

# 7. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2025

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

Gesamtband



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

**Bitte beachten Sie:**

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

## Impressum

### Herausgegeben von:

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

Telefon: 0201 32068-647

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

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

### Redaktion:

Armin Keivandarian, Nina Poddig, Stefan Moritz, Sebastian Schlüter

### Beratung:

Jannis Böhner (Hilfsmittel), Tim Breite (Pflege),  
Sonja Rumer, Thorsten von der Fecht (Rettungsdienste), Julia Pichura (Heilmittel)

### Satz, Grafik, Illustrationen:

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

### Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Warenzeichen und Handelsnamen in dieser Publikation sind geschützt.

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

ISBN Print: 978-3-87468-512-2

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



© Verlag Karl Maria Laufen  
Oberhausen 2025  
[www.laufen-online.com](http://www.laufen-online.com)

1. Auflage 2025

### Druck:

Pustet, Regensburg



# Vorwort



## Liebe Leserinnen und Leser,

mit dem siebten Band des Statistischen Jahrbuchs für das Jahr 2025 führt die opta data Zukunftsstiftung die Langzeitbeobachtung zur Verbreitung und Entwicklung der Gesundheitsfachberufe fort. Sie ermöglicht damit fundierte Einblicke in die Entwicklung verschiedener Gesundheitsfachberufe darunter Heilmittel- und Hilfsmittelberufe, Pflege sowie Krankentransporte und Rettungsdienste. Diese Berufe sind unverzichtbare Stützen unseres Gesundheitswesens. Die Herausforderungen unserer Zeit – insbesondere die fortschreitende Digitalisierung mit dem Ziel der digitalen Transformation und die Auswirkungen des demografischen Wandels – unterstreichen ihre gesellschaftliche Bedeutung deutlicher denn je.

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens ist jedoch nicht nur eine Herausforderung. Sie bietet auch Chancen, sektorenübergreifende, datenbasierte, ganzheitliche und patientenzentrierte Versorgung zu realisieren. Voraussetzung dafür ist die Etablierung digitalgestützter sektorenübergreifender Infrastrukturen. Damit eine verbindende Versorgung Realität werden kann, sind solche Infrastrukturen von entscheidender Bedeutung. Digitale Plattformen und der Einsatz internationaler Standards bilden die Grundlage für eine reibungslose, effiziente Zusammenarbeit und ermöglichen einen schnellen und sicheren Austausch von Gesundheitsdaten. Die digitale Transformation wirkt hier als zentraler „Enabler“ für eine neue Art der Vernetzung. Mit der compliance-gerechten Bereitstellung von Daten wird so ein Gesundheitswesen geschaffen, das zukunftsfähig aufgestellt und stärker am Patienten orientiert ist.

Die Gesundheitsfachberufe werden von der digitalen Transformation besonders betroffen sein. Diese beeinflusst nicht nur die Verfügbarkeit von Daten und Informationen und damit die Arbeitsprozesse, sondern verändert auch die Berufsbilder und die Qualifikationsanforderungen. Deshalb ist es entscheidend, in die Aus- und Weiterbildung zu investieren, um Fachkräfte auf die komplexen Anforderungen eines digitalisierten und vernetzten Gesundheitswesens vorzubereiten.

Ein besonderer Fokus dieses Statistischen Jahrbuchs liegt daher auf dem Bereich der Aus- und Weiterbil-

derung im Pflege- sowie im Heil- und Hilfsmittelbereich. Aber auch die digitalpolitischen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen und die damit einhergehende Notwendigkeit sektorenübergreifender Ansätze in der Patientenversorgung bilden einen weiteren Schwerpunkt. Gerade vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft und der steigenden Komplexität gesundheitlicher Bedarfe ist eine stärkere Zusammenarbeit aller Leistungserbringer – von Kliniken über niedergelassene Ärzte bis hin zu Pflege- und Reha-Einrichtungen und gesundheitsfachberuflichen Versorgungsbeiträgen der sonstigen Leistungserbringer – im Sinne des Patienten unverzichtbar geworden. Dieses Jahrbuch betont die Relevanz solcher Ansätze, die eine nahtlose und qualitativ hochwertige Versorgung über traditionelle Sektorengrenzen hinweg und unter Zuhilfenahme digitaler Lösungen fördern.

Die herausragende Leistung der an diesem Jahrbuch beteiligten Autorinnen und Autoren ist es, nicht nur eine Momentaufnahme, sondern auch langfristige Trends und Entwicklungen darzustellen, die entscheidende Impulse für eine zukunftsrobuste Gestaltung des Gesundheitswesens geben. Die sorgfältig ausgewählten und kommentierten Statistiken ermöglichen ein besseres Verständnis der wesentlichen Entwicklungen und helfen, sich auf die zukünftigen Anforderungen der Gesundheitsberufe vorzubereiten. Die in diesem und in den letzten sechs Jahrbüchern zusammengestellten Zahlen, Daten und Deskriptionen bilden eine solide Grundlage für Politik, Wirtschaft und

Wissenschaft, um faktenbasierte Entscheidungen für die Gesundheitsversorgung von morgen zu treffen. Es liegt nun an uns allen, auf der Grundlage fundierter Informationen die Zukunft des Gesundheitswesens bedarfszentriert zu gestalten und die Potenziale der digitalen Transformation voll auszuschöpfen.

Ich wünsche Ihnen eine bereichernde Lektüre dieser Ausgabe und spannende Einblicke durch die Analysen und Interpretationen von Dr. Armin Keivandarian und seinem Team.

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Viola Henke

Stellvertretende Vorstandsvorsitzende  
Bundesverband Gesundheits-IT - bvitg e.V.

Caretakerin Quality, Research & Public Health  
IHE Deutschland e.V.

# Inhalt

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>   | <b>14</b> |
| <b>2</b> | <b>Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2024</b>   | <b>16</b> |
| 2.1      | Zentrale gesetzliche Entwicklungen: Das Digital-Gesetz (DigiG)  | 18        |
| 2.2      | Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG):<br>Ein Weg zur datengetriebenen Medizin  | 18        |
| 2.3      | Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG): Die Umwandlung der gematik  | 19        |
| 2.4      | Herausforderungen: Interoperabilität, Akzeptanz und Finanzierung  | 19        |
| 2.5      | Perspektiven & Ausblick: Deutschland als Vorreiter der "digitalen Gesundheit"   | 19        |
| 2.6      | Entwicklungen für Gesundheitsfachberufe   | 20        |
| <b>3</b> | <b>Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland</b>  | <b>22</b> |
| 3.1      | Digitalisierung in der Pflege: Anforderungen, Herausforderungen<br>und die Rolle der Telematikinfrastruktur   | 24        |
| 3.1.1    | Zehn Schritte für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt – <b>Ellen Nicke</b>  | 26        |
| 3.1.2    | Warum ein digitales Dokumentationssystem die Grundlage für die Telematik-<br>infrastruktur (TI) schafft – <b>Horst Geers</b>  | 27        |
| 3.1.3    | Wie ein digitales Dokumentationssystem tatsächlich eine Arbeitsentlastung<br>schafft – <b>Katharina Dassel, Anne Busch und Maxie Lutze</b>                            | 28        |
| 3.2      | Weitere Instrumente und Chancen durch die Telematikinfrastruktur  | 30        |
| 3.2.1    | Der TI-Messenger und seine Bedeutung in der Telematikinfrastruktur –<br><b>Heinrich von Wulfen</b>  | 31        |
| 3.2.2    | Bericht aus der Praxis: Telepflege als vielseitige Methode in der Pflege<br>und Betreuung – <b>Melanie Philip und Philipp Zell</b>                                    | 31        |
| 3.2.3    | Telebetreuung in der Langzeitpflege nach §45 SGB XI:<br>Ein Modellprojekt zur Förderung der sozialen Teilhabe von Senioren –<br><b>Denise Hobein und Philipp Zell</b> | 32        |
| 3.3      | Wissen und Lernen in und mit der TI-Infrastruktur   | 34        |
| 3.3.1    | Bericht aus der Praxis: Vorbereitung auf die TI aus Sicht eines Komplexträgers<br>der Langzeitpflege – <b>Melanie Philip im Interview mit Janet Blümke</b>            | 35        |
| 3.3.2    | Chatbot – Ein digitaler Assistent für die TI-Implementierung in der Pflege –<br><b>Ferdinand Scheffler</b>  | 36        |
| 3.3.3    | Einführung eines E-Learning Systems – <b>Melanie Philip und Philipp Zell</b>  | 36        |
| 3.3.4    | Fazit zur Digitalisierung in der Pflege – <b>Melanie Philip</b>   | 38        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 3.4      | Präzise, einfach, wirkungsvoll: KI-gestützte Sturzprävention in der Pflege – Die LINDERA Mobilitätsanalyse im Fokus – <b>Menia Ettrich</b>          | 40        |
| 3.5      | Die Zukunft der Physiotherapie – Eine Studie der opta data Zukunfts-Stiftung – <b>Linda Kaiser</b>  | 46        |
| 3.6      | Optimierte Ernährungsversorgung in Deutschland: Herausforderungen und Chancen für das Gesundheitssystem – <b>Dr. Andrea Lambeck und Uta Köppcke</b> | 54        |
| <b>4</b> | <b>Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken</b>   | <b>62</b> |
| 4.1      | Ärztinnen und Ärzte   | 64        |
| 4.2      | Krankenhäuser   | 65        |
| 4.3      | Apotheken   | 67        |
| 4.3a     | Studium der Pharmazie und Pharmatechnik   | 72        |
| 4.3b     | Versorgungsdichte – Apotheken   | 73        |
| <b>5</b> | <b>Studium, Aus- und Weiterbildung</b>  | <b>74</b> |
|          | <b>a. Heilmittel</b>  | <b>74</b> |
| 5a.1     | Physiotherapie  | 76        |
| 5a.2     | Ergotherapie  | 78        |
| 5a.3     | Logopädie   | 79        |
| 5a.4     | Podologie   | 80        |
| 5a.5     | Geburtshilfe  | 81        |
| 5a.6     | Ernährungstherapie  | 82        |
| 5a.6.1   | Diätassistenten   | 82        |
| 5a.6.2   | Oecotrophologen/Ernährungswissenschaftler – Ernährungsfachkräfte mit Studienabschluss   | 83        |
| 5a.7     | Masseur und medizinischer Bademeister   | 85        |

## Hinweis

Trotz Integration aller vier Jahrbücher zu einem Gesamtband, bleibt die schnelle Vergleichbarkeit erhalten:

Jahrbücher 2018 – 2022 → Jahrbücher 2023 – 2025

5.1.3 Homecare → **5b.1.3 Homecare**

|   |            |
|---|------------|
| <b>b. Hilfsmittel</b>                             | <b>86</b>  |
| 5b.1 Orthopädietechnik                            | 88         |
| 5b.1.1 Medizintechnik                             | 88         |
| 5b.1.2 Rehattechnik                               | 88         |
| 5b.1.3 Homecare                                   | 88         |
| 5b.2 Orthopädieschuhmacher                        | 89         |
| 5b.3 Hörakustik                                   | 89         |
| 5b.4 Augenoptik                                   | 90         |
| 5b.5 Zweithaar-Spezialist                         | 90         |
| 5b.6 Vergleich der Ausbildungszahlen              | 91         |
| <b>c. Pflege</b>                                  | <b>96</b>  |
| 5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe          | 98         |
| 5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege               | 99         |
| 5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege         | 100        |
| 5c.4 Altenpflegehilfe                             | 101        |
| 5c.5 Altenpflege                                  | 102        |
| 5c.6 Generalistische Pflege                       | 103        |
| 5c.7 Versorgungsdichte - Pflegeschulen            | 105        |
| <b>d. Rettungsdienste und Krankentransporte</b>   | <b>106</b> |
| 5d.1 Gesetzlicher Rahmen                          | 108        |
| 5d.2 Hilfsorganisationen                          | 109        |
| 5d.3 Rettungshelfer (RH)                          | 109        |
| 5d.4 Rettungssanitäter (RettSan)                  | 110        |
| 5d.5 Rettungsassistent (RA)                       | 110        |
| 5d.6 Notfallsanitäter (NFS)                       | 111        |
| 5d.7 Telenotarzt (TNA)                            | 112        |
| 5d.8 Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)              | 112        |
| 5d.9 Auszubildende in beruflichen Schulen         | 113        |
| 5d.10 Studium                                     | 115        |
| 5d.11 Weiterbildung                               | 116        |
| 5d.12 Einfache Krankentransporte durch Taxifahrer | 116        |

## 6 Basisdaten Gesundheitsberufe

|   |            |
|---|------------|
| <b>a. Heilmittel</b>                    | <b>118</b> |
| 6a.1 Physiotherapie                     | 122        |
| 6a.1.1 Personalstruktur                 | 122        |
| 6a.1.2 Versorgungsdichte                | 126        |
| 6a.2 Ergotherapie                       | 127        |
| 6a.2.1 Personalstruktur                 | 127        |
| 6a.2.2 Versorgungsdichte                | 128        |
| 6a.3 Logopädie                          | 129        |
| 6a.3.1 Personalstruktur                 | 129        |
| 6a.3.2 Versorgungsdichte                | 130        |
| 6a.4 Podologie                          | 131        |
| 6a.4.1 Personalstruktur                 | 131        |
| 6a.4.2 Versorgungsdichte                | 132        |
| 6a.5 Geburtshilfe                       | 133        |
| 6a.5.1 Personalstruktur                 | 133        |
| 6a.5.2 Versorgungsdichte                | 134        |
| <b>b. Hilfsmittel</b>                   | <b>136</b> |
| 6b.1 Orthopädietechnik und Rehathechnik | 139        |
| 6b.1.1 Personalstruktur                 | 139        |
| 6b.1.2 Anzahl der Betriebe              | 140        |
| 6b.1.3 Versorgungsdichte                | 141        |
| 6b.2 Medizintechnik                     | 142        |
| 6b.2.1 Personalstruktur                 | 142        |
| 6b.2.2 Anzahl der Betriebe              | 143        |
| 6b.2.3 Versorgungsdichte                | 144        |
| 6b.3 Orthopädieschuhmacher              | 145        |
| 6b.3.1 Personalstruktur                 | 145        |
| 6b.3.2 Anzahl der Betriebe              | 146        |
| 6b.3.3 Versorgungsdichte                | 147        |
| 6b.4 Hörakustik                         | 148        |
| 6b.4.1 Personalstruktur                 | 148        |
| 6b.4.2 Anzahl der Betriebe              | 149        |
| 6b.4.3 Versorgungsdichte                | 150        |

|        |                            |     |
|--------|----------------------------|-----|
| 6b.5   | Augenoptik                 | 151 |
| 6b.5.1 | Personalstruktur           | 151 |
| 6b.5.2 | Anzahl der Betriebe        | 152 |
| 6b.5.3 | Versorgungsdichte          | 153 |
| 6b.6   | Homecare                   | 154 |
| 6b.6.1 | Versorgungsdichte          | 155 |
| 6b.7   | Zweithaar-Spezialisten     | 156 |
| 6b.7.1 | Versorgungsdichte          | 157 |
| 6b.8   | Sanitätshäuser             | 158 |
| 6b.8.1 | Versorgungsdichte          | 159 |
| 6b.9   | Wirtschaftliche Aufzählung | 160 |

## c. Pflege 162

|        |                                      |     |
|--------|--------------------------------------|-----|
| 6c.1   | Pflegeinfrastruktur                  | 165 |
| 6c.1.1 | Ambulante und stationäre Pflege      | 165 |
| 6c.1.2 | Versorgungsdichte                    | 170 |
| 6c.2   | Finanzielle Aufschlüsselung          | 172 |
| 6c.3   | Pflegeberufe                         | 174 |
| 6c.3.1 | Gesundheits- und Krankenpflege       | 174 |
| 6c.3.2 | Altenpflege                          | 177 |
| 6c.3.3 | Fach- und Fachkinderkrankenpflege    | 180 |
| 6c.4   | Intensiv-, Tages- und Nachtpflege    | 181 |
| 6c.4.1 | Intensivpflege                       | 181 |
| 6c.4.2 | Entwicklung des Intensivpflege-Index | 181 |
| 6c.4.3 | Tages- und Nachtpflege               | 182 |

## d. Rettungsdienste und Krankentransporte 184

|        |  |     |
|--------|--|-----|
| 6d.1   | Beschäftigte im Rettungsdienst und Krankentransportwesen | 188 |
| 6d.1.1 | Personalstruktur im Rettungsdienst                       | 188 |
| 6d.1.2 | Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation         | 189 |
| 6d.1.3 | Versorgungsdichte  | 191 |
| 6d.2   | Ausgaben und Leistungsfälle im Rettungsdienst            | 192 |

## 7 Verbände

|  |     |
|--|-----|
| a. Heilmittel  | 196 |
| 7a.1 Verbände im Heilmittelbereich   | 197 |
| 7a.2 Aufgaben  | 197 |
| 7a.3 Verbände in den verschiedenen Heilmittelberufen   | 197 |
| 7a.4 Spitzenverbände der Heilmittelverbände  | 198 |
| 7a.5 Aktuelle Situation  | 198 |
| b Hilfsmittel  | 200 |
| 7b.1 Orthopädie- und Rehathechnik  | 201 |
| 7b.2 Medizintechnik/Homecare   | 202 |
| 7b.3 Orthopädieschuhmacher   | 202 |
| 7b.4 Hörakustik  | 203 |
| 7b.5 Augenoptik  | 203 |
| 7b.6 Zweithaar-Spezialisten  | 203 |
| 7b.7 Herstellerverbände  | 203 |
| c. Pflege  | 204 |
| 7c.1 Aufgaben der Berufsverbände   | 205 |
| 7c.2 Aufgaben der Pflegekammern  | 206 |
| d. Rettungsdienste und Krankentransporte   | 208 |
| 7d.1 Arbeiter-Samariter-Bund – ASB   | 210 |
| 7d.2 Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz – BKS                             | 210 |
| 7d.3 Deutscher Berufsverband Rettungsdienst – DBRD   | 210 |
| 7d.4 Deutsche Lebensrettungsgesellschaft – DLRG  | 210 |
| 7d.5 Deutsches Rotes Kreuz – DRK   | 211 |
| 7d.6 Johanniter-Unfallhilfe – JUH  | 211 |
| 7d.7 Malteser Hilfsdienst – MHD  | 211 |
| 7d.8 Deutscher Feuerwehrverband – DFV  | 211 |
| 7d.9 Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der<br>Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund) | 212 |
| 7d.10 Bündnis Pro Rettungsdienst   | 212 |
| 7d.11 Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften – DGRe  | 212 |

## 8 Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse 214

### Nur Online

|    |                                       |     |
|----|---------------------------------------|-----|
| 8a | Heilmittel                            | 218 |
| 8b | Hilfsmittel                           | 226 |
| 8c | Pflege                                | 270 |
| 8d | Rettungsdienste und Krankentransporte | 290 |

## 9 Glossar 294

## 10 Abkürzungsverzeichnis 300

## 11 Abbildungsverzeichnis 304

### Hinweis

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

<https://od.iink/jahrbucharchiv>



**Bitte beachten Sie:**

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

1

# Einleitung

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

Das vorliegende Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland präsentiert auch mit der diesjährigen Ausgabe eine umfassende und vielschichtige Analyse der Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen. Das Redaktionsteam legte in diesem Jahr bei der Auswahl der Beiträge den Fokus bewusst auf die zentralen Herausforderungen und Innovationen des vergangenen Jahres. Dadurch eignet sich der Band nicht nur als Nachschlagewerk, sondern versucht auch als Inspirationsquelle für Fachleute, Entscheidungsträger und Wissenschaftler, die die Zukunft des Gesundheitswesens mitgestalten möchten, zu dienen.

Das Jahr 2024 war, wie die letzten Jahre auch, geprägt von bedeutenden Bemühungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens. Die Vorbereitung und stellenweise Umsetzung der Telematikinfrastruktur in verschiedenen Bereichen wie der Pflege, in den Krankenhäuser und den Praxen haben weitere Stellenschrauben für eine perspektivische Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung adressiert. Vor allem die Arbeit der Gematik in Form von Informationsveranstaltungen für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche und die Durchführung von konstruktiven Dialogmaßnahmen haben guten Anklang gefunden. Im Kontext dieser Entwicklungen sind die Vorbereitungen für die Einführung der ePA für alle Versicherten besonders hervorzuheben. Diese Initiative stellt einen entscheidenden Schritt dar, um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit medizinischer Informationen zu gewährleisten. Sie leistet einen unmittelbaren Beitrag zur Patientensouveränität und wird zwangsläufig die Versorgungsprozesse selbst nachhaltig verändern. Durch den einfachen und sicheren Zugang zu Gesundheitsdaten wird nicht nur die Patientenautonomie gestärkt, sondern auch die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens auf ein neues Niveau gehoben. Die in dem vorliegenden Jahrbuch skizzierten Pilotprojekte zeigen deutlich, wie herausfordernd dieser Weg ist und wie engagiert an geeigneten Lösungsansätzen gearbeitet wird.

Aber auch die Integration künstlicher Intelligenz in die Pflegepraxis, insbesondere in der Sturzprävention, zeigt, wie technologische Innovationen dazu beitragen können, Risiken zu identifizieren und gezielte Maßnahmen zu ergreifen. Die LINDERA-Mobilitätsanalyse illustriert eindrucksvoll, wie KI-basierte Lösungen die Sicherheit und Lebensqualität von Patienten verbessern. Diese Entwicklung unterstreicht die Rolle der Technologie

als Schlüssel zur Bewältigung der Herausforderungen einer alternden Gesellschaft. Auch hier wird die Bedeutung der ePA deutlich, da sie die Grundlage für die Erhebung und Nutzung der für solche Anwendungen notwendigen Daten schafft. Aber die Implementierung neuer Technologien stößt leider oft auf organisatorische und infrastrukturelle Hindernisse, die erkannt und bewältigt werden müssen. Gleichzeitig bietet sie aber auch enorme Chancen, wie die Entwicklungen in der Telepflege und Telebetreuung zeigen. Diese innovativen Ansätze erweitern die Möglichkeiten der Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, und verdeutlichen, dass die Digitalisierung die Reichweite und Wirksamkeit der medizinischen und pflegerischen Dienste erheblich steigern kann. Auch hier ist die ePA ein zentraler Baustein, der die Vernetzung zwischen verschiedenen Versorgungsformen und Akteuren erleichtert.

Die Einführung von E-Learning-Systemen und digitalen Assistenten wie Chatbots erleichtert die Implementierung neuer Technologien und fördert den Wissenstransfer. Dies ist auch für die Vorbereitung auf die ePA entscheidend, da die Akzeptanz und der Erfolg dieser Innovation wesentlich von der Qualifikation und dem Engagement der Gesundheitsfachkräfte abhängen werden. Gezielte Schulungen und Informationskampagnen können dabei helfen, dass alle Beteiligten optimal auf diese Veränderungen vorbereitet werden.

Die Gliederung des Jahrbuchs versucht erneut einen gezielten Zugriff auf relevante Informationen zu ermöglichen. Neben den Überblicken zur Digitalisierung und den gesundheitsfachpolitischen Projekten bietet es detaillierte Analysen zu den statistischen Entwicklungen in den gesundheitsfachberuflichen Handlungsfeldern, sowie die weiteren Akteure Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken.

Das Statistische Jahrbuch 2024 schließt mit einem Ausblick auf die kommenden Herausforderungen und Potenziale im deutschen Gesundheitswesen auf Basis umfassender statistischer Analysen. Die wachsende Bedeutung von Themen wie Ernährungstherapie und die Weiterentwicklung der Physiotherapie durch wissenschaftliche Studien unterstreichen den kontinuierlichen Bedarf an Innovation und Anpassung. Die Einführung der ePA ist dabei nicht nur ein Meilenstein, sondern auch ein Ausgangspunkt für weitere Fortschritte, die das Gesundheitswesen zukunftsfähig und nachhaltig gestalten.

2

# Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2024

Dr. Armin Keivandarian

Leiter Stabsstelle Public Affairs & Data Analytics der opta data Gruppe

Dr. Jan Helmig

Leiter Bereich Digitalisierung der opta data Gruppe



|     |  |    |
|-----|--|----|
| 2.1 | Zentrale gesetzliche Entwicklungen: Das Digital-Gesetz (DigiG)                     | 18 |
| 2.2 | Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG):<br>Ein Weg zur datengetriebenen Medizin | 18 |
| 2.3 | Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG): Die Umwandlung der gematik               | 19 |
| 2.4 | Herausforderungen: Interoperabilität, Akzeptanz und Finanzierung                   | 19 |
| 2.5 | Perspektiven & Ausblick: Deutschland als Vorreiter der "digitalen Gesundheit"      | 19 |
| 2.6 | Entwicklungen für Gesundheitsfachberufe  | 20 |

Im Jahr 2024 wurden erneut wichtige Weichen für die weitere, umfassende Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens gestellt. Gesetzliche Neuerungen, politische Debatten und die Einführung moderner Technologien prägen die Entwicklung dieses zukunftsweisenden Bereichs. Dabei standen die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Effizienzsteigerung administrativer Prozesse und die Stärkung der Patientenautonomie im Fokus. Im Folgenden werfen wir einen dezidierten Blick auf die zentralen Maßnahmen, Herausforderungen und Perspektiven der digitalen Transformation im deutschen Gesundheitswesen, so wie sie sich uns heute darstellen. Neben den wichtigsten gesetzlichen Entwicklungen werden auch praktische Umsetzungen sowie die Reaktionen verschiedener Akteure und Institutionen analysiert.

## 2.1 Zentrale gesetzliche Entwicklungen: Das Digital-Gesetz (DigiG)

Das Digital-Gesetz (DigiG) bildet ein weiteres Element für die Grundlagen einer umfassenden Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens. Es trat am 26. März 2024 in Kraft und regelt verbindliche Standards für die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Rezepts (E-Rezept). Die elektronische Patientenakte wurde am 15. Januar 2025 für alle gesetzlich Versicherten standardmäßig eingeführt, es sei denn, sie widersprechen aktiv. Die vom Chaos Computer Club (CCC) kurz vor dem Jahreswechsel 2024/2025 aufgedeckten Sicherheitsmängel werden untersucht und behoben. Die ePA ermöglicht die dezentrale Speicherung und Verwaltung relevanter Gesundheitsdaten wie Diagnosen, Arztberichte und Medikationspläne im direkten Zugriff der Versicherten. Dies soll nicht nur die Transparenz erhöhen, sondern auch Mehrfachuntersuchungen vermeiden und den Informationsfluss zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem verbessern. Insofern bietet die elektronische Patientenakte sehr großes Potenzial, um die Vorteile der Digitalisierung für das deutsche Gesundheitssystem zu heben und Effizienzeffekte freizusetzen.

Eine besondere Bedeutung kommt dem E-Rezept für Arzneimittel zu, das seit Januar 2024 verpflichtend ist,

denn zunächst werden vor allem alle elektronischen Arzneimittelrezepte, die für den oder die Versicherten ausgestellt werden, automatisch in der ePA gespeichert werden. Gleichzeitig werden die verordneten Arzneimittel auch in den elektronischen Medikationsplan übernommen. Es ersetzt das klassische Papierrezept und erleichtert die digitale Abwicklung von Verschreibungen. Die ersten Monate haben gezeigt, dass das E-Rezept administrative Aufwände reduziert und die Nachverfolgbarkeit von Medikamenten verbessert. Bis Anfang Dezember 2024 wurden über 507 Millionen E-Rezepte erfolgreich ausgestellt (Stand: 09.12.2024). Das DigiG zielt auch wesentlich auf die Förderung der Interoperabilität zwischen verschiedenen Softwaresystemen ab. Die einheitlichen Standards sollen gewährleisten, dass unterschiedliche Softwarelösungen effizient miteinander kommunizieren können. Ein weiteres zentrales Ziel des DigiG ist die Erweiterung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), die zunehmend in die Regelversorgung integriert werden sollen. So können digitale Lösungen beispielsweise in der Therapieunterstützung oder im Selbstmanagement von chronischen Erkrankungen hilfreich sein. Ein weiteres wichtiges Digitalisierungsgesetz, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) wurde Ende 2023 im Deutschen Bundestag verabschiedet und trat dann im Frühjahr 2024 in Kraft.

## 2.2 Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG): Ein Weg zur datengetriebenen Medizin

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) eröffnet neue Möglichkeiten für die Nutzung von Gesundheitsdaten in Forschung und Innovation. Ziel ist es, die vorhandenen Datenressourcen gezielt einzusetzen, um Fortschritte in der Prävention, Diagnostik und Therapie zu erzielen. Kernbestandteil des GDNG ist die Einrichtung einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle. Diese soll Forschern und Entwicklern den Zugang zu pseudonymisierten und anonymisierten Gesundheitsdaten erleichtern. Durch diese strukturierte Bereitstellung von Daten können etwa Algorithmen für die Früherkennung von Krankheiten entwickelt werden, die in der Praxis lebensrettend sein können. Die Umsetzung des GDNG erfordert jedoch eine sorgfältige Balance zwischen

Datenschutz und der Ermöglichung von Innovationen. Während die Nutzung von Gesundheitsdaten enormes Potenzial birgt, bleibt die Sicherstellung des Schutzes personenbezogener Informationen eine der größten Herausforderungen.

### 2.3 Gesundheits-Digital-agentur-Gesetz (GDAG): Die Umwandlung der gematik

Im Oktober 2024 wurde ein weiterer wichtiger Gesetzesentwurf von der Bundesregierung als Kabinettsentwurf verabschiedet, der die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) in eine eigenständige Digitalagentur umwandeln soll. Diese neue Digitalagentur soll dann eine zentrale Rolle in der Umsetzung der digitalen Transformation des Gesundheitswesens spielen. Die geplante Digitalagentur wird weitreichende Aufgaben übernehmen, darunter die Standardisierung digitaler Anwendungen, die Förderung der Interoperabilität und die Sicherstellung einer benutzerfreundlichen Gestaltung digitaler Tools, was insbesondere aus Sicht der Industrie skeptisch gesehen wird. Sicher ist, dass aus der gematik GmbH diese Digitalagentur werden soll; nimmt sie doch schon ohnehin einen Großteil der definierten Aufgaben wahr. Es steht aber grundsätzlich das Ziel im Raum, den Digitalisierungsprozess zentral zu steuern und bestehende Lücken in der digitalen Infrastruktur zu schließen. Dabei wird die geplante Doppelrolle der Agentur insgesamt sehr kritisch gesehen, die sowohl als Regulierungsinstanz als auch als Marktakteur agieren soll. Hier werden Widersprüche deutlich, die noch unbeantwortet geblieben sind. Diese Doppelrolle könnte zu Interessenkonflikten führen. Zudem wird die starke Einflussnahme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) als problematisch betrachtet, da eine übermäßige Zentralisierung die Effizienz der Agentur beeinträchtigen könnte. Der Status quo des Gesetzgebungsverfahrens war im Dezember 2024 unklar, insofern Ende 2024 bekannt geworden ist, dass es vorgezogene Neuwahlen in Deutschland geben wird. Der Termin für die Neuwahlen war am 23. Februar 2025. Derart kontroverse Gesetzgebungsverfahren, wie das GDAG, wird wohl erst nach den Neuwahlen in Angriff genommen werden.

### 2.4 Herausforderungen: Interoperabilität, Akzeptanz und Finanzierung

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens wird von mehreren Herausforderungen begleitet. Eine der zentralen Hürden bleibt die Interoperabilität zwischen verschiedenen Systemen. Unterschiedliche Softwarelösungen und uneinheitliche Standards erschweren den reibungslosen Austausch von Gesundheitsinformationen meist im Krankenhausumfeld und im Bereich der niedergelassenen Ärzte. Ein weiteres Hindernis ist die Akzeptanz digitaler Lösungen durch medizinisches Fachpersonal und Patienten. Häufig bestehen Vorbehalte gegenüber neuen Technologien, insbesondere im Hinblick auf Datenschutz und Benutzerfreundlichkeit. Auch die Finanzierung stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Die Einführung und der Betrieb neuer Systeme verursachen hohe Kosten, die in den meisten Fällen sowohl von der öffentlichen Hand als auch von Gesundheitseinrichtungen getragen werden müssen. Hier ist eine nachhaltige Finanzierungsstrategie erforderlich, um die digitale Transformation langfristig sicherzustellen. Möglicherweise sollte im Rahmen der Überlegungen zur Gesundheitsfinanzierung auch explizit die Position IT-Investition und Betriebskosten von Hard- und Softwaresystemen Berücksichtigung finden. Denn konsequenter Weise ist es so, dass die größte Hoffnung für die Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems im Einsatz intelligenter Softwarelösungen liegen.

### 2.5 Perspektiven und Ausblick: Deutschland als Vorreiter der "digitalen Gesundheit"

Mit den gesetzlichen Initiativen des Jahres 2024 wurden erneut wichtige Grundlagen geschaffen, um die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens erneut weiter voranzutreiben. Die konsequente Umsetzung dieser Regelungen und die Förderung von Innovationen könnten Deutschland zu einem Vorreiter in Europa machen. Besonderes Augenmerk sollte in den kommenden Jahren auf die Verbesserung der Interoperabilität, die Entwicklung neuer digitaler Anwendungen und die nachhaltige Finanzierung gelegt

werden. Auch wenn wir in diesem Bereich aktuell noch im hinteren Feld der Europäischen Mitgliedsstaaten stehen, kann sich die Entwicklung hier in den kommenden Jahren deutlich drehen. Durch eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Akteuren – von politischen Entscheidungsträgern über Gesundheitseinrichtungen bis hin zu Patienten, der Industrie, und Kostenträgern – kann ein modernes, effizientes und patientenzentriertes Gesundheitssystem entstehen.

## 2.6 Entwicklungen für Gesundheitsfachberufe

Neben den umfassenden Maßnahmen zur Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens insgesamt, wurde auch den Gesundheitsfachberufen – wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegefachkräften – vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Berufsgruppen stehen im Zentrum der täglichen Versorgung und sollten gleichermaßen von den digitalen Fortschritten profitieren. Insbesondere die gematik, als zukünftige Digitalagentur des deutschen Gesundheitswesens hat im Laufe dieses Jahres zunehmend Veranstaltungen organisiert, die sich mit den technischen Aspekten der TI-Anbindung von gesundheitsfachberuflichen Leistungserbringerinnen befasst haben.

Ein bedeutender Schritt für die Gesundheitsfachberufe war zum Beispiel die Einführung neuer digitaler Weiterbildungsplattformen, die den Fachkräften Zugriff auf aktuelle Schulungsmaterialien und Zertifizierungen ermöglichen. Diese Plattformen sind darauf ausgelegt, die Kompetenzen der Fachkräfte in Bereichen wie Telemedizin und digitaler Patientenkommunikation zu erweitern (AOK, 2024). Darüber hinaus wurden spezifische digitale Anwendungen entwickelt, die den Arbeitsalltag dieser Berufsgruppen erleichtern sollen. Beispiele hierfür sind Softwarelösungen für die Dokumentation von Behandlungsplänen und die Kommunikation mit Patienten. Die Einführung solcher Technologien wurde auch durch Förderprogramme des Bundes unterstützt (bmbf, 2024).

Trotz dieser Fortschritte gibt es Herausforderungen, insbesondere im Bereich der Akzeptanz und der technischen Ausstattung. Viele kleinere Praxen und

Einrichtungen verfügen nicht über die nötigen Ressourcen, um umfassende digitale Lösungen zu implementieren. Ein verstärkter Fokus auf Fördermittel und praxisnahe Schulungen wird notwendig sein, um eine flächendeckende Digitalisierung auch für diese, für die PatientInnenversorgung in Deutschland sehr wichtigen Berufsgruppen sicherzustellen. Aber auch von der Politik wird erwartet, in Richtung der gesundheitsfachberuflichen Akteure erkennbare Zugeständnisse hinsichtlich der technischen Ausstattung zu machen. Mit den bereits umgesetzten Maßnahmen und den geplanten Weiterentwicklungen zeigt sich jedoch, dass auch die Gesundheitsfachberufe einen integralen Bestandteil der digitalen Transformation darstellen und ihre Rolle in einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem so weiter gestärkt wird.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein für den Ausbau der Telematikinfrastruktur wird die Anbindung der Pflege an die TI-Architektur im Sommer 2025 sein. Eine aktuelle Studie der opta data Gruppe in Kooperation mit dem Bundesverband Gesundheits-IT e.V. (bvitg) und einer Vielzahl von Pflegeverbänden hat gezeigt, dass zu Beginn des Jahres 2025 noch ein erheblicher Teil der Akteure die erforderlichen Anträge auf Erteilung der für den TI-Zugang erforderlichen Authentifikationskarten (elektronischer Heilberufenausweis, SMBC-Karte) noch nicht gestellt hat, was vermutlich zu einem Bearbeitungsstau im Sommer führen wird. An unterschiedlichen Stellen wird aktiv an geeigneten Lösungen gearbeitet. Mit Blick auf den Bereich der Sanitätshäuser steht heute (Januar 2025) der verpflichtende Anschlussstermin für den 01. April 2027 im Raum. Die technologischen Voraussetzungen für die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung werden fortlaufend im Rahmen eines zentralen Pilotprojektes des Bundesinventionsverbandes für Orthopädiotechnik (BIV-OT) gemeinsam mit der opta data Gruppe und weiteren Marktpartnern erarbeitet, damit zum verpflichtenden Stichtag auch der reibungslose Anschluss gelingt.

Vor diesem Hintergrund markierte das Jahr 2024 einen Wendepunkt für die Telematikinfrastruktur und ihre Anwendungen in den Bereichen Sanitätshäuser, häusliche Pflege und Physiotherapie.

Die vollständige Integration und Nutzung der TI in diesen Bereichen wird zweifelsfrei zu einer deutlichen Verbesserung der Effizienz in Versorgung und Kommunikation führen. Die Akzeptanz und Ausbildung

von Fachkräften muss deshalb bereits jetzt adressiert werden. Beide Aspekte stellen entscheidende Faktoren für den Erfolg dieser Technologien in der Versorgungspraxis dar.

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

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

3

# Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland



|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3.1   | <u>Digitalisierung in der Pflege: Anforderungen, Herausforderungen und die Rolle der Telematikinfrastruktur</u>   | 24 |
| 3.1.1 | <u>Zehn Schritte für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt – Ellen Nicke</u>  | 26 |
| 3.1.2 | <u>Warum ein digitales Dokumentationssystem die Grundlage für die Telematikinfrastruktur (TI) schafft – Horst Geers</u>   | 27 |
| 3.1.3 | <u>Wie ein digitales Dokumentationssystem tatsächlich eine Arbeitsentlastung schafft – Katharina Dassel, Anne Busch und Maxie Lutze</u>                         | 28 |
| 3.2   | <u>Weitere Instrumente und Chancen durch die Telematikinfrastruktur</u>   | 30 |
| 3.2.1 | <u>Der TI-Messenger und seine Bedeutung in der Telematikinfrastruktur – Heinrich von Wulfen</u>   | 31 |
| 3.2.2 | <u>Bericht aus der Praxis: Telepflege als vielseitige Methode in der Pflege und Betreuung – Melanie Philip und Philipp Zell</u>                                 | 31 |
| 3.2.3 | <u>Telebetreuung in der Langzeitpflege nach §45 SGB XI: Ein Modellprojekt zur Förderung der sozialen Teilhabe von Senioren – Denise Hobein und Philipp Zell</u> | 32 |
| 3.3   | <u>Wissen und Lernen in und mit der TI-Infrastruktur</u>  | 34 |
| 3.3.1 | <u>Bericht aus der Praxis: Vorbereitung auf die TI aus Sicht eines Komplexträgers der Langzeitpflege – Melanie Philip im Interview mit Janet Blümke</u>         | 35 |
| 3.3.2 | <u>Chatbot – Ein digitaler Assistent für die TI-Implementierung in der Pflege – Ferdinand Scheffler</u>   | 36 |
| 3.3.3 | <u>Einführung eines E-Learning Systems – Melanie Philip und Philipp Zell</u>  | 36 |
| 3.3.4 | <u>Fazit zur Digitalisierung in der Pflege – Melanie Philip</u>   | 38 |
| 3.4   | <u>Präzise, einfach, wirkungsvoll: KI-gestützte Sturzprävention in der Pflege – Die LINDERA Mobilitätsanalyse im Fokus – Menia Ettrich</u>                      | 40 |
| 3.5   | <u>Die Zukunft der Physiotherapie – Eine Studie der opta data Zukunfts-Stiftung – Linda Kaiser</u>  | 46 |
| 3.6   | <u>Optimierte Ernährungsversorgung in Deutschland: Herausforderungen und Chancen für das Gesundheitssystem – Dr. Andrea Lambeck und Uta Köppcke</u>             | 54 |

3.1

# Digitalisierung in der Pflege: Anforderungen, Herausforderungen und die Rolle der Telematikinfrastuktur

Melanie Philip, Dr. Christian Vaske, Ellen Nicke, Horst Geers,  
Katharina Dassel, Anne Busch und Maxie Lutze

## Einleitung – Melanie Philip und Dr. Christian Vaske

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist ein zentrales Zukunftsthema, besonders in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Obwohl das Potenzial digitaler Lösungen erkannt wird, gibt es große Herausforderungen beim Übergang zu einer digitalen Arbeitsweise. Meist bleibt es bei der Umwandlung analoger Daten, während die vollständige Vernetzung und Prozessoptimierung oft ausbleiben. Die elektronische Dokumentation ist noch unzureichend etabliert, obwohl sie erhebliche Effizienzgewinne ermöglicht.

Hindernisse für die Digitalisierung der Pflege sind vielfältig. Traditionelle Rollenbilder betonen eine fürsorgliche, nicht-profitorientierte Pflege, in der Innovation und Prozessoptimierung bisher wenig Priorität hatten. Finanzielle Restriktionen durch starre Finanzierungsmodelle und schmale Gewinnspannen, insbesondere bei kleinen und mittleren Pflegeeinrichtungen, verschärfen die Lage. Steigende Energie- und Personalkosten setzen zusätzliche wirtschaftliche Belastungen. Der Fachkräftemangel führt dazu, dass das bestehende Personal kaum Kapazitäten für neue Aufgaben wie die digitale Transformation hat.

### Ein dreistufiger Ansatz wird für eine nachhaltige Digitalisierung empfohlen:

1. **Bewusstseinswandel:** Es ist wichtig, dass Pflegekräfte und das Management den Mehrwert der Digitalisierung erkennen und akzeptieren. Nur so kann der Einsatz digitaler Lösungen erfolgreich sein.
2. **Prozessoptimierung:** Vor der Digitalisierung müssen bestehende Prozesse kritisch reflektiert und angepasst werden, um ineffiziente analoge Abläufe nicht einfach in digitale zu übertragen.
3. **Begleitende Unterstützung:** Eine kontinuierliche Betreuung ist notwendig, da neue digitale Prozesse oft eine Umstellungsphase erfordern, die Frustrationen beim Personal auslösen kann. Eine fortlaufende Unterstützung hilft, diese Herausforderungen zu bewältigen.

Da viele Pflegeeinrichtungen bereits durch das Tagesgeschäft stark beansprucht sind, benötigen sie gezielte Förderprogramme, die nicht nur finanzielle Unterstützung bieten, sondern auch praktische Hilfe bei der Umsetzung.

Die Rolle der Telematikinfrastruktur (TI) ist zentral für die digitale Vernetzung. Sie soll Pflegeeinrichtungen ermöglichen, sicher mit anderen Gesundheitsdienstleistern zu kommunizieren und digitale Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) zu nutzen. Allerdings zeigten frühe Erfahrungen mit Arztpraxen, dass technische Hürden und Sicherheitsbedenken den Prozess verzögern. Die Einführung der TI in der ambulanten Pflege wurde bereits teilweise erprobt, für die stationäre Pflege fehlt jedoch eine umfassende Strategie. Um Verzögerungen zu vermeiden, sind praxisorientierte Förder- und Begleitmaßnahmen erforderlich.

Handlungsempfehlungen zur erfolgreichen Digitalisierung der Pflege umfassen angepasste Förderstrukturen, die finanzielle Unterstützung mit gezielten Maßnahmen zur Prozessbegleitung kombinieren. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) bietet, unter der Berücksichtigung, die Geldflüsse effizienter und effektiver zu steuern, ein Vorbild, indem es nicht nur finanzielle Mittel bereitstellt, sondern auch Digitalisierungsbeauftragte fördert, die den Wandel in den Einrichtungen begleiten. Diese Ansätze sollten auf die Pflegebranche erweitert und um telemedizinische sowie robotikgestützte Anwendungen ergänzt werden, um Arbeitsabläufe zu erleichtern und die Versorgungsqualität zu verbessern.

### 3.1.1 Zehn Schritte für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt – Ellen Nicke

Für die erfolgreiche Durchführung von Digitalisierungsprojekten empfiehlt sich ein strukturiertes Vorgehen mit klar definierten Zielen, einer Bedarfsanalyse und einer sorgfältigen Projektplanung. Wichtig ist auch die Einbindung aller relevanten Stakeholder von Beginn an, um spätere Anpassungen zu vermeiden. Der Prozess sollte schrittweise ablaufen, mit Priorität auf den Bereichen mit dem größten Bedarf. Regelmäßige Kommunikation und Schulungen stärken die Akzeptanz und sichern eine langfristige Nutzung. Externe Expertise in IT und Projektmanagement kann ebenfalls hilfreich sein, um interne Ressourcen zu entlasten und neue Perspektiven zu eröffnen.

Die Digitalisierung in der Pflege ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die mit den richtigen Maßnahmen jedoch gelingen kann. Eine gezielte, langfristige Förderung und der Ausbau der Telematikinfrastruktur sind essenziell, um den digitalen Wandel nachhaltig zu gestalten und die Versorgungssicherheit in der Pflege zu gewährleisten. Mit diesen 10 Schritten schaffen sie eine solide Grundlage für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt in der Langzeitpflege. Durch die sorgfältige Planung und Einbindung der Mitarbeitenden sowie den Fokus auf kontinuierliche Kommunikation und Schulung wird das Projekt menschenorientiert umgesetzt und kann sein volles Potenzial entfalten.

#### Die 10 wichtigsten Schritte für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt in der Langzeitpflege

##### 1. Klare Zieldefinition und Management-Engagement sichern

Formulieren Sie präzise Projektziele und gewinnen Sie die volle Unterstützung des Managements. Ein klar definierter Auftrag hilft, Ressourcen effizient einzusetzen und das Projekt zielgerichtet umzusetzen.

##### 2. Detaillierte Bedarfsanalyse durchführen

Analysieren Sie die bestehenden Prozesse, identifizieren Sie die Bereiche mit dem größten Verbesserungsbedarf und bestimmen Sie den genauen digitalen Bedarf. So schaffen Sie eine fundierte Basis für die Auswahl geeigneter digitaler Lösungen.

##### 3. Projektplanung und Zeitrahmen festlegen

Erstellen Sie einen realistischen Zeitplan und definieren Sie klare Meilensteine. Eine schrittweise Implementierung und das Konzept eines Minimum Viable Product (MVP) ermöglichen es, frühzeitig wertvolles Feedback zu sammeln und das System iterativ zu verbessern.

##### 4. Kapazitäten und Change-Management einplanen

Stellen Sie sicher, dass genügend Zeit für die Mitarbeitenden eingeplant ist, um die neuen Systeme kennenzulernen. Change-Management-Maßnahmen erleichtern den Übergang und helfen, Widerstände zu minimieren.

##### 5. Stakeholder und Querschnittsthemen frühzeitig einbinden

Binden Sie alle relevanten Stakeholder wie Datenschutzbeauftragte, Informationssicherheitsexperten, Betriebsräte und die Rechtsabteilung von Anfang an ein. So werden spätere Anpassungen und Verzögerungen vermieden.

##### 6. Schrittweise Einführung und Priorisierung dringender Bereiche

Setzen Sie die Digitalisierung in den Bereichen mit dem höchsten Bedarf zuerst um. Ein schrittweiser Ansatz erleichtert die Umsetzung und fördert die Akzeptanz bei den Mitarbeitenden.

**8. Prozesse vor der Digitalisierung optimieren**

Prüfen Sie bestehende Abläufe und passen Sie diese gegebenenfalls an, bevor sie digitalisiert werden. Durch die Optimierung von In- und Outputs lassen sich Prozesse effizienter gestalten, was die Akzeptanz der neuen Technologien erhöht.

**9. Kommunikation und Transparenz gewährleisten**

Schaffen Sie durch regelmäßige Updates Transparenz im Projektverlauf und informieren Sie die Mitarbeitenden über die Vorteile und Fortschritte des Projekts. So stärken Sie die Akzeptanz und binden das Team aktiv in den Wandel ein.

**10. Schulungen und fortlaufende Unterstützung anbieten**

Bieten Sie den Mitarbeitenden umfassende Schulungen an und stellen Sie Support bereit. Dies sichert die langfristige Nutzung und die Effizienz der neuen Systeme im Pflegealltag.

**11. Externe Unterstützung als Ressource nutzen**

Ziehen Sie bei Bedarf externe Expertise aus den Bereichen IT und Projektmanagement hinzu, um Ihre internen Ressourcen zu entlasten und neue Perspektiven in das Projekt einzubringen. Ein neutraler Blick kann oft innovative Ideen und wertvolle Impulse liefern.

### 3.1.2 Warum ein digitales Dokumentationssystem die Grundlage für die Telematikinfrastruktur (TI) schafft – Horst Geers

Leider sind aktuell immer noch viele ambulante Pflegedienste analog unterwegs. Um zukunftsfähig zu sein, benötigt es jetzt einen Schritt in die digitale Welt – mit der digitalen Dokumentation. Ein digitales Dokumentationssystem ist essenziell für die Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen auf die TI, die einen sicheren Datenaustausch im Gesundheitswesen ermöglicht. Es schafft eine strukturierte Basis für die Integration und verbessert durch zentrale Datenspeicherung und standardisierte Verfahren die Datenqualität. Datenschutzkonforme Schnittstellen sichern den Informationsaustausch, und der standortunabhängige Datenzugriff unterstützt die nahtlose Zusammenarbeit von Pflegekräften und Ärzten.

**Vorteile:**

- Zentrale Speicherung vereinfacht die TI-Integration.
- Sichere Kommunikation durch kompatible Schnittstellen.
- Effizienter Zugriff auf Daten für verschiedene Akteure.
- Optimierte Prozesse steigern die Effizienz.

**Einführungsschritte:**

1. Analyse und Planung: Eine Bedarfsanalyse ermittelt Anforderungen und hilft bei der Auswahl eines TI-kompatiblen Systems.
2. Schulungen und Einbindung: Mitarbeitende werden umfassend geschult um Akzeptanz zu schaffen und Vorbehalte abzubauen.
3. Pilotphase: Ein schrittweises Rollout testet und verbessert das System vor der vollständigen Implementierung.
4. Unterstützung und Wartung: Kontinuierliche Betreuung und regelmäßige Updates sichern die Funktionalität.
5. Vorbereitung auf TI: Technische Maßnahmen, wie Hardware-Anschaffungen und Sicherheitsprotokolle werden, begleitet von einer Pilotanbindung zur Erprobung, umgesetzt.

**Fazit:**

Die Einführung eines digitalen Dokumentationssystems bildet die Grundlage für eine erfolgreiche TI-Anbindung und optimiert Arbeitsprozesse in der Pflege. Ein strukturiertes Vorgehen, das technische und organisatorische Aspekte berücksichtigt, ist entscheidend, um die Vorteile der TI zu nutzen und die Pflege langfristig effizient und vernetzt zu gestalten.

### 3.1.3 Wie ein digitales Dokumentationssystem tatsächlich eine Arbeitsentlastung schafft – Katharina Dassel, Anne Busch und Maxie Lutze

Arbeitsentlastung durch Pflegesoftware. Auf welche Qualitätskriterien kommt es an?\*

Die im Auftrag der Bertelsmann Stiftung durchgeführte Studie untersucht das Potenzial von Pflegesoftware zur Entlastung von Pflegefachkräften. Der Fokus liegt dabei auf der stationären Altenpflege, wo der Dokumentationsaufwand eine erhebliche Belastung darstellt. Die Analyse des Instituts für Innovation und Technik (iit) zeigt, dass viele Softwarelösungen bereits heute Pflegefachpersonen durch die Automatisierung von Arbeitsprozessen erheblich entlasten können und stellt Qualitätskriterien für Pflegesoftware auf.

Eine Analyse von Pflegesoftware-Herstellern und Pflegeeinrichtungen zeigt, dass innovative Softwarelösungen den bürokratischen Aufwand reduzieren und den gesamten Pflegeprozess unterstützen können. Dies umfasst die Dokumentation von Pflegeaufgaben, die Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und die Entscheidungsunterstützung durch die automatische Analyse von Patientendaten.

Allerdings wird dieses Potenzial in vielen Fällen nicht ausgeschöpft. Der Hauptgrund dafür ist das Fehlen syntaktischer und semantischer Standards, die für einen reibungslosen Datenaustausch erforderlich sind. Zudem fehlt es vielerorts an einer angemessenen Infrastruktur, wie mobile Endgeräte und flächendeckendes WLAN, die für den effektiven Einsatz von Pflegesoftware nötig wären.

Vier zentrale Funktionen von neuartiger Pflegesoftware werden als besonders entlastend hervorgehoben:

1. Unterstützung beim mobilen Arbeiten: Pflegekräfte können jederzeit und ortsunabhängig auf Patientendaten zugreifen und diese bearbeiten, was Laufwege und den Verwaltungsaufwand reduziert.

2. Entscheidungsunterstützung: Die Software kann Pflegekräfte bei der Planung, Durchführung und Dokumentation von Pflegemaßnahmen durch Erinnerungs- und Benachrichtigungsfunktionen unterstützen.
3. Digitaler Austausch zwischen Berufsgruppen und Einrichtungen: Eine nahtlose digitale Kommunikation könnte den Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen, Ärzten und Apotheken erheblich verbessern, was jedoch aufgrund fehlender Standards bislang nicht umgesetzt ist.
4. Automatisierung von Routinetätigkeiten: Automatisierte Arbeitsprozesse, wie die selbstständige Erfassung von Vitaldaten, sparen Zeit und verhindern menschliche Fehler.

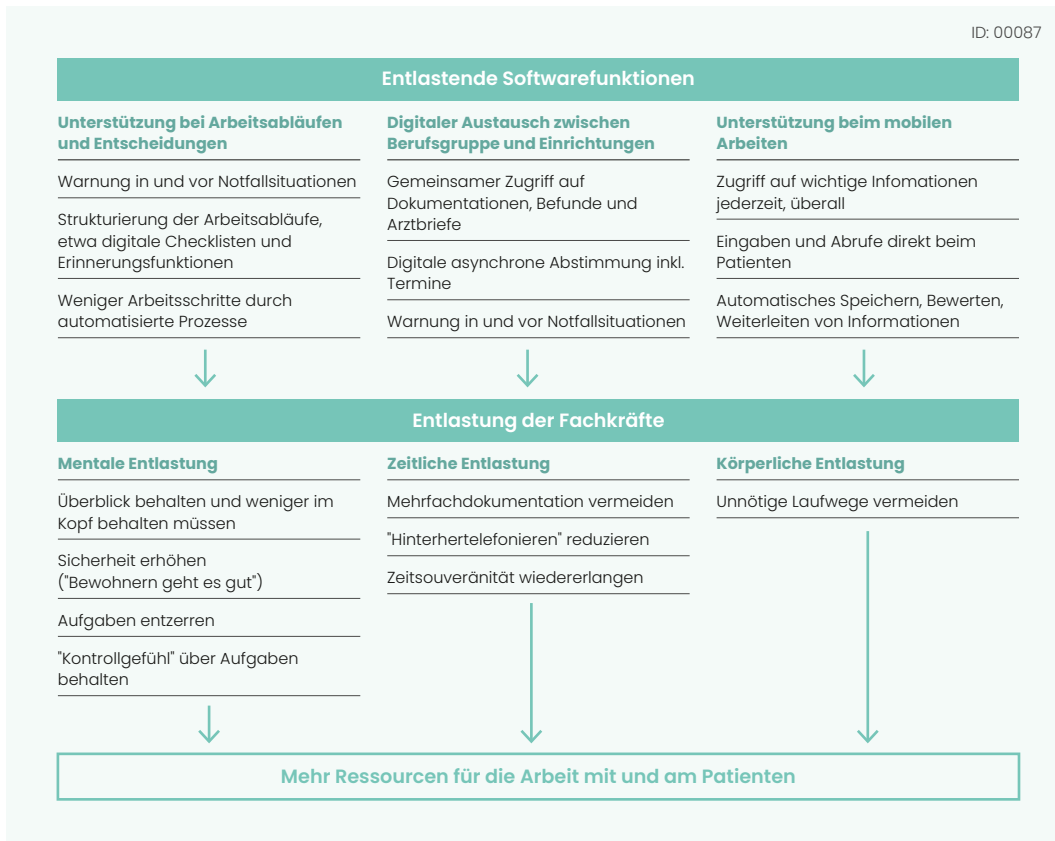
Die Ergebnisse zeigen, dass Regelungsgeber und Einrichtungen stärker auf den Einsatz von syntaktischen und semantischen Standards setzen sollten, um die Pflege durch digitale Tools effizienter zu gestalten. Der Gesetzgeber muss hierfür klare Vorgaben machen, um die Telematikinfrastruktur (TI) bis 2025 für Pflegeeinrichtungen nutzbar zu machen und Pflegesoftware effizient einzubinden.

#### Wichtigste Erkenntnisse:

- Enorme Entlastung möglich: Pflegesoftware kann Pflegekräfte deutlich entlasten, z.B. durch automatisierte Arbeitsabläufe.
- Fehlende Infrastruktur: WLAN und mobile Endgeräte sind oft nicht ausreichend vorhanden, was die Nutzung der Software erschwert.
- Standardisierung notwendig: Syntaktische und semantische Standards für den Datenaustausch fehlen, wodurch die Effizienz digitaler Prozesse eingeschränkt wird.
- Zielgerichtete Förderung erforderlich: Pauschale Fördergelder reichen nicht aus, um das Entlastungspotenzial vollständig auszuschöpfen.

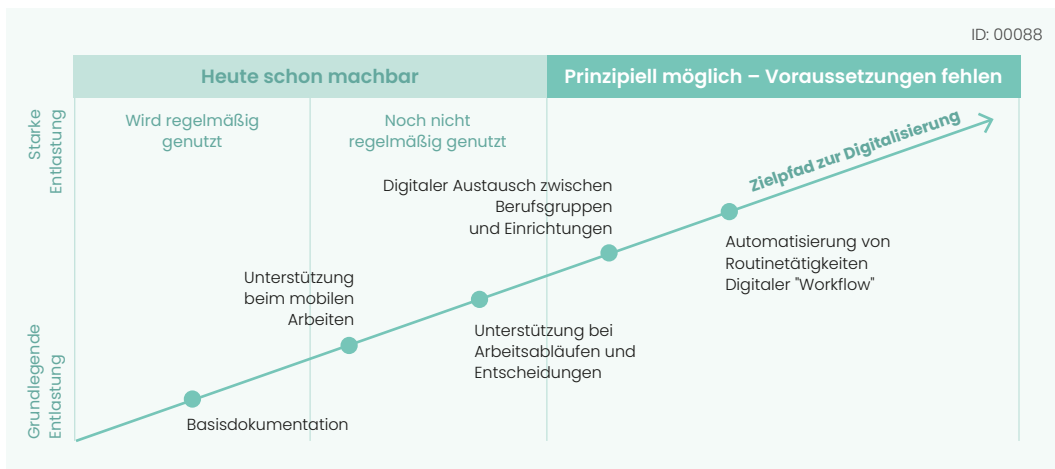
\* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/arbeitsentlastung-durch-pflegesoftware-1>

Abb. 3.1.3a Entlastung durch Pflegesoftware (Abbildung 1) zeigt, welche Formen von Entlastung Pflegesoftware bieten kann – von zeitlicher Entlastung über mentale Entlastung bis hin zu körperlicher Entlastung der Fachkräfte.



Quelle: SPOTLIGHT Gesundheit: Pflegesoftware - Entlastung für Fachkräfte (Bertelsmann Stiftung)

Abb. 3.1.3b Zielbild zur digitalen Entlastung von Fachkräften illustriert den Pfad zur Digitalisierung und zeigt, welche Funktionen bereits genutzt werden und wo es noch Herausforderungen gibt.



Quelle: SPOTLIGHT Gesundheit: Pflegesoftware - Entlastung für Fachkräfte (Bertelsmann Stiftung)

3.2

# Weitere Instrumente und Chancen durch die Telematikinfrastuktur

Heinrich von Wulfen, Melanie Philip, Denise Hobein  
und Philipp Zell

### 3.2.1 Der TI-Messenger und seine Bedeutung in der Telematikinfrastruktur – Heinrich von Wulfen

Der TI-Messenger ist der erste datenschutzkonforme und von der gematik zugelassene Messenger für das Gesundheitswesen und Teil der Telematikinfrastruktur (TI). Er bietet Funktionen wie Einzel- und Gruppenchats, Audio- und Videoanrufe sowie den sicheren Austausch von Dokumenten – ähnlich wie private Messenger, jedoch interoperabel über das Matrix-Protokoll, was eine Vernetzung zwischen verschiedenen Gesundheitssektoren ermöglicht.

#### Vorteile des TI-Messengers für die Pflege

Da viele Pflegekräfte Messenger wie WhatsApp und Signal verwenden, die datenschutzrechtlich problematisch sind, bietet der TI-Messenger eine sichere Alternative. Die App ermöglicht schnelle, dezentrale Teambildung und das einfache Einladen zertifizierter Fachkräfte ohne den Austausch von Telefonnummern – allein über E-Mail. Dies erleichtert die Koordination und verbessert die Zusammenarbeit im Pflegealltag erheblich.

#### Praktische und sektorübergreifende Anwendung

Der TI-Messenger synchronisiert sich geräteübergreifend auf Smartphone, Tablet und PC, was die Nutzung in flexiblen Arbeitsumgebungen, wie Pflegeheimen und mobilen Pflegediensten, besonders praktisch macht. Über das gematik-Verzeichnis ist zudem eine verlässliche Vernetzung mit anderen Gesundheitsakteuren wie Arztpraxen und Apotheken möglich, wodurch eine sichere Kommunikation gewährleistet wird.

#### Notfallkommunikation durch Cloud-Unterstützung

Der cloud-basierte Aufbau des TI-Messengers bietet eine zusätzliche Absicherung im Krisenfall, etwa bei einem Cyberangriff. In solchen Fällen bleibt die Kommunikation über die Cloud aufrechterhalten, was die Erreichbarkeit des Personals gewährleistet.

#### Fazit

Der TI-Messenger ist ein wichtiger Baustein für die Digitalisierung im Gesundheitswesen, da er der Pflegebranche eine sichere, vernetzte und praxisgerechte

Kommunikationslösung bietet und gleichzeitig sektorübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht.

### 3.2.2 Bericht aus der Praxis: Telepflege als vielseitige Methode in der Pflege und Betreuung – Melanie Philip und Philipp Zell

Die Telepflege wurde inspiriert durch telemedizinische Projekte wie jenes des Klinikums Oldenburg, das Offshore-Wartungsteams eine Ferndiagnose durch Fachärzte ermöglichte. Melanie Philip erkannte früh, dass vergleichbare Modelle in der Pflege wertvolle Unterstützung leisten könnten. Durch die Anleitung von Pflegehelfer:innen aus der Ferne ließen sich Unsicherheiten verringern und doppelte Wege vermeiden.

Nach einer ersten Konzeptphase und der wachsenden Dringlichkeit aufgrund des Fachkräftemangels startete ein Pilotprojekt in Niedersachsen. Der Begriff „Telepflege“ wurde bewusst gewählt, um den spezifischen Anforderungen der Pflegebranche gerecht zu werden und eine spätere Anerkennung der Methode zu erleichtern. Diese erstmalige Pionierinitiative trug dazu bei, die Pflegequalität zu steigern und mehr Sicherheit in komplexen Pflegesituationen zu schaffen.

Acht Jahre später und nach zahlreichen Präsentationen, darunter vor dem Gesundheitsminister Jens Spahn, reagierte der GKV-Spitzenverband mit dem Modellprogramm zur Erprobung der Telepflege nach § 125a SGB XI. Insgesamt zwölf Projekte untersuchen, wie Telepflege in der Praxis angewendet werden kann, um Betreuungs- und Pflegebedürftige zu unterstützen und eine effiziente, sektorenübergreifende Kommunikation zu gewährleisten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Beratung und Anleitung, auch von Angehörigen, da die Verfügbarkeit professioneller Pflegekräfte weiter abnimmt und diese zunehmend auf komplexe Fälle fokussiert werden müssen.

Telepflege bietet vielfältige Vorteile: Sie ermöglicht es, weniger qualifiziertes Personal gezielt zu unterstützen, erhöht die Sicherheit in der Versorgung und erleichtert den Umgang mit herausfordernden Situationen. Durch eine nachhaltige Implementierung kann sie dazu beitragen, die Pflegebranche zu entlasten und gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG), das am 09. Juni 2021 in Kraft getreten ist, wurde das Modellprogramm zur Erprobung von Telepflege nach § 125a SGB XI eingerichtet. Für den Zeitraum von 2022 bis 2025 werden dafür 10 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung des Modellprogramms.

In einem strukturierten Bewertungsverfahren wurden in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bundesweit 12 Projekte für eine Teilnahme ausgewählt, die den Einsatz der Telepflege anhand verschiedener Kommunikationsanlässe beispielsweise zwischen den professionell Pflegenden und dem Pflegebedürftigen oder den An- und Zugehörigen erproben. Die Laufzeit beträgt bei allen Projekten 15 Monate.

[https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm\\_125a\\_sgb\\_xi/pflege\\_modellprojekte\\_125a.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_125a_sgb_xi/pflege_modellprojekte_125a.jsp)

### 3.2.3 Telebetreuung in der Langzeitpflege nach §45 SGB XI: Ein Modellprojekt zur Förderung der sozialen Teilhabe von Senioren – Denise Hobein und Philipp Zell

Das Telebetreuungs-Projekt gemäß §45 SGB XI adressiert die wachsenden Herausforderungen der Betreuung in ländlichen Gebieten. Gunnar Sander, ein erfahrener Pflegeunternehmer, wurde von der GKV ausgewählt, dieses Modellprojekt durchzuführen. Ziel ist es, die Telepflege in städtischen, ländlichen und insularen Regionen zu erproben, um Vereinsamung zu verhindern und eine Versorgung sicherzustellen. Eine abschließende Evaluation des Projekts ist für 2025 vorgesehen, um dessen Zukunftsfähigkeit zu bewerten.

#### Schwerpunkte und Herausforderungen:

Nina Wobbe, Projektleiterin, arbeitet gemeinsam mit der IT-Abteilung und dem Softwareanbieter sprechende.online an der praktischen Umsetzung. Die Telebetreuung ersetzt traditionelle Präsenzangebote durch digitale Formate wie z.B. Videogespräche per Tablet. Das adressiert folgende zentrale Herausforderungen:

1. Betreuungslücken schließen: Der Fachkräftemangel erschwert regelmäßige Präsenzbetreuung. Telebetreuung ermöglicht einen effizienteren Einsatz der Ressourcen.

2. Einsamkeit vorbeugen: Die Pandemie hat die Bedeutung sozialer Kontakte verdeutlicht. Virtuelle Treffen können Isolation verhindern.
3. Frühzeitige Hilfsangebote: Regelmäßige Video-termine ermöglichen eine frühzeitige Erkennung von Unterstützungsbedarf und die gezielte Bereitstellung von Hilfe.

Ein zentraler Baustein des Projekts ist der Kompetenzaufbau bei den betreuten Personen. Senioren werden geschult, Tablets sicher zu nutzen, einschließlich grundlegender Funktionen wie der Bildschirm Sperre. Technisch geschulte Mitarbeiter stehen als Ansprechpartner bereit, um technische und organisatorische Fragen zu klären und Unterstützung zu bieten.

- Vorteile der Telebetreuung: Telebetreuung bietet eine hohe Flexibilität und Anpassungsfähigkeit.
- Erweiterung des Angebots: Standorte können Schwerpunkte wie Biografiearbeit oder interaktive Spiele setzen.
- Überbrückung von Personalausfällen: Betreuung kann bei Bedarf von anderen Standorten übernommen werden.
- Zugang für ländliche Regionen: Insbesondere abgelegene Gebiete profitieren von digitaler Betreuung und einer stärkeren sozialen Einbindung.
- Teilnahme an sozialen Aktivitäten: Senioren können virtuell an Veranstaltungen teilnehmen, selbst bei eingeschränkter Mobilität.

**Fazit:**

Telebetreuung gemäß § 45 SGB XI ist ein vielversprechendes Modell, um die Betreuungskapazitäten nachhaltig zu erweitern und die Versorgung in ländlichen Gebieten zu stärken. Durch gezielte digitale Ansätze kann die Lebensqualität der Senioren verbessert werden, während gleichzeitig die Pflegebranche flexibel auf den Fachkräftemangel reagiert. Das Modellprojekt zeigt, dass ortsunabhängige Betreuung nicht nur möglich, sondern auch effektiv ist.

3.3

# Wissen und Lernen in und mit der TI-Infrastruktur

Melanie Philip, Ferdinand Scheffler, Janet Blümke und Philipp Zell

### 3.3.1 Bericht aus der Praxis: Vorbereitung auf die TI aus Sicht eines Komplexträgers der Langzeitpflege – Melanie Philip im Interview mit Janet Blümke

Dieses praxisnahe Interview bietet anderen Pflegeeinrichtungen wertvolle Einblicke in die Herausforderungen und notwendigen Schritte zur erfolgreichen Vorbereitung und Implementierung der TI. Eine strategische Planung und fundierte Beratung sind dabei ebenso wichtig wie die technische Affinität der zuständigen Mitarbeitenden.

**Philip:** Kommen Sie aus dem Bereich der Pflege?

**Blümke:** Nein, ich habe keinen fachlichen Hintergrund in der Pflege. Meine Aufgabe als Digitalisierungsbeauftragte besteht jedoch darin, den TI-Anschluss des Unternehmens strukturiert vorzubereiten und umzusetzen.

**Philip:** Wie sind Sie bei der Vorbereitung des TI-Anschlusses vorgegangen?

**Blümke:** Im Mai 2023 nahm ich zunächst an einer interaktiven Online-Schulung unseres Dokumentationsanbieters teil, die einen umfassenden Überblick über die Anforderungen und Prozesse der TI bot. Die Schulung war für Kunden kostenlos und stellte anschließend ein detailliertes Handout zur Verfügung, das die wesentlichen Schritte zusammenfasste. Zudem nutzte ich Checklisten verschiedener Anbieter, die klare Anweisungen zum Ablauf der Beantragung von SMC-B-Karten und Heilberufsausweisen enthielten. Des Weiteren konnte ich mich durch den Austausch mit IT-Experten und Vertretern sowie anderer Pflegeeinrichtungen über bewährte Vorgehensweisen informieren und Best Practices für die Implementierung ableiten.

**Philip:** Gibt es Unterschiede in der TI-Anbindung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege?

**Blümke:** Bisher konnten wir keine wesentlichen Unterschiede feststellen, wobei sich unser Fokus aktuell auf die ambulanten Standorte beschränkt.

**Philip:** Welche Mehrwerte verspricht sich Ihre Einrichtung von der TI-Anbindung?

**Blümke:** Ein wesentlicher Mehrwert liegt in der optimierten und beschleunigten Kommunikation mit Ärzten und Apotheken. Zudem erwarten wir eine deutliche Reduktion des Verwaltungs- und Archivierungsaufwands durch die digital gestützte Dokumentation und Kommunikation, was die Effizienz unserer Prozesse steigern wird. Unser Ziel ist es, die TI bereits vor Juli 2025 vollumfänglich zu nutzen.

**Philip:** Welche Herausforderungen sehen Sie bis zur geplanten Einführung im Juni 2025?

**Blümke:** Die Finanzierung stellt eine der größten Herausforderungen dar, da die Einrichtungen in Vorleistung gehen müssen, um sich grundsätzlich an die TI anzuschließen. Dies beinhaltet sowohl die technischen Anschaffungen als auch die jährlichen Kosten für Heilberufsausweise (ca. 100 Euro pro Jahr und Ausweis). Eine Förderung ist derzeit auf zwei Heilberufsausweise pro IK begrenzt, wodurch es bei kurzfristigen Personalwechseln eine Herausforderung sein kann, schnell Ersatz zu beschaffen. Eine verbindliche Regelung, wer diese laufenden Kosten trägt, wäre hilfreich.

**Philip:** Welche Kosten verursacht die TI-Vorbereitung bisher und gibt es Möglichkeiten zur Kostenrück-erstattung?

**Blümke:** Die aktuellen Kosten beschränken sich vor allem auf den Personalaufwand, da die Aufgaben derzeit nur sporadisch anfallen. Ich schätze den zeitlichen Aufwand auf etwa vier Stunden pro Monat. Sobald die TI vollständig implementiert ist, wird der Schulungsbedarf jedoch voraussichtlich stark steigen, was höhere Kosten verursachen dürfte. Eine klare Kostenplanung und -erstattung für diese Mehrbelastungen wäre wünschenswert.

**Philip:** Was hätten Sie sich als Unterstützung gewünscht, um die TI-Implementierung effizienter vorzubereiten?\*

**Blümke:** Zu Beginn waren die Informationen und Ansprechpartner oft uneinheitlich und teilweise widersprüchlich. Bis Mitte 2024 fehlte es an klaren, verlässlichen Informationen und Zuständigkeiten. Für die Implementierung hätte ich mir einheitliche Informationen und Ansprechpartner gewünscht, die konsistente und valide Auskünfte bieten. Diese haben sich mittlerweile etabliert, doch gerade zu Beginn hätte dies den Prozess deutlich beschleunigt.

**Philip:** Welche Ratschläge haben Sie für andere Einrichtungen, die mit der TI-Vorbereitung beginnen?

**Blümke:** Es ist entscheidend, auf die Aktualität und Verlässlichkeit der Informationsquellen zu achten, da einige Angaben im Internet veraltet oder ungenau sind. Der direkte Kontakt zu hauseigenen Softwareanbietern für Schulungen und Beratungen hat sich als effektivste Methode erwiesen. Die TI-Anbindung kann zunächst komplex und undurchsichtig erscheinen; daher empfehle ich, dass der für die Implementierung verantwortliche Mitarbeiter über eine gewisse technische Affinität verfügt, um den Prozess effizient zu steuern und Herausforderungen sicher zu meistern.

### 3.3.2 Chatbot – Ein digitaler Assistent für die TI-Implementierung in der Pflege – Ferdinand Scheffler

Die Gesundheits- und Sozialwirtschaft steht vor der Herausforderung, wachsende Anforderungen bei begrenzten Ressourcen zu bewältigen. Ein entscheidender Schritt in die Digitalisierung ist die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI), die eine vernetzte und sichere Kommunikation ermöglicht.

Ein spezialisierter Chatbot unterstützt dabei, indem er Anleitungen bereitstellt, Fragen beantwortet und Probleme behebt.

#### Chatbot: Der spezialisierte Assistent für die TI-Anbindung

Der Chatbot für das Gesundheitswesen basiert auf modernen Sprachmodellen, die Sprache verstehen und generieren. Er lässt sich flexibel anpassen, bietet Informationen zu Fachbegriffen und kann im gewünschten Tonfall interagieren. Diese Flexibilität macht ihn zu einer idealen Unterstützung bei Projekten wie der TI-Implementierung.

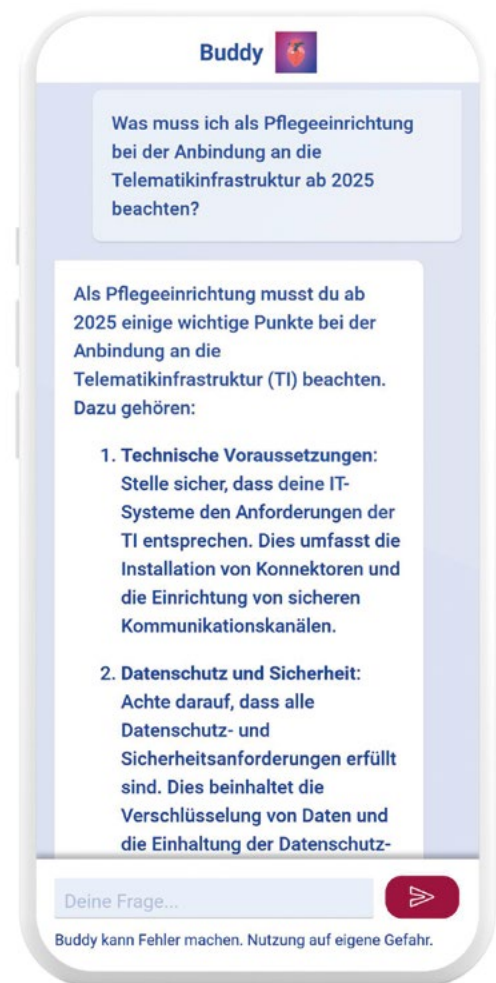
#### Anwendungsfall: Anleitung und Installation der TI

Die Anbindung an die TI erfordert eine gut strukturierte Vorgehensweise. Der Chatbot führt Pflegeeinrichtungen durch die notwendigen Schritte:

1. Vorbereitung: Der Chatbot erklärt, welche Materialien benötigt werden, z. B. SMC-B-Karten und Heilberufsausweise, und stellt eine Checkliste bereit.
2. Schrittweise Installation: Der Chatbot gibt detaillierte Anleitungen zur Installation von Hardware und Software, wie dem Anschluss des Konnektors und der Einrichtung der Authentifizierungssoftware.
3. Echtzeit-Fehlerbehebung: Er bietet sofortige Unterstützung bei technischen Problemen, was den Bedarf an externem IT-Support reduziert.
4. Sicherheitsanweisungen: Der Chatbot informiert über die Einhaltung der DSGVO und gibt Hinweise

Abb. 3.3.2a: Chatbot – Der spezialisierte Assistent für die TI-Anbindung

ID:00089



Quelle: Die Pflegepioniere

zur sicheren Datenspeicherung und regelmäßigen Sicherheitsprüfungen.

5. Testphase und Abnahme: Nach der Installation führt er durch eine Testphase zur Überprüfung der Verbindung und Funktionsfähigkeit.
6. Dokumentation und Schulung: Der Chatbot stellt Anleitungen zur Dokumentation bereit und gibt Schulungstipps, um das Team mit der TI-Nutzung vertraut zu machen.

### Vorteile des Chatbots bei der TI-Anbindung

Der Chatbot erleichtert die TI-Implementierung durch klare Anleitungen und schnelle Lösungen. Dadurch wird das Personal entlastet, der Prozess beschleunigt und Fehler werden minimiert. Pflegeeinrichtungen profitieren von einer effizienten und sicheren Umsetzung, was Zeit und Ressourcen spart.

### Fazit

Der Chatbot ist ein wertvolles Hilfsmittel bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur, indem er Pflegeeinrichtungen durch den komplexen Prozess führt. Sein Einsatz unterstützt eine reibungslose und normgerechte Einführung der TI, was eine moderne, digitale Pflegeinfrastruktur fördert und die Arbeit der Pflegekräfte erleichtert.

## 3.3.3 Einführung eines E-Learning Systems – Melanie Philip und Philipp Zell

Die Digitalisierung erfordert digitale Kompetenzen, die über analoge Schulungsformate hinausgehen. pflegespezifische E-Learning-Systeme bieten eine flexible und effektive Möglichkeit, Mitarbeitende weiterzubilden und auch Inhalte zur Digitalisierung sowie zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) zu vermitteln. Ein durchdachtes E-Learning-System kann nicht nur Wissen effizient vermitteln, sondern auch die Lernmotivation steigern, die Umsetzung im Arbeitsalltag fördern und vereinfachen die Schulungsplanung.

### Voraussetzungen für ein erfolgreiches E-Learning-System

1. Benutzerfreundlichkeit: Wählen Sie ein E-Learning-System, das intuitiv bedienbar ist, um Einstiegshürden zu vermeiden.
2. Technischer Support: Stellen Sie sicher, dass ein Ansprechpartner für technische Probleme dafür Sorge trägt, dass Mitarbeitende bei Herausforderungen mit Hard- oder Software nicht allein gelassen werden.
3. Ausstattung: Schaffen Sie E-Learning-Sets, bestehend aus Laptop, zweitem Bildschirm und ggf. Mobilfunkkarte an, die flexibles Lernen ermöglichen. Zusätzlich sollte die Möglichkeit bestehen, Lernmaterialien im Betrieb auszudrucken.
4. Lernumgebung: Eine störungsfreie Umgebung ist essenziell. Arbeitgeber können z.B. ein ruhiges Lernzimmer im Betrieb bereitstellen, falls der private Lernort nicht geeignet ist.

Während die Vorteile von E-Learning-Systemen unbestritten sind, bevorzugen viele Mitarbeitende auch nach der Corona-Zeit den direkten Austausch in Präsenzformaten. Eine Kombination aus Online-Schulungen und Präsenztreffen bietet hier einen idealen Ansatz. Führungskräfte können E-Learning-Einheiten auswählen, um diese in Teammeetings oder bei Übergaben zu präsentieren. Dies erlaubt eine gemeinsame Reflexion und Diskussion über die Umsetzung im Arbeitsalltag, beispielsweise in Form von Fallbesprechungen.

### Fazit

E-Learning-Systeme sind ein entscheidender Baustein für die Weiterbildung in der Pflege. Ihre Implementierung sollte sorgfältig geplant werden, um die Lernerfolge zu maximieren. Ein hybrides Konzept, das E-Learning mit Präsenzformaten kombiniert, fördert den Wissenstransfer und schafft eine optimale Lernumgebung für die Mitarbeitenden. Gleichzeitig steigert es die Akzeptanz und Effektivität digitaler Weiterbildungsangebote.

### 3.3.4 Fazit zur Digitalisierung in der Pflege – Melanie Philip

Die Digitalisierung in der Pflege bietet sowohl Chancen als auch Herausforderungen. Der Einsatz der Telemedizininfrastruktur (TI) ist dabei zentral, um eine sichere und effiziente Datenkommunikation zu ermöglichen. Digitale Dokumentationssysteme schaffen die Grundlage für diese Entwicklungen, indem sie Arbeitsabläufe erleichtern und Transparenz erhöhen. Projekte wie die Telebetreuung nach §45 SGB XI zeigen, wie digitale Ansätze soziale Teilhabe und Betreuung auch in ländlichen Gebieten fördern können.

Die Einführung neuer Technologien, einschließlich E-Learning-Systemen und digitaler Assistenten wie

Chatbots, unterstützt Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung und Anwendung der TI. Diese Instrumente entlasten das Personal und verbessern die Qualität der Versorgung. Die Bedeutung von Schulungen und technischem Know-how bei der Implementierung solcher Systeme darf nicht unterschätzt werden, da sie den Erfolg entscheidend beeinflussen.

Abschließend zeigt sich, dass eine erfolgreiche Digitalisierung in der Pflege eine Kombination aus durchdachter Planung, technologischer Anpassung und kontinuierlicher Schulung aller Beteiligten erfordert. Die Praxisberichte und Projektbeispiele belegen, dass digitale Lösungen die Effizienz und die soziale Teilhabe verbessern und die Pflegebranche zukunftsfähig machen können.

#### Autoren:

**Melanie Philip, Philipp Zell,  
Dr. Christian Vaske, Denise Hobein**  
Pflegepioniere – Pflege jetzt und gemeinsam  
zukunftsfähig machen

**Maxie Lutze, Dr. Katharina Dassel, Anne Busch**  
Institut für Innovation und Technik in der VDI/VDE  
Innovation + Technik GmbH

**Ferdinand Schäffler**  
Projektentwicklung DiCoone

**Heinrich von Wulfen**  
Sales Consultant  
Famedly GmbH

**Janet Blümke**  
Personalabteilung  
Der Pflegedienst Lilienthal GmbH

**Horst Geers**  
Referent für Pflege und Qualitätsmanagement  
im Landes-Caritasverband für Oldenburg e. V.

**Ellen Nicke**  
team79 Beratungsgesellschaft mbH

## Notizen:

3.4

# Präzise, einfach, wirkungsvoll: KI-gestützte Sturzprävention in der Pflege – Die LINDERA Mobilitätsanalyse im Fokus

Menia Ettrich, Lintera GmbH

Stürze gehören zu den drängendsten und bislang ungelösten Gesundheitsproblemen unserer Zeit, insbesondere bei älteren Menschen. Rund 30% der über 65-Jährigen stürzen mindestens einmal im Jahr, was oft schwerwiegende Folgen wie Knochenbrüche oder dauerhafte Mobilitätseinschränkungen nach sich zieht. Trotz aller Fortschritte in der Medizin – weder eine Pille noch ein Impfstoff können das Sturzrisiko direkt mindern. Die Folgen sind dramatisch: Schätzungen zufolge verursacht diese Problematik allein in Deutschland jährliche Kosten von rund 1,5 Milliarden Euro. Mit dem demografischen Wandel nimmt das Problem weiter zu.

Die Sturzprävention ist jedoch nicht nur eine medizinische Herausforderung. Der gesamte Prozess, von der Risikobewertung über die Dokumentation bis hin zu den Nachweisen für den Medizinischen Dienst (MD), ist für Pflegekräfte oft entmutigend. Jede Fachkraft hat das nötige Wissen, um Stürze zu verhindern – aber es fehlt die Zeit für Fallbesprechungen, die Einbeziehung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie für eine genaue, kontinuierliche Überwachung. Stattdessen werden Interventionen und Angebote oft pauschal verteilt, ohne auf individuelle Entwicklungen einzugehen. Hier bietet LINDERA mit einer KI-gestützten Mobilitätsanalyse eine Lösung, die Sturzrisiken gezielt erfasst und damit eine personalisierte und effektive Sturzprävention ermöglicht, die leicht in den Pflegealltag integrierbar ist. (Abb. 3.4a)

## Pflegealltag und Sturzprävention: Eine ungelöste Herausforderung

In Pflegeeinrichtungen zeigt sich, dass klassische Verfahren zur Sturzrisikobewertung, wie sie in Ganglabors oder mit teuren Bewegungserfassungstechnologien eingesetzt werden, für die Altenpflege unpraktikabel sind. Systeme wie das Vicon-System, die über EUR 100.000 kosten und speziell geschultes Personal erfordern, haben in der Altenpflege keinen Platz. Gleichzeitig betont der Gesetzgeber mit dem Pflegekompetenzgesetz (PKG) die Notwendigkeit, die Fachlichkeit in der Pflege zu stärken. Das bedeutet, dass auch die eingesetzten Werkzeuge speziell für den Pflegealltag entwickelt werden müssen.

Abb. 3.4a: Digitale Erfassung von Sturzrisiken: praktischer Einsatz der Mobilitätsanalyse im Pflegealltag



Quelle: Linder GmbH

Hier setzt die LINDERA Mobilitätsanalyse an. Sie liefert mit minimalem Aufwand valide Ergebnisse direkt am Pflegebett – ohne kostspielige Infrastruktur oder zeitaufwendige Schulungen. Das Problem in der Pflege ist jedoch tiefergehend: Während manche Pflegekräfte eine Sturzprävention auf ein einfaches „Anhaken  im Dokumentationssystem“ reduzieren, möchte die Mehrheit die Fachlichkeit und den Berufsethos stärken. Doch sie verzweifeln oft an den hohen Dokumentationsanforderungen und dem Wissensmanagement. Entwicklungsverläufe können nicht objektiv nachvollzogen werden, und die Zeit für personalisierte Maßnahmen fehlt. Die LINDERA Mobilitätsanalyse bietet hier eine pragmatische, schnelle Lösung, die Pflegekräfte in ihrer Fachkompetenz unterstützt und gleichzeitig den pflegerischen Alltag effizienter gestaltet.

## Pflegequalität als Attraktivitätsfaktor: Innovationen und Berufsethos

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege haben direkten Einfluss auf die Attraktivität des Berufs. Innovative Technologien wie die LINDERA Mobilitätsanalyse ermöglichen es Pflegekräften, ihre fachliche Kompetenz voll auszuschöpfen und gleichzeitig den gestiegenen Anforderungen gerecht zu werden.

„Die LINDERA Mobilitätsanalyse erleichtert uns die tägliche Arbeit enorm. Wir können potenzielle Sturzrisiken schneller und gezielter erkennen, was uns hilft, individuelle Präventionsmaßnahmen effektiver umzusetzen,“ sagt Petra Poberitz, examinierte Pflegefachkraft und Pflegedienstleitung der AZURIT Rohr GmbH – Natürlich Leben im Alter. „Das gibt uns mehr Sicherheit und ermöglicht es uns, uns wieder stärker auf die persönliche Betreuung unserer Bewohner zu konzentrieren.“

KI-gestützte Lösungen entlasten die Pflegekräfte operativ. Sie bieten zudem eine fundierte Grundlage für fachlich solide Entscheidungen, die den Leitlinien entsprechen und Anforderungen des Medizinischen Dienstes (MD) standhalten. Die Kombination aus modernster Technologie und praxisnaher Anwendung ermöglicht es, Fachlichkeit, Leidenschaft und Pflichtbewusstsein auf höchstem Niveau zu verbinden – und das bei gleichzeitiger Zeitersparnis und besserer Pflegequalität.

## Wie LINDERA die Sturzprävention vereinfacht und verbessert

Die Mobilitätsanalyse nutzt die Kamera eines Smartphones oder Tablets, um den Gang einer Person aufzuzeichnen und wichtige Gangparameter wie Geschwindigkeit, Balance und Schrittlänge zu analysieren. Innerhalb weniger Minuten liefert die App präzise Daten, die durch einen KI-Algorithmus ausgewertet werden. Zusätzlich erfasst ein digitaler Fragebogen weitere Risikofaktoren wie kognitive Einschränkungen oder Medikamenteneinnahme. Das Ergebnis ist eine umfassende Risikobewertung, die Pflegekräften sofort zur Verfügung steht und eine gezielte, individuelle Sturzprävention ermöglicht.

Bereits in Zusammenarbeit mit hunderten Pflegeeinrichtungen und mehr als 20 Krankenkassen in Deutschland erfolgreich im Einsatz, beweist die KI-gestützte Mobilitätsanalyse von LINDERA ihre Praxistauglichkeit. Zu den Partnern gehören unter anderem die KKH Kaufmännische Krankenkasse, die IKK Innovation, die BARMER sowie große Pflegeeinrichtungen wie von der evangelischen Heimstiftung, der Volkssolidarität habilis, Korian, Caritas und dem DRK. Diese Partnerschaften verdeutlichen das Vertrauen in die wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Lösung, die Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit unterstützt und gleichzeitig die Pflegequalität verbessert.

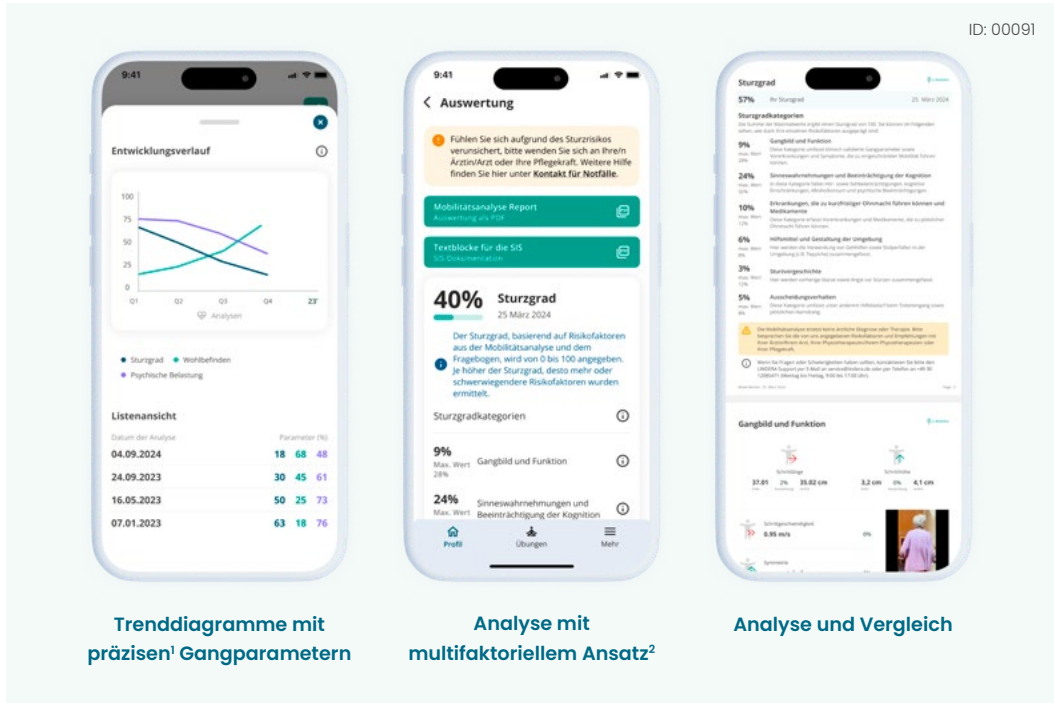
Im Vergleich zu den traditionellen, aufwendigen Ganganalysen bietet die LINDERA Mobilitätsanalyse eine leicht zugängliche, datengestützte und wissenschaftlich validierte Methode, die sich nahtlos in den Pflegealltag integrieren lässt. (Abb. 3.4b)

## Pflegekräfte und Angehörige einbeziehen

Eine erfolgreiche Sturzprävention erfordert die enge Zusammenarbeit von Pflegekräften, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Die LINDERA Mobilitätsanalyse erleichtert diesen Prozess, indem sie transparente und leicht verständliche Ergebnisse liefert. Das Pflegepersonal kann die Ergebnisse direkt mit den Angehörigen teilen und gemeinsam Maßnahmen zur Sturzprävention besprechen. Die App bietet Empfehlungen, die sich direkt auf die identifizierten Risikofaktoren beziehen, unterstützt die Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit und verbessert gleichzeitig die Pflegequalität. Diese Vernetzung aller Beteiligten stellt sicher, dass potenzielle Risiken frühzeitig erkannt und gezielt angegangen werden können.

Stürze gehören zu den größten ungelösten Problemen unserer alternden Gesellschaft. Die LINDERA Mobilitätsanalyse bietet eine innovative, KI-gestützte Lösung, die Sturzrisiken objektiv und effektiv identifiziert und eine präzise Sturzprävention ermöglicht. Durch die einfache Integration in den Pflegealltag und die wissenschaftlich fundierten Ergebnisse wird eine neue Qualität in der Pflege ermöglicht – fachlich, transparent und praxisnah. Die Digitalisierung der Pflege wird in den

Abb. 3.4b: Darstellung der Ergebnisse einer LINDERA Mobilitätsanalyse



Quellen:

- 1 Azhand, A., Rabe, S., Müller, S., Sattler, I., & Steinert, A. (2021). Algorithm Based on One Monocular Video Delivers Highly Valid and Reliable Gait Parameters. *Nature Scientific Reports*, 11 (1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93530-z> – Impact Factor: 4.4.
- 2 Montero-Odasso et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Ageing*, 51 (9) <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>.

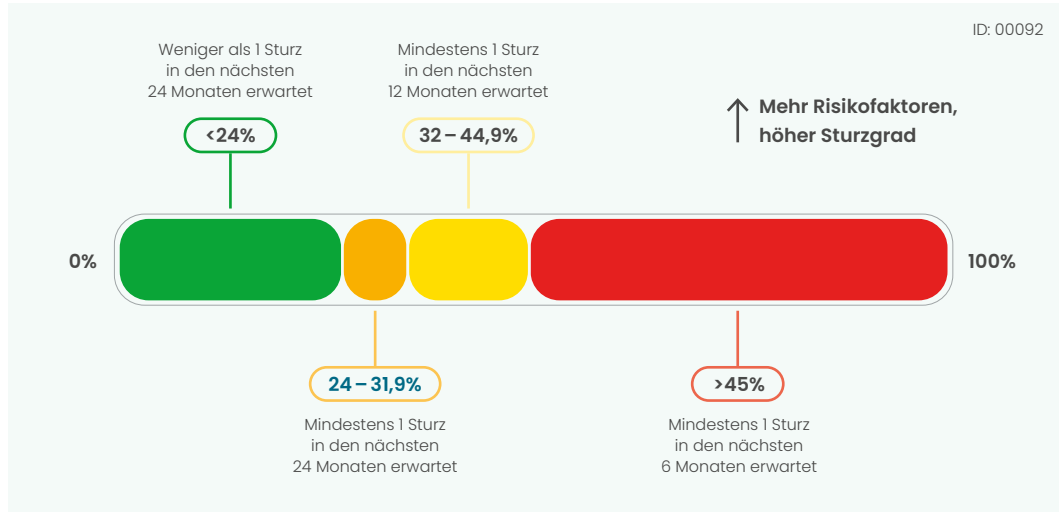
kommenden Jahren weiter an Bedeutung gewinnen und einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung der Pflegequalität leisten.

## Wissenschaftliche Grundlagen und Studienergebnisse

Die LINDERA Mobilitätsanalyse stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse aus der stationären Langzeitpflege. Eine der zentralen Studien untersuchte die Vorhersagekraft des Sturzgrades – ein von der App berechneter Wert, der über das Sturzrisiko informiert. Eine Studie mit 617 älteren Erwachsenen zeigte, dass ein höherer Sturzgrad zu Beginn der Studie mit einer höheren Sturzhäufigkeit, während der Nachbeobachtungszeit korrelierte. Auf der Grundlage dieser Daten wurde ein Prognosemodell entwickelt, das niedrige

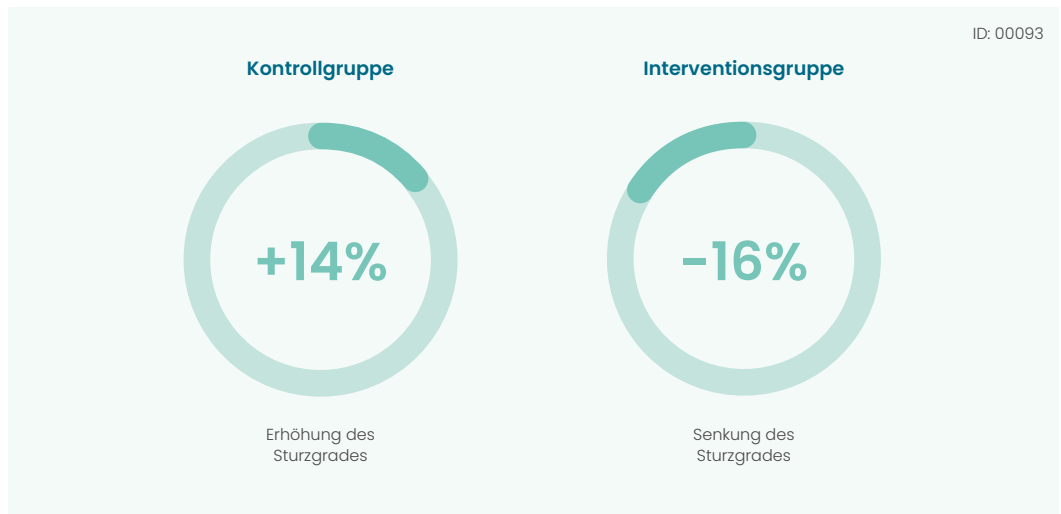
„Root Mean Square Errors“ (RMSE)-Werte aufwies, was die Zuverlässigkeit des Modells bei der Vorhersage des Sturzrisikos unterstreicht. Darauf aufbauend wurden mehrere Schwellenwerte festgelegt, die einen detaillierten Rahmen für die Risikostratifizierung und die Anpassung von Präventionsstrategien über verschiedene Zeithorizonte hinweg bieten. (Abb. 3.4c)

Eine gemeinsam mit der BARMER durchgeführte Studie zeigt, dass der Sturzgrad in der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen, die die LINDERA Mobilitätsanalyse nutzten, um 15,5 % gesenkt wurde. In der Kontrollgruppe, die eine Standardversorgung erhielt, stieg das Sturzrisiko dagegen um 14,2 %. Diese Ergebnisse verdeutlichen den potenziellen Nutzen der App im praktischen Einsatz. (Abb. 3.4d)

Abb. 3.4c: Sturzgrad Schwellenwerte für die Sturzvorhersage<sup>3</sup> basierend auf 617 Teilnehmern

Quelle: Lintera GmbH

Abb. 3.4d: Ergebnisse einer Cluster-Randomized Controlled Trial zur Evaluation der LINDERA Mobilitätsanalyse in stationären Pflegeeinrichtungen



Quelle: Lintera GmbH

3 Alves, S., Teme, S., Kurca, M., Weber, S., Zeichen, J., Pommer, W., Baumgart, A. (2023). Evaluating the prognostic and clinical validity of an AI-based mHealth application for fall prevention: a retrospective real-world data analysis. Aktuell im Review bei JMIR Aging. Impact Factor 4.9.

## Die Bedeutung der KI: Was macht die LINDERA Mobilitätsanalyse besonders?

Die Mobilitätsanalyse zeichnet sich durch den Einsatz Künstlicher Intelligenz aus. Die verwendeten KI-Algorithmen basieren auf fortschrittlicher Computer-Vision-Technologie und nutzen sowohl 2D- als auch 3D-Positionsschätzungen, um eine detaillierte Bewegungsanalyse durchzuführen. Dies ermöglicht eine genaue und objektive Bewertung von Gangparametern, die für das menschliche Auge oft nicht sichtbar sind. Zu den wichtigsten Merkmalen der KI-basierten Analyse gehören:

- **Personenerkennung und -verfolgung:** Die App identifiziert die Person im Video und verfolgt ihre Bewegungen präzise.
- **2D- und 3D-Positionsabschätzung:** Die KI analysiert die Körperhaltung der Person sowohl in zwei als auch in drei Dimensionen und ermöglicht so eine tiefere und detailliertere Ganganalyse.
- **Messung der Gangparameter:** Wichtige Parameter wie Geschwindigkeit, Schrittlänge, Schritthöhe und Symmetrie werden von der KI kontinuierlich ausgewertet.

Der Einsatz der KI ermöglicht nicht nur eine genauere Einschätzung des Sturzrisikos, sondern auch eine kontinuierliche Überwachung und Dokumentation

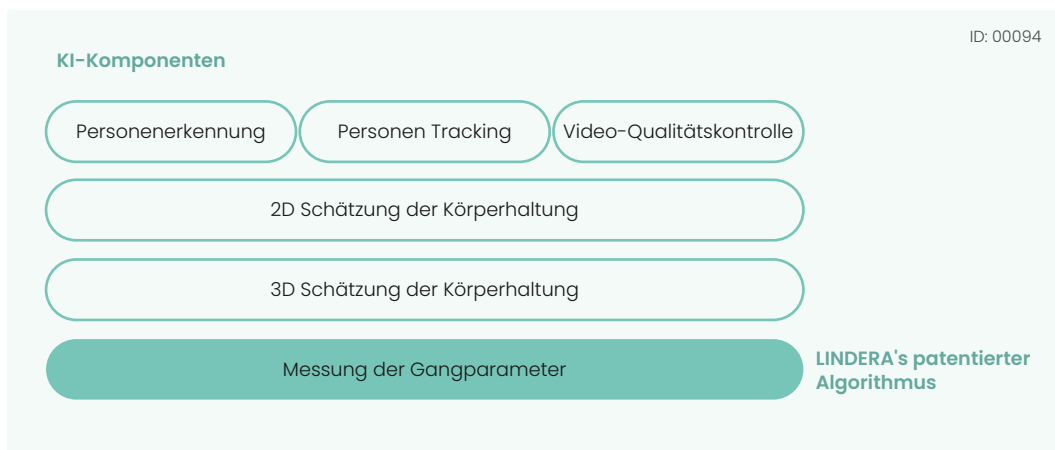
von Veränderungen der Mobilität. Dies hilft, mögliche Sturzrisiken frühzeitig zu erkennen und entsprechende Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

## Zukunftsperspektiven: Wohin steuert die digitale Pflege?

Mit dem zunehmenden Einsatz digitaler Anwendungen und datengesteuerter Analysemethoden werden Pflegemaßnahmen immer präziser und individueller. Die digitale Transformation der Pflege ist aber nicht nur eine technologische Herausforderung, sondern auch eine Chance, Pflegeprozesse neu zu denken und an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft anzupassen.

Künstliche Intelligenz spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle: Sie bietet die Möglichkeit, Prozesse zu automatisieren und fundierte Entscheidungen auf der Grundlage gesammelter Daten zu treffen. Diese Entwicklungen kann in Zukunft zu einer Standardisierung der digitalen Sturzprävention führen und die Sicherheit und Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen deutlich erhöhen. Gleichzeitig ermöglichen solche Innovationen dem Pflegepersonal, seine Zeit effizienter zu nutzen und sich mehr auf die direkte Pflege zu konzentrieren. Damit begibt sich die Pflege faktisch auf die Pfade der Medizin. Denn Spitzenmedizin ist menschlich und gleichzeitig datengetrieben.

Abb. 3.4e: KI-Algorithmen der LINDERA-Videoanalyse zur Berechnung von Gangparametern.



3.5

# Die Zukunft der Physiotherapie – Eine Studie der opta data Zukunfts-Stiftung

Linda Kaiser, opta data Zukunfts-Stiftung

Mit der neuen Studie der opta data Zukunfts-Stiftung – der PhysioStudie 2025 – öffnet sich ein Fenster in die Zukunft der Physiotherapie: Wie sehen Physiotherapeuten ihre gegenwärtige, vor allem aber ihre zukünftige Rolle im Gesundheitswesen? Wie kann ihr Berufsstand dabei helfen, die Zahl der Krankenhausaufenthalte und damit hohe Kosten zu reduzieren? Welchen Nutzen sehen Physiotherapeuten in der Digitalisierung, welche Möglichkeiten eröffnen sich ihnen heute und in Zukunft?

Die Ergebnisse der PhysioStudie 2025 zeigen, wie zentral und unverzichtbar die Bedeutung der Physiotherapie für unser Gesundheitssystem ist. Sie verdeutlichen nicht nur die gegenwärtige Situation und die aktuellen Herausforderungen dieser Berufsgruppe, sondern liefern auch wertvolle Handlungsempfehlungen für die Gestaltung einer wünschenswerten Zukunft.

## Welche Zukunftstrends zeichnen sich derzeit für die Physiotherapie ab?

### Herausforderungen und aktuelle Situation der Physiotherapie

Als ein wesentlicher Bestandteil unseres Gesundheitssystems birgt die Physiotherapie große Chancen für die gesamte Gesellschaft. Physiotherapeuten spielen eine zentrale Rolle in der Prävention und Behandlung vieler gesundheitlicher Probleme, doch bleiben ihre Kompetenzen und Potenziale oft ungenutzt oder werden zu spät ins Spiel gebracht.

Die Forderungen nach mehr beruflicher Autonomie und einer Aufwertung der Rolle der Physiotherapie im Gesundheitssystem sind daher immer deutlicher zu vernehmen – Forderungen, denen die opta data Zukunfts-Stiftung mit der PhysioStudie 2025 Nachdruck verleihen möchte. Die Berufsgruppe der Physiotherapeuten kann, wenn ihr mehr Handlungsspielraum eingeräumt wird, erheblich zur Entlastung des Gesundheitswesens beitragen und das Wohlbefinden der Patienten schneller und nachhaltiger verbessern, als es heute oftmals der Fall ist.

## Eckdaten der PhysioStudie 2025

Die PhysioStudie 2025 wurde von der opta data Zukunfts-Stiftung in Kooperation mit dem IZZ (Institut für Zukunftsmanagement und Zukunftspsychologie an der Sigmund Freud PrivatUniversität) in Wien entwickelt und durchgeführt. Die wissenschaftliche Leitung lag bei Prof. Dr. Thomas Druyen. Die Studie untersucht unter anderem, wie Physiotherapeuten neuen Arbeitsansätzen und technologischen Innovationen gegenüberstehen, wie sie die Zukunftsfähigkeit ihrer Berufsgruppe einschätzen und wie eine stärkere Vernetzung in ihren Augen dazu beitragen kann, die Gesundheitsversorgung weiterhin zu gewährleisten und effizienter zu gestalten.

Die Studie setzt sich aus einer qualitativen und einer quantitativen Teilstudie zusammen und liefert dadurch vielseitige Einblicke in die aktuellen Herausforderungen und Zukunftsperspektiven der Physiotherapie in Deutschland. Von September 2023 bis März 2024 wurde eine qualitative Untersuchung durchgeführt, die mit 61 Experteninterviews tiefergehende Erkenntnisse aus Sicht erfahrener Physiotherapeuten und Entscheidungsträger entwickelt. Diese Ergebnisse und Erkenntnisse bildeten die Grundlage für den quantitativen Teil der Studie, der zwischen vom 1. Mai bis zum 7. Juni 2024 durchgeführt wurde und mit der Teilnahme von 1.912 Physiotherapeuten ein repräsentatives Bild dieser Berufsgruppe zeichnet.

## Zentrale Ergebnisse und Hypothesen des qualitativen Teils

In den Experteninterviews wurden insgesamt 14 Hauptthemen aufgegriffen. Diese Themenbereiche wurden später im quantitativen Teil der Studie validiert und weiter untersucht. Aus den Experteninterviews lassen sich verschiedene Hypothesen ableiten.

### 1. Hypothese: Berufliche Autonomie und Direktzugang als Hebel für Effizienz und Einsparungen im Gesundheitssystem

Ein zentrales Ergebnis der qualitativen Studie ist der deutliche Wunsch nach mehr beruflicher Autonomie und dem Direktzugang zur Physiotherapie. 78,68%

der befragten Physiotherapeuten sehen den Direktzugang – Patienten können ohne ärztliche Überweisung direkt in die physiotherapeutische Behandlung kommen, ohne dafür selbst zahlen zu müssen – als einen wichtigen Schlüssel. Der Direktzugang könnte nicht nur die Effizienz in der Patientenversorgung steigern, sondern auch den administrativen Aufwand in Arztpraxen und die Arbeitsbelastung von Ärzten reduzieren. Zudem würden die Kosten für ärztliche Verordnungen und Überweisungen entfallen, was sowohl das Krankenkassenbudget als auch die Praxisressourcen schonen könnte.

#### Auswirkungen auf das Gesundheitssystem:

- Reduktion von Arztbesuchen: Der Direktzugang zur Physiotherapie könnte dazu beitragen, die Zahl der Arztbesuche zu reduzieren, da Patienten frühzeitig physiotherapeutisch betreut werden könnten. Dies entlastet die hausärztliche Versorgung und verringert die Wartezeiten für Patienten mit anderen Beschwerden.
- Einsparungen bei Krankenkassen: Durch den Wegfall ärztlicher Verordnungen für Physiotherapie könnten Krankenkassen administrative Kosten einsparen. Eine frühere und gezielte Behandlung durch Physiotherapeuten könnte zudem präventiv wirken und langfristig die Gesundheitskosten senken, da chronische Erkrankungen und Folgebehandlungen reduziert würden.

### **2. Hypothese: Interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Senkung der stationären Kosten**

68,85% der befragten Experten heben die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit hervor. Besonders bei komplexen oder chronischen Krankheitsbildern wird eine Vernetzung zwischen Physiotherapeuten, Ärzten, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsberufen als entscheidend erachtet. Diese Zusammenarbeit könnte die Behandlungsqualität steigern, die Therapiedauer verkürzen und unnötige stationäre Einweisungen vermeiden.

#### Auswirkungen auf das Gesundheitssystem:

- Kostenreduktion im Krankenhausbereich: Durch eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit könnten Krankenhausaufenthalte verringert oder verkürzt werden, was wiederum die stationären Kosten senken würde. Eine frühzeitige physiotherapeutische Behandlung kann außerdem dazu beitragen, post-operative Rehabilitationszeiten zu verkürzen.
- Effizienzsteigerung in der Patientenversorgung: Die Einbindung der Physiotherapie in interdisziplinäre Teams ermöglicht eine umfassendere und effizienter koordinierte Patientenbetreuung. Dies führt zu einer Verringerung von Behandlungsduplikationen und reduziert die Belastung des Gesundheitsbudgets.

### **3. Hypothese: Kompetenzerweiterung als Grundlage für präventive und kosteneffiziente Behandlungsmethoden**

Die Forderung nach einer Kompetenzerweiterung, insbesondere bei der Diagnose und Therapieplanung, findet bei 67,21% der Experten Zustimmung. Eine größere Eigenständigkeit der Physiotherapeuten könnte es ermöglichen, den Behandlungsprozess eigenverantwortlich und flexibler zu gestalten, was wiederum die Versorgungsqualität steigert und gleichzeitig die Kapazitäten in der hausärztlichen Versorgung entlastet.

#### Auswirkungen auf das Gesundheitssystem:

- Reduktion von Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen: Physiotherapeuten mit erweiterten Kompetenzen könnten diagnostische Aufgaben übernehmen und damit frühzeitig zielgerichtete Behandlungspläne erstellen. Dies könnte die Zahl von Fehldiagnosen und unnötigen Untersuchungen verringern.
- Förderung präventiver Gesundheitsmaßnahmen: Durch die Erweiterung ihrer Kompetenzen könnten Physiotherapeuten verstärkt in die Prävention einbezogen werden, etwa durch spezifische Beratung zu Bewegungs- und Ernährungsthemen. Eine stärkere Präventionsarbeit würde die Krankenkassen langfristig entlasten, da weniger Kosten für chronische Erkrankungen und Folgebehandlungen entstehen.

#### 4. Hypothese: Prävention und Gesundheitsberatung als Beitrag zur Reduktion langfristiger Gesundheitskosten

65,57% der befragten Experten sind der Ansicht, dass Physiotherapeuten verstärkt präventiv und beratend tätig sein sollten. Diese Rolle könnte dazu beitragen, dass Patienten gezielt und nachhaltig auf ihre Gesundheit achten und langfristig chronische Erkrankungen vermieden werden.

##### Auswirkungen auf das Gesundheitssystem:

- **Kosteneinsparungen durch Prävention:** Durch eine frühe Beratung und präventive Maßnahmen könnten Krankenkassen auf lange Sicht Behandlungskosten einsparen, da viele chronische Erkrankungen durch Bewegung und Prävention vermeidbar sind.
- **Gesundheitsförderung und Reduktion der Arbeitsunfähigkeit:** Die gezielte Prävention durch Physiotherapeuten kann auch die Arbeitsmarktsituation positiv beeinflussen. Reduzierte Fehlzeiten und eine niedrigere Arbeitsunfähigkeit würden den volkswirtschaftlichen Nutzen der Physiotherapie erheblich steigern.

#### 5. Hypothese: Technologischer Fortschritt zur Verbesserung der Versorgung und Reduktion administrativer Kosten

95,08% der befragten Physiotherapeuten betonten die Relevanz digitaler Technologien wie Künstlicher Intelligenz (KI) und Teletherapie. Gerade die Teletherapie, die während der COVID-19-Pandemie große Bedeutung gewann, könnte Patienten den Zugang zur Physiotherapie erleichtern. Die Digitalisierung könnte Routineaufgaben automatisieren, wodurch Physiotherapeuten mehr Zeit für die direkte Patientenbetreuung hätten.

##### Auswirkungen auf das Gesundheitssystem:

- **Erweiterung des Zugangs zu physiotherapeutischen Leistungen:** Teletherapie bietet insbesondere Patienten in ländlichen Regionen Zugang zur Physiotherapie und reduziert damit Anfahrtszeiten und -kosten. Sie könnte zudem die Patientenzufriedenheit steigern und den Therapieerfolg verbessern, was sich wiederum positiv auf das allgemeine Gesundheitssystem auswirkt.

- **Kosteneinsparungen durch Automatisierung:** Durch die Digitalisierung administrativer Aufgaben könnten Krankenkassen und Einrichtungen Personalkosten einsparen. Dies würde nicht nur die Effizienz steigern, sondern auch die Qualität der dokumentierten Behandlungsprozesse verbessern.

#### 6. Hypothese: Verbesserung der gesellschaftlichen Anerkennung und stärkere berufspolitische Unterstützung zur Sicherstellung des Berufsnachwuchses

Viele Physiotherapeuten kritisieren die mangelnde gesellschaftliche und politische Anerkennung ihres Berufs. 65,57% der Befragten sehen Handlungsbedarf in der Förderung des Berufs, insbesondere durch eine bessere Vergütung und bessere Arbeitsbedingungen. Diese Maßnahmen könnten die Berufszufriedenheit steigern und mehr junge Menschen für die Physiotherapie begeistern.

##### Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und den Arbeitsmarkt:

- **Sicherstellung des Berufsnachwuchses:** Eine höhere gesellschaftliche Anerkennung und verbesserte Arbeitsbedingungen könnten dazu beitragen, den Beruf für Nachwuchskräfte attraktiver zu machen und dem Fachkräftemangel in der Physiotherapie zu begegnen. Dies ist für die Versorgungssicherheit im Gesundheitssystem essenziell.
- **Stärkung der Berufszufriedenheit und Reduktion von Berufsausstiegen:** Verbesserte Vergütungsmodelle und berufspolitische Unterstützung könnten die Arbeitszufriedenheit steigern und damit die Zahl derjenigen Physiotherapeuten senken, die ihren Beruf vorzeitig aufgeben. Eine stabile Berufsgruppe würde eine kontinuierlich hohe Qualität in der Patientenversorgung sicherstellen.

## Ergebnisse und Hypothesen des quantitativen Teils: Bestätigung und vertiefte Analysen

Der quantitative Teil der Studie bestätigt viele der im qualitativen Teil formulierten Hypothesen und zeigte, dass die Herausforderungen und Forderungen der Experten im Berufsfeld geteilt werden. Die Umfrage unter fast 2.000 Physiotherapeuten bietet ein differenziertes Bild der Bedürfnisse und Erwartungen des Berufsstandes.

### Autonomie und Direktzugang

62,7% der Befragten geben an, dass der Direktzugang eine wesentliche Verbesserung für den Beruf darstellen würde. Dies bestätigt die oben formulierte Hypothese, dass mehr Autonomie und Eigenverantwortung im Beruf nicht nur die Berufszufriedenheit erhöhen würde, sondern auch das Gesundheitssystem in Form von Entlastungen bei den Arztbesuchen unterstützen könnte.

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kompetenzerweiterung

Die quantitative Erhebung unterstreicht, dass Physiotherapeuten eine stärkere Einbindung in interdisziplinäre Teams und erweiterte Kompetenzen als wesentliche Schritte zur Verbesserung der Patientenversorgung sehen. Rund 68,85% der Befragten geben an, dass eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit einen bedeutenden Beitrag zur Optimierung der Behandlungsergebnisse leisten könnte, was letztlich auch zu einer Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen führen würde.

### Prävention und Gesundheitsberatung

Die Präventionsarbeit der Physiotherapeuten, so zeigt die quantitative Studie, könnte erheblich zur Reduktion langfristiger Gesundheitskosten beitragen. Die Befragten bestätigen, dass durch präventive Maßnahmen und gezielte Gesundheitsberatung die Fälle chronischer Erkrankungen gesenkt und damit die Krankenkassen entlastet werden könnten.

### Technologischer Fortschritt und Digitalisierung

Die quantitative Studie verdeutlicht, dass die Digitalisierung von 83,6% der Physiotherapeuten als Chance für die Optimierung ihrer Arbeitsprozesse gesehen wird. Der Einsatz von KI und Teletherapie könnte insbesondere den Zugang zu Physiotherapie erweitern und von zeitraubenden Routineaufgaben befreien. Gleichzeitig besteht der Wunsch, den menschlichen Aspekt in der Therapie beizubehalten und digitale Lösungen als Unterstützung – nicht als Ersatz – zu betrachten.

### Physiotherapie der Zukunft

Wie könnte die Physiotherapie in Zukunft arbeiten? Ein optimaler Mittelweg zwischen Präsenz und digitalen Möglichkeiten in der Physiotherapie könnte folgendermaßen aussehen,

### Diagnostik und Therapieplanung: Vor Ort und digital kombiniert

Die Therapie beginnt mit einem persönlichen Erstgespräch in der Praxis, unterstützt durch digitale Diagnosetools. Diese Kombination ermöglicht eine schnelle und präzise Einschätzung und schafft Vertrauen, das für den Therapieerfolg wichtig ist.

### Präsenztherapie mit digitaler Unterstützung

In der Praxis übt der Patient unter direkter Anleitung des Therapeuten, unterstützt durch Augmented Reality (AR) und Sensorik, die Bewegungen visualisieren und korrigieren. Diese Technologien unterstützen die Erweiterung der Kompetenzen des Patienten und verbessern die Qualität der Behandlung.

### Ergänzendes Training zu Hause: Digital, individuell und flexibel

Zwischen den Sitzungen führt eine App oder VR-Plattform den Patienten durch sein Übungsprogramm und gibt automatisches Feedback. Fortschritte und Belastungen werden regelmäßig an den Therapeuten übermittelt, um den Therapieplan bedarfsgerecht anzupassen.

### Online-Check-ins und Langzeitbetreuung

Regelmäßige Videocalls bieten schnelle Hilfe und Korrekturen, ohne dass der Patient jedes Mal zur Praxis fahren muss. So bleiben Fortschritte erhalten, und der Patient genießt mehr Flexibilität.

### Wearables für Gesundheitsüberwachung

Wearables messen Bewegungen und Belastungen im Alltag und helfen dabei, Fehlhaltungen frühzeitig zu erkennen. Damit wird nicht nur die Therapie unterstützt, sondern auch präventiv gearbeitet.

## Fazit: Der Weg zur Zukunft der Physiotherapie

Der vorgeschlagene Mix aus Präsenz und digitalen Tools bietet schnellen Direktzugang zur Therapie, fördert die Kompetenzerweiterung des Patienten und steigert die Behandlungsqualität. Das Ergebnis ist eine zukunftsfähige Physiotherapie, die persönliches Coaching und digitale Flexibilität vereint.

### Ein neues Mindset für die Physiotherapie

Die Welt der Prävention und der damit verbundenen Dienstleistungen erlebt kontinuierliche Veränderungen und steht vor neuen Herausforderungen. Diesen Veränderungen und Herausforderungen erfolgreich zu begegnen, erfordert ein entsprechendes Bewusstsein – ein offenes Mindset.

Die Ergebnisse der PhysioStudie 2025 zeigen deutlich, dass es dringend notwendig ist, zukunftsorientierte Kompetenzen zu entwickeln und zu stärken, um das Gesundheitssystem langfristig zu entlasten und gleichzeitig die Behandlungsqualität aufrechtzuerhalten. Deshalb haben die opta data Zukunfts-Stiftung und das IZZ ein Format entwickelt, das genau diese zukunftsorientierten Kompetenzen vermittelt und trainiert: das optaVita Mindset-Training. Es verfolgt dabei mehrere Ziele.

1. Kooperation stärken: Die Studie zeigt, dass eine enge Zusammenarbeit – auch über Verbandsgrenzen hinaus – dringend nötig ist, um den Zugang zu physiotherapeutischer Versorgung sicherzustellen und Engpässe zu vermeiden. Im Mindset-Training lernen die Teilnehmenden, wie wichtig Netzwerkbildung und Kooperation mit anderen Gesundheits-professionen und Verbänden ist. Sie entwickeln Strategien, um Kooperationen aktiv zu fördern und die eigene Rolle im System zu stärken. Im Mindset-Training entwickeln Teams gemeinsam Lösungen für ausgewählte Probleme – Teamorientierung und Wertschätzung gewinnen eine besondere Bedeutung.
2. Zukunftskompetenzen entwickeln: Physiotherapeuten benötigen zunehmend Fähigkeiten, die über die normale Fachkompetenz hinausgehen. Dazu zählen Kommunikationsfähigkeiten, digitale Kompetenzen und eine flexible Denkweise, um auf die sich schnell verändernden Anforderungen der Branche reagieren zu können. Das Mindset-Training fördert diese Kompetenzen gezielt und vermittelt Tools aus der Zukunftspsychologie, die Teilnehmende in ihrem beruflichen Alltag unterstützen.
3. Selbstwirksamkeit und Resilienz stärken: Der hohe Arbeitsdruck und die zunehmende Belastung durch komplexere Krankheitsbilder sind Herausforderungen, die – so eine häufig getroffene Aussage im

Rahmen der PhysioStudie 2025 – viele Therapeuten an ihre Grenzen bringen. Im Mindset-Training wird vermittelt, wie man die eigene Selbstwirksamkeit steigert und Resilienz aufbaut, um den Arbeitsalltag nicht nur zu bewältigen, sondern aktiv zu gestalten.

4. Veränderung als Chance sehen: Veränderungen sind unvermeidbar, insbesondere in der Gesundheitsbranche. Statt sich von ihnen überwältigen zu lassen, lernen die Teilnehmenden, Veränderungen proaktiv anzugehen und als Chance für persönliches Wachstum und berufliche Weiterentwicklung zu nutzen.

### Das Ziel: Ein zukunftssicheres System

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem benötigt Therapeuten, die offen dafür sind, über den eigenen Praxisalltag hinauszudenken. Laut den Ergebnissen der PhysioStudie 2025 sind sie bereit und fühlen sich sicher, mehr Verantwortung zu übernehmen und auch digitale Tools zur Verbesserung zu nutzen. Die opta data Zukunfts-Stiftung bietet hierzu eine Plattform, die nicht nur die individuelle Weiterentwicklung fördern, sondern auch die gesamte Physiotherapiebranche stärken will.

### Eckdaten zur Stiftung

Die opta data Zukunfts-Stiftung, gegründet im Jahr 2022, dient als zentrales Forschungs- und Informationszentrum für die Gesundheitsfachberufe in Deutschland. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des technologischen Fortschritts sind die Erfassung und Analyse der Bedürfnisse dieser Berufe sowie die Förderung der Weiterentwicklung ihr Ziel. Die Zusammenarbeit mit dem Institut für Zukunftspsychologie und Zukunftsmanagement unter der Leitung von Professor Dr. Thomas Druyen an der Sigmund Freud PrivatUniversität in Wien unterstreicht den wissenschaftlichen Anspruch der Stiftung.

Ihre Forschung konzentriert sich auf die transparente Darstellung der systemrelevanten Bedeutung der Gesundheitsfachberufe für die Gesellschaft. Durch wissenschaftliche Studien, Publikationen, Vorträge und Medienarbeit wird die unverzichtbare Rolle dieser Berufe im Gesundheitswesen hervorgehoben. Die Forschungsarbeiten der opta data Zukunfts-Stiftung – wie beispielsweise die Studie „Babyboomer-Generation

läuft blind in die Pflege-Katastrophe“ und die „We-Care4Us“-Studie zur stationären Pflege – dienen als Grundlage für praxisnahe Handlungsempfehlungen. Diese Studien liefern Einblicke in aktuelle Herausforderungen und bieten Lösungsansätze zur Sicherung der Gesundheitsversorgung sowie zur Stärkung der beruflichen Perspektiven in diesem Sektor.

Die Stiftung fungiert schließlich nicht nur als Forschungseinrichtung, sondern auch als aktiver Fürsprecher für die Belange und Entwicklung der Gesundheits-

fachberufe. Ihr Engagement trägt dazu bei, Lösungen zu finden, die die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern, die Arbeitsbedingungen und Zukunftsaussichten in diesen Berufen nachhaltig stärken und das gesellschaftliche Bewusstsein schärfen.

Weitere Informationen zu Studien, spezifischen Forschungsbereichen und zu aktuellen sowie geplanten Projekten sind auf der Website [www.zukunftsstiftung.optadata.de](http://www.zukunftsstiftung.optadata.de) verfügbar.

## Notizen:

3.6

# Optimierte Ernährungsversorgung in Deutschland: Herausforderungen und Chancen für das Gesundheitssystem

Dr. Andrea Lambeck, VDOE und Uta Köpcke, VDD

Ernährungsversorgung für Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil der ganzheitlichen Gesundheitsversorgung.

## Die Rolle interdisziplinärer Teams in der Ernährungsversorgung

Eine effektive Ernährungsversorgung basiert auf der engen Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen. Jede dieser Gruppen bringt spezifische Kompetenzen und Verantwortlichkeiten in den Therapieprozess ein, dies beginnt beispielsweise mit

- der Pflegefachkraft, die Mangelernährung beim Eingangsscreening entdeckt und auf Station dokumentiert, ob Sondennahrung vertragen wird, welche Essensmengen verzehrt werden, ob es Unterstützung beim Essen bedarf usw.,
- Ärzten, die Ernährungstherapie anordnen und delegieren,
- Ernährungsfachkräften, die dann die Ernährungstherapie durchführen,
- Logopäden, die beispielsweise bei einem Schlaganfall das Schluckvermögen testen und somit ermitteln, welche Konsistenzen ein Patient verträgt,
- Küchenpersonal, das die Kostform erstellt,
- Ernährungsfachkräften im Verpflegungsmanagement, die bedarfsgerechte Speisepläne entwickeln und für das Qualitätsmanagement und Allergiedeklaration verantwortlich sind,
- Ergotherapeuten, die mit den Patienten eine ressourcenangepasste Versorgung planen und üben, Hilfsmittel empfehlen wie etwa spezielles Besteck oder Trinkbecher usw.
- Service-Kräften, Homecare-Unternehmen, Sozialarbeitern im Überleitungsmanagement und sicher noch vielen mehr.

Im besten Fall stehen alle Akteure im engen Austausch und gewährleisten eine optimale Ernährungsversorgung durch geregelte Verantwortlichkeiten, transparente Prozesse, aussagefähige Dokumentation und etablierte Kommunikation.

Ernährungsfachkräfte sind in diesem Zusammenhang Diätassistenten und Absolventen von ernährungswissenschaftlichen, oecotrophologischen oder vergleichbaren Studiengängen.

## Ernährungsberatung: Aktuelle gesetzliche und berufliche Regelungen

Ernährungstherapie wird in Deutschland als delegierbare Leistung betrachtet, und die Verordnung erfolgt in der Regel durch einen Arzt. Dennoch fehlt bisher eine einheitliche rechtliche Regelung, die den Zugang zur Ernährungstherapie und die Qualifikation der Fachkräfte standardisiert. Die Ausbildung und Berufsbezeichnung „Diätassistent\*in“ ist gesetzlich geregelt, allerdings fehlt diesem Gesundheitsfachberuf wie anderen Gesundheitsfachberufen die grundständige akademische Ausbildung, was der Entwicklung und Forschung in der Ernährungstherapie entgegensteht.

Gesetzlich verankert sind Leistungen in der Prävention im Feld Ernährung gemäß § 20 SGB V sowie seit 2018 die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose als verordnungsfähiges Heilmittel gemäß § 125 SGB V, was den Weg zur Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen eröffnet.

Seit 2018 steht **Ernährungstherapie als Heilmittel** im Heilmittelkatalog. Im Rahmen der Heilmittel-Verhandlungen und der Ausgestaltung des Vertrags zu § 125 SGB V wurden einheitliche Qualitätsstandards wie die Zulassungsvoraussetzungen Anlage 5 Tabelle 4.1\* erarbeitet, die die geforderten Inhalte aus den Studiengängen definieren und die Kompetenzen überprüfbar und vergleichbar machen:

<https://e-zert.de/faq> -> Tabelle 1

Die Zulassung von Heilmittelpraxen und Leistungserbringenden erfolgt auf Antrag durch die ARGEn.

## Zugangswege zur Ernährungsberatung/Ernährungstherapie

Wie in Kapitel 5a.6 beschrieben, arbeiten im Bereich der Ernährungsberatung in Prävention und Therapie ebenfalls Studienabsolventen aus mittlerweile über 100 unregulierten Studiengängen in den Bereichen Ernährungswissenschaften, Oecotrophologie und Gesundheit. Sowohl für Akteure im Gesundheitssystem als auch für Klienten sind Zugangswege zur professionellen Ernährungsversorgung häufig nicht klar und sollen daher im Folgenden erläutert werden.

„Ernährungsberatung“ in diesem Dokument wird als professionelle klientenzentrierte Dienstleistung verstanden, in der Personen unter Nutzung ihrer individuellen und sozialen Ressourcen zu einem situationsangepassten und unabhängigen Ernährungshandeln befähigt werden, um ihren Gesundheits- und/oder Ernährungszustand zu verbessern. Sie ist somit integraler Bestandteil von Ernährungstherapie, kann aber auch unter präventiven Aspekten Anwendung finden.

## Zugangsmöglichkeiten für Patienten

### Ambulante Ernährungsberatung

Ernährungsfachkräfte arbeiten u.a. freiberuflich im Bereich der Ernährungsberatung, welche Dienstleistungen im Bereich der primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Ernährungsversorgung beinhaltet. Solange dies in Einzel- oder Gruppenberatung bei gesunden Klienten geschieht, ist keine Zusammenarbeit mit einem Arzt notwendig (siehe § 20 und § 20a SGB V), aber über Empfehlung 36<sup>1</sup> möglich.

Anders dagegen, wenn die Betreuung im sekundär- und tertiärpräventiven Bereich stattfindet. Wenn es also um die Heilung oder Linderung von ernährungsmitbedingten Erkrankungen geht. Eine solche ernährungstherapeutische Beratung oder auch Ernährungstherapie bedarf einer ärztlichen An- bzw. Verordnung. Seit 2018 ist die ambulante Ernährungs-

therapie als verordnungsfähiges Heilmittel in die Heilmittel-Richtlinie aufgenommen.

Bisher sind zwei Indikationen in der Heilmittelrichtlinie verankert: Seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose.

Damit wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Patienten mit diesen Indikationen eine Ernährungstherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in Anspruch nehmen können. Hier bedarf es einer Verordnung (Verordnungsformular Muster 13), welche in der Regel vom Facharzt ausgefüllt wird. Nur zum Heilmittel zugelassene Heilmittelerbringer dürfen diese Leistung abgeben. Ernährungstherapie für alle weiteren Indikationen von Allergien über Diabetes bis Nierenversagen und Leberzirrhose bedürfen ebenfalls einer An- bzw. Verordnung, allerdings genügt im Zweifel ein formloses Schreiben des Arztes. Gut etabliert hat sich die Ausstellung einer verbandsübergreifend entwickelten ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung<sup>2</sup>. Die Art der Erkrankung, Medikationen und alle bei der Erkrankung wichtigen Laborwerte werden der Ernährungsfachkraft in schriftlicher Form vom Arzt zur Verfügung gestellt und die Beratungs- und Behandlungsverläufe aufeinander abgestimmt.

Ein Austausch mit dem Arzt über wichtige Zwischenergebnisse bzw. den Abschluss der Ernährungsberatung unterstützt die Umsetzung einer erfolgreichen Ernährungstherapie.

Auf Individualentscheidung der gesetzlichen Krankenkassen unter Zuhilfenahme des § 43 SGB V (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) bezuschussen zahlreiche gesetzliche Krankenkassen die Ernährungsberatung oder auch Gruppenschulung. Dabei handelt es sich um sogenannte Kann-Leistungen der Krankenkassen, d. h. die Krankenkassen können diese Leistungen bezuschussen oder erstatten, müssen es jedoch nicht. Sie fordern häufig die Vorlage eines Behandlungskonzepts, das geprüft und genehmigt werden muss. In Zweifelsfällen wird dies dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung vorgelegt. Die Leistungen werden nach der Genehmigung durch die Krankenkassen teilweise bezuschusst. Voraussetzung für die Bezuschussung ist in der Regel, dass

1 <https://www.kbv.de/html/29550.php>

2 [https://www.vdoe.de/wp-content/uploads/2023/09/23-09-01-\\_Aerztliche-Notwendigkeitsbescheinigung\\_beschreibbar.pdf](https://www.vdoe.de/wp-content/uploads/2023/09/23-09-01-_Aerztliche-Notwendigkeitsbescheinigung_beschreibbar.pdf)

- der Ernährungsberatungsbedarf von einem handelnden Arzt als medizinisch notwendig bescheinigt wird,
- die ernährungstherapeutische Beratung von einer entsprechend qualifizierten Person durchgeführt wird. Die Qualifikationsanforderungen richten sich hier nach den Rahmenempfehlungen der Ersatzkassen zu Leistungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, die dort auf S. 11 genannt sind.<sup>3</sup> In der Praxis werden jedoch häufig lediglich die gleichen Qualifikationsvoraussetzungen wie bei § 20 SGBV verlangt.
- die Ernährungsberatung nach wissenschaftlichen Standards, z.B. denen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., durchgeführt wird.

Bei der Durchführung der Beratung ist nach § 43 SGB V der Einsatz von Begleitprodukten ausgeschlossen, wie z.B. Einsatz von Medikamenten zur Gewichtsabnahme, Nahrungsergänzung oder -ergänzungsmitteln, Formel- und Diäten, homöopathischen Mitteln, die Bestandteil von Schulungsprogrammen sein könnten.

Die Bezuschussung der Krankenkassen beträgt ca. 80 bis 85 % der Aufwendungen. Dabei gelten Höchstbeträge, die je nach Krankenkasse und auch regional sehr unterschiedlich ausfallen können. Details hierzu sind vor Beginn der Ernährungsberatung bei der jeweiligen Krankenkasse zu erfragen.

Die Dauer einer Beratungseinheit liegt beim Erstgespräch erfahrungsgemäß bei ca. 45–60 Minuten, Folgegespräche werden meist mit Einheiten von ca. 30–60 Minuten durchgeführt. Die Kosten der Ernährungsberatung belaufen sich auf ca. 80–110 EUR je Beratungsstunde. Zu weiteren Details über die Angebote im Bereich der Ernährungstherapie sollten sich die Patienten oder ggf. die Ernährungsberater vor Ort mit den Krankenkassen in Verbindung setzen, um den konkreten Umfang der Bezuschussung zu erfragen oder entsprechende Konditionen zu verhandeln. Zum Teil gibt es vor Ort schon ausgehandelte Verträge zwischen Krankenkassen und Ernährungsfachkräften, insbesondere bei speziellen ernährungstherapeutischen Beratungen wie Allergien, chronischen Darm-erkrankungen etc.

Auch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) fungiert je nach Situation als Kostenträger. Im Bereich der Reha-Nachsorge für Kinder und Jugendliche werden unimodale Leistungen wie etwa Ernährungsberatung bis zu einem Jahr nach der Behandlung finanziert.<sup>4</sup>

Der Begriff „Ernährungsberater“ ist nicht geschützt. Es gibt Anbieter von Ernährungsberatungsdienstleistungen, die weder ein Studium der Oecotrophologie oder Ernährungswissenschaft noch eine Ausbildung zum Diätassistenten abgeschlossen haben, sondern verschiedene Kurzausbildungen (Fernlehrgänge) mit unterschiedlichen Anforderungen an vorangegangene schulische Abschlüsse besucht haben. Eine Anerkennung und Kostenbeteiligung durch die Krankenkassen scheidet in diesen Fällen aus.

## Einheitliche Zertifizierung in der Ernährungstherapie: Einführung des Zertifikats „E-Zert Ernährungstherapie“

Im Bereich der Ernährungstherapie und Ernährungsberatung gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Zertifikate. Das führt oft zu Verwirrung bei Patienten, Arbeitgebern und Zuweisern. Um hier mehr Klarheit zu schaffen, haben die maßgeblichen Verbände VDD, VDOE und QUETHEB im Oktober 2023 „E-Zert – Plattform qualifizierte Ernährungstherapie & Ernährungsberatung e. V.“ gegründet. Diese Organisation überprüft und zertifiziert künftig die Qualifikationen von Anbietern einheitlich und unabhängig. Das neu eingeführte Zertifikat „E-Zert Ernährungstherapie“ bildet die notwendige Grundqualifikation für Ernährungstherapie ab, wie sie in den Verträgen nach § 125 SGB V aufgeführt ist

- Diätassistenten
- Oecotrophologen, Ernährungswissenschaftler und Absolventen inhaltlich vergleichbarer Studiengänge:

Die Mindestanforderungen für Absolventen nicht-regulierter Studiengänge sind erstmals in der Anlage 5 der genannten Verträge konkretisiert. Diese Anforder-

3 [https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Rehabilitation/Patientenschulungen/\\_jcr\\_content/par/download\\_1024682549/file.res/GE%20Allgemein%2001.02.2022.pdf](https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Rehabilitation/Patientenschulungen/_jcr_content/par/download_1024682549/file.res/GE%20Allgemein%2001.02.2022.pdf)

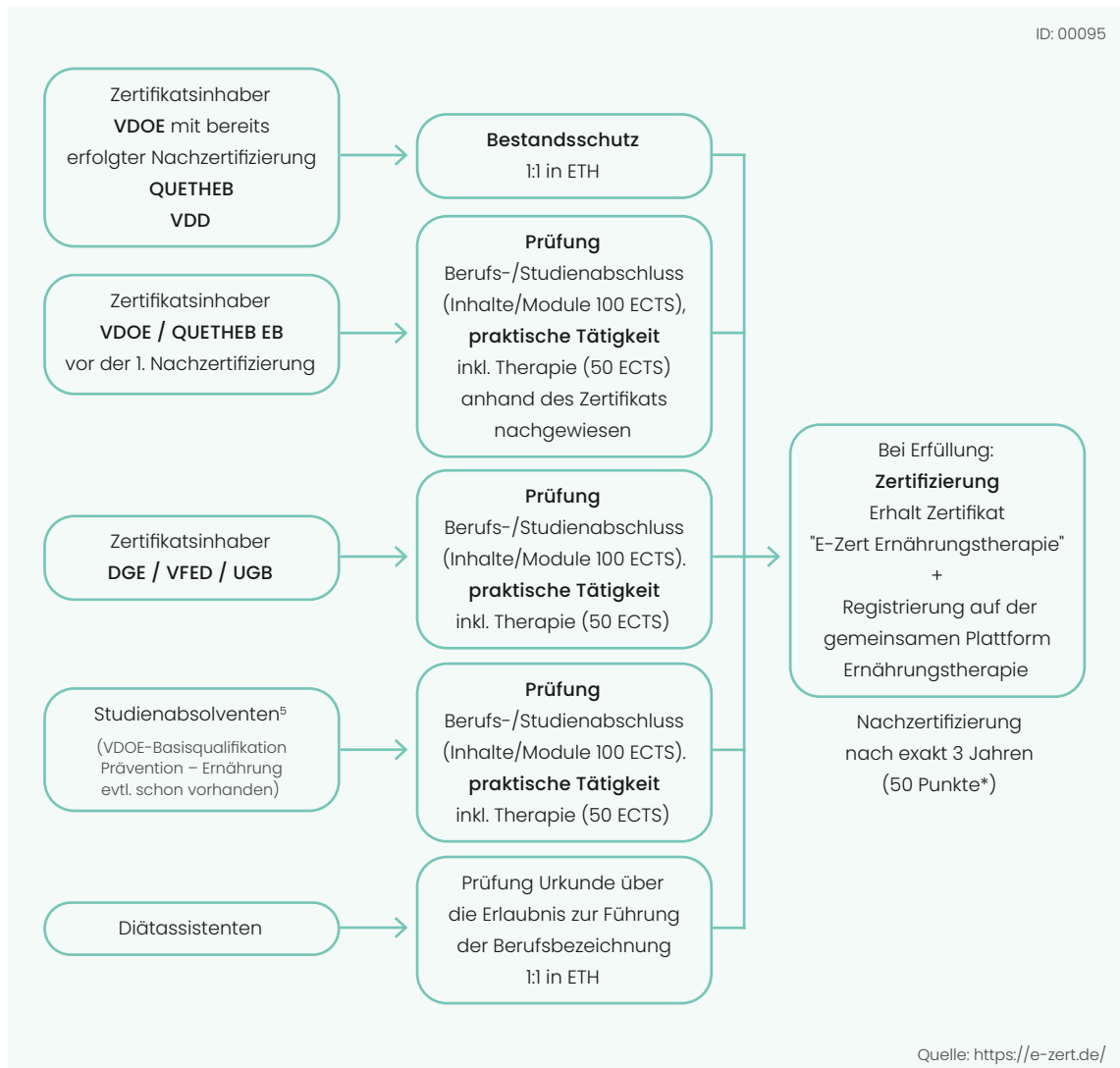
4 [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge\\_ki\\_ju/nachsorge\\_ki\\_ju\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge_ki_ju/nachsorge_ki_ju_node.html)

rungen müssen erfüllt sein, um das Zertifikat „E-Zert Ernährungstherapie“ zu erlangen, auf der Zertifizierungsplattform registriert und somit für Patienten usw. auffindbar zu sein. Das „E-Zert Ernährungstherapie“ schafft somit eine einheitliche Basis für Qualität und Transparenz in der Ernährungstherapie und erleichtert die Zusammenarbeit zwischen Patienten, Therapeuten, Ärzten, Krankenkassen und Privaten Krankenversicherungen. Aber auch für die Ernährungstherapie im

stationären Sektor bietet das Zertifikat eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Besetzung von Stellen im ernährungstherapeutischen Team.

Qualifizierte Experten für die Ernährungstherapie, die nach dem Standard der Zulassungsvoraussetzungen Anlage 5 Tabelle 4.1 unabhängig überprüft sind, sind hier aufgelistet: <https://e-zert.de/experten>

Abb. 3.6a: Bestandsschutz / Übergangsregelung



\* Siehe Zertifizierungsordnung

5 Oecotrophologe (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung; Abschlüsse: Diplom, Bachelor of Science, Master of Science) Ernährungswissenschaftler (Abschlüsse: Diplom, Bachelor of Science, Master of Science, vergleichbare Abschlüsse)

Abb. 3.6b: Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung

ID: 00098

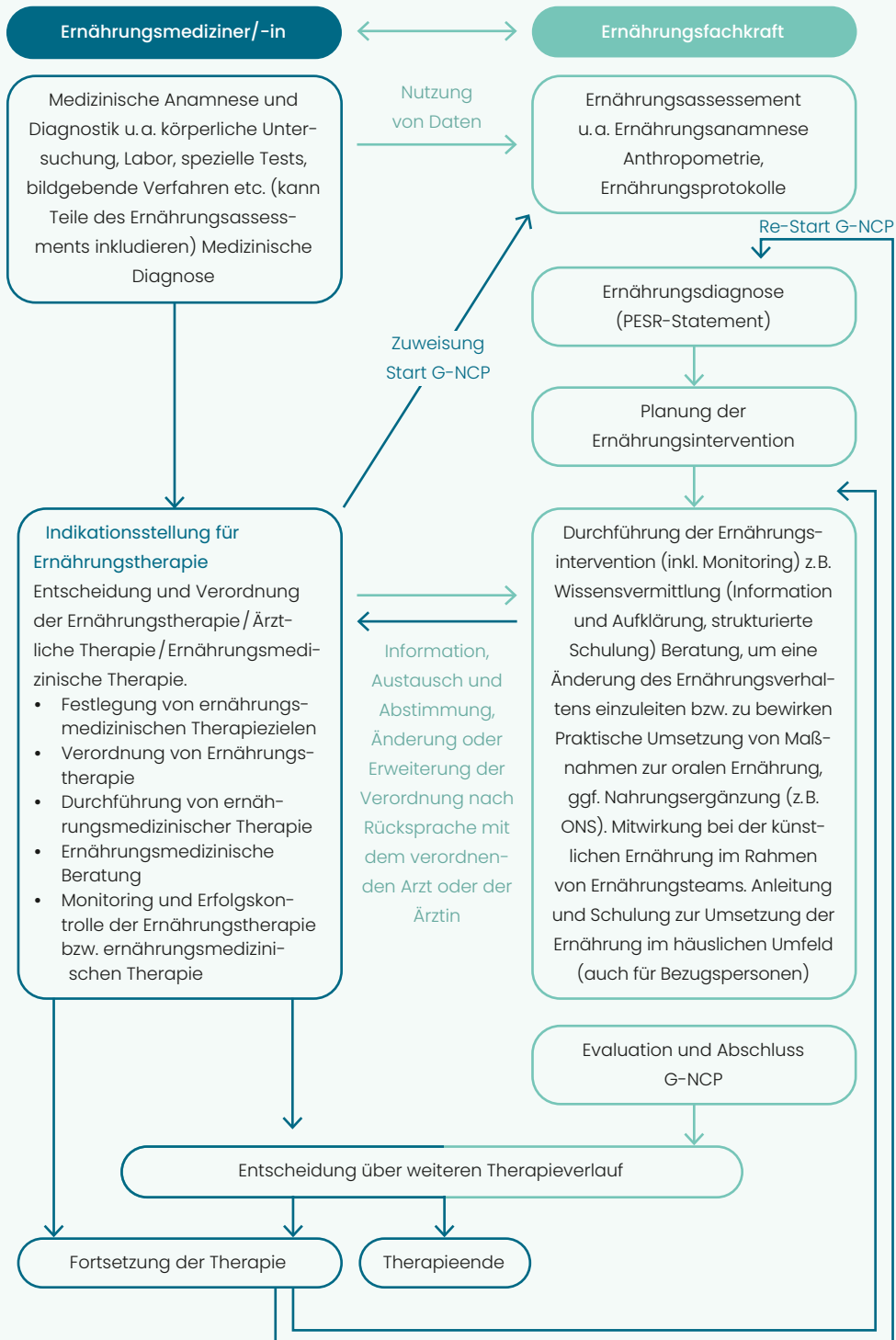
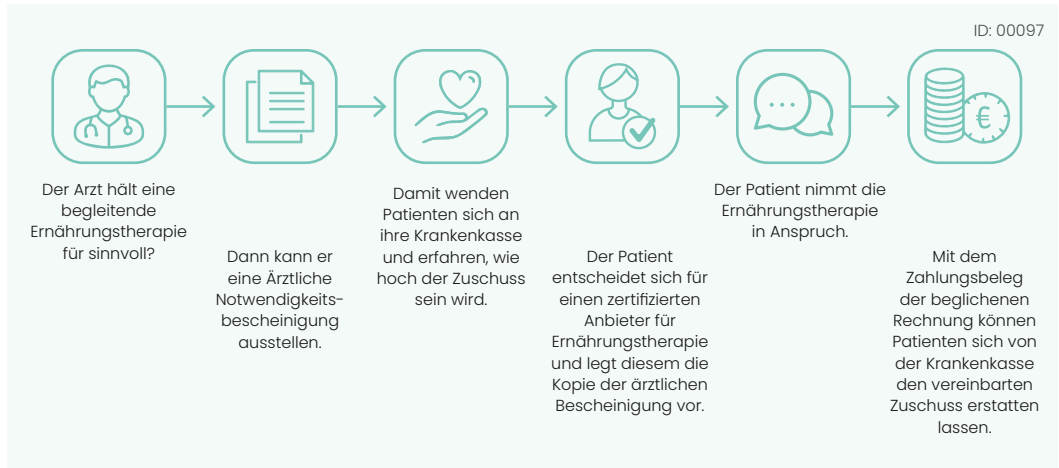


Abb. 3.6c:Notwendigkeitsbescheinigung



Quelle: <https://www.vdoe.de/beruf/vdoe-expertensuche/>

- 1 <https://www.kbv.de/html/29550.php>
- 2 [https://www.vdoe.de/wp-content/uploads/2023/09/23-09-01-\\_Aerztliche-Notwendigkeitsbescheinigung\\_beschreibbar.pdf](https://www.vdoe.de/wp-content/uploads/2023/09/23-09-01-_Aerztliche-Notwendigkeitsbescheinigung_beschreibbar.pdf)
- 3 [https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Rehabilitation/Patientenschulungen/\\_jcr\\_content/par/download\\_1024682549/file.res/GE%20Allgemein%2001.02.2022.pdf](https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Rehabilitation/Patientenschulungen/_jcr_content/par/download_1024682549/file.res/GE%20Allgemein%2001.02.2022.pdf)
- 4 [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge\\_ki\\_ju/nachsorge\\_ki\\_ju\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge_ki_ju/nachsorge_ki_ju_node.html)

## 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.

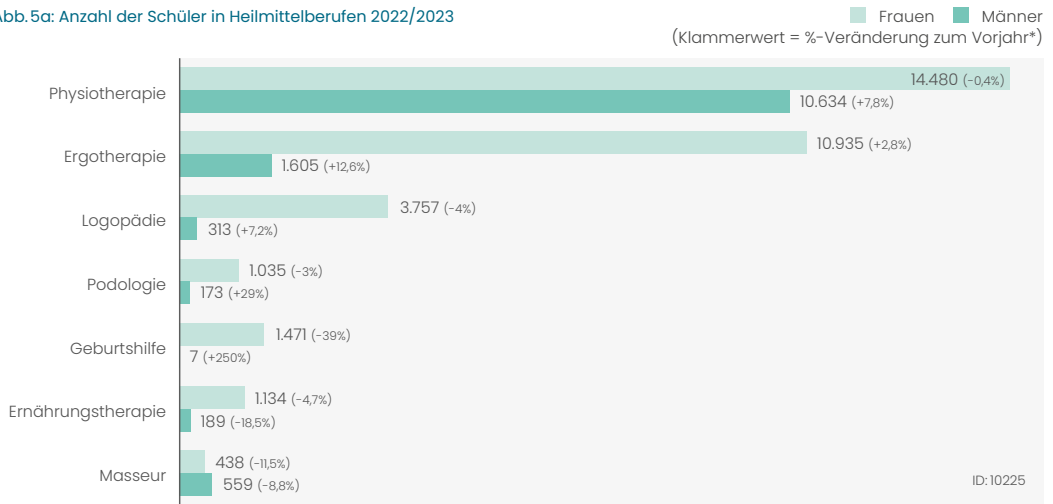


|        |  |    |
|--------|--|----|
| 5a.1   | Physiotherapie   | 76 |
| 5a.2   | Ergotherapie   | 78 |
| 5a.3   | Logopädie  | 79 |
| 5a.4   | Podologie  | 80 |
| 5a.5   | Geburtshilfe   | 81 |
| 5a.6   | Ernährungstherapie   | 82 |
| 5a.6.1 | Diätassistenten  | 82 |
| 5a.6.2 | Oecotrophologen/Ernährungswissenschaftler –<br>Ernährungsfachkräfte mit Studienabschluss | 83 |
| 5a.7   | Masseur und medizinischer Bademeister  | 85 |

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

1.478 Auszubildenden gerade einmal 7 männlich. Nahezu ausgeglichen sind die Zahlen hingegen bei den Masseuren. Die Physiotherapeuten weisen 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 2022/2023



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

## 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 2022/2023 befanden sich insgesamt 25.114 Schüler in der Ausbildung.

Im Zehnjahrestrend fällt besonders der Anstieg der männlichen Auszubildenden auf, dort steigen die Anzahl um fast 3.000 Auszubildene. Im Vergleich dazu steigt die Zahl der weiblichen Auszubildenden gerade einmal um 223 Schülerinnen. Insgesamt nehmen die weiblichen Auszubildenden aber in allen betrachteten

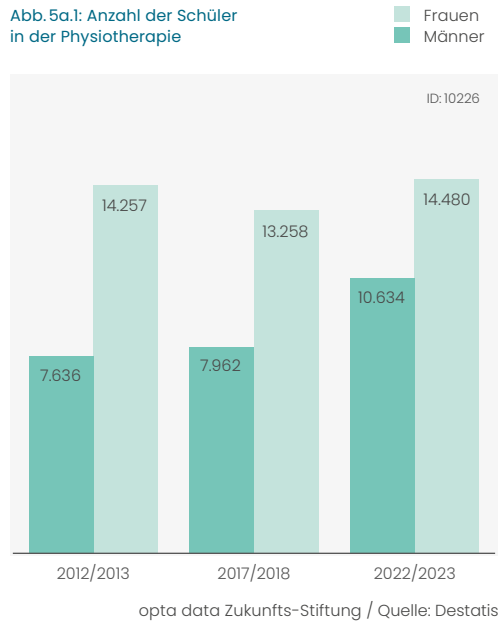
Schuljahren den größeren Anteil ein. Im Schuljahr 2012/2013 ist der Unterschied noch am größten, im Schuljahr 2022/2023 gleichen sich die Werte mit einem Anteil von 57,7% bei den Schülerinnen und einem Anteil von 42,3% bei den Schülern immer weiter an.

Abgesehen von einer reinen Ausbildung besteht die Möglichkeit, verschiedene Studiengänge mit Bachelor- oder Masterabschlüssen im Bereich Physiotherapie zu absolvieren. Die Studiengänge sind entweder berufsbegleitend, ausbildungintegrierend oder primärqualifizierend ausgelegt. Primärqualifizierende

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

Studiengänge, also Studiengänge, die ohne vorherige oder begleitende Fachschulausbildung zu einer Berufszulassung führen, finden sich in fast ganz Deutschland verteilt auf 14 Hochschulen. Davon befinden sich sieben Hochschulen in staatlicher Trägerschaft, die restlichen sieben werden privat betrieben.<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> Quelle: [https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien\\_oeffentlich/Beruf\\_und\\_Bildung/Studium/StudienganglisteWeb\\_Januar24.pdf](https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/StudienganglisteWeb_Januar24.pdf)

## 5a.2 Ergotherapie

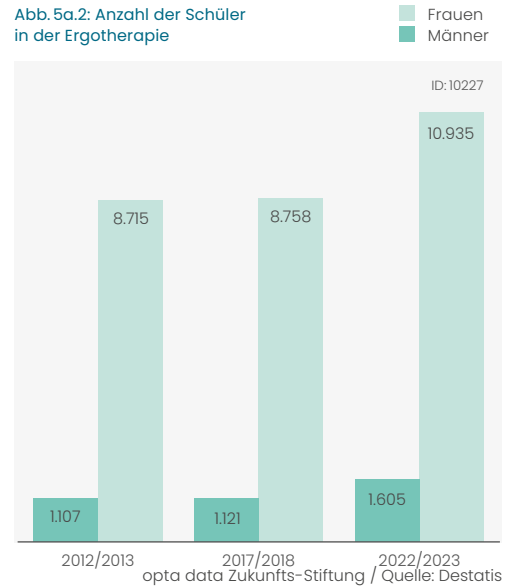
Die Ausbildung zum Ergotherapeuten ist bundesweit einheitlich geregelt und wird an Berufsfachschulen sowie an Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach drei Jahren führt sie zu einer staatlichen Abschlussprüfung.

In der Ergotherapie wird die Überzahl der weiblichen Auszubildenden noch deutlicher als in der Physiotherapie. In den Schuljahren 2012/2013 und 2017/2018 war nur etwa jeder Neunte männlich, im Schuljahr 2022/2023 nehmen die Männer einen etwas größeren Anteil ein, sodass etwa jeder achte Auszubildende männlich war.

Die Gesamtzahl der Schüler ist im Fünfjahrestrend vom Schuljahr 2012/2013 bis 2017/2018 beständig. Erst bei Betrachtung des Fünfjahrestrends von 2017/2018 bis zum Schuljahr 2022/2023 ist ein Anstieg der Schülerzahlen um ein Viertel zu verzeichnen.

Seit einigen Jahren existieren, wie auch bei anderen Heilmittelberufen, diverse Studiengänge, die eine akademische Qualifikation für den Beruf der Ergotherapie liefern. Die Studiengänge sind berufsbegleitend, ausbildungsintegrierend oder primärqualifizierend ausgelegt und führen zum Bachelor- oder Masterabschluss.

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



### Auswahl Studienstandorte

#### Bachelor

- Aalen
- Berlin
- Bielefeld
- Bochum
- Bückeburg
- Brühl
- Emden-Leer
- Friedrichshafen
- Hamburg
- Hannover
- Heidelberg
- Heidenheim
- Heilbronn
- Hildesheim
- Idstein
- Jena
- Kassel
- Kempten
- Konstanz
- Köln
- Krefeld
- Leipzig
- Lübeck
- Lörrach
- Münster
- Osnabrück
- Potsdam
- Regensburg
- Reutlingen
- Rostock
- Saarbrücken
- Stuttgart
- Trier

#### Master

- Berlin
- Bielefeld
- Bochum
- Erlangen
- Frankfurt a.M.
- Gera
- Halle-Witteberg
- Hamburg
- Heidelberg
- Hildesheim
- Jena
- Krefeld
- Lübeck
- München
- Münster
- Neubrandenburg
- Nordhausen
- Osnabrück
- Rostock
- Witten/Herdecke

## 5a.3 Logopädie

In der Stimm-, Sprach- und Sprechtherapie gibt es zwei verschiedene dreijährige Ausbildungsberufe, den der Logopäden und den des Atem-, Stimm- und Sprechlehrers.

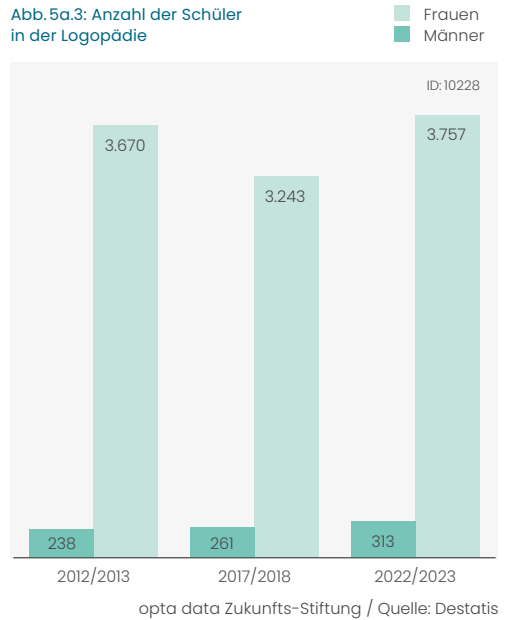
Die bundesweit einheitlich geregelte Ausbildung zu Logopäden wird an Berufsfachschulen sowie an Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach drei Jahren führt sie zu einer staatlichen Abschlussprüfung. Die Ausbildung zum Atem-, Stimm- und Sprechlehrer dauert ebenfalls drei Jahre. Allerdings ist sie, im Gegensatz zur logopädischen Ausbildung, landesrechtlich geregelt und erfolgt lediglich an Berufsfachschulen.

Insgesamt befanden sich im Schuljahr 2022/2023 4.070 Schüler in einer Ausbildung, darunter 143 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 2022/2023 über 90% der Auszubildenden aus. Diese Verteilung von männlichen und weiblichen Auszubildenden ist im Zehnjahrestrend gleichbleibend.

Des Weiteren besteht die Option, primärqualifizierend, ausbildungsintegrierend oder -begleitend oder additiv zu studieren. Bei dem primärqualifizierenden Modellstudiengang wird nach sechs Semestern das

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



Examen, zu gleichen Bindungen wie an den schulischen Ausbildungsstätten, erworben. Weitere ein bis zwei Semester dienen zum Erwerb des Bachelors. Zudem gibt es aufbauende Masterstudiengänge.

### Auswahl Studienstandorte

#### Bachelor

- Aachen
- Bielefeld
- Bochum
- Bonn
- Düsseldorf
- Erlangen
- Göttingen
- Halle-Wittenberg
- Hannover
- Heidelberg
- Hildesheim
- Idstein
- Karlsruhe
- Köln
- Lübeck
- München
- Münster
- Osnabrück
- Potsdam
- Regensburg
- Rostock
- Stuttgart
- Würzburg

#### Master

- Halle-Wittenberg
- Hannover
- Marburg

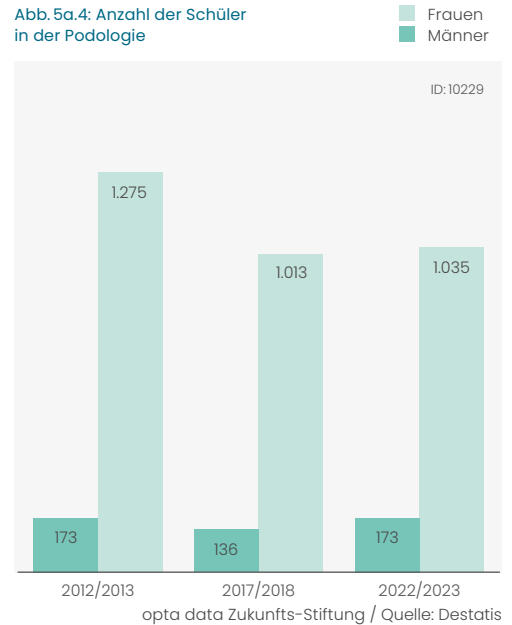
## 5a.4 Podologie

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 2022/2023 befanden sich insgesamt 1.208 Auszubildende, zusammengesetzt aus 1.035 Frauen und 173 Männern, in einer podologischen Ausbildung. Im Zehnjahrestrend ist ein Rückgang der Ausbildungszahlen von knapp 16% zu verzeichnen, allerdings gab es im Schuljahr 2017/2018 mit insgesamt 1.149 Auszubildenden eine noch niedrigere Anzahl der Schüler.

Obwohl die Frauen den Großteil der angehenden Podologen ausmachen, sind die Zahlen im Zehnjahrestrend rückläufig. Vom Schuljahr 2012/2013 bis zum Schuljahr 2022/2023 sank die Zahl der weiblichen Auszubildenden um fast ein Fünftel. Die männlichen Auszubildenden dagegen halten im Zehnjahrestrend ihre Zahl, im Schuljahr 2017/2018 gibt es allerdings einen Einschnitt und die Schülerzahl fällt auf 136.

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



### Auswahl Studienstandorte

#### Bachelor

- Berlin

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

## 5a.5 Geburtshilfe

Die berufsqualifizierende Ausbildung zur Hebamme/zum Entbindungspfleger ist bundesweit einheitlich geregelt. Durch das Hebammengesetz wird die Hebammenausbildung von einer dreijährigen Ausbildung an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens an die Hochschulen überführt.

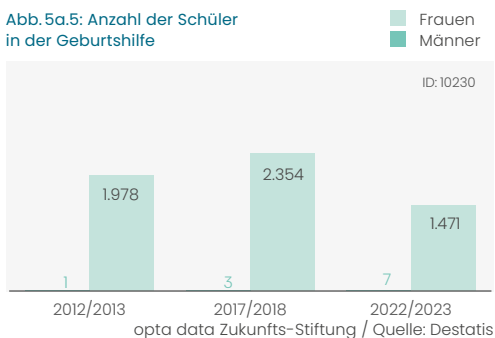
Die berufsqualifizierende Ausbildung in der Geburtshilfe treten bis auf einen verschwindend kleinen Anteil an Männern nur Frauen an. Im Schuljahr 2022/2023 gab es unter den 1.478 Auszubildenden lediglich sieben Männer. Die restlichen 99,5% der Auszubildenden stellen die Frauen.

Im Zehnjahrestrend spiegelt sich bereits das am 01.01.2020 in Kraft getretene Hebammengesetz und die damit einsetzende Akademisierung wider. So gehen die Ausbildungszahlen um ein Viertel zurück. Statt einer schulischen Ausbildung wird ein Bachelorstudium berufsqualifizierend für den Hebammenberuf. Eine Ausbildung an Schulen konnte bis zum 31.12.2022 begonnen werden und muss bis zum 31.12.2027 abgeschlossen sein. Diese Übergangsfrist soll Engpässen vorbeugen und ermöglichen, weitere Studiengänge in ganz Deutschland aufzubauen!

Die bisherigen Studienorte passen ihre Studiengänge an das neue Hebammenstudium an, zudem werden komplett neue Bachelorstudiengänge sowie an einigen Hochschulen Masterstudiengänge geplant.

In Vollzeit beträgt die Studienzeit zwischen drei und vier Jahren, alternativ wird das Studium in Teilzeit angeboten. Als dualer Studiengang setzt sich das

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



Hebammenstudium aus mindestens 2.200 Stunden Theorie und ebenfalls 2.200 Stunden Praxis zusammen. Der Praxisteil wird in Kliniken und im außerklinischen Bereich bei freiberuflichen Hebammen durchgeführt. Durch das duale Studium erhalten die Studierenden währenddessen eine Vergütung durch die jeweilige Klinik.

### Auswahl Studienstandorte

#### Bachelor

- Aachen
- Aschaffenburg
- Augsburg
- Berlin
- Bielefeld
- Bochum
- Bonn
- Bremen
- Coburg-Bamberg
- 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
- C o t t b u s - Senftenberg
- Stuttgart
- Tübingen
- Würzburg

#### Master

- Halle
- Hannover
- Ludwigshafen
- Tübingen

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

<sup>1</sup> Quelle: <https://hebammenverband.de/hebamme-werden-und-sein/das-studium> (zuletzt aufgerufen am 20.12.2024)

## 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 auf den Beruf der Diätassistenten beziehen. Über die Oecotrophologie und das Studium 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 2012/2013 befanden sich 1647 Schüler in der Ausbildung, bis 2022/2023 nahmen die Zahlen der Schüler um knapp 20% ab. Während die Zahl der weiblichen Auszubildenden im Zehnjahrestrend stetig sinkt, steigt die Anzahl der männlichen Auszubildenden minimal an. Dennoch überwiegt der Anteil der Frauen deutlich. In den Schuljahren 2012/2013 und 2017/2018 machen sie rund 89% der Schülerschaft aus, im Schuljahr 2022/2023 fast 86%.

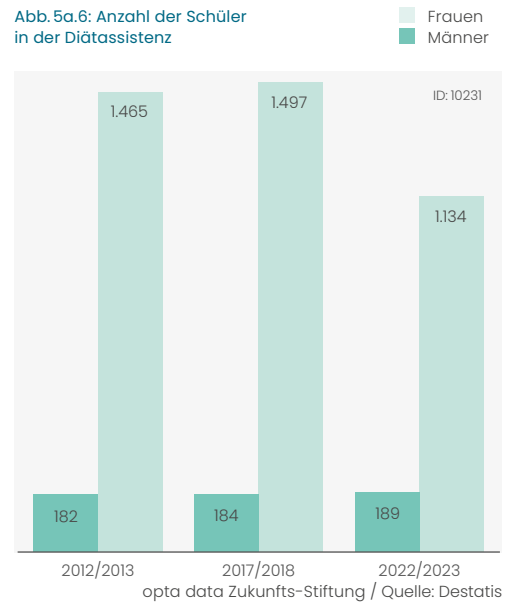
### 5a.6.1 Diätassistenten<sup>1</sup>

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. Die Zahlen zu den Auszubildenden in der Ernährungstherapie beziehen sich auf den Beruf Diätassistent.

Die durch das Gesetz über den Beruf des Diätassistenten bundeseinheitlich geregelte Ausbildung wird an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Sie stellt die einzige staatlich reglementierte Ausbildung im Bereich der Ernährungstherapie dar. Die 3-jährige Ausbildung endet mit einer staatlichen Abschlussprüfung und führt zur geschützten Berufsbezeichnung Diätassistent.

Voraussetzung für die Ausbildung ist der mittlere Schulabschluss (MSA). Die berufsfachschulische Ausbildung umfasst 3050 Stunden theoretischen und

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



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 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 vier Bereichen der späteren Tätigkeitsfelder von Diätassistenten: Dies beinhaltet einen Einsatz im Verpflegungsmanage-

ment von Gesundheitseinrichtungen. Der Schwerpunkt der praktischen Ausbildung erfolgt im Bereich der Diätetik und der Diät- und Ernährungsberatung. Hier sind als Einsatzgebiete Kliniken und Rehakliniken, Senioreneinrichtungen, Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation, Arztpraxen mit diabetologischen und oder ernährungsmedizinischen Schwerpunkten sowie Praxen für Ernährungstherapie und Prävention selbstständig tätiger Berufskollegen vorgesehen.

Der erfolgreiche Abschluss der Ausbildung befähigt zur eigenverantwortlichen Durchführung ernährungstherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztl. Anordnung, sowie dazu, bei der Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen. Diätassistenten wenden dabei die komplexen theoretischen und praktischen Aspekte der Ernährungstherapie individuell auf jeden Patienten und dessen Lebensumstände an.

Nach der Ausbildung besteht die Möglichkeit, einen auf die Ausbildung aufbauenden, verkürzten Bachelor-Studiengang in Diätetik zu absolvieren. Dieses Studium wird an den Hochschulen Fulda und Neubrandenburg angeboten und schließt mit dem Bachelor of Science in Diätetik ab. Am Universitätsklinikum des Saarlandes ist ein Studium Ernährungsmedizin und Diätetik B.Sc. möglich. Alle genannten Studiengänge knüpfen an die bereits in der Berufsausbildung erworbenen Kompetenzen an und erkennen Teile der Ausbildung als Studienleistung an. Berufsspezifische Weiterbildungen z.B. für die Onkologie, Diabetologie, Nephrologie, Pädiatrie, enterale und parenterale Ernährung ermöglichen die spezialisierte Erweiterung der beruflichen Handlungskompetenz.

Mehr Informationen:

<https://www.vdd.de/beruf-und-karriere/ausbildung-zum-diaetassistenten/>

## 5a.6.2 Oecotrophologen/ Ernährungswissenschaftler – Ernährungsfachkräfte mit Studienabschluss<sup>2</sup>

Im Feld der Ernährungswissenschaft/Oecotrophologie gibt es mehr als 100 akkreditierte **Studiengänge**. Uni-

versitäten, 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.

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.

### Studieninhalte – Interdisziplinarität zählt sich aus

Das Studium der Oecotrophologie ist 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 Auf-

gaben z.B. in der Verpflegung. Daneben sind sie aber auch in Arztpraxen, bei Krankenkassen, in Apotheken, in Fitnessstudios, Gesundheitszentren etc. für die Ernährungsberatung tätig.

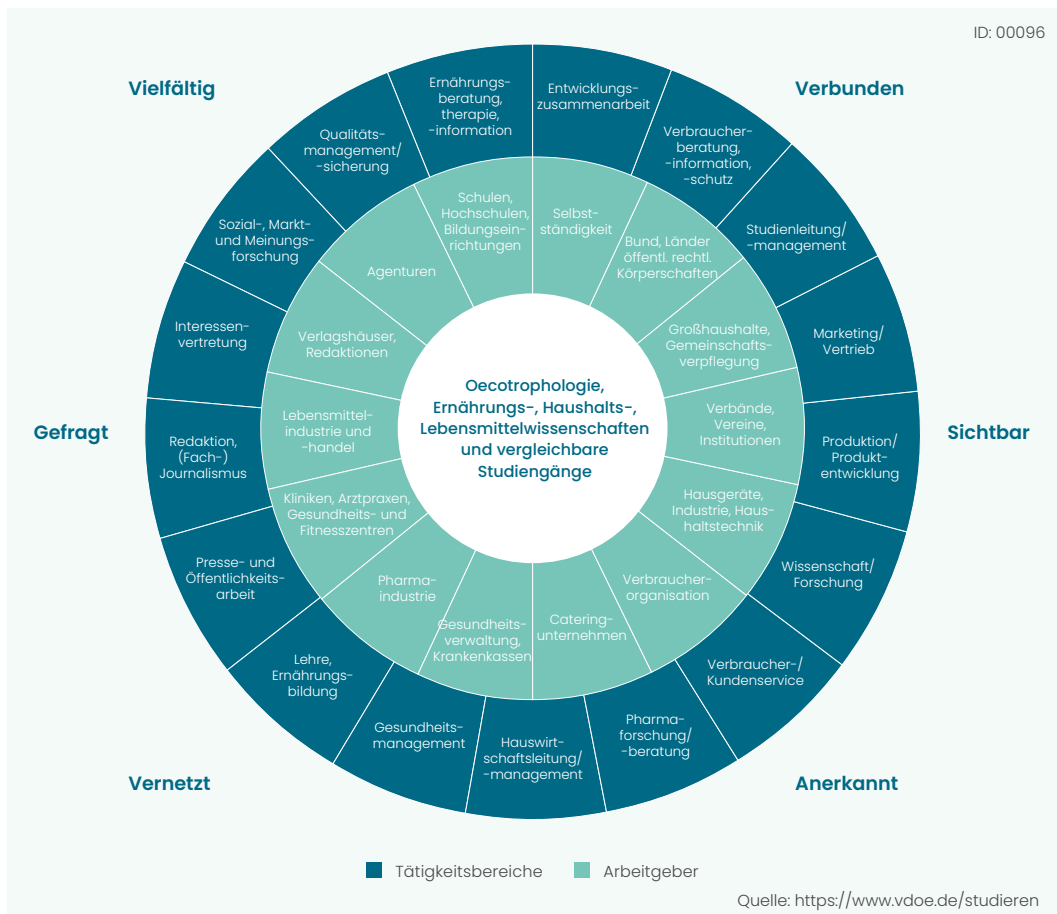
Als Freiberufler arbeiten sie **selbstständig** überwiegend in eigener Praxis aber auch im Praxisverbund und Ärzten, Oecotrophologen oder Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe. Die Tätigkeit bezieht sich dabei primär auf die ernährungstherapeutische Beratung in Bezug auf ernährungsmitbedingte Erkrankungen. 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 Weiterbildungszer-

tifikate, z.B. vom Berufsverband Oecotrophologe 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.

Auf der VDOE-Website findet sich eine Übersicht diverser relevanter **Studienangebote**:  
<https://www.vdoe.de/studieren/hochschulen-und-studiengaenge/>  
**Untergruppen:**  
<https://www.vdoe.de/studieren/universitaeten/>  
<https://www.vdoe.de/studieren/fachhochschulen/>  
<https://www.vdoe.de/studieren/fernstudium/>

Abb. 5a.6a: Berufsperspektiven



## 5a.7 Masseur und medizinischer Bademeister

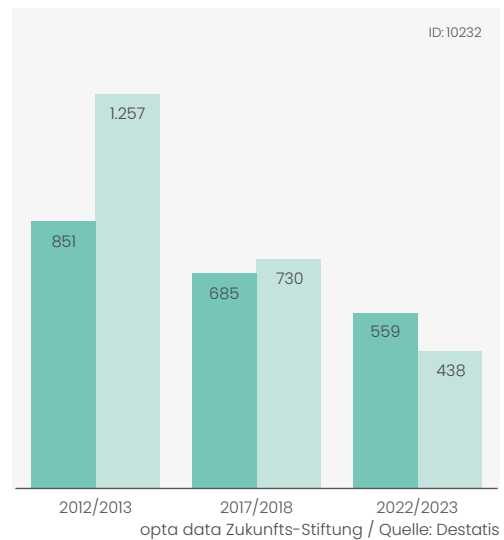
Die Ausbildung zum Masseur und medizinischen Bademeister ist bundesweit einheitlich geregelt und wird an Berufsfachschulen sowie Schulen des Gesundheitswesens angeboten. Nach zweieinhalb Jahren wird sie mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen.

Im Unterschied zu den anderen Heilmittelberufen ist bei Masseuren und medizinischen Bademeistern das Geschlechterverhältnis im aktuellen Zeitraum relativ ausgeglichen. Im Zehnjahrestrend lässt sich die anteilige Zunahme der männlichen Auszubildenden erkennen, angefangen im Schuljahr 2012/2013 machen die Männer einen Anteil von rund 40% aus, über das Schuljahr 2017/2018 mit einem Anteil von 48%, bis sie im Schuljahr 2022/2023 mit 56% den größeren Anteil einnehmen. Die Zahl der Schülerinnen fällt im Zehnjahrestrend um 65%.

Trotz der anteiligen Zunahme der männlichen Auszubildenden macht sich im Zehnjahrestrend ein rapider Rückgang der Ausbildungszahlen bei den Masseuren und medizinischen Bademeistern bemerkbar. Die Zahl der Schüler ist von 2.108 im Schuljahr 2012/2013 auf unter 1.000 im Schuljahr 2022/2023 gesunken, was einer Abnahme von etwa 52% entspricht.

Abb. 5a.7: Anzahl der Schüler zum Masseur und medizinischen Bademeister

■ Frauen  
■ Männer



1 Quelle: Walburga Träger in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Ausbildung – Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

2 Quelle: Dr. Andrea Lambeck, Urte Brink – BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

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.

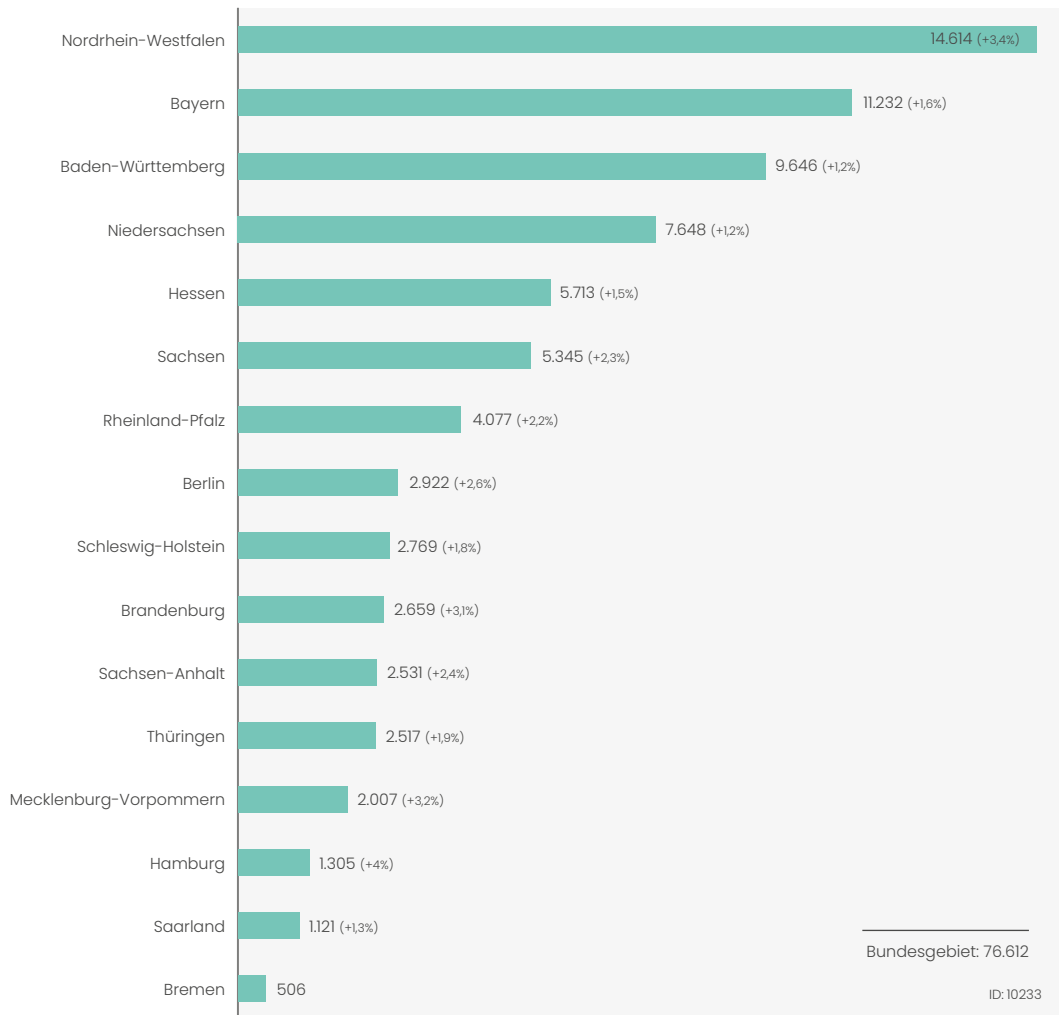


|        |                   |     |
|--------|-------------------|-----|
| 6a.1   | Physiotherapie    | 122 |
| 6a.1.1 | Personalstruktur  | 122 |
| 6a.1.2 | Versorgungsdichte | 126 |
| 6a.2   | Ergotherapie      | 127 |
| 6a.2.1 | Personalstruktur  | 127 |
| 6a.2.2 | Versorgungsdichte | 128 |
| 6a.3   | Logopädie         | 129 |
| 6a.3.1 | Personalstruktur  | 129 |
| 6a.3.2 | Versorgungsdichte | 130 |
| 6a.4   | Podologie         | 131 |
| 6a.4.1 | Personalstruktur  | 131 |
| 6a.4.2 | Versorgungsdichte | 132 |
| 6a.5   | Geburtshilfe      | 133 |
| 6a.5.1 | Personalstruktur  | 133 |
| 6a.5.2 | Versorgungsdichte | 134 |

Die Gesamtzahl von 76.612 Heilmittelerbringern in Deutschland verteilt sich recht unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Mit 14.614 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 4% fällt dieser in Hamburg am größten aus. Im gesamten Bundesgebiet ist ein Anstieg von 2,1% zu verzeichnen.

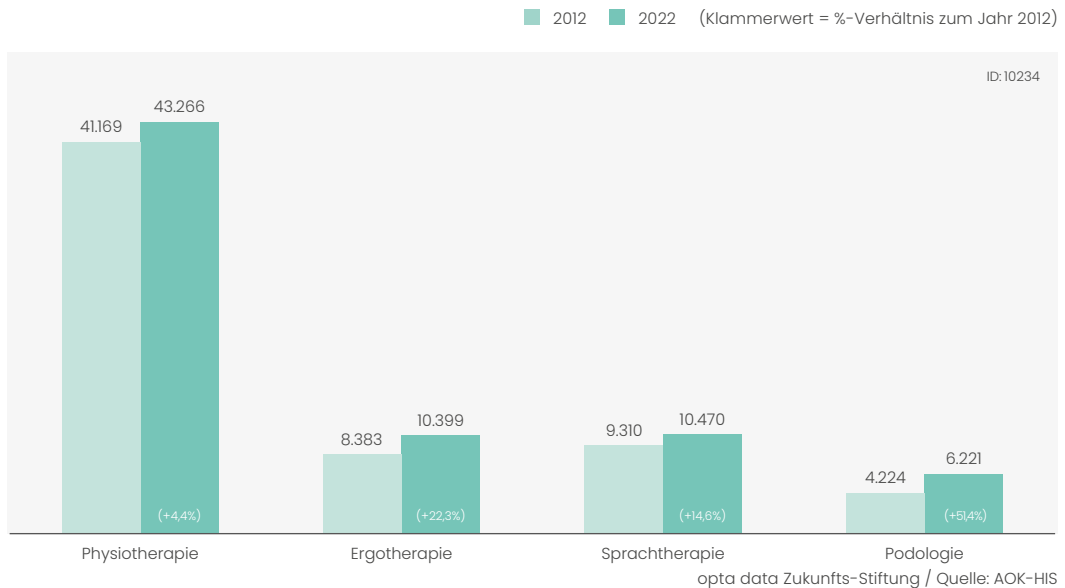
**Abb. 6a.a: Anzahl Heilmittelerbringer pro Bundesland 2024**  
(Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: vdek

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

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



Die Anzahl der in der Abbildung betrachteten Leistungserbringer im Heilmittelbereich wird anhand der Institutionskennzeichen (IK) aus den anonymisierten Abrechnungsdaten ermittelt, wobei ein IK mit einer Praxis (inkl. Krankenhäuser) gleichgesetzt wird. Die Menge der reell dort tätigen Therapeuten kann dabei nicht konkret ermittelt werden, da in einer Praxis mehr als ein Therapeut beschäftigt sein kann. Im aktuell vorliegenden 10-Jahrestrend von 2012 bis 2022 haben sich die Zahlen über die verschiedenen Berufsfelder durchweg erhöht. Je nach Beruf haben sie sich dennoch unterschiedlich entwickelt.

Die Anzahl der Physiotherapie-IKs hat sich im Zeitraum von 2012 bis 2022 um 5,1% erhöht. Mit 43.266 physiotherapeutischen Praxen, inklusive Krankenhäuser, nimmt die Physiotherapie den größten Anteil der abgerechneten Leistungserbringer ein. Sie machen im Jahr 2022 einen Anteil von 61,5% aus, im Jahr 2012 liegt der Anteil bei 65,3%.

Ein etwas größerer Anstieg unter den Leistungserbringern ist bei der Anzahl der ergotherapeutischen Praxen, inklusive Krankenhäuser, zu verzeichnen. Dort stiegen die Zahlen von 8.383 im Jahr 2012 auf 10.399

im Jahr 2022, dies macht einen Zuwachs von 24% aus. Dennoch nimmt die Ergotherapie im Jahr 2022 nur einen Gesamtanteil von 14,8% ein

Die Sprachtherapeuten nehmen 2022 mit 14,9% einen minimal größeren Anteil aller Leistungserbringer ein und stellen somit den zweithöchsten IK-Wert dar. Die Anzahl der logopädischen Einrichtungen ist im Zehnjahrestrend von 9.310 auf 10.470, also um 12,5%, gestiegen.

Besonders markant ist der Anstieg der podologischen Praxen innerhalb der betrachteten zehn Jahre. Von rund 4.224 abgerechneten IKs im Jahr 2012 ist die Zahl auf 6.221 im Jahr 2022 gestiegen. Das entspricht einem Zuwachs von 47,3%. Der Gesamtanteil an den IKs im Heilmittelbereich steigt im Jahr 2022 zwar auf rund 8,8%, dennoch stellt das podologische Berufsfeld den geringsten Anteil der hier betrachteten Heilmittel IKs dar.

## 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. Sie sind mit 61.000 Beschäftigten die am stärksten vertretene Altersklasse. Dahinter folgen die 50–59-Jährigen mit 60.000 Beschäftigten. Auf Platz drei liegen die 40–49-Jährigen mit einem leichten Zuwachs von 1,9% im Vergleich zum Vorjahr\*. Den größten Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr\* haben die über 60-Jährigen mit 6,9%. Trotzdem ist diese Altersklasse mit 31.000 Beschäftigten die kleinste. Die unter 30-Jährigen nehmen mit 37.000 Beschäftigten und einem Rückgang von 2,6% im Vergleich zum Vorjahr\* ebenfalls nur einen kleinen Anteil ein.

Die Betrachtung der Unterteilung in Fachkräfte, Spezialisten und Experten ergibt ein etwas anderes Bild. Die Fachkräfte sind meist älter, mit einem Schwerpunkt auf der Altersklasse der 50–59-Jährigen. Deren Beschäftigtenzahlen sind fast siebenmal höher als die der unter 30-Jährigen bzw. mehr als doppelt so hoch wie bei den 30–39-Jährigen. Die Spezialisten nehmen den größten Anteil der Physiotherapieberufe ein, sodass deren Verteilung ähnlich zu dem Gesamtbild ist. Die Experten sind bisher eher eine Randerscheinung mit fast unveränderten Werten.

Abb. 6a.1a: Alter des Personals in der Physiotherapie 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

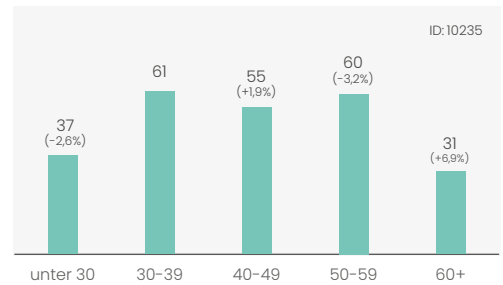
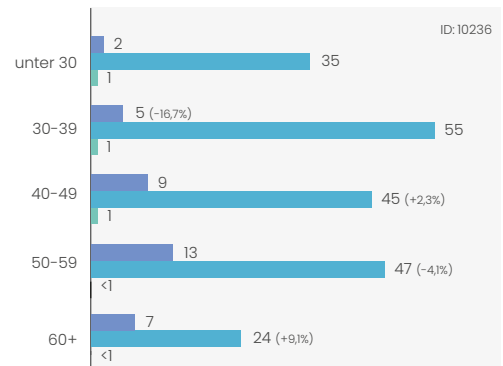


Abb. 6a.1b: Alter der Fachkräfte / Spezialisten / Experten in der Physiotherapie 2022

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



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

### Art und Anzahl der Beschäftigung

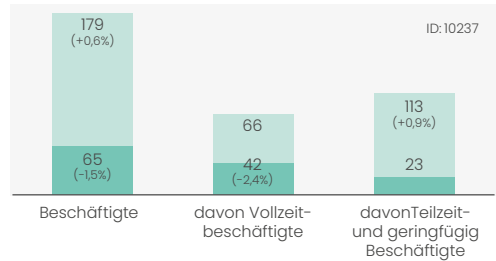
In den Berufen der Physiotherapie sind etwa 244.000 Frauen und Männer beschäftigt. Die Männer nehmen mit 26,6% einen geringen Anteil ein, fast drei Viertel der Beschäftigten sind Frauen. Von den 179.000 Frauen arbeiten nur 66.000 in Vollzeit, bei den männlichen Beschäftigten sind es dagegen rund 65%. Der Anteil der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten hat sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen kaum geändert.

Bei den Fachkräften arbeiten die meisten Beschäftigten in Teilzeit und als geringfügig Beschäftigte (70,3%), in dem Bereich haben die Frauen einen leichten Zuwachs von 4,8% zu verzeichnen. Die Beschäftigtenzahl der in Vollzeit arbeitenden Frauen hat sich im Vergleich zum Vorjahr\* nicht verändert, bei den Männern hingegen sinkt die Zahl von 5.000 auf 4.000 Beschäftigte.

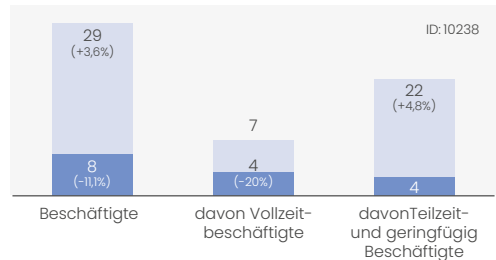
Bei den Spezialisten ist das Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeit- / geringfügig Beschäftigten ausgeglichener als bei den Fachkräften. In Vollzeit arbeiten 46,3% der Spezialisten, davon machen die Frauen etwa 61% aus. Auch bei den Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten machen die Frauen den Großteil aus, mit 91.000 Beschäftigten verzeichnen sie im Vergleich zum Vorjahr ein Plus von 2,2%. Die Beschäftigtenzahl der Männer bleibt hingegen gleich.

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.

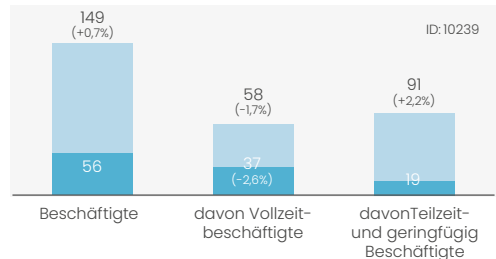
**Abb. 6a.1c: Beschäftigung und Geschlecht in der Physiotherapie 2022** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



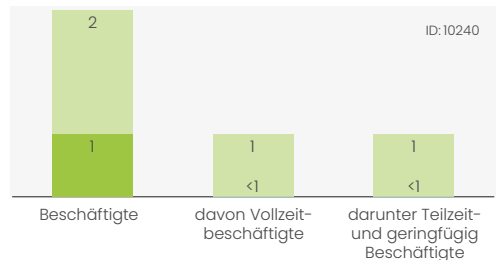
**Abb. 6a.1d: Beschäftigung und Geschlecht bei Fachkräften in der Physiotherapie 2022** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



**Abb. 6a.1e: Beschäftigung und Geschlecht bei Spezialisten in der Physiotherapie 2022** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



**Abb. 6a.1f: Beschäftigung und Geschlecht bei Experten in der Physiotherapie 2022** (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



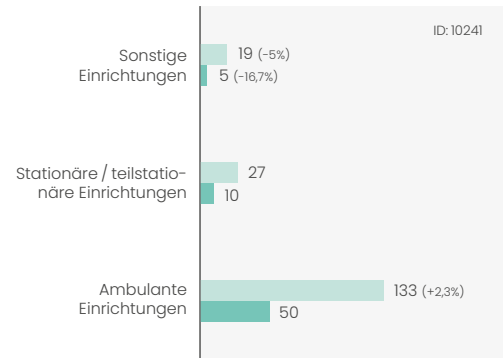
### Einrichtungen

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.

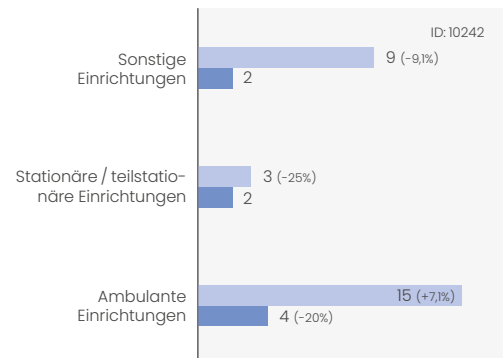
Auch bei den Fachkräften arbeitet der Großteil der Beschäftigten in ambulanten Einrichtungen, sie nehmen einen Anteil von 52,8% ein. Anders als in der Gesamtverteilung folgen die sonstigen Einrichtungen vor den stationären/ teilstationären Einrichtungen. Die Frauen stellen auch bei den Fachkräften in den jeweiligen Einrichtungen die Mehrheit, bei den sonstigen Einrichtungen die Mehrheit, bei den sonstigen Einrichtungen liegt ihr Anteil bei über 80% besonders hoch.

Bei den Spezialisten liegen die ambulanten Einrichtungen mit 78,5% ebenfalls vorn. Ähnlich zur Gesamtverteilung machen die stationären/ teilstationären Einrichtungen mit 15,6% 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.

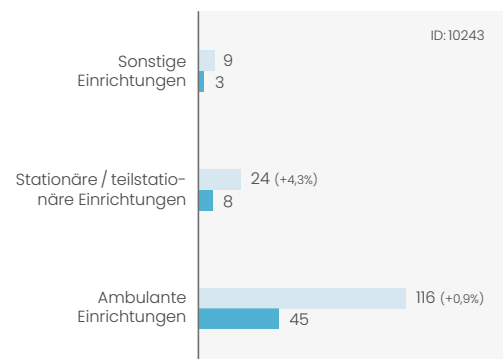
**Abb. 6a.1g: Personal in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2022** ■ Frauen ■ Männer  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



**Abb. 6a.1h: Fachkräfte in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2022** ■ Frauen ■ Männer  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



**Abb. 6a.1i: Spezialisten in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2022** ■ Frauen ■ Männer  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

### 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:

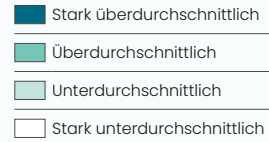
In den sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens werden Beschäftigte ausgewiesen, die einen medizinischen Gesundheitsberuf (ohne Tiermedizin), einen Beruf in der Altenpflege oder einen Beruf in der Medizin-, Orthopädie- und Rehathechnik (beispielsweise Augenoptiker, Zahntechniker und Hörgeräteakustiker)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

Quelle: Destatis

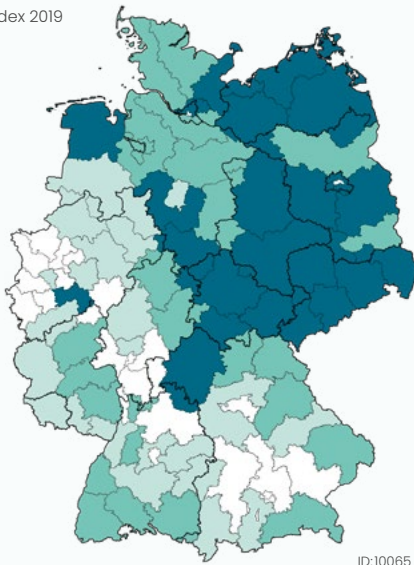
## 6a.1.2 Versorgungsdichte

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.

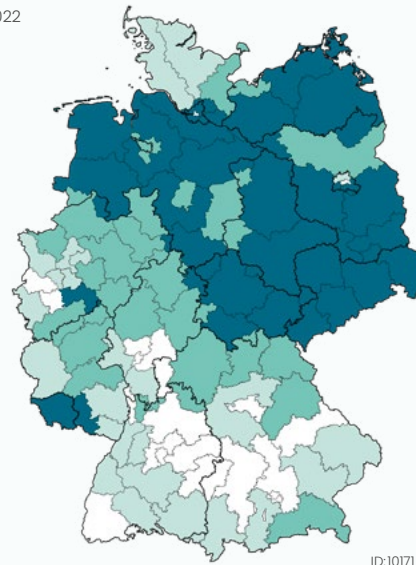
Abstufung



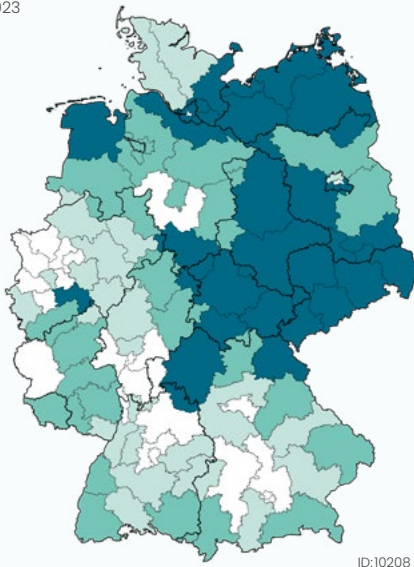
Index 2019



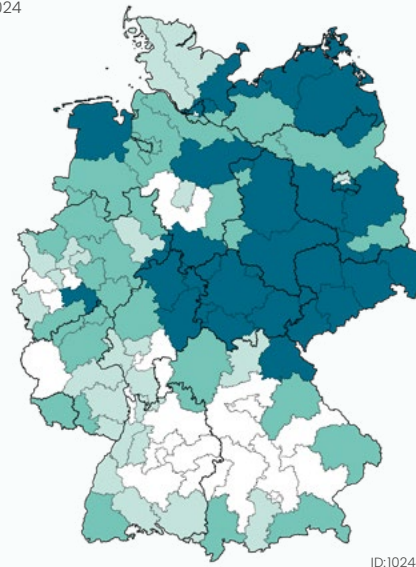
2022



2023



2024



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\* kaum verändert. Die über 60-Jährigen nehmen mit 9% den geringsten Anteil ein. Sowohl die unter 30-Jährigen als auch die 40-49-Jährigen mit jeweils 14.000 Beschäftigten und die 50-59-Jährigen mit 13.000 Beschäftigten machen je rund ein Fünftel des Personals aus. Die am stärksten vertretene Altersklasse ist die der 30-39-Jährigen mit 20.000 Ergotherapeuten.

#### 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 knapp 7,3% 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 33.000 Beschäftigte, sprich die Hälfte der Beschäftigten, während die (teil-) stationären Einrichtungen rund ein Drittel und die sonstigen Einrichtungen keine 20% ausmachen. Die Frauen machen bei den sonstigen Einrichtungen über 80%, bei den stationären und teilstationären Einrichtungen rund 85% und bei den ambulanten Einrichtungen sogar 90% aus.

Abb. 6a.2a: Alter des Personals in der Ergotherapie 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

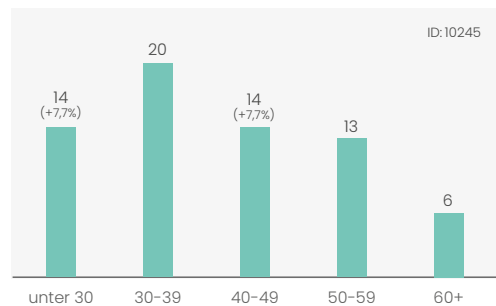


Abb. 6a.2b: Beschäftigung und Geschlecht in der Ergotherapie 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

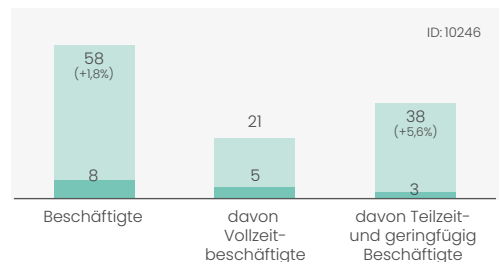
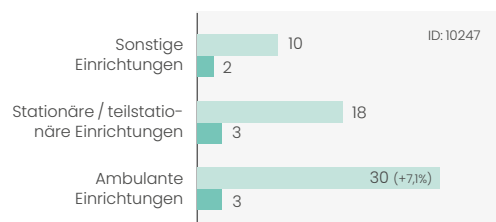


Abb. 6a.2c: Personal in der Ergotherapie nach Einrichtungen 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



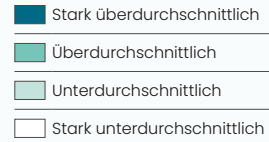
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

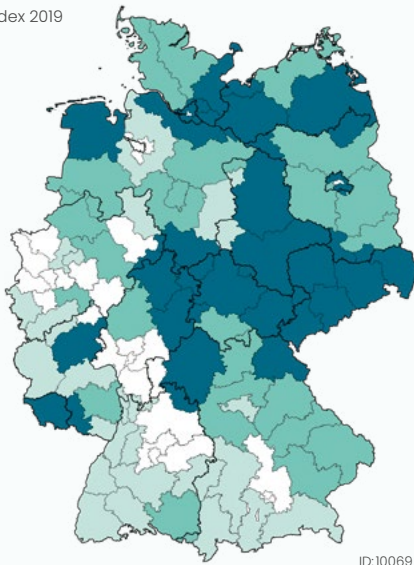
## 6a.2.2 Versorgungsdichte

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.

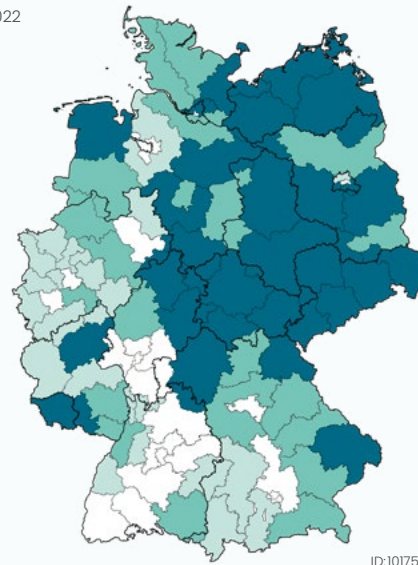
Abstufung



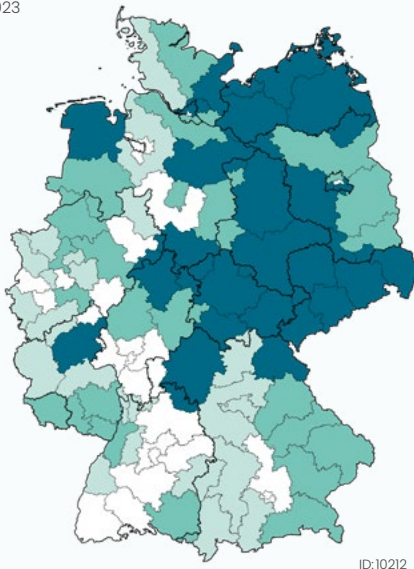
Index 2019



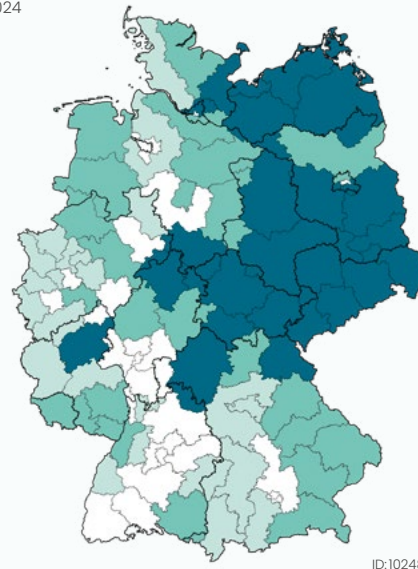
2022



2023



2024



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

## 6a.3 Logopädie

Logopäden behandeln Patienten in den Bereichen Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen mit Maßnahmen zur Beratung, Prävention, Therapie und Rehabilitation.

### 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 und den 50–59-Jährigen mit jeweils einem Anteil von knapp 21% ein. Mit einem Anteil von 18% folgen die 40–49-Jährigen. Die Altersklasse der über 60-Jährigen hat im Vergleich zum Vorjahr\* zwar einen Zuwachs zu verzeichnen, macht mit 4.000 Beschäftigten aber nur einen geringen Anteil an der gesamten Beschäftigungszahl 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 der sonstigen und die der stationären und teilstationären Einrichtungen nicht verändert. Lediglich die ambulanten Einrichtungen haben im Vergleich zum Vorjahr\* ein leichtes Plus von knapp 4% durch einen Anstieg der beschäftigten Frauen in diesem Bereich zu verzeichnen. Dort arbeitet auch der Großteil der männlichen Logopäden, dennoch machen die Frauen über 90% der Beschäftigten in ambulanten Einrichtungen aus.

Abb. 6a.3a: Alter des Personals in der Logopädie 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

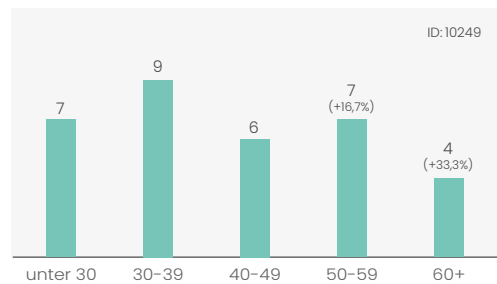


Abb. 6a.3b: Beschäftigung und Geschlecht in der Logopädie 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

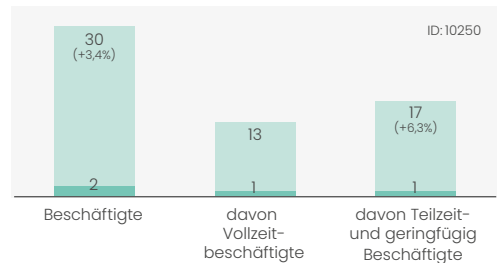
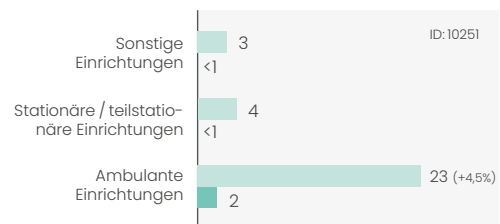


Abb. 6a.3c: Personal in der Logopädie nach Einrichtungen 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



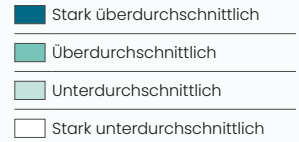
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

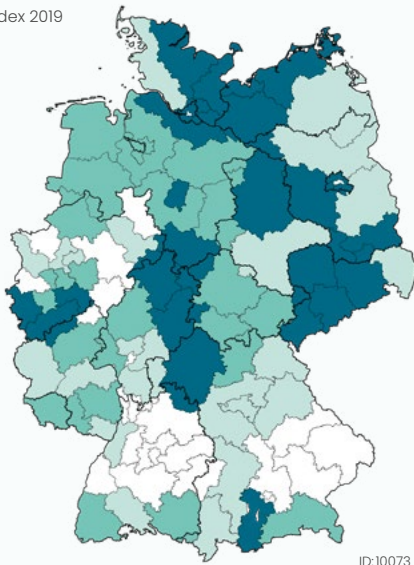
### 6a.3.2 Versorgungsdichte

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

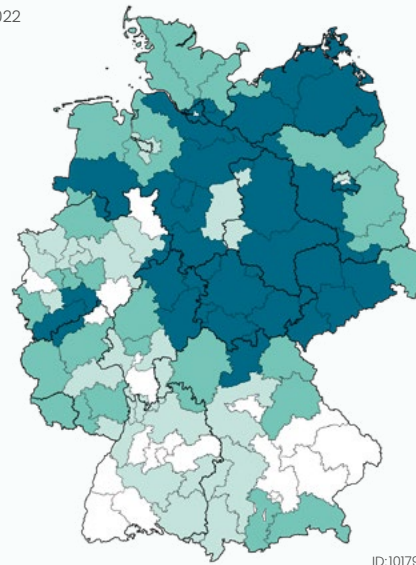


Index 2019



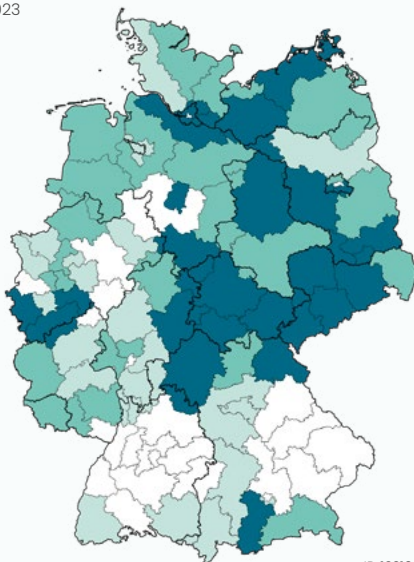
ID:10073

2022



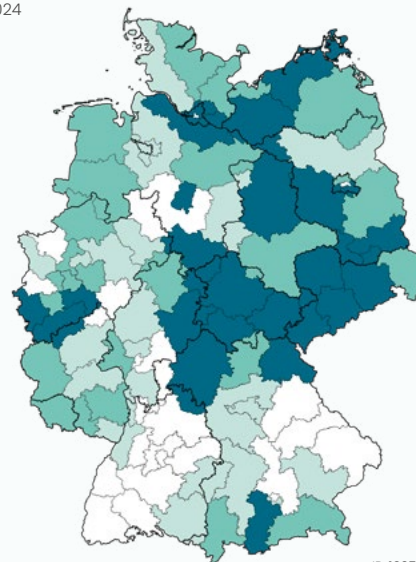
ID:10179

2023



ID:10216

2024



ID:10252

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\* kaum verändert. Trotz eines leichten Rückgangs der Zahlen ist die am stärksten vertretene Altersklasse, die der 50-59-Jährigen. Mit jeweils 4.000 Beschäftigten folgen die Altersklassen der über 60-Jährigen und die der 40-49-Jährigen, sie machen damit je rund ein Fünftel der Beschäftigten aus. Die Altersklassen der unter 30-Jährigen und die der 30-39-Jährigen machen zusammen etwas über 20% aus.

#### 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.

#### Einrichtungen

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.4a: Alter des Personals in der Podologie 2022

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

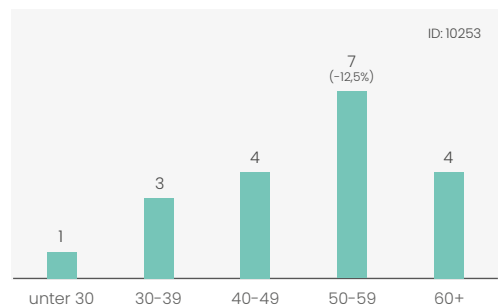


Abb. 6a.4b: Beschäftigung und Geschlecht in der Podologie 2022

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

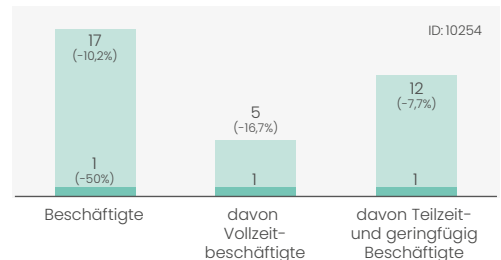
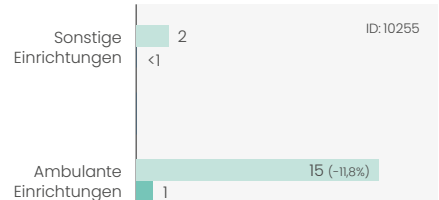


Abb. 6a.4c: Personal in der Podologie nach Einrichtungen 2022

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



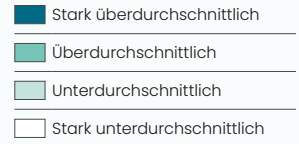
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

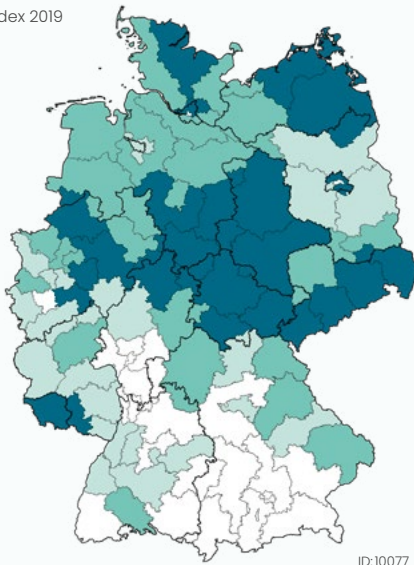
### 6a.4.2 Versorgungsdichte

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.

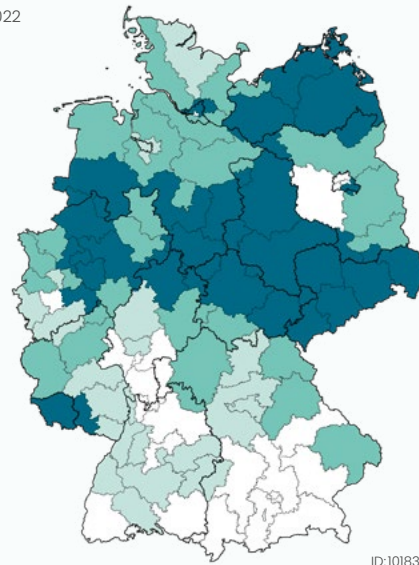
Abstufung



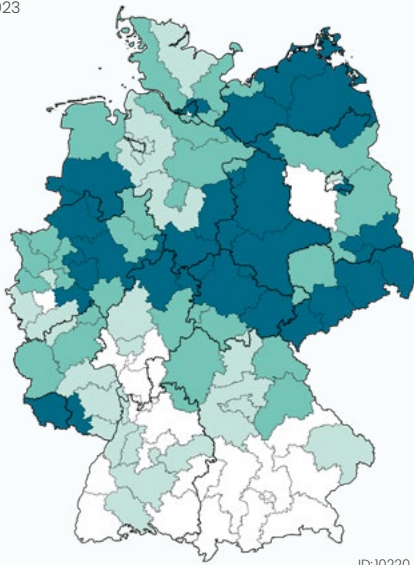
Index 2019



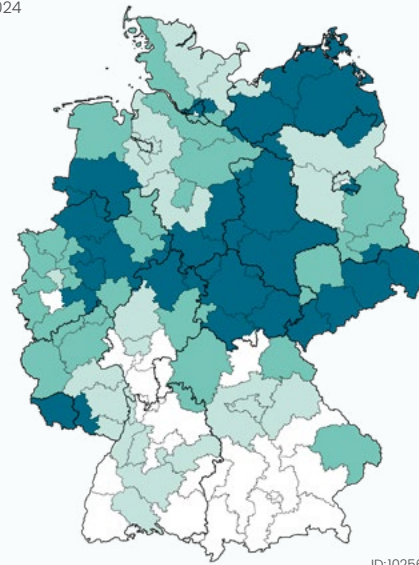
2022



2023



2024



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

## 6a.5 Geburtshilfe

Hebammen und Entbindungspfleger betreuen Frauen und ihre Familien ganzheitlich von der Familienplanung bis zum Ende der Stillzeit.

### 6a.5.1 Personalstruktur

#### Altersstruktur

In der Geburtshilfe ist die am stärksten vertretene Altersklasse die der 50-59-Jährigen mit 8.000 Beschäftigten. Durch einen Zuwachs von 16,7% im Vergleich zum Vorjahr\* kommt die Altersklasse der 30-39-Jährigen auf 7.000 Beschäftigte. Mit 6.000 Beschäftigten folgt die Altersklasse der 40-49-Jährigen. Die über 60-Jährigen und die unter 30-Jährigen nehmen nur einen kleinen Anteil von fast 11% bzw. knapp 14% ein.

#### Art und Anzahl der Beschäftigung

Mehr als die Hälfte der Beschäftigten in der Geburtshilfe arbeiten in Teilzeit- und geringfügigen Beschäftigungen, der Anteil an der gesamten Beschäftigtenzahl liegt bei rund 64%. Die Männer nehmen in beiden Beschäftigungsarten einen verschwindend geringen Anteil von unter 1.000 Beschäftigten ein.

#### Einrichtungen

Mit etwa 53% 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 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

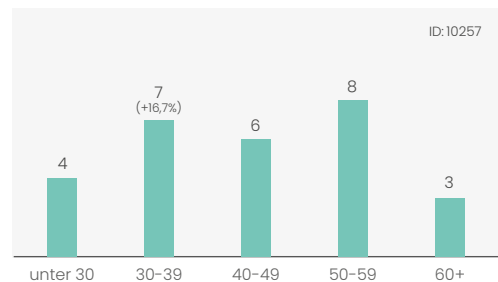


Abb. 6a.5b: Beschäftigung und Geschlecht in der Geburtshilfe 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

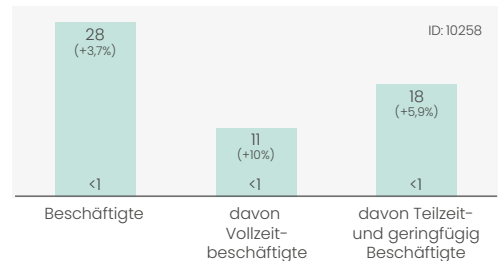
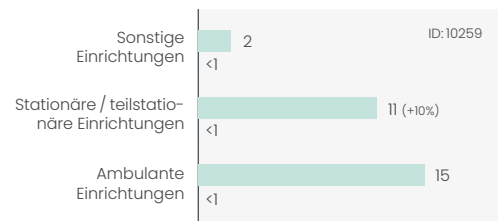


Abb. 6a.5c: Personal in der Geburtshilfe nach Einrichtungen 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

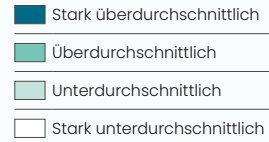
\* Die prozentualen Veränderungen beziehen sich auf die Werte des Statistischen Jahrbuches 2024.

1 Quelle: Destatis (ID: 10113)

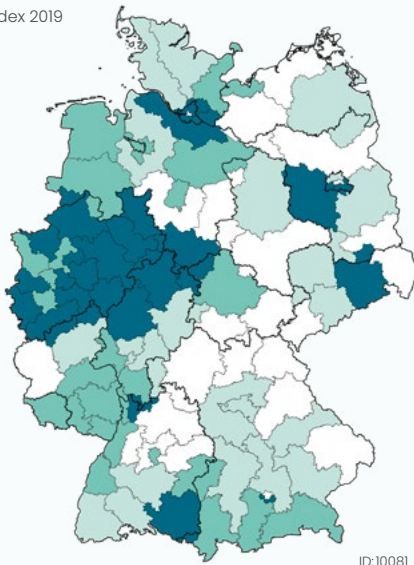
## 6a.5.2 Versorgungsdichte

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.

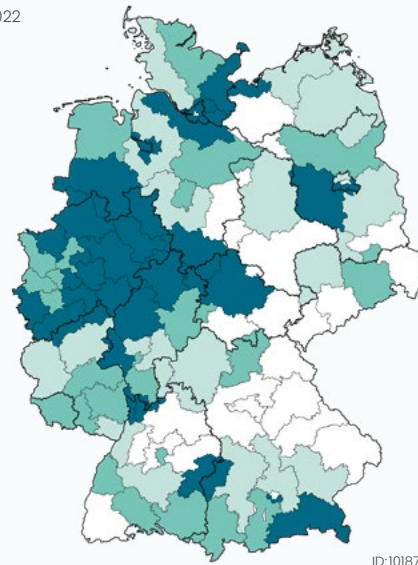
Abstufung



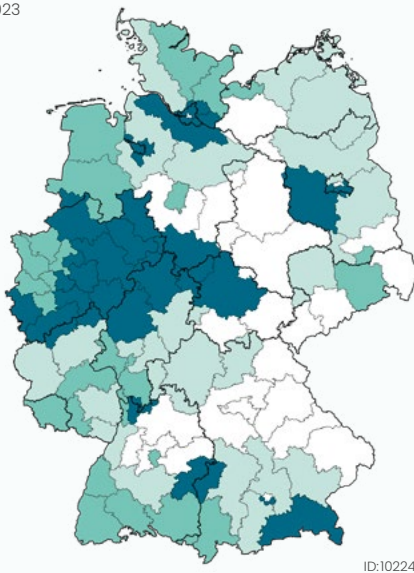
Index 2019



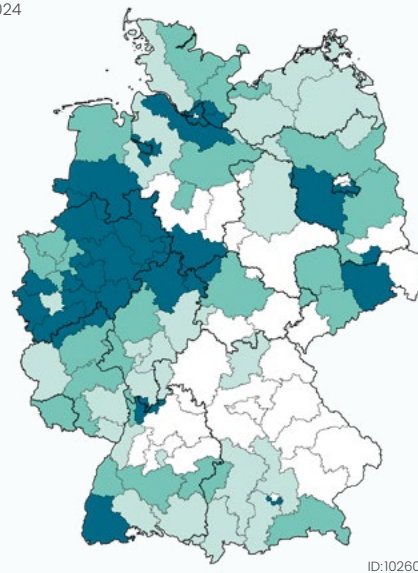
2022



2023



2024



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

## Notizen:

7a

# Verbände Heilmittel

Julia Pichura, Referentin Leitung Produktmanagement  
Geschäftsbereich der opta data Finance GmbH



## 7a.1 Verbände im Heilmittelbereich

Die Berufsverbände im Heilmittelbereich vertreten die Gemeinschaft der sonstigen Leistungserbringer in den jeweiligen Heilmittelberufen. Im Vergleich zu anderen Bereichen in der Gesundheitsbranche sind diese strukturell und von der Zielsetzung zu z.B. Innungen und Leistungsgemeinschaften ähnlich. Eine teilweise berufsgruppenübergreifende Kooperation findet über den Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) in einem Teil bereits statt.

## 7a.2 Aufgaben

Als Interessensvertretung der Leistungserbringer der jeweiligen Heilmittelberufsgruppe ist das Hauptziel, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Vergütung der Mitglieder zu erwirken. Dies erfolgt in der Regel durch die Rahmenvertrags- und Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern. Als Folge aus dem TSVG erfolgen die Rahmenvertrags- und Vergütungsverhandlungen zwischen den sogenannten maßgeblichen Berufsverbänden, der Physiotherapie, der Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Podologie, sowie dem Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene. Die maßgeblichen Berufsverbände für die vier genannten Berufsgruppen sind dba, dbl, dbs, DVE, IFK, VDB, VDP, VPT, Podo Deutschland, Deutscher Verband für Physiotherapie, LOGO Deutschland, BED und der Bundesverband für Podologie. Die Mitgliedschaft in den Verbänden bringt individuelle Vorteile mit sich, die sich nicht ausschließlich aus berufspolitischer Arbeit des Verbandes ergeben. Im Rahmen von verschiedenen Serviceleistungen nehmen die Verbände auch beratende Aufgaben wahr, beispielsweise in rechtlichen Fragen oder in Bezug auf Existenzgründung, Wirtschaftlichkeit und Abrechnung in der Heilmittelpraxis. Einige Verbände unterstützen ihre Mitglieder auch im Zulassungswesen mit den Krankenkassen u. a. durch die Überprüfung von Unterlagen, oder die Befürwortung der Zulassungsanträge. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Heilmittelbranche sind diverse Fort- und Weiterbildungen, die von den Verbänden angeboten und organisiert werden.

## 7a.3 Verbände in den verschiedenen Heilmittelberufen

In der Physiotherapie, in der es die meisten Leistungserbringer im Heilmittelbereich gibt, sind in erster Linie die Verbände „Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie“, „Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT)“, „Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten“ (IFK) und der „Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie (VDB)“ zu nennen. Die ersten drei sind auch im SHV vertreten.

In der Ergotherapie ist der größte Verband, „Deutscher Verband der Ergotherapeuten“ (DVE), ebenfalls im SHV vertreten.

Die Podologen werden berufspolitisch durch die maßgeblichen Verbände „Deutscher Verband für Podologie“ (ZFD), dem „Bundesverband für Podologie“, sowie dem „Verband deutscher Podologen (VDP)“ vertreten. Im SHV ist aktuell keiner der drei podologischen Verbände aktiv.

In der Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie sind der „Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie“ (dbs) sowie der „Deutsche Verband für Logopädie (dbl)“ im SHV vertreten. Darüber hinaus sind der „Deutsche Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V. (dba) und LOGO Deutschland e. V.“ als maßgebliche Verbände Verhandlungspartner des GKV-Spitzenverband.

Das jüngste Berufsfeld im Bereich der Heilmittelerbringer ist die Ernährungstherapie; in den vergangenen Jahren haben sich vor allem die folgenden vier Verbände der Heilmittel in der Ernährungstherapie durch die Verhandlungen zur Heilmittelrichtlinie hervorgehoben: „Verband für Ernährung und Diätetik“ (VFED), „Berufsverband Oecotrophologie“ (VDOE), „Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater“ (QUET-HEB) und „Verband der Diätassistenten“ (VDD). Die jahrelange Interessensvertretung hat sich in diesem Bereich trotz Rückschlägen und Misserfolge durch die Aufnahme in die Heilmittelrichtlinie ausgezahlt.

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.

Genauso wie für alle anderen Heilmittelerbringer, die zur Behandlung oder Betreuung ihre Praxis verlassen und zu einem Patienten nach Hause oder in eine andere Einrichtung fahren, müssen auch Hebammen technisch in die Lage gebracht werden, ihre Leistungen vor Ort digital zu erfassen und zu dokumentieren. Dafür wurden 2020 erste konkrete Projekte entwickelt, um Hebammen an die Telematikinfrastruktur anzuschließen.

## 7a.4 Spitzenverbände der Heilmittelverbände

Der „Spitzenverband der Heilmittelverbände“ (SHV), besteht aus sechs Mitgliedsverbänden, die drei Berufsgruppen abdecken. Der SHV vertritt nach §125 SGB V die berufspolitischen Interessen der Heilmittelerbringer auf Berufsebene und vertritt mehr als 75.000 Mitglieder und repräsentiert rund 90 Prozent des Gesamtumsatzes im Heilmittelbereich.

Die sechs 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)

An der Anzahl der Physiotherapieverbände im SHV, lässt sich die starke Vertretung dieser erkennen; überraschend ist dies nicht, sind die Physiotherapeuten (vgl. Kapitel 6) zahlenmäßig bei weitem die stärkste Berufsgruppe im Heilmittelbereich. So lässt sich auch erklären, dass der SHV die Heilmittelerbringer fast in der gesamten Breite abdeckt, obwohl zurzeit kein Verband der Podologie oder der Ernährungstherapie vertreten ist.

Entstanden ist der SHV u.a. nach Forderungen des GKV-Spitzenverbandes, nicht immer einzeln mit den Verbänden zu verhandeln und damit eine äquivalente Institution einzuführen. Die Mitgliedsverbände haben auch in den meisten Themenbereichen große Übereinstimmungen in den Zielen: in einem gemeinsamen Forderungspaket werden die Ziele, wie eine bessere Vergütung, die Abschaffung des Schulgeldes, verschiedene Reformen der Berufsgesetze, oder die Professionalisierung der Branche der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der SHV ist im Jahr 2024 zum 6. Mal Veranstalter des TherapieGipfels. In Berlin finden sich Vertreter der SHV-Verbände mit politischen Akteuren auf dem Podium zusammen. In diesem Rahmen werden regelmäßig berufspolitisch relevante Themen diskutiert und anwesende Politiker u.a. für Änderungs- und Anpassungsbedarf in der Heilmittelbranche sensibilisiert, um die Arbeitswelt der Heilmittelerbringer zu verbessern.

## 7a.5 Aktuelle Situation

In den Jahren 2023 und 2024 haben erneut Vergütungsverhandlungen zwischen den maßgeblichen Berufsverbänden und dem GKV-Spitzenverband stattgefunden.

- In der Ergotherapie ist eine Vergütungserhöhung zum 01.06.2024 mit einer Laufzeit bis mindestens zum 31.03.2025 in Kraft getreten. Diese wurde durch eine Schiedsstelle festgesetzt.
- In der Ernährungstherapie war dies ab dem 01.06.2023 bis mindestens zum 30.05.2025 gelungen.

- Im Bereich der Podologie ist die Vereinbarung zum 01.07.2023 in Kraft getreten und hat eine Laufzeit bis mindestens 30.06.2025.
- Im Bereich der Stimm-, Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie wurden die aktuell gültigen Preise erneut per Schiedsspruch mit einer Mindestlaufzeit vom 01.01. bis 31.12.2025 festgesetzt.
- In der Physiotherapie hatte die aktuell gültige Vergütungsvereinbarung eine Laufzeit vom 01.01.2024 bis 31.12.2024. Ende 2024 wurden die Verhandlungen als gescheitert erklärt und ein Schiedsverfahren eingeleitet.

Im Bereich der Ergotherapie ist ein Vertrag nach § 125a SGB V über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und deren Vergütung bereits zum 01.04.2024 in Kraft getreten. Basis der so genannten Blanko-Verordnungen ist es, dass die Leistungserbringer selbst über die Auswahl des oder der Heilmittel, die Therapiefrequenz und die Dauer der einzelnen Behandlungstermine sowie die Gesamtdauer der Therapie pro Blanko-Verordnung unter Berücksichtigung von § 13a Absatz 2 HeilM-RL bestimmen können.

Im Bereich der Physiotherapie konnte ebenfalls ein solcher Vertrag vereinbart werden. Dieser ist zum 01.11.2024 in Kraft getreten. Stellt der Verordner oder die Verordnerin hier eine Blanko-Verordnung aus, haben Physiotherapeuten die Möglichkeit, für Erkrankungen im Bereich des Schultergelenks selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten zu bestimmen.

Seit dem 01.07.2022 war für Physiotherapeuten zunächst die freiwillige Anbindung an die Telematikinfrastruktur möglich. Seit Januar 2024 hat der offizielle Start der Anbindungsphase im Heilmittelbereich begonnen, die bis Ende 2026 mit dem Ergebnis beendet werden soll, dass sich alle Heilmittelerbringer erfolgreich an die Telematikinfrastruktur angebinden haben sollen.

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 könnte, aktuelle Themen, die die Heilmittelbranche beschäftigt.

8

# Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse

Stefan Moritz  
Data Scientist der opta data Gruppe



|    |                                       |     |
|----|---------------------------------------|-----|
| 8a | Heilmittel                            | 218 |
| 8b | Hilfsmittel                           | 226 |
| 8c | Pflege                                | 270 |
| 8d | Rettungsdienste und Krankentransporte | 290 |

## 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 216 bis 219 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 2023) 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 2023. 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.

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

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

8a

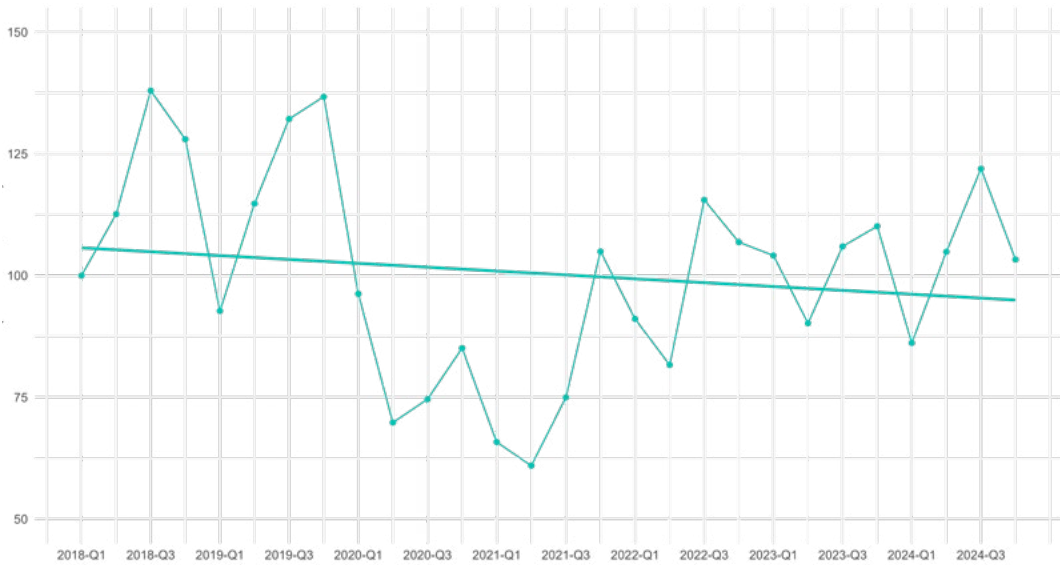
# Heilmittel

Stefan Moritz  
Data Scientist der opta data Gruppe

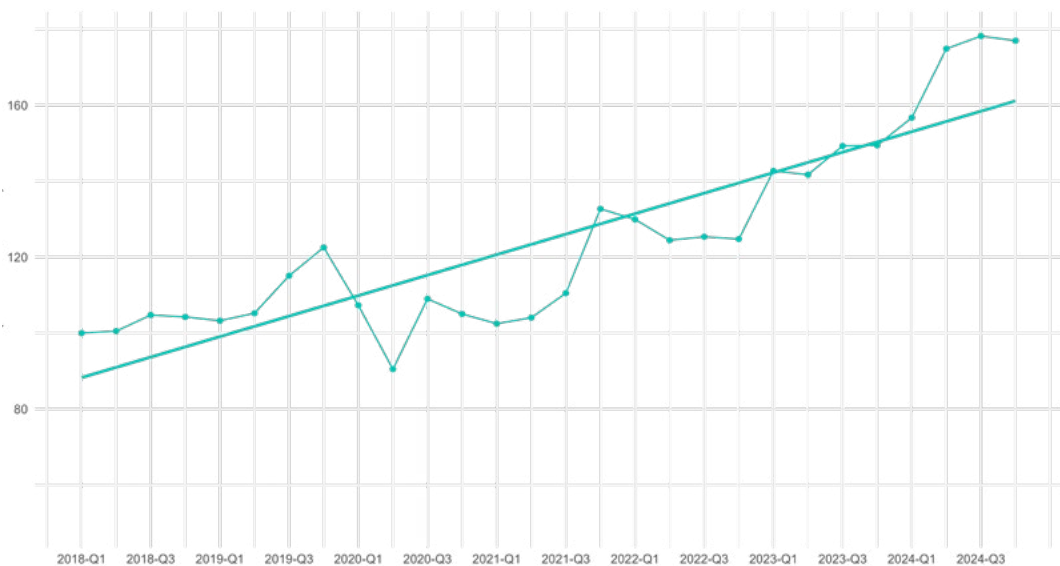
Im folgenden Abschnitt zum Versorgungsbereich Heilmittel werden Index-Zeitreihen für die zwölf am häufigsten versorgten Leistungsarten ausgewiesen. Die Leistungsarten ergeben sich aus der zweiten und dritten Stelle der Positionsnummer laut GKV Heilmittelverzeichnis. Der Index bezieht sich hierbei auf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

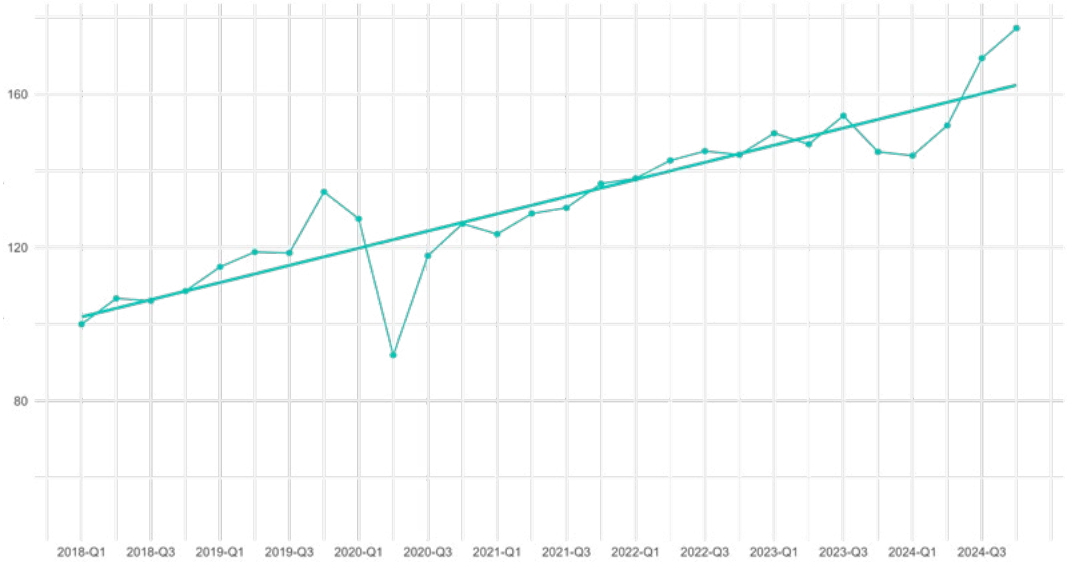
### Bewegungstherapie



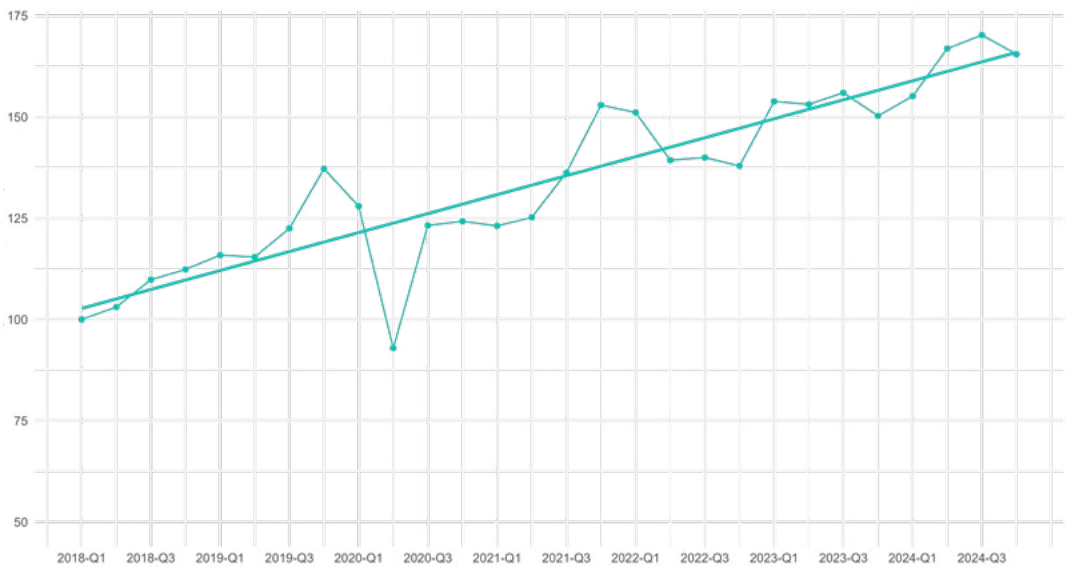
### Elektrotherapie



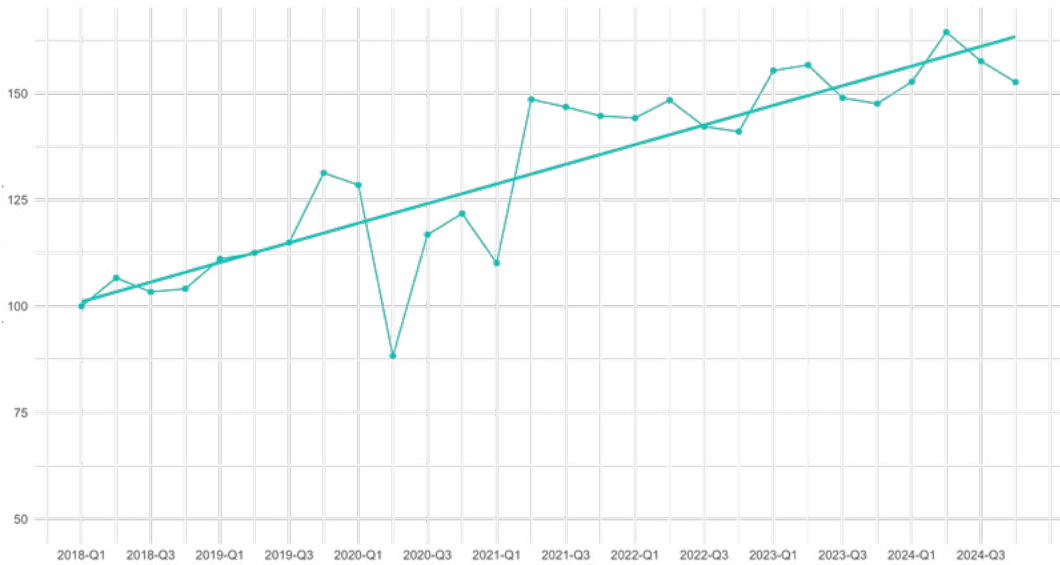
## Ergotherapie



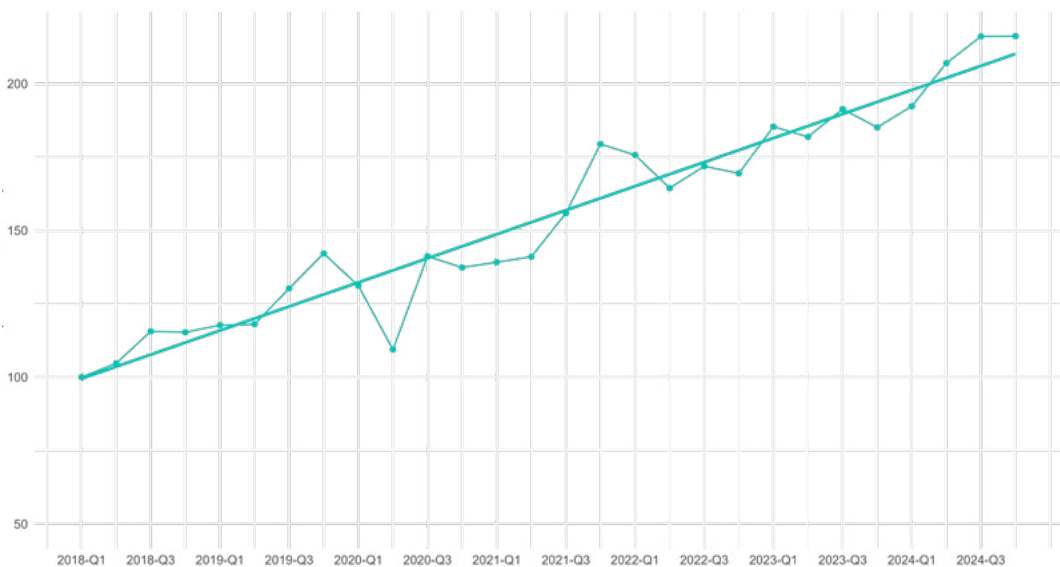
## Krankengymnastik



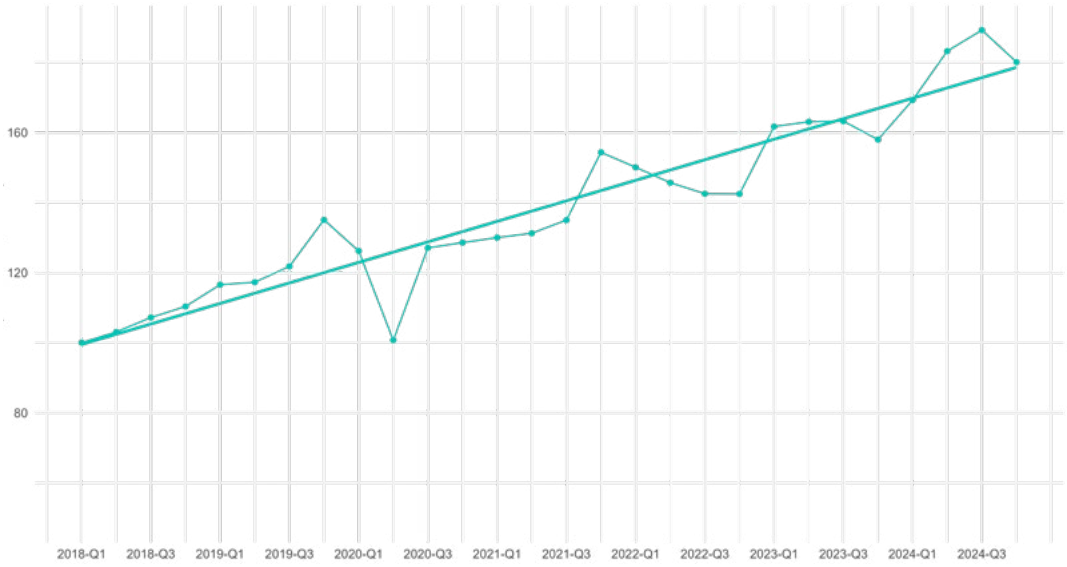
## Logopädie



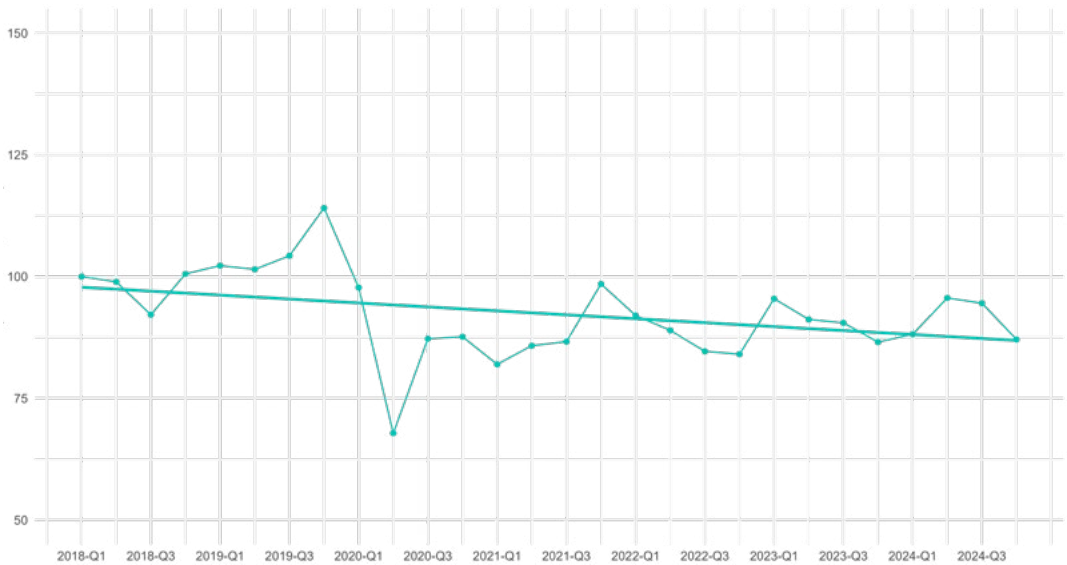
## Manuelle Lymphdrainage



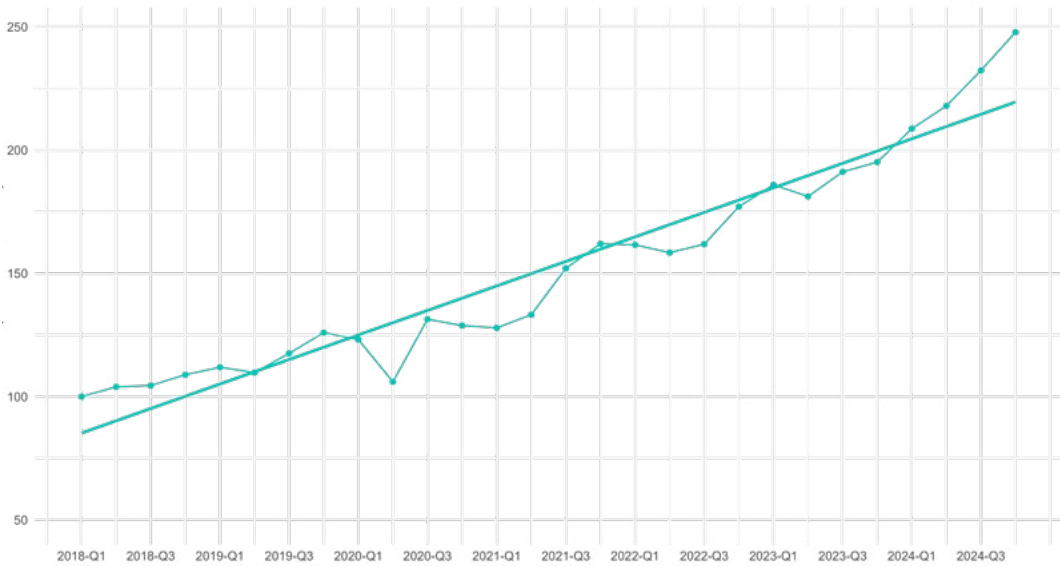
## Manuelle Therapie



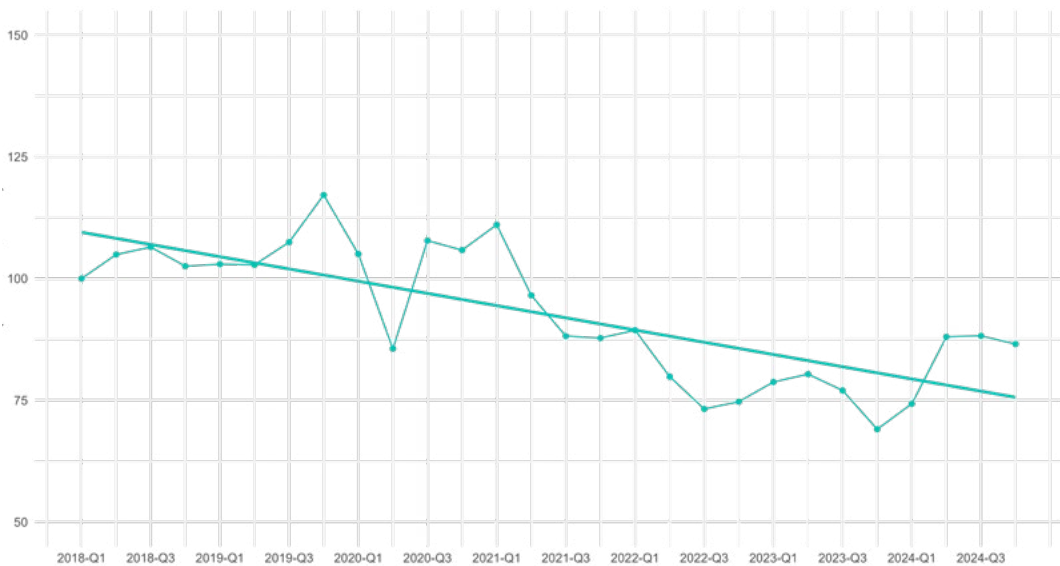
## Massage



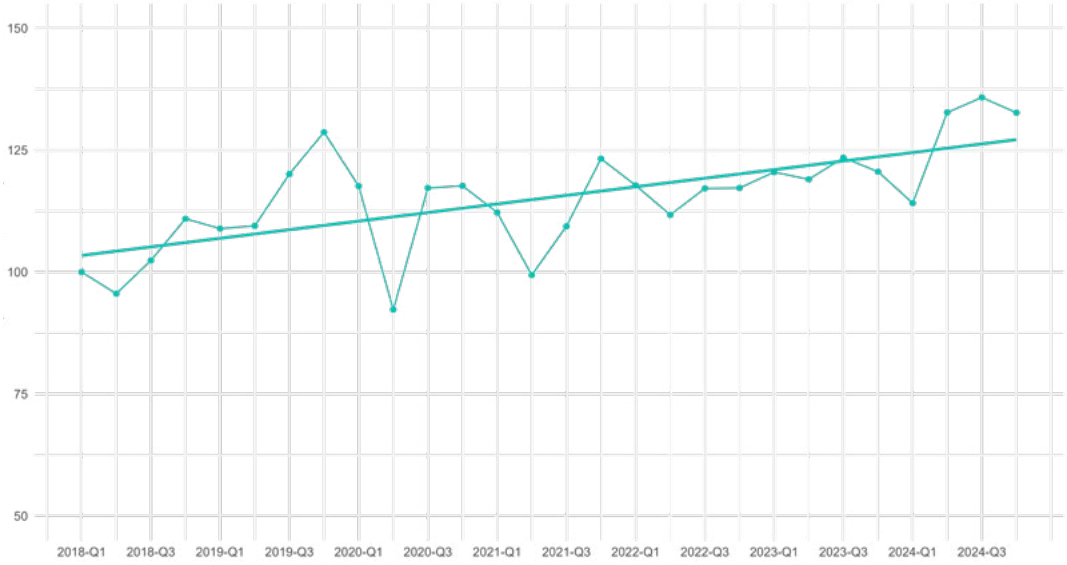
## Podologische Therapie



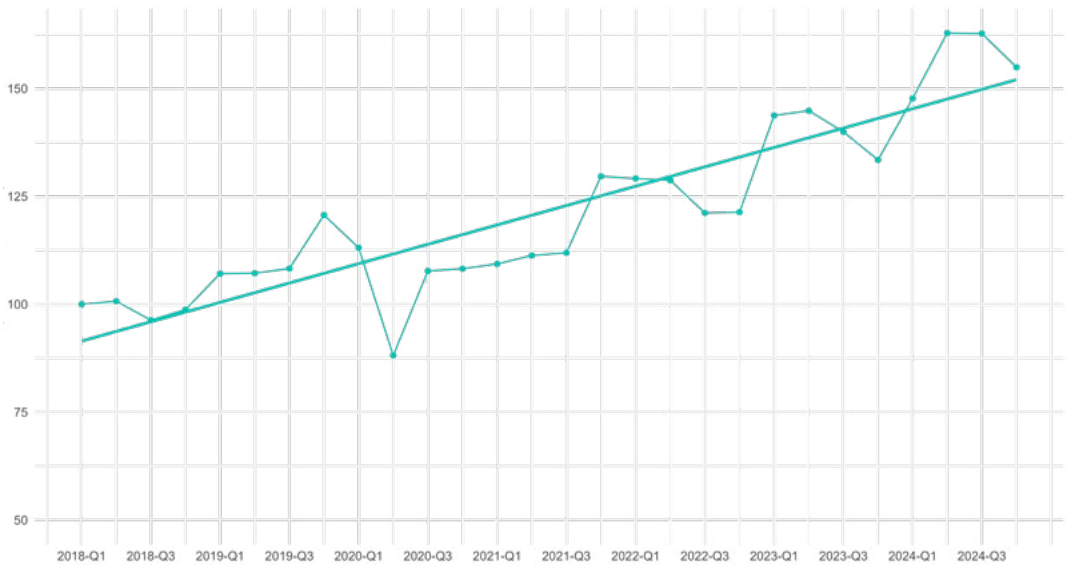
## Standardisierte Heilmittelkombinationen



## Traktions- und Extensionsbehandlung



## Wärme- und Kältetherapie





## 10

# Abkürzungsverzeichnis

## Abkürzung Beschreibung

|           |  |
|-----------|--|
| ABDA      | Bundesverband Deutscher Apothekerverbände e.V.   |
| ABVP      | Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.                                    |
| AGBF Bund | Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland |
| AGOS      | Arbeitsgemeinschaft Orthopädieschuhtechnik GbR   |
| AI        | Artificial Intelligence  |
| AOK       | Allgemeine Ortskrankenkasse  |
| APS       | Aktionsbündnis Patientensicherheit   |
| AR        | Augmented Reality  |
| ASB       | Arbeiter-Samariter-Bund e.V.   |
| AVG       | Anbiitervverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V.             |
| B.A.      | Bachelor of Arts   |
| B.Eng     | Bachelor of Engineering  |
| B.Sc.     | Bachelor of Science  |
| bad       | Bundesverband Ambulante Dienste und Stationärer Einrichtungen e.V.                     |
| BAGEH     | Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe (ASB, JUH, MHD, DLRG, DRK)                       |
| BÄK       | Bundesärztekammer  |
| BAS       | Bundesamt für Soziale Sicherung  |
| BED       | Bundesverband für Ergotherapeutinnen in Deutschland e.V.                               |
| BeKD      | Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.                                     |
| BfDI      | Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit                           |
| BHP       | Bundesverband Heil- und Pflegeberufe e.V.  |
| BiB       | Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung   |
| biha      | Bundesinnung der Hörakustiker KdöR   |

## Abkürzung Beschreibung

|        |   |
|--------|---|
| BIV-OT | Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik e.V.                           |
| BKS    | Berufsverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e.V.  |
| bmbf   | Bundesministerium für Bildung und Forschung                               |
| BSI    | Bundesamt für Sicherheit und Informationstechnik                          |
| bvitiq | Bundesverband Gesundheits-IT e.V.   |
| BVMed  | Bundesverband Medizintechnologie e.V.                                     |
| BVZ    | Bundesverband der Zweithaarspezialisten e.V.                              |
| CT     | Computer-Tomographie  |
| dba    | Deutscher Verband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen e.V.           |
| DBfK   | Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe e.V.                             |
| DBfPP  | Deutscher Berufsverband für Pflegeberater und Pflege e.V.                 |
| dbi    | Deutscher Verband für Logopädie e.V.                                      |
| DBRD   | Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e.V.                               |
| dbs    | Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. |
| DDG    | Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V.                                       |
| DFeuG  | Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft   |
| DFV    | Deutscher Feuerwehrverband e.V.   |
| DGE    | Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.                                  |
| DGOOC  | Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.     |
| DGOU   | Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.             |
| DGRe   | Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V.                     |
| DGU    | Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.                            |
| DHV    | Deutscher Hebammenverband e.V.  |

**Abkürzung Beschreibung**

| Abkürzung | Beschreibung  |
|-----------|---|
| DiGa      | Digitale Gesundheitsanwendungen   |
| DiGiG     | Digital-Gesetz  |
| DLRG      | Deutsche Lebens-Rettungsgesellschaft e. V.  |
| dpa       | Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.                                    |
| DPR       | Deutscher Pflegerat e. V.   |
| DRK       | Deutsches Rote Kreuz e. V.  |
| DRV       | Deutsche Rentenversicherung Bund  |
| DSGVO     | Datenschutz-Grundverordnung   |
| DVE       | Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.   |
| DVG       | Digitale-Versorgungs-Gesetz   |
| DVPMG     | Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz                                      |
| ECTS      | European Credit Transfer System (Übertragung und Akkumulation von Studienleistungen)      |
| eGBR      | Elektronisches Gesundheitsberuferegister  |
| eHBA      | elektronischer Heilberufsausweis  |
| EHDS      | European Health Data Space  |
| EKG       | Elektrokardiogramm  |
| ePA       | Elektronische Patientenakte   |
| ETH       | Ernährungstherapie  |
| eurocom   | Europ. Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel e. V. |
| FDZ       | Forschungsdatenzentrum Gesundheit   |
| FSJ       | Freiwilliges Soziales Jahr  |
| GDAG      | Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz   |
| GDNG      | Gesundheitsdatennutzungsgesetz  |
| GKV       | Gesetzliche Krankenversicherung   |
| G-NCP     | German-Nutrition Care Prozess   |
| HC-U      | Homecare-Unternehmen  |
| HeilM-RL  | Heilmittel-Richtlinie   |
| HWK       | Handwerkskammer   |
| IfD A     | Institut für Demoskopie Allensbach  |
| ilit      | Institut für Innovation und Technik in der VDI/VDE Innovation + Technik GmbH              |
| IK        | Institutionenkennzeichen  |

**Abkürzung Beschreibung**

| Abkürzung | Beschreibung   |
|-----------|--|
| IZZ       | Institut für Zukunftsmanagement und Zukunftspsychologie Sigmund Freud PrivatUni Wien |
| JUH       | Johanniter-Unfallhilfe e. V.   |
| KBV       | Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR   |
| KHG       | Krankenhausgesetz  |
| KI        | Künstliche Intelligenz   |
| KK        | Krankenkasse   |
| KTW       | Krankentransportwagen  |
| KZHG      | Krankenhauszukunftsgesetz  |
| LfK       | Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V.                                |
| M.Ba.     | Master of Business Administration  |
| M.Sc.     | Master of Science  |
| MD        | Medizinischer Dienst   |
| MDR       | Medical Device Regulation  |
| MHD       | Malteser-Hilfsdienst e. V.   |
| MRT       | Magnet-Resonanz-Therapie   |
| MSA       | Mittlere Schulabschluss  |
| MVP       | Minimum Viable Product   |
| MVZ       | Medizinisches Versorgungszentrum   |
| NA        | Notarzt  |
| NAW       | Notarztwagen   |
| NEF       | Notarzteinsatzfahrzeug   |
| NFS       | Notfallsanitäter   |
| NotSanG   | Notfallsanitäter Gesetz  |
| odZ       | opta data Zukunfts-Stiftung gmbH   |
| ONS       | Orale Nahrungssupplemente  |
| oS.       | ohne Spezialisierung   |
| PDSG      | Pflegedatenschutzgesetz  |
| PESR      | Pflegeschema: Problem, Etiologie (Ursachen), Symptome und Ressource                  |
| PG        | Produktgruppe  |
| PKA       | Pharmazeutisch kaufmännische Angestellte   |
| PKG       | Pflegekompetenzgesetz  |
| PTA       | Pharmazeutisch technische Angestellte  |

**Abkürzung Beschreibung**

| Abkürzung | Beschreibung  |
|-----------|---|
| QUETHEB   | Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. |
| RA        | Rettungsassistent   |
| RettSan   | Rettungsanitäter  |
| RH        | Rettungshelfer  |
| RMSE      | Root Mean Square Errors   |
| RTW       | Rettungswagen   |
| SBG XI    | Sozial Gesetzbuch - Elfte Buch  |
| SGB V     | Sozial Gesetzbuch - Fünftes Buch  |
| SHV       | Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.  |
| SMC-B     | elektronischer Praxis- oder Institutionenausweis  |
| SpiOST    | Spitzenverband Orthopädie-Schuhtechnik e.V.   |
| TI        | Telematikinfrastruktur  |
| TNA       | Telenotarzt   |
| TSVG      | Terminservice- und Versorgungsgesetz  |
| UGB       | Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V.  |
| VDA       | Vertrauensdiensteanbieter   |
| VDAB      | Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.  |
| VDB       | Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie e.V.             |
| VDD       | Verband der Diätassistenten e.V.  |
| VdEK      | Verband der Deutschen Ersatzkassen e.V.   |
| VDOE      | Berufsverband Oecotrophologie e.V.  |
| VDP       | Verband deutscher Podologen e.V.  |
| VdPB      | Verband der Pflegeberufe e.V.   |
| VdPP      | Verband der Pflegehilfe- und Pflegefachkräfte e.V.  |
| VDS       | Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V.   |
| VfED      | Verband für Ernährung und Diätetik e.V.   |
| VkAD      | Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.                                       |
| VPSD      | Verband der Pflege- und Sozialberufe in Deutschland e.V.                                  |
| VPT       | Verband Physikalischer Therapie e.V.  |

**Abkürzung Beschreibung**

| Abkürzung | Beschreibung  |
|-----------|---|
| VPU       | Verband der Pflegedirektor:innen der Universitätskliniken und med. Hochschulen Deutschland e.V. |
| VVHC      | Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.   |
| WBO       | Weiterbildungsordnung   |
| WLAN      | Wireless Local Area Network   |
| WvD       | Bündnis "Wir versorgen Deutschland" e.V.  |
| ZDH       | Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.   |
| ZFD       | Deutscher Verband für Podologie e.V.  |
| ZVA       | Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen   |
| ZVK       | Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.   |
| ZVOS      | Zentralverband Orthopädieschuhtechnik e.V.  |
| ZVS       | Stiftung für Hochschulzulassung   |
| SfH       | Stiftung für Hochschulzulassung   |



## II

# Abbildungsverzeichnis\*

| Seite | Abb.   | Titel  | Quelle   |
|-------|--------|--|--|
| 29    | 3.1.3a | Entlastung durch Pflegesoftware  | Spotlight Gesundheit: Pflegesoftware – Entlastung für Fachkräfte (Bertelsmann Stiftung)  |
| 29    | 3.1.3b | Zielbild zur digitalen Entlastung von Fachkräften  | Spotlight Gesundheit: Pflegesoftware – Entlastung für Fachkräfte (Bertelsmann Stiftung), Stand: 2024                                 |
| 36    | 3.3.2a | Chatbot – Der spezialisierte Assistent für die TI-Anbindung  | <a href="https://www.pflegeepioniere.de/">https://www.pflegeepioniere.de/</a>  |
| 41    | 3.4a   | Digitale Erfassung von Sturzrisiken  | <a href="https://lindera.de/de-de/lindera">https://lindera.de/de-de/lindera</a>  |
| 43    | 3.4b   | Darstellung der Ergebnisse einer LINDERA Mobilitätsanalyse   | <a href="https://lindera.de/de-de/lindera">https://lindera.de/de-de/lindera</a>  |
| 44    | 3.4c   | Sturzgrad Schwellenwerte für die Sturzvorsage  | <a href="https://lindera.de/de-de/lindera">https://lindera.de/de-de/lindera</a>  |
| 44    | 3.4d   | Ergebnisse einer Cluster-Randomized Controlled Trial zur Evaluation der LINDERA Mobilitätsanalyse in stationären Pflegeeinrichtungen | <a href="https://lindera.de/de-de/lindera">https://lindera.de/de-de/lindera</a>  |
| 45    | 3.4e   | KI-Algorithmen der LINDERA-Videoanalyse zur Berechnung von Gangparametern  | <a href="https://lindera.de/de-de/lindera">https://lindera.de/de-de/lindera</a>  |
| 58    | 3.6a   | Bestandschutz / Übergangsregelung  | <a href="https://e-zert.de">https://e-zert.de</a>  |
| 59    | 3.6b   | Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung                                    | <a href="https://www.visionnutrition.de/die-ag-emet/">https://www.visionnutrition.de/die-ag-emet/</a> Seite 10                       |
| 60    | 3.6c   | Notwendigkeitsbescheinigung  | <a href="https://www.vdoe.de/beruf/vdoe-expertensuche/">https://www.vdoe.de/beruf/vdoe-expertensuche/</a>                            |
| 67    | 4.3a   | Anzahl der Auszubildenden in Pharmazeutisch-technischen Berufen 2022   | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) – Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten                                      |
| 68    | 4.3b   | Anzahl der Schüler zur/zum PTA 2022/23   | Statistisches Bundesamt (Destatis) – Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens – Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 68    | 4.3c   | Anzahl der Schüler zum/zur PTA im 1. Schuljahrgang 2022/23   | Statistisches Bundesamt (Destatis) – Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens – Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 68    | 4.3d   | Anzahl der Studierenden der Pharmazie im 10-Jahrestrend  | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) – Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten                                      |
| 69    | 4.3e   | Anzahl der Beschäftigten in Apotheken 2023   | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) – Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten                                      |
| 69    | 4.3f   | Anzahl der Beschäftigten in Apotheken nach Tätigkeit 2023  | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) – Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten                                      |
| 70    | 4.3g   | Alter von Fachkräften im Verkauf von drogerie- und apothekenüblichen Waren, Medizinbedarf 2022                                       | Statistisches Bundesamt (Destatis)- GENESIS-Online: Ergebnis 23621-0003  |
| 70    | 4.3h   | Anzahl der öffentlichen Apotheken in Deutschland 2023  | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) – Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten                                      |

\* Stand: 2024

| Seite | Abb.  | Titel   | Quelle  |
|-------|-------|---|---|
| 71    | 4.3i  | GKV-Leistungsausgaben für Arzneimittel in Mrd. EUR 2023                                       | Verband der Ersatzkassen, Daten zum Gesundheitswesen: Ausgaben  |
| 71    | 4.3j  | Entwicklung der Apotheken in Deutschland 1995–2023  | Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V. (ABDA) - Die Apotheke: Zahlen, Daten, Fakten   |
| 72    | 4.3k  | Studienstandorte der Pharmazie und Pharmazeutischen Wissenschaften zum Wintersemester 2023/24 | <a href="https://www.hochschulstart.de/fileadmin/media/dosv/statistik/WiSe_23_24_Statistiken_des_Zentralen_Verfahrens_final.pdf">https://www.hochschulstart.de/fileadmin/media/dosv/statistik/WiSe_23_24_Statistiken_des_Zentralen_Verfahrens_final.pdf</a> |
| 73    | 4.3l  | Versorgungsdichte - Apotheken   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 76    | 5a    | Anzahl der Schüler in Heilmittelberufen 2022/2023   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 77    | 5a.1a | Anzahl der Schüler in der Physiotherapie  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 78    | 5a.2a | Anzahl der Schüler in der Ergotherapie  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 79    | 5a.3a | Anzahl der Schüler in der Logopädie   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 80    | 5a.4a | Anzahl der Schüler in der Podologie   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 81    | 5a.5a | Anzahl der Schüler in der Geburtshilfe  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 82    | 5a.6a | Anzahl der Schüler in der Ernährungstherapie  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 84    | 5a.6b | Berufsperspektiven  | <a href="https://www.vdoe.de/studieren/">https://www.vdoe.de/studieren/</a>   |
| 85    | 5a.7a | Anzahl der Schüler zum Masseur und medizinischen Bademeister                                  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023  |
| 91    | 5b.6a | Abgeschlossene Neuverträge für Ausbildungen in Hilfsmittelberufen 2023                        | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Neuverträge nach schulischer Vorbildung und Berufen, Stand: 2023   |
| 91    | 5b.6b | 10-Jahrestrend der abgeschlossenen Neuverträge für Ausbildungen in Hilfsmittelberufen 2023    | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH   |
| 92    | 5b.6c | Auszubildende in Hilfsmittelberufen 2023  | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Lehrlingsbestand nach Ausbildungsberufen 2022  |
| 92    | 5b.6d | 10-Jahrestrend der Auszubildenden in Hilfsmittelberufen 2023                                  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH   |

| Seite | Abb.  | Titel  | Quelle   |
|-------|-------|--|--|
| 93    | 5b.6e | Bestandene Gesellen- und Abschlussprüfungen in Hilfsmittelberufen 2023                           | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Gesellen- und Abschlussprüfungen nach Ausbildungsberufen 2022                         |
| 93    | 5b.6f | 10-Jahrestrend der Gesellen- und Abschlussprüfungen in Hilfsmittelberufen 2023                   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH  |
| 94    | 5b.6g | Meisterprüfungen in Hilfsmittelberufen 2023  | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Meisterprüfungen 2022   |
| 94    | 5b.6h | 10-Jahrestrend der Meisterprüfungen in Hilfsmittelberufen 2023                                   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH  |
| 95    | 5b.6i | Entwicklung des Lehrlingbestandes in Hilfsmittelberufen 2020 bis 2023 gesamt und nach Lehrjahren | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH  |
| 98    | 5c    | Anzahl der Schüler in Pflegeberufen 2022/2023  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 99    | 5c.1a | Anzahl der Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe                                    | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 100   | 5c.2  | Anzahl der Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege (oS)                                    | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 101   | 5c.3  | Anzahl der Schüler in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege                                   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 102   | 5c.4  | Anzahl der Schüler in der Altenpflegehilfe   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 103   | 5c.5  | Anzahl der Schüler in der Altenpflege  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 104   | 5c.6  | Anzahl der Schüler in der generalistischen Pflege  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023 |
| 105   | 5c.7  | Versorgungsdichte - Pflegeschulen  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024  |
| 113   | 5d.9a | Auszubildende im Schuljahr 2022/2023   | Statistisches Bundesamt (Destatis)- Statistischer Bericht - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens                     |
| 113   | 5d.9b | Schülerentwicklung 2016 bis 2023   | Statistisches Bundesamt (Destatis), Fachserie 11 - Reihe 2, Ältere Ausgaben, Tab. 2.9 -> 81342                                       |
| 114   | 5d.9c | Ausbildung im Rettungswesen 2024   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024  |
| 114   | 5b.9d | Ausbildungs- und Studienstandorte in Deutschland 2024  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024  |
| 120   | 6a.a  | Anzahl Heilmittelerbringer pro Bundesland 2024   | Verband der Ersatzkassen (VDEK) - Daten zum Gesundheitswesen: Heil- und Hilfsmittel  |
| 121   | 6a.b  | Zahl der Leistungserbringer anhand der Institutionskennzeichen (IK) der AOK Abrechnungsdaten     | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten AOK-HIS 2018 und AOK-HIS 2023  |
| 122   | 6a.1a | Alter des Personals in der Physiotherapie 2022   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 122   | 6a.1b | Alter der Fachkräfte/ Spezialisten/ Experten in der Physiotherapie 2022                          | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |

| Seite | Abb.  | Titel  | Quelle  |
|-------|-------|--|---|
| 123   | 6a.1c | Beschäftigung und Geschlecht in der Physiotherapie 2022                  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 123   | 6a.1d | Beschäftigung und Geschlecht bei Fachkräften in der Physiotherapie 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 123   | 6a.1e | Beschäftigung und Geschlecht bei Spezialisten in der Physiotherapie 2022 | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 123   | 6a.1f | Beschäftigung und Geschlecht bei Experten in der Physiotherapie 2022     | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 124   | 6a.1g | Personal in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2022                   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 124   | 6a.1h | Fachkräfte in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2022                 | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 124   | 6a.1i | Spezialisten in der Physiotherapie nach Einrichtungen 2022               | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 126   | 6a.1j | Versorgungsdichte - Physiotherapie                                       | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 127   | 6a.2a | Alter des Personals in der Ergotherapie 2022                             | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003                         |
| 127   | 6a.2b | Beschäftigung und Geschlecht in der Ergotherapie 2022                    | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 127   | 6a.2c | Personal in der Ergotherapie nach Einrichtungen 2022                     | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 128   | 6a.2d | Versorgungsdichte - Ergotherapie   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 129   | 6a.3a | Alter des Personals in der Logopädie 2022                                | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003                         |
| 129   | 6a.3b | Beschäftigung und Geschlecht in der Logopädie 2022                       | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 129   | 6a.3c | Personal in der Logopädie nach Einrichtungen 2022                        | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 130   | 6a.3d | Versorgungsdichte - Logopädie  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 131   | 6a.4a | Alter des Personals in der Podologie 2022                                | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003                         |
| 131   | 6a.4b | Beschäftigung und Geschlecht in der Podologie 2022                       | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 131   | 6a.4c | Personal in der Podologie nach Einrichtungen 2022                        | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 132   | 6a.4d | Versorgungsdichte - Podologie  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 133   | 6a.5a | Alter des Personals in der Geburtshilfe 2022                             | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003                         |
| 133   | 6a.5b | Beschäftigung und Geschlecht in der Geburtshilfe 2022                    | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004                         |
| 133   | 6a.5c | Personal in der Geburtshilfe nach Einrichtungen 2022                     | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002                         |
| 134   | 6a.5d | Versorgungsdichte - Geburtshilfe   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 138   | 6b.a  | Anzahl Hilfsmittelerbringer pro Bundesland 2024                          | Verband der Ersatzkassen (VDEK) - Daten zum Gesundheitswesen: Heil- und Hilfsmittel |
| 140   | 6b.1a | Beschäftigte in der Orthopädietechnik 2022                               | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Handwerkszählung 2021                |

| Seite | Abb.  | Titel   | Quelle  |
|-------|-------|---|---|
| 140   | 6b.1b | Betriebsbestand der Orthopädietechnik zum 30.06.2024                                | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Statistikauswertung > Betriebszahlen > 1. Halbjahr 2024 > Gewerke (Berufe) > Handwerk |
| 141   | 6b.1c | Versorgungsdichte - Orthopädietechnik und Rehathechnik                              | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 142   | 6b.2a | Qualifikation in der Medizintechnik nach Geschlecht 2022                            | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 142   | 6b.2b | Beschäftigung in der Medizintechnik nach Geschlecht 2022                            | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 142   | 6b.2c | Alter des Personals in der Medizintechnik 2022                                      | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003   |
| 143   | 6b.2d | Personal in der Medizintechnik nach Einrichtungen 2022                              | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002   |
| 143   | 6b.2e | Herstellerebetriebe von medizinisch-technischen Apparaturen und Materialialien 2022 | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 73311-0002   |
| 144   | 6b.2f | Versorgungsdichte - Medizintechnik  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 145   | 6b.3a | Beschäftigung als Orthopädienschuhmacher 2022                                       | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Beschäftigte und Umsätze in Handwerksunternehmen                                   |
| 146   | 6b.3b | Betriebsbestand der Orthopädienschuhmacher zum 30.06.2024                           | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Statistikauswertung > Betriebszahlen > 1. Halbjahr 2024 > Gewerke (Berufe) > Handwerk |
| 147   | 6b.3c | Versorgungsdichte - Orthopädienschuhmacher  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 148   | 6b.4a | Beschäftigte in der Hörakustik 2022   | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Handwerkszählung 2021  |
| 149   | 6b.4b | Betriebsbestand in der Hörakustik zum 30.06.2024                                    | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Statistikauswertung > Betriebszahlen > 1. Halbjahr 2024 > Gewerke (Berufe) > Handwerk |
| 150   | 6b.4c | Versorgungsdichte - Hörakustik  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 151   | 6b.5a | Beschäftigte in der Augenoptik 2022   | Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Handwerkszählung 2021  |
| 152   | 6b.5b | Betriebsstand in der Augenoptik zum 30.06.2024                                      | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Statistikauswertung > Betriebszahlen > 1. Halbjahr 2024 > Gewerke (Berufe) > Handwerk |
| 153   | 6b.5c | Versorgungsdichte - Augenoptik  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 154   | 6b.6a | Ablauf der Homecare-Versorgung  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 155   | 6b.6b | Versorgungsdichte - Homecare  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 157   | 6b.7  | Versorgungsdichte - Zweithaar-Spezialisten  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 159   | 6b.8a | Versorgungsdichte - Sanitätshäuser  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 160   | 6b.9a | Am häufigsten mit Mehrkosten versorgte Untergruppen 2024                            | opta data analytics 2024  |
| 164   | 6c.a  | Anzahl Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege pro Bundesland 2024       | Verband der Ersatzkassen (VDEK) - Daten zum Gesundheitswesen: Heil- und Hilfsmittel   |
| 165   | 6c.1a | Träger der ambulanten Pflegedienste 2023  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023                              |
| 165   | 6c.1b | Anzahl der ambulanten Pflegedienste nach Pflegebedürftigen 2023                     | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023                              |

| Seite | Abb.  | Titel  | Quelle   |
|-------|-------|--|--|
| 166   | 6c.1c | Träger der Pflegeheime 2023  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023 |
| 166   | 6c.1d | Anzahl Pflegeheime nach Pflegebedürftigen 2023   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023 |
| 167   | 6c.1e | Vergleich der Anzahl ambulanter Pflegedienste und Pflegeheime                          | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023 |
| 167   | 6c.1f | Verfügbare Plätze in Pflegeheimen  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023 |
| 168   | 6c.1g | Anzahl der Pflegebedürftigen   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023 |
| 170   | 6c.1h | Versorgungsdichte - Häusliche Pflegeeinrichtungen                                      | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024  |
| 171   | 6c.1i | Versorgungsdichte - Stationäre Pflegeeinrichtungen                                     | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024  |
| 172   | 6c.2a | Gesundheitsausgaben im ambulanten und stationären Bereich                              | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23611-0003  |
| 173   | 6c.2b | Gesundheitsausgaben nach Kostenträgern 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23611-0004  |
| 174   | 6c.3a | Alter des Personals in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022                         | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 174   | 6c.3b | Alter der Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022                            | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 174   | 6c.3c | Alter der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022                        | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 175   | 6c.3d | Beschäftigung und Geschlecht in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022                | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004  |
| 175   | 6c.3e | Beschäftigung und Geschlecht der Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022     | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004  |
| 175   | 6c.3f | Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022 | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004  |
| 176   | 6c.3g | Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2022             | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002  |
| 176   | 6c.3h | Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2022                   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002  |
| 176   | 6c.3i | Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022                                  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002  |
| 177   | 6c.3j | Alter des Personals in der Altenpflege 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 177   | 6c.3k | Alter der Helfer in der Altenpflege 2022   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 177   | 6c.3l | Alter der Fachkräfte in der Altenpflege 2022   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003  |
| 178   | 6c.3m | Beschäftigung und Geschlecht in der Altenpflege 2022                                   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004  |
| 178   | 6c.3n | Beschäftigung und Geschlecht der Helfer in der Altenpflege 2022                        | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004  |

| Seite | Abb.  | Titel  | Quelle  |
|-------|-------|--|---|
| 178   | 6c.3o | Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Altenpflege 2022                                | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 179   | 6c.3p | Beschäftigte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002   |
| 179   | 6c.3q | Helfer in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002   |
| 179   | 6c.3r | Fachkräfte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002   |
| 180   | 6c.3s | Alter der Fachkrankenpfleger 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003   |
| 180   | 6c.3t | Beschäftigung und Geschlecht in der Fachkrankenpflege 2022   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 180   | 6c.3u | Beschäftigte in der Fachkrankenpflege nach Einrichtungen 2022                                      | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002   |
| 182   | 6c.4a | Intensivpflege-Index   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 182   | 6c.4b | Verfügbare Plätze in Pflegeheimen 2023   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023  |
| 183   | 6c.4c | Übernommene Sachleistungen nach Pflegegraden 1-5   | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 nach §41 Sozialgesetzbuch (SGB) XI  |
| 187   | 6d.a  | Anzahl Rettungs- und Krankentransportdienste pro Bundesland 2024                                   | <a href="https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html">https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html</a>   |
| 188   | 6d.1a | Beschäftigte Fachkräfte im Rettungsdienst 2000 bis 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0001   |
| 188   | 6d.1b | Qualifikation im Rettungsdienst nach Geschlecht 2022   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 189   | 6d.1c | Beschäftigte im Rettungsdienst nach Geschlecht 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 189   | 6d.1d | Alter des Personals im Berufsfeld der Rettungsdienste 2022   | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003   |
| 189   | 6d.1e | Beschäftigte nach Qualifikation - Helfer 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 190   | 6d.1f | Beschäftigte nach Qualifikation - Fachkräfte 2022  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004   |
| 190   | 6d.1g | Rettungspersonal nach Einrichtungen 2022 (Fachkräfte)  | Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002   |
| 191   | 6d.1h | Versorgungsdichte - Rettungsdienste  | opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024   |
| 192   | 6d.2a | Gesundheitsausgaben für Rettungsdienste 2022   | <a href="https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html">https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html</a> |
| 193   | 6d.2b | Anzahl Leistungsfälle bei Rettungsfahrten nach Transportmitteln 1994 bis 2023                      | GBE-Bund: Gesundheitsversorgung - Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung - Rettungsdienste  |
| 194   | 6d.2c | Anzahl Leistungsfälle bei Rettungsfahrten nach Transportmitteln pro gesetzlicher Krankenkasse 2023 | GBE-Bund: Gesundheitsversorgung > Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung > Rettungsdienste, Krankentransportwesen > Tabelle, Stand: 2024  |



# 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





## 7. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2025

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

Gesamtband



ISBN Print:

978-3-87468-512-2



Starter



Helfer



Begleiter

Heilmittel

**Sie kümmern sich  
um Ihre Patient:innen.  
Für den Rest haben wir  
Lösungen.**

Echte Kraftpakete rund um die Organisation, die Auszahlung und den Schutz vor Zahlungsausfällen: unsere Produktpakete. Ohne den üblichen und zeitfressenden Verwaltungsaufwand – und natürlich mit individuellen Leistungen, für optimale Unterstützung.



Jetzt passendes  
Paket finden &  
Vorteile genießen



Hilfsmittel

# Die Zukunft der Abrechnung ist digital – mit connect

Reduzieren Sie den Aufwand in Ihrer Buchhaltung: connect erledigt für Sie das Verbuchen der Zahlungen – inklusive Rechnungsausgleich auf Knopfdruck!

- weniger Rechnungskorrekturen dank EDV-gestützter Vorprüfung
- stark beschleunigte Rückläuferbearbeitung
- schneller Überblick über den kompletten Abrechnungsstatus



Jetzt alle  
Vorteile  
entdecken

**opta data**



## Pflege

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

Widmen Sie Ihre Leidenschaft der Pflege. Wir kümmern uns um alles, was Sie davon abhält!

- **Intuitive Softwarelösungen:** Für einen reibungslosen und strukturierten Betrieb.
- **Entlastung bei der Abrechnung:** Mit flexibler Vorfinanzierung für finanzielle Freiheit.
- **Branchenspezifische Banking-Lösung:** Perfekt abgestimmt auf die Anforderungen der Pflege.
- **Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI):** Kommunizieren Sie schneller, sicherer und effizienter!



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



**Transport- und Rettungsdienste**

# CareMan Office: Ihre modulare All-in-One-Lösung

Verabschieden Sie sich von Zettelwirtschaft und Tabellen:  
Die modular aufgebaute All-in-one-Softwarelösung CareMan Office unterstützt Sie bei nahezu allen Aufgaben, die mit der Planung, Überwachung, Durchführung und Abrechnung von Krankenfahrten und Rettungseinsätzen anfallen.

- Schnelle Erfassung und Disposition
- Effiziente Abrechnung
- Für jede Aufgabe das richtige Modul



Jetzt alle  
Vorteile  
entdecken

**opta data**

