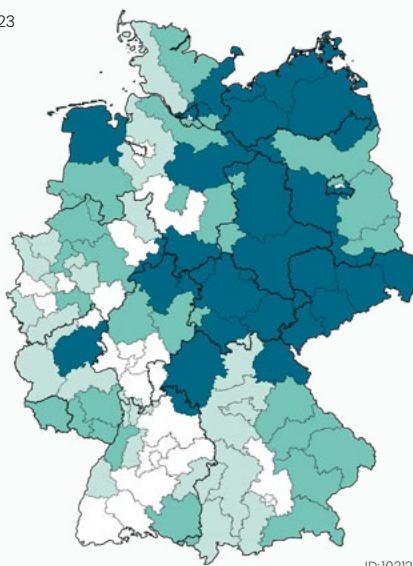
Abstufung



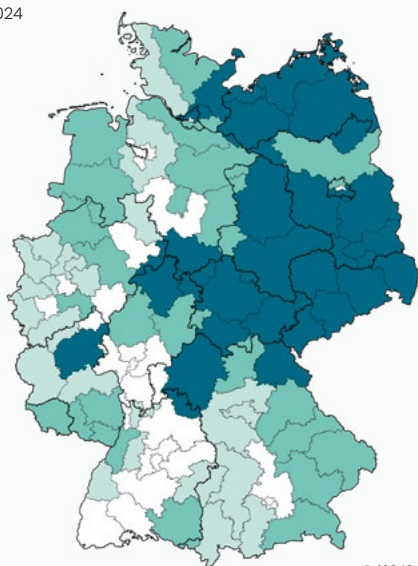
Index 2019



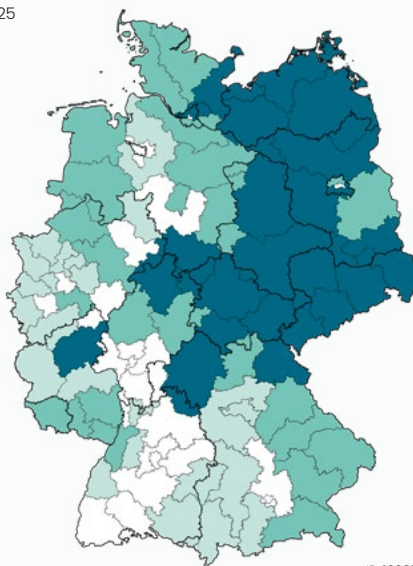
2023



2024



2025



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

6a.3 Logopädie

Logopäden untersuchen und behandeln Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen und fördern durch gezielte therapeutische Maßnahmen die Kommunikations- und Schluckfähigkeit.

6a.3.1 Personalstruktur

Altersstruktur

Im Vergleich zum Vorjahr* hat sich die Altersstruktur der Logopäden kaum verändert. Die am stärksten vertretene Altersklasse ist die der 30–39-Jährigen mit 9.000 Beschäftigten, gefolgt von den unter 30-Jährigen mit einem Anteil von fast 22%. Mit einem Anteil von 18,8% folgend die 40–49-Jährigen und die 50–59-Jährigen. Letztere haben im Vergleich zum Vorjahr* einen Rückgang von 14,3% zu verzeichnen. Die Altersklasse der über 60-Jährigen macht unverändert ein Achtel der Beschäftigten aus.

Art und Anzahl der Beschäftigung

Die Sprachtherapie ist ein von den Frauen dominiertes Feld. Von den etwa 32.000 Beschäftigten beträgt der Frauenanteil über 93%. Die Verteilung der Beschäftigungsart ist relativ ausgeglichen, etwa 43,8% der Beschäftigten arbeiten in Vollzeit, etwas mehr als die Hälfte der Logopäden sind in Teilzeit oder einer geringfügigen Beschäftigung angestellt.

Einrichtungen

Im Vergleich zum Vorjahr* haben sich die Beschäftigungszahlen in den hier betrachteten Einrichtungen nicht verändert. Der Großteil der Logopäden arbeitet in ambulanten Einrichtungen (78%).

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

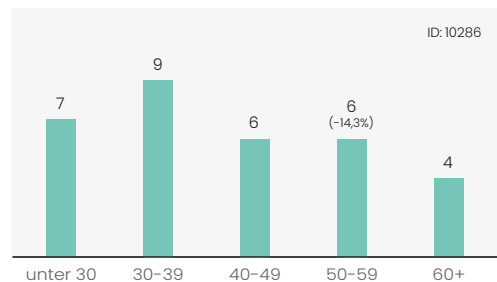


Abb. 6a.3b: Beschäftigung und Geschlecht in der Logopädie 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

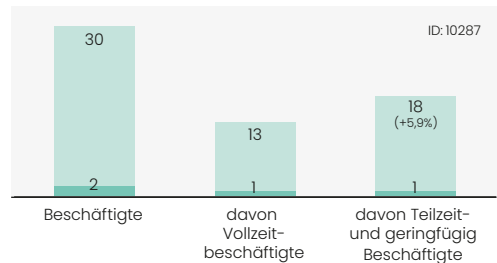
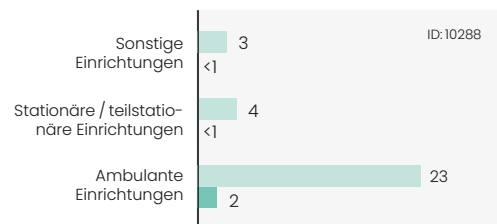


Abb. 6a.3c: Personal in der Logopädie nach Einrichtungen 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



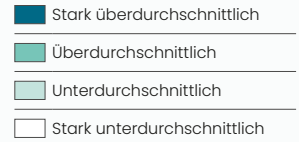
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

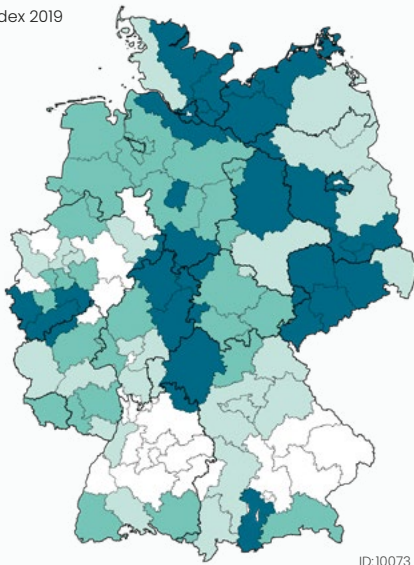
6a.3.2 Versorgungsdichte – Logopädie

Abb. 6a.3d: Zeitvergleich und Verhältnis von Logopädie-Einrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

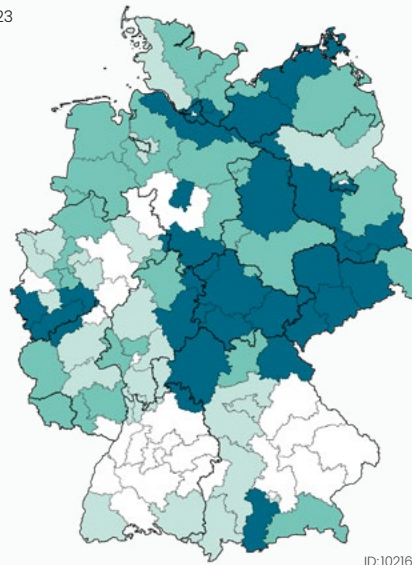
Abstufung



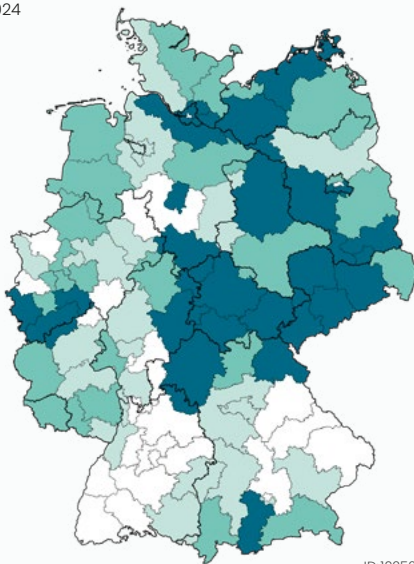
Index 2019



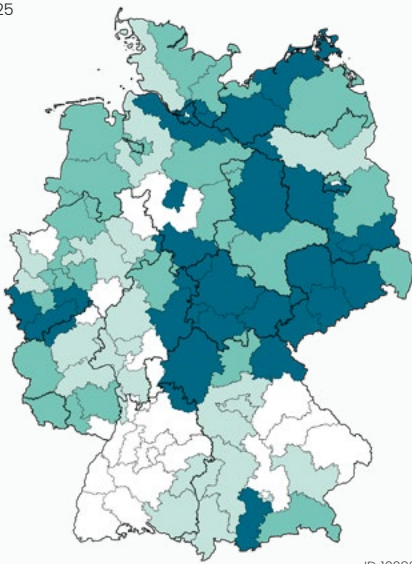
2023



2024



2025



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

6a.4 Podologie

Das Tätigkeitsfeld eines Podologen umfasst die professionelle Fußpflege sowie die Prävention, Diagnose und Behandlung von Fuß- und Nagelerkrankungen. Dabei haben Podologen teilweise Schnittpunkte zum Hilfsmittelbereich, da sie Patienten u. a. mit Hilfsmitteln wie Orthesen behandeln.

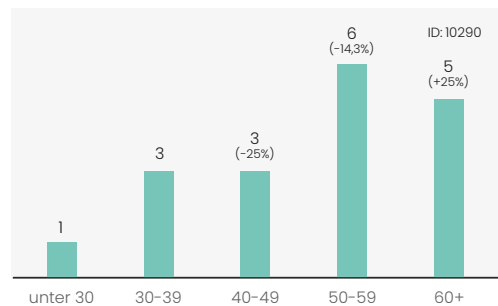
6a.4.1 Personalstruktur

Altersstruktur

Die Zahlen zur Altersstruktur der Podologen haben sich im Vergleich zum Vorjahr* leicht verändert. Trotz eines Rückgangs der Zahlen ist die am stärksten vertretene Altersklasse, die der 50-59-Jährigen. Mit jeweils 5.000 Beschäftigten folgen die Altersklassen der über 60-Jährigen, sie machen damit rund ein Drittel der Beschäftigten aus. Mit jeweils 3.000 Beschäftigten folgen die Altersklassen der 40-49-Jährigen sowie die 30-39-Jährigen. Die unter 30-Jährigen nehmen nur einen sehr kleinen Anteil von etwa 5% ein.

Abb. 6a.4a: Alter des Personals in der Podologie 2023

(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

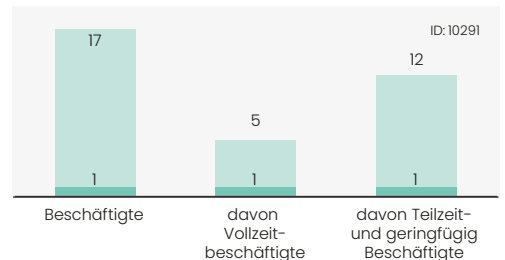


Art und Anzahl der Beschäftigung

Auch in der Podologie arbeiten die meisten Beschäftigten in Teilzeit und als geringfügig Beschäftigte, nur etwa ein Drittel der Podologen arbeiten in Vollzeit. Sowohl bei den Teilzeit- und geringfügig als auch bei den Vollzeitbeschäftigten überwiegt der Frauenanteil deutlich. Sie machen bei den Vollzeitbeschäftigten über 80% und bei den in Teilzeit und geringfügig Beschäftigten sogar über 90% aus.

Abb. 6a.4b: Beschäftigung und Geschlecht in der Podologie 2023

(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

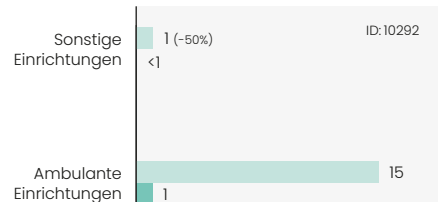


Einrichtungen

Der Großteil der Podologen arbeitet in ambulanten Einrichtungen, dort machen die Männer rund 6% der Beschäftigten aus. Der Frauenanteil hat sich in den sonstigen Einrichtungen im Vergleich zum Vorjahr* halbiert.

Abb. 6a.4c: Personal in der Podologie nach Einrichtungen 2023

(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



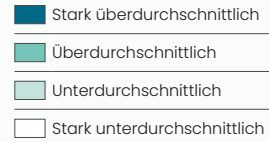
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

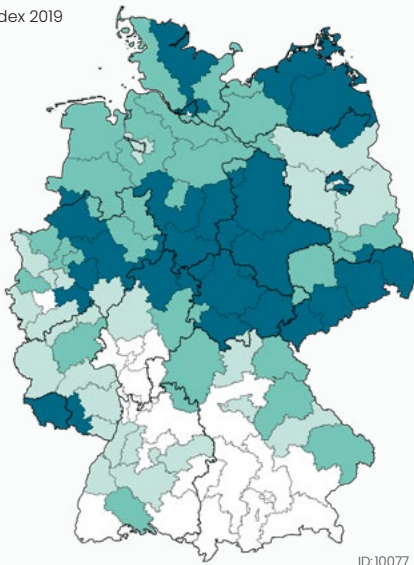
6a.4.2 Versorgungsdichte – Podologie

Abb. 6a.4d: Zeitvergleich und Verhältnis von Podologie-Einrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

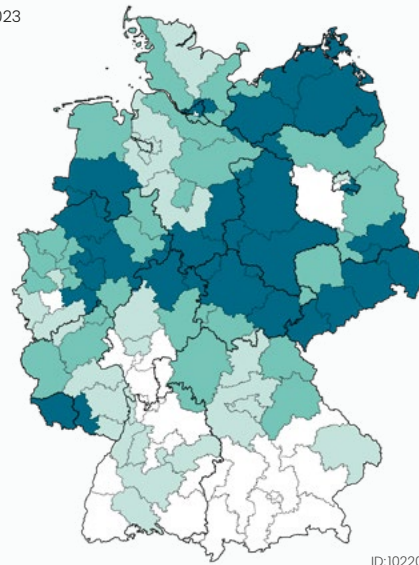
Abstufung



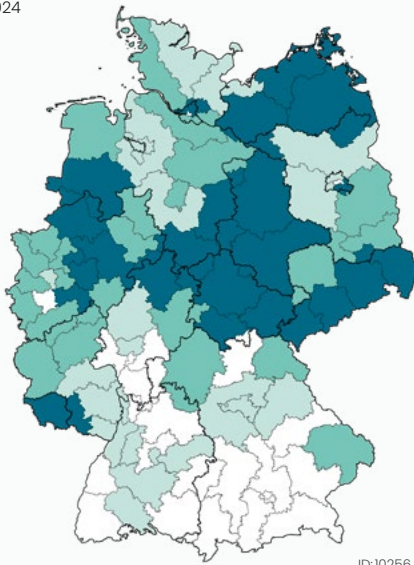
Index 2019



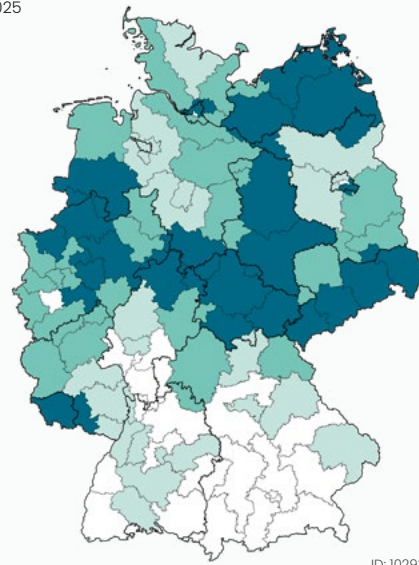
2023



2024



2025



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

6a.5 Geburtshilfe

Hebammen und Entbindungspfleger begleiten werdende Familien von der Schwangerschaft bis ins frühe Wochenbett. Sie überwachen die gesundheitliche Entwicklung von Mutter und Kind, unterstützen während der Geburt und bieten Beratung zu Pflege, Stillen und dem Start ins Familienleben.

6a.5.1 Personalstruktur

Altersstruktur

In der Geburtshilfe ist die am stärksten vertretene Altersklasse die der 50-59-Jährigen mit 8.000 Beschäftigten. Mit 7.000 Beschäftigten folgt die Altersklasse der 30-39-Jährigen, dicht gefolgt von den 40-49-Jährigen mit 6.000 Beschäftigten. Durch ein Plus von 25% im Vergleich zum Vorjahr* kommt die Altersklasse der unter 30-Jährigen auf 5.000 Beschäftigte. Die über 60-Jährigen nehmen nur einen kleinen Anteil von knapp 10% ein.

Art und Anzahl der Beschäftigung

Mehr als die Hälfte der Beschäftigten in der Geburtshilfe arbeiten in Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigungen, knapp 40% arbeiten in Vollzeit. Die Männer nehmen in beiden Beschäftigungsarten einen verschwindend geringen Anteil von unter 1.000 Beschäftigten ein.

Einrichtungen

Mit über 55% arbeiten die meisten Beschäftigten in der Geburtshilfe in ambulanten Einrichtungen, während etwa zwei Fünftel in stationären sowie teilstationären Einrichtungen arbeiten. Der Anteil der sonstigen Einrichtungen ist sehr gering.

Abb. 6a.5a: Alter des Personals in der Geburtshilfe 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

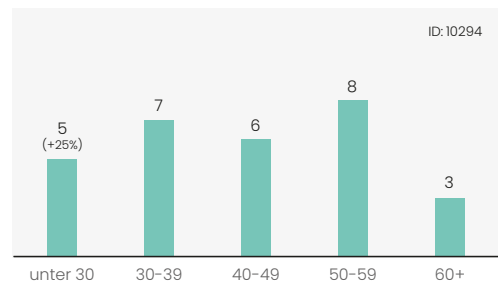


Abb. 6a.5b: Beschäftigung und Geschlecht in der Geburtshilfe 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

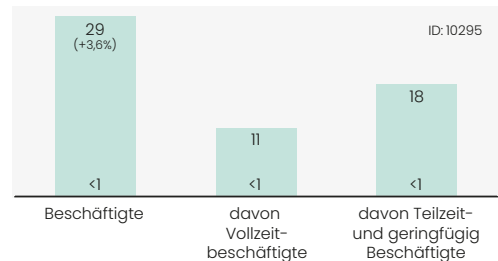
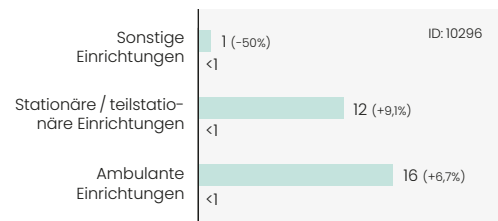


Abb. 6a.5c: Personal in der Geburtshilfe nach Einrichtungen 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



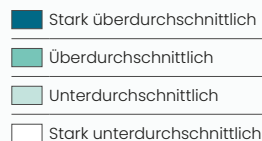
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

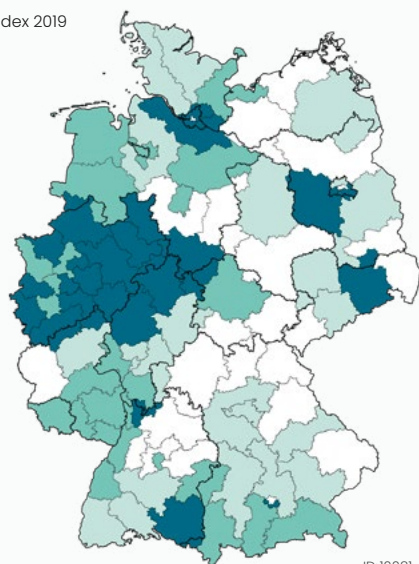
6a.5.2 Versorgungsdichte – Geburtshilfe

Abb. 6a.5d: Zeitvergleich und Verhältnis von Geburtshilfe-Einrichtungen zu Einwohnern nach zweistelligen Postleitzahlgebieten. Je dunkler die Fläche desto besser ist das Verhältnis Leistungserbringer/Einwohnerzahl.

Abstufung

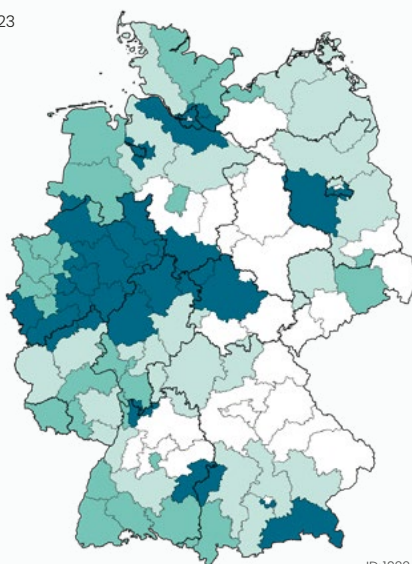


Index 2019



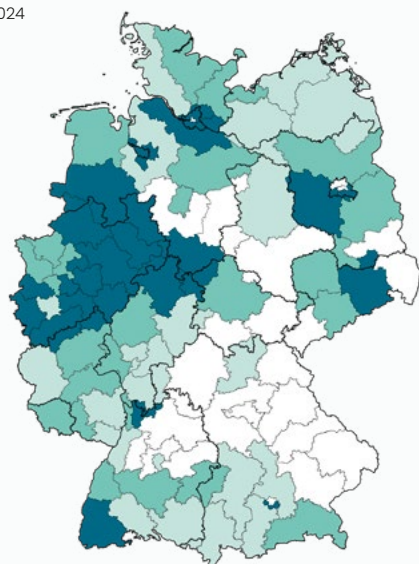
ID:10081

2023



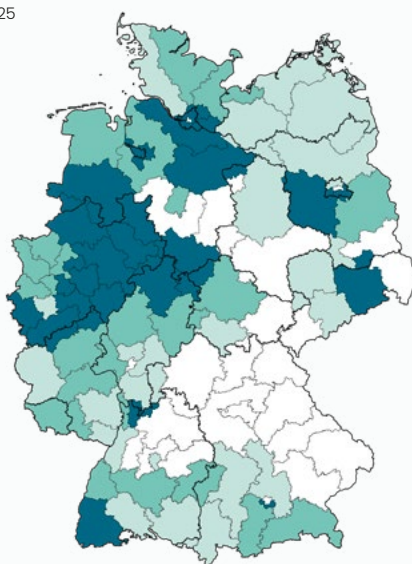
ID:10224

2024



ID:10260

2025



ID: 10297

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

Notizen:

7a

Verbände Heilmittel

Julia Pichura, Referentin Verbände & Kooperationen
Geschäftsbereich der opta data Finance GmbH



Die Berufsverbände im Heilmittelbereich vertreten die Interessen der Leistungserbringer in den jeweiligen Heilmittelberufen. Sie sind strukturell und von der Zielsetzung vergleichbar mit Innungen oder Leistungsgemeinschaften. Eine berufsgruppenübergreifende Kooperation erfolgt teilweise über den Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV).

7a.1 Aufgaben

Die Hauptaufgabe der Verbände ist die Interessenvertretung gegenüber Politik und Kostenträgern, insbesondere die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Vergütung. Dies erfolgt durch Rahmenvertrags- und Vergütungsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband auf Bundesebene. Grundlage hierfür ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das die maßgeblichen Berufsverbände der Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie sowie Podologie als Verhandlungspartner definiert.

Neben der berufspolitischen Arbeit bieten die Verbände umfangreiche Serviceleistungen:

- Beratung zu rechtlichen Fragen, Existenzgründung, Wirtschaftlichkeit und Abrechnung
- Unterstützung im Zulassungswesen (Prüfung von Unterlagen, Begleitung von Anträgen)
- Organisation von Fort- und Weiterbildungen

7a.2 Verbände und Interessenvertretungen

In der Physiotherapie, dem größten Heilmittelbereich, sind vor allem die Verbände Physio-Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V., der Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V., der IFK – Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. sowie der VDB-Physiotherapieverband e. V. von Bedeutung. Die ersten drei dieser Verbände sind Mitglied im Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV).

In der Ergotherapie ist der größte Verband der Deutsche Verband Ergotherapie e. V. (DVE), welcher ebenfalls im SHV vertreten ist.

Im Bereich der Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie gehören der Deutsche Bundesverband für

Logopädie e. V. (dbl) und der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs) zu den maßgeblichen Organisationen und sind ebenfalls Mitglieder im SHV. Weitere relevante Verbände sind der Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba) sowie LOGO Deutschland e. V., die jedoch nicht im SHV organisiert sind.

Die Podologie wird durch den Deutschen Verband für Podologie (ZFD) e. V., den Bundesverband für Podologie e. V. und den Verband Deutscher Podologen (VDP) e. V. vertreten. Diese Berufsgruppe ist derzeit nicht im SHV aktiv.

Das jüngste Berufsfeld im Heilmittelbereich ist die Ernährungstherapie. Hier haben sich vor allem der Verband für Ernährung und Diätetik e. V. (VFED), der Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE), die Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater (QUETHEB) sowie der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD) durch ihre Arbeit zur Aufnahme in die Heilmittelrichtlinie hervorgehoben.

Der dba (Berufs- und Fachverband der staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen) vertritt die beruflichen Interessen seiner Mitglieder und setzt sich für die Qualitätssicherung sowie die Weiterentwicklung der Atem-, Sprech- und Stimmtherapie ein. Zudem fördert er Fort- und Weiterbildungen, unterstützt den fachlichen Austausch und engagiert sich für die Anerkennung des Berufs im Gesundheitswesen. Damit trägt der Verband wesentlich zur Professionalisierung und zur besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten bei.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist mit rund 20.000 Mitgliedern der größte unter den Hebammenverbänden. Die überwiegende Mehrheit aller Hebammen sind Mitglied in einem der 16 Landesverbände. Er ist jedoch nicht im SHV organisiert, sondern versteht sich als Interessensvertretung der angestellten und freiberuflichen Hebammen gegenüber der Politik, im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit, sowohl auf landes-, bundes- wie auf internationaler Ebene. Der bedeutsame Berufsverband steht für das gesundheitliche und emotionale Wohl

von Frauen, Kindern, Familien und Lebensgemeinschaften ein und leistet so einen bedeutenden Beitrag zur Gesundheitsförderung. Er stärkt die Rolle der Hebammen als Fachfrauen für die Begleitung in den Lebensphasen Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit.

Der in 2025 neugegründete Verband für digitale Standards im Heilmittelbereich (VdSH) engagiert sich für eine praxisnahe, effiziente und entlastende Digitalisierung der Heilmittelversorgung in Deutschland. Sein Ziel ist es, gemeinsame und interoperable Standards zu entwickeln, damit digitale Lösungen wie die eVerordnung, das eRezept und die elektronische Patientenakte nahtlos zusammenarbeiten und den Praxisalltag erleichtern. Dabei versteht sich der VdSH als neutraler Vermittler zwischen Technik, Praxen, Softwareherstellern, Abrechnungsdienstleistern und Verbänden. Der Verband vertritt über 75 Prozent des Marktes im Heilmittelbereich und bündelt damit die Interessen eines großen Teils der Branche. Eine Mitgliedschaft bietet die Möglichkeit, aktiv an der Gestaltung digitaler Standards mitzuwirken, an Pilotprojekten teilzunehmen und frühzeitig Einblick in neue Entwicklungen zu erhalten. Ziel des VdSH ist es, die Digitalisierung so zu gestalten, dass sie den Heilmittelberufen echten Mehrwert bietet und den Versorgungsalltag zukunftsfähig macht.

7a.3 Spitzenverband der Heilmittelverbände

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) besteht aus sieben Mitgliedsverbänden, welche die vier Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und Podologie vertreten. Nach § 125 SGB V übernimmt der SHV die berufspolitische Interessenvertretung der Heilmittelerbringer auf Bundesebene. Er repräsentiert über 75.000 Mitglieder und deckt rund 90 Prozent des Gesamtumsatzes im Heilmittelbereich ab.

Die sieben Mitgliedsverbände im SHV sind:

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (dbl)
- Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e. V. (dbs)
- Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE)

- Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK)
- Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)
- Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e. V. (VPT)
- Bundesverband für Podologie e. V.

Die starke Präsenz der Physiotherapie im SHV verdeutlicht die zahlenmäßige Dominanz dieser Berufsgruppe im Heilmittelbereich. Die Ernährungstherapie ist weiterhin nicht im SHV organisiert.

Der Spitzenverband entstand unter anderem auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes, um zentrale Verhandlungen mit einer gemeinsamen Interessenvertretung zu ermöglichen und die Vielzahl einzelner Gespräche mit Berufsverbänden zu bündeln.

Die Mitgliedsverbände verfolgen weitgehend übereinstimmende Ziele, die regelmäßig in gemeinsamen Forderungspaketen zusammengefasst werden. Dazu zählen eine bessere Vergütung, die Abschaffung des Schulgeldes, Reformen der Berufsgesetze sowie die Professionalisierung der Heilmittelbranche.

Ein wichtiges berufspolitisches Format ist der TherapieGipfel, den der SHV jährlich ausrichtet. Nach der sechsten Veranstaltung im Jahr 2024 fand auch 2025 ein TherapieGipfel in Berlin statt. Dort diskutierten Vertreter der SHV-Verbände gemeinsam mit politischen Entscheidungsträgern aktuelle Themen und sensibilisierten für notwendige Anpassungen in der Heilmittelversorgung, um die Arbeitsbedingungen der Heilmittelerbringer nachhaltig zu verbessern.

7a.4 Aktuelle Situation

Es haben für die jeweiligen Berufsgruppen erneut Vergütungsverhandlungen stattgefunden:

- Physiotherapie: Das im ersten Quartal 2025 erwartete Schiedsverfahren ist abgeschlossen. Die Schiedsstelle hat eine deutliche Vergütungserhöhung beschlossen, die zum 01.01.2026 in Kraft tritt. Die Laufzeit beträgt mindestens bis Ende 2026. Zusätzlich wurden neue Regelungen zur Vergütung von Hausbesuchen und zur Anpassung der Wegepauschalen eingeführt.

- Ergotherapie: Die Vergütungsvereinbarung wurde im Herbst 2025 neu verhandelt und verlängert. Sie gilt nun bis mindestens 31.12.2026 und enthält eine moderate Erhöhung sowie eine Anpassung der Fahrtkostenregelungen.
- Podologie und Ernährungstherapie: Beide Bereiche haben ihre Vergütungen für die Zeit ab Mitte 2025 neu festgelegt. Die neuen Preise gelten bis mindestens 30.06.2026.
- Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie: Die Schiedsstelle hat im November 2025 eine neue Preisstruktur beschlossen, gültig ab 01.01.2026, mit einer Laufzeit bis Ende 2026.

Die ersten Auswertungen der seit 2024 eingeführten Blanko-Verordnungen in der Ergotherapie und Physiotherapie zeigen positive Effekte: Die Therapieflexibilität steigt, und die Patientenzufriedenheit nimmt zu. Für die Logopädie wird derzeit ein Modellprojekt vorbereitet, das 2026 starten soll.

Die Anschlusspflicht an die Telematikinfrastruktur hat sich vom 01.01.2026 auf den 01.10.2027 verschoben. Die Verbände fordern weiterhin eine bessere Finanzierung der technischen Ausstattung und eine Vereinfachung der Prozesse.

Trotz regelmäßiger Vergütungserhöhungen in den meisten Heilmittelbereichen gehören Heilmittelerbringer nach wie vor zu den Berufen, die aus Sicht der Berufsverbände nicht angemessen vergütet werden, was den Beruf für junge Menschen aus rein monetärer Sicht unattraktiv erscheinen lässt.

Dies ist u. a. deshalb problematisch, weil ein enormer Fachkräftemangel im Heilmittelbereich herrscht, der dafür sorgt, dass Patienten immer länger auf freie Termine warten müssen.

Zudem sind die gängigen Themen und somit Forderungen der Berufsverbände zur Verbesserung der Situation der Heilmittelberufe nach wie vor die Überarbeitung der Berufsgesetze u. a. mit dem Ziel, die vollständige Akademisierung in allen Therapieberufen zu erwirken.

Darüber hinaus sind der Abbau von Bürokratie – auch durch Unterstützung der Digitalisierung – sowie last but not least die Einführung des Direktzugangs, der es ermöglichen würde, dass Patienten direkt einen Therapeuten aufsuchen könnten, aktuelle Themen, die die Heilmittelbranche beschäftigen.

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 quartärlische 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.

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.

8a

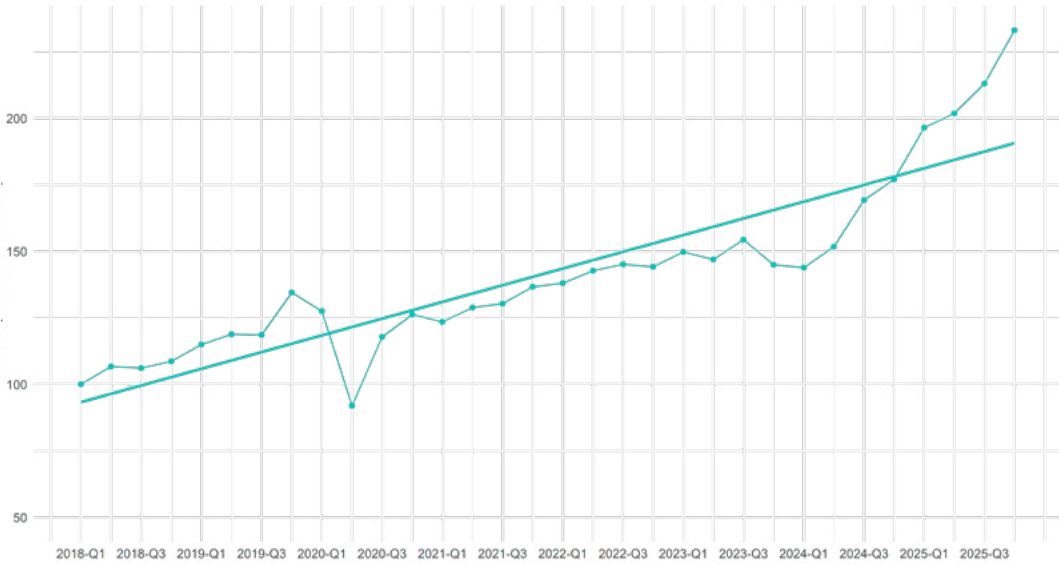
Heilmittel

Stefan Moritz,
Data Scientist der opta data Gruppe

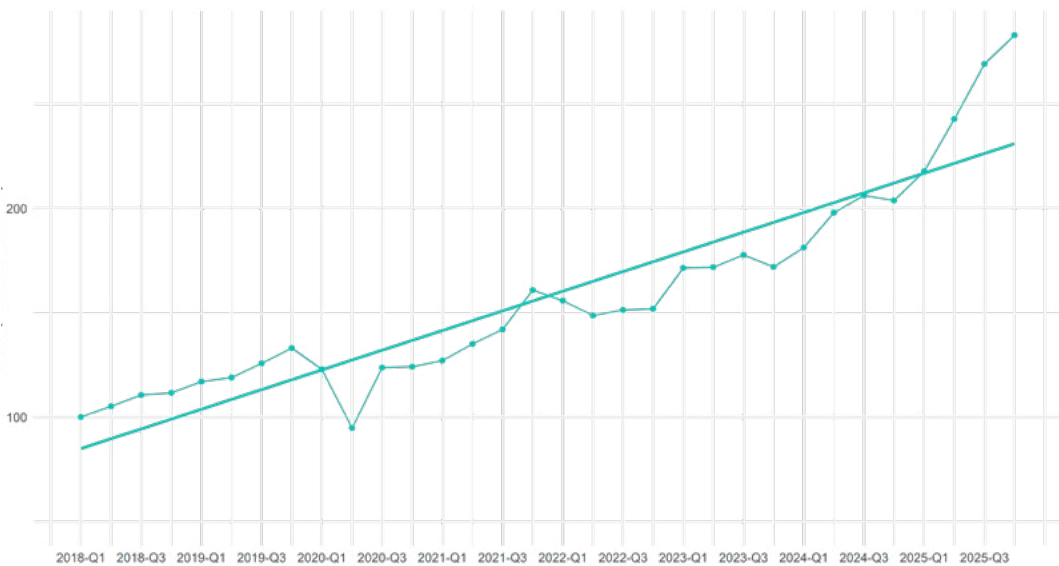
Im folgenden Abschnitt zum Versorgungsbereich Heilmittel werden Index-Zeitreihen für die zwölf am häufigsten versorgten Leistungsarten ausgewiesen. Die Leistungsarten ergeben sich aus der zweiten und dritten Stelle der Positionsnummer laut GKV Heilmittelverzeichnis. Der Index bezieht sich hierbei auf 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).

Indexzeitreihen der wichtigsten Leistungsarten

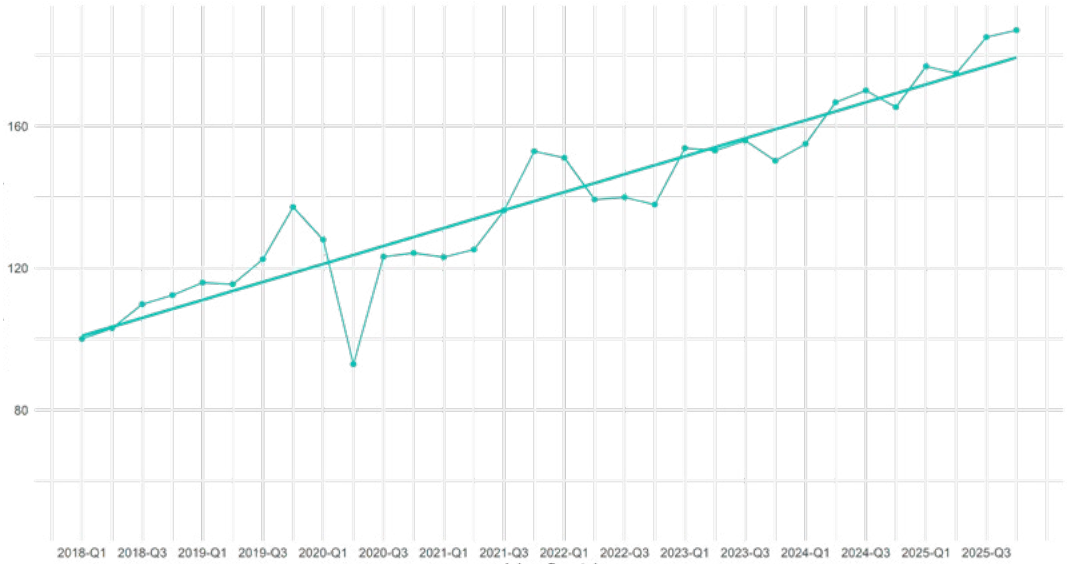
Ergotherapie



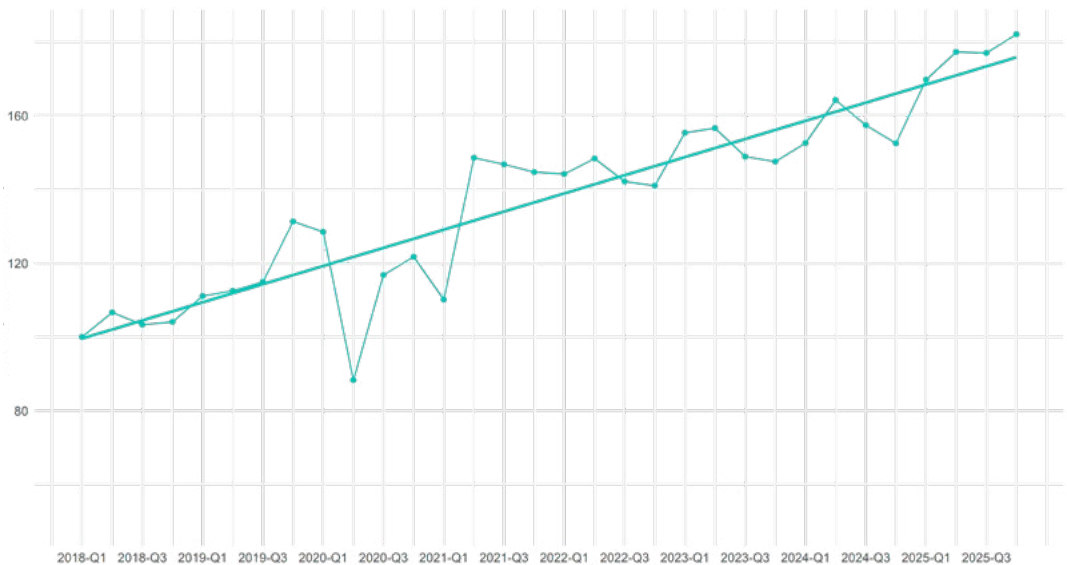
Krankengymnastik (normal)



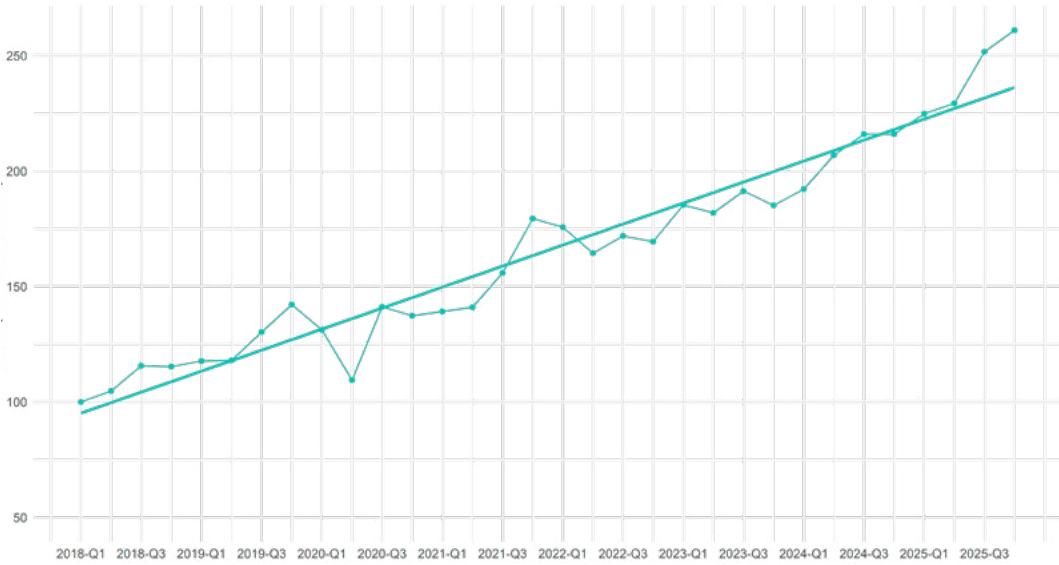
Krankengymnastik (spezial)



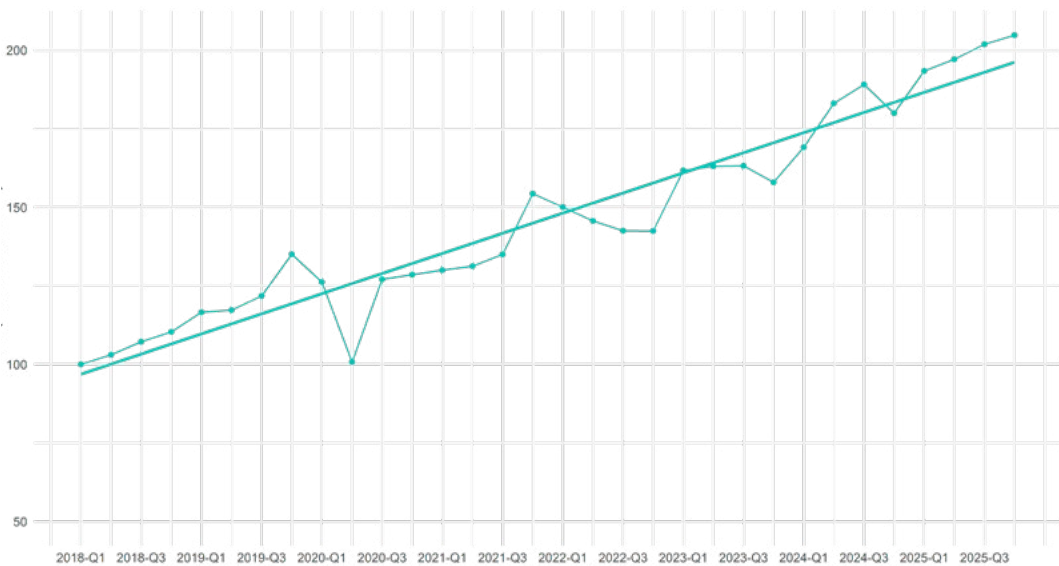
Logopädie



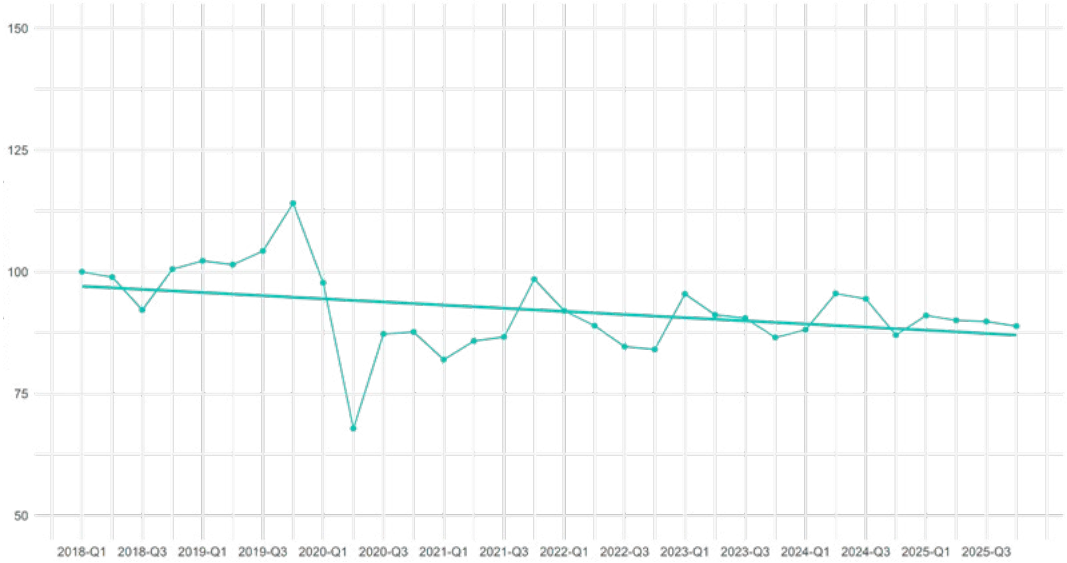
Manuelle Lymphdrainage



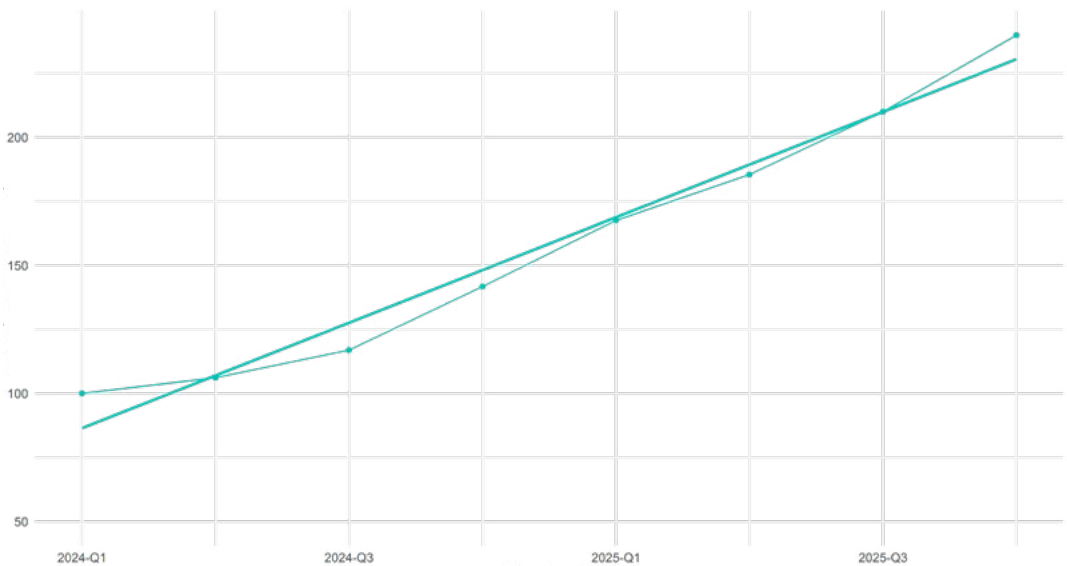
Manuelle Physiotherapie



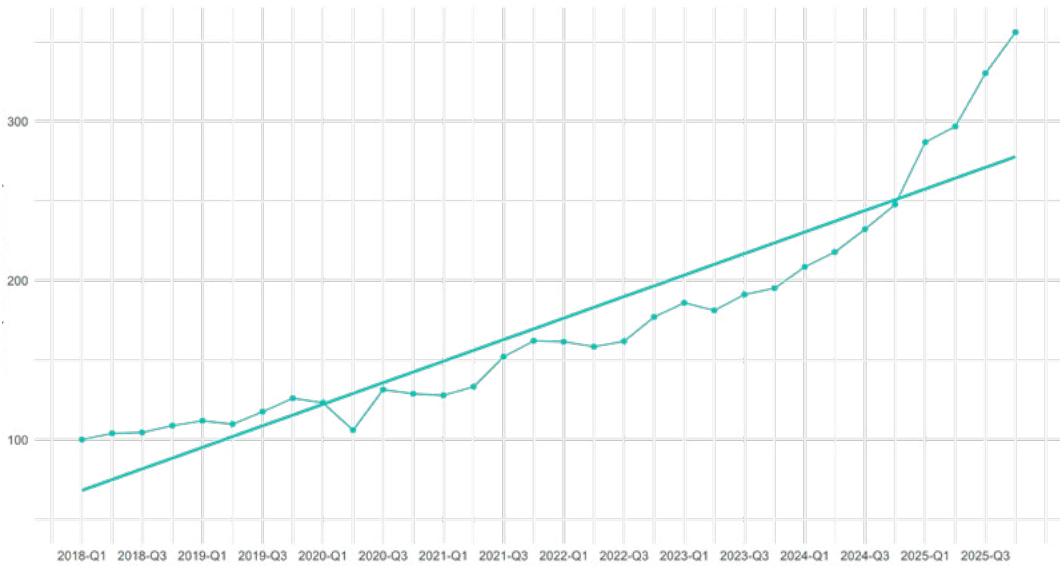
Massage



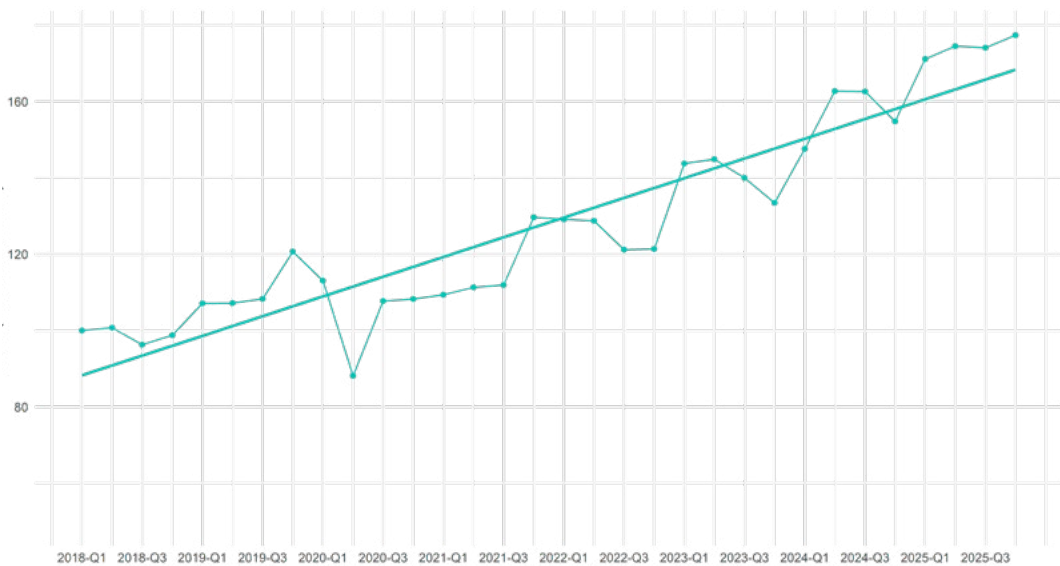
Nagelspangenbehandlung



Podologische Therapie



Wärme- und Kältetherapie



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



Heilmittel

Sie kümmern sich um Ihre Patienten. Für den Rest haben wir Lösungen.

Unsere Bundles vereinen Software, Abrechnung und Zusatzservices in einer durchgängigen Lösung.

Als All-in-One-Lösungsanbieter reduzieren wir Verwaltungsaufwand und sichern Prozesse rund um Organisation und Auszahlung ab.

thevea ergänzt die Bundles als leistungsstarke Software für den täglichen Einsatz.



Jetzt passendes
Paket finden &
Vorteile genießen

thevea

Ein Unternehmen der opta data Gruppe



Hebammen

**Alles digital. Alles sicher.
Alles per Knopfdruck.**
Dank unserer Software myhebrech.

Dein Beruf ist anspruchsvoll – fachlich, organisatorisch und menschlich. **myhebrech** wurde gemeinsam mit Hebammen entwickelt, um dich im Arbeitsalltag zuverlässig zu unterstützen. Die Software hilft dir, Dokumentation und Abrechnung effizient zu erledigen – damit du mehr Zeit für das hast, was wirklich zählt: die Begleitung von Familien.



Jetzt alle Vorteile
von myhebrech
entdecken

opta data