

# 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



Druckprodukt mit finanziellem  
**Klimabeitrag**  
ClimatePartner.com/12514-2501-1020



# 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): 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 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- infrastruktur (TI) schafft – <b>Horst Geers</b>	27
3.1.3	Wie ein digitales Dokumentationssystem tatsächlich eine Arbeitsentlastung 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 – <b>Heinrich von Wulfen</b>	31
3.2.2	Bericht aus der Praxis: Telepflege als vielseitige Methode in der Pflege und Betreuung – <b>Melanie Philip und Philipp Zell</b>	31
3.2.3	Telebetreuung in der Langzeitpflege nach §45 SGB XI: Ein Modellprojekt zur Förderung der sozialen Teilhabe von Senioren – <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 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 – <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

## 4 Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken 62

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

## 5 Studium, Aus- und Weiterbildung

a. Heilmittel	<span style="float: right;">74</span>	
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 Reha-technik	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 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): 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 Heilberufeausweis, 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 Orthopädietechnik (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 Komplextägers 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.

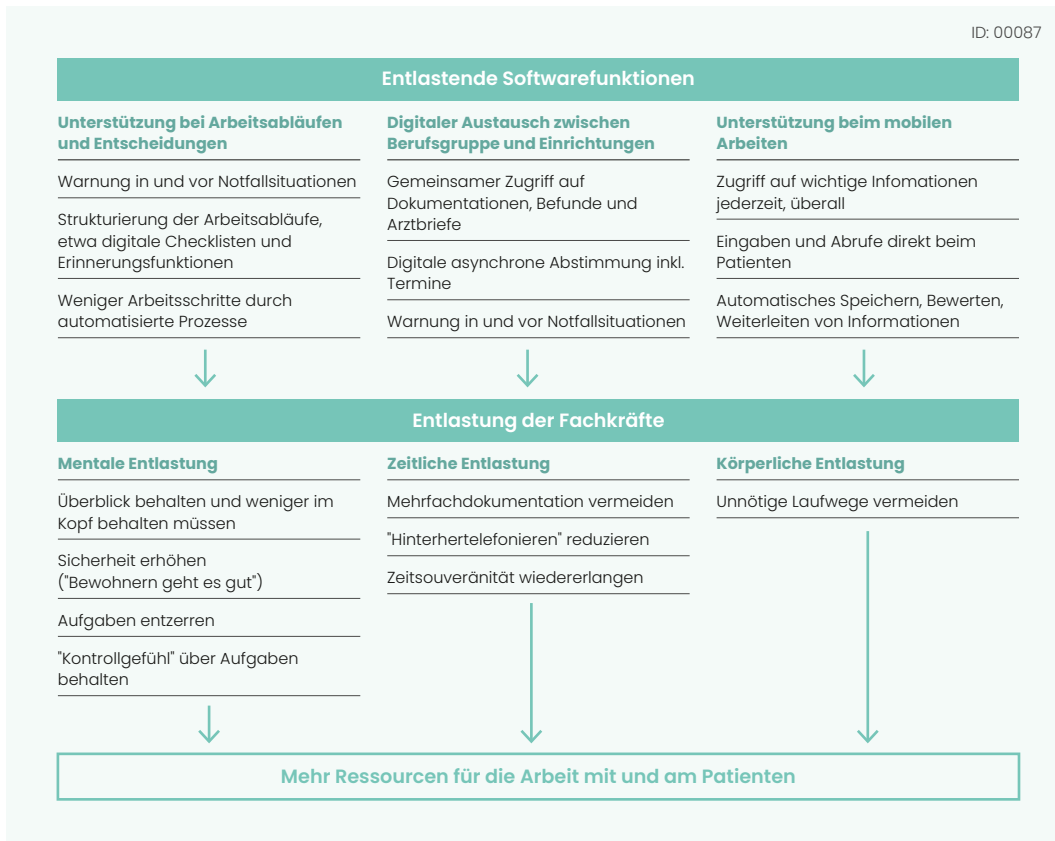
Die Ergebnisse zeigen, dass Regelungsgeber und Einrichtungen stärker auf den Einsatz von syntaktischen und semantischen Standards setzen sollten, um die Pflege durch digitale Tools effizienter zu gestalten. Der Gesetzgeber muss hierfür klare Vorgaben machen, um die Telematikinfrastruktur (TI) bis 2025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

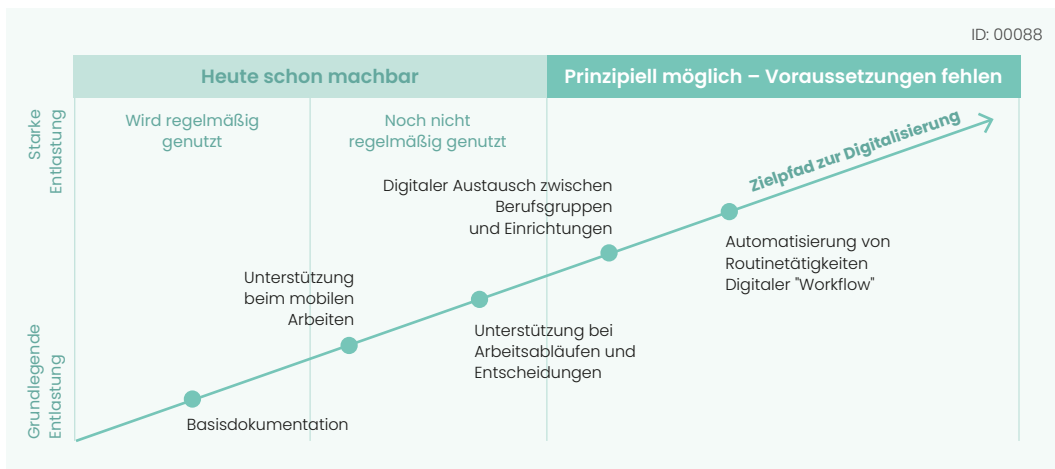
\* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/arbeitsentlastung-durch-pflegesoftware-1>

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 sprech.stunde.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.

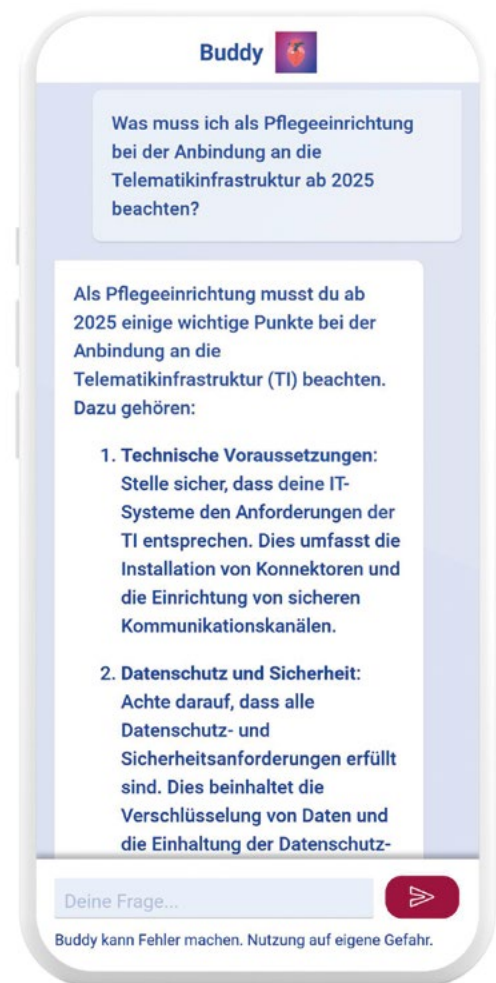
#### Anwendungsfall: Anleitung und Installation der TI

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 Hilfemittel 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, Linderer 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 – Natürliches 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.

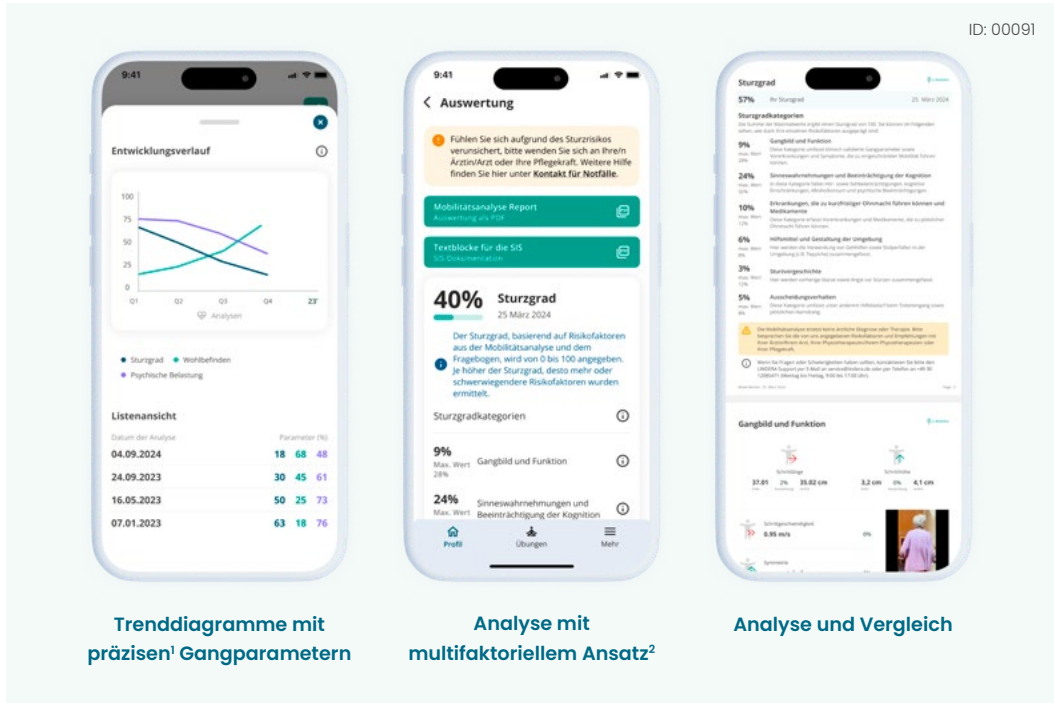
Im Vergleich zu den traditionellen, aufwendigen Ganganalysen bietet die LINDERA Mobilitätsanalyse eine leicht zugängliche, datengestützte und wissenschaftlich validierte Methode, die sich nahtlos in den Pflegealltag integrieren lässt. (Abb. 3.4b)

## 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.

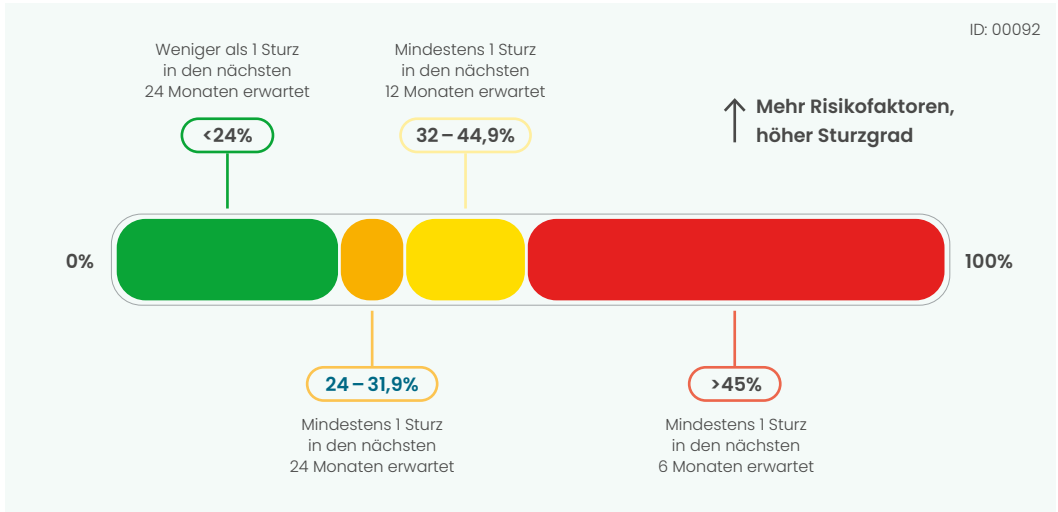
## Wissenschaftliche Grundlagen und Studienergebnisse

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)

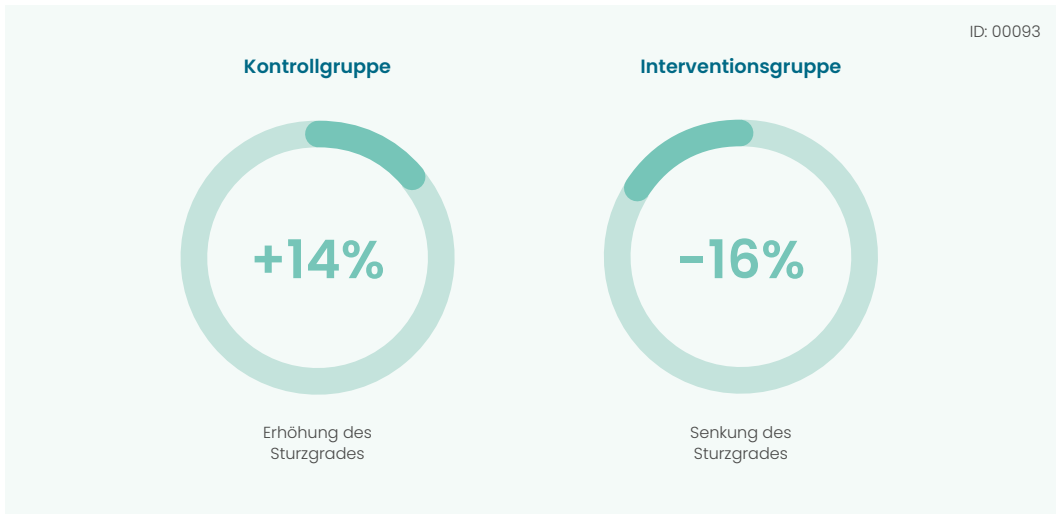
Eine gemeinsam mit der BARMER durchgeführte Studie zeigt, dass der Sturzgrad in der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen, die die LINDERA Mobilitätsanalyse nutzten, um 15,5 % gesenkt wurde. In der Kontrollgruppe, die eine Standardversorgung erhielt, stieg das Sturzrisiko dagegen um 14,2 %. 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

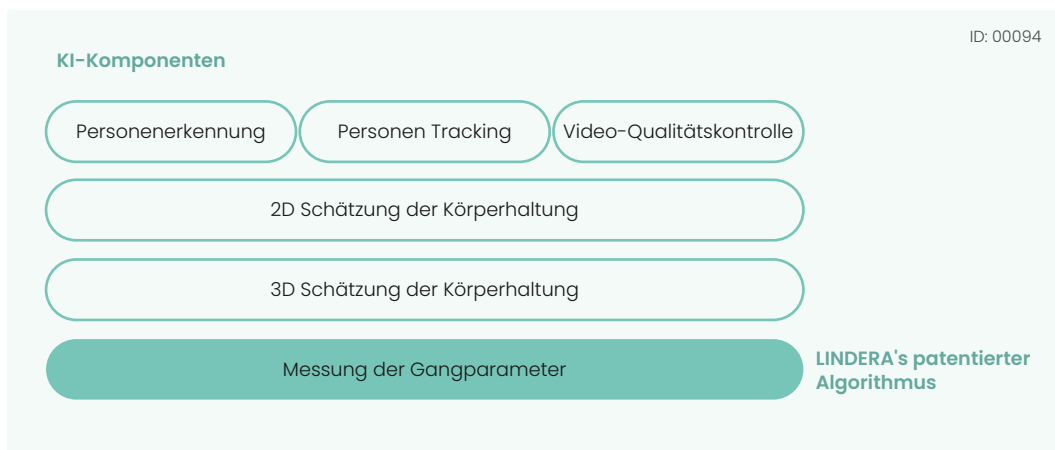
von Veränderungen der Mobilität. Dies hilft, mögliche Sturzrisiken frühzeitig zu erkennen und entsprechende Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

## 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-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 Ernährungsberatungs-Dienstleistungen, 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 scheiden 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)

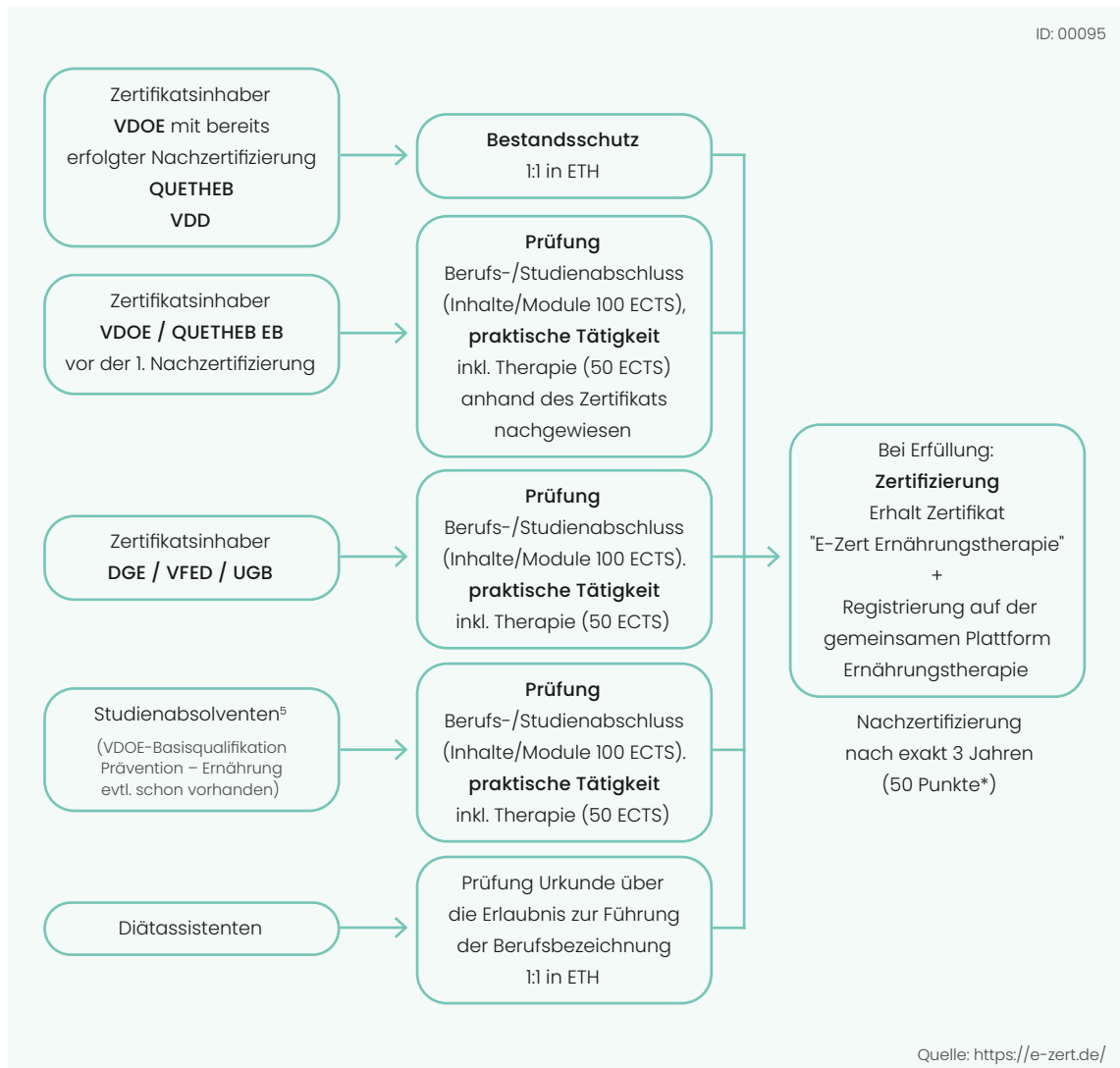
4 [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge\\_ki\\_ju/nachsorge\\_ki\\_ju\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge_ki_ju/nachsorge_ki_ju_node.html)

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

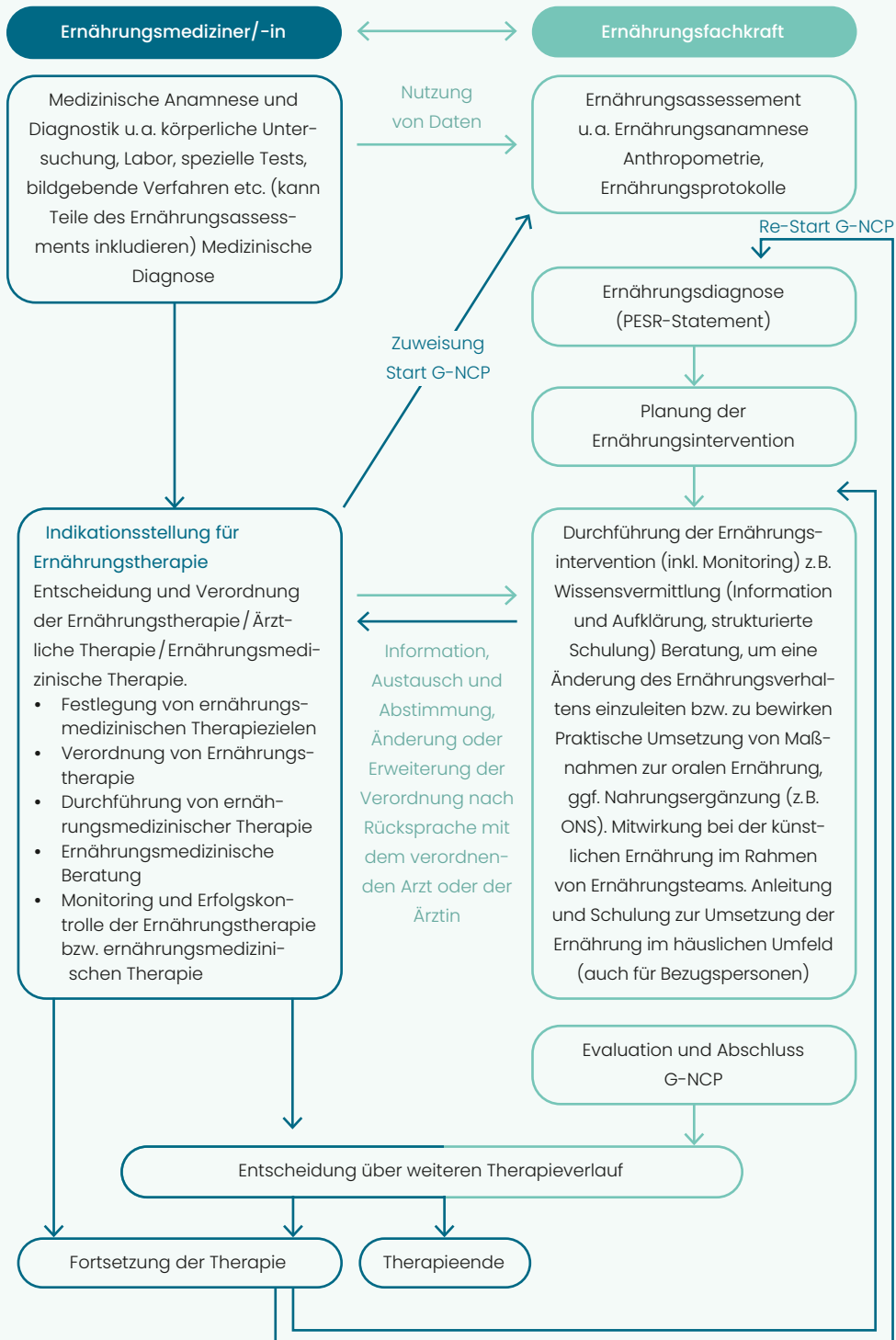
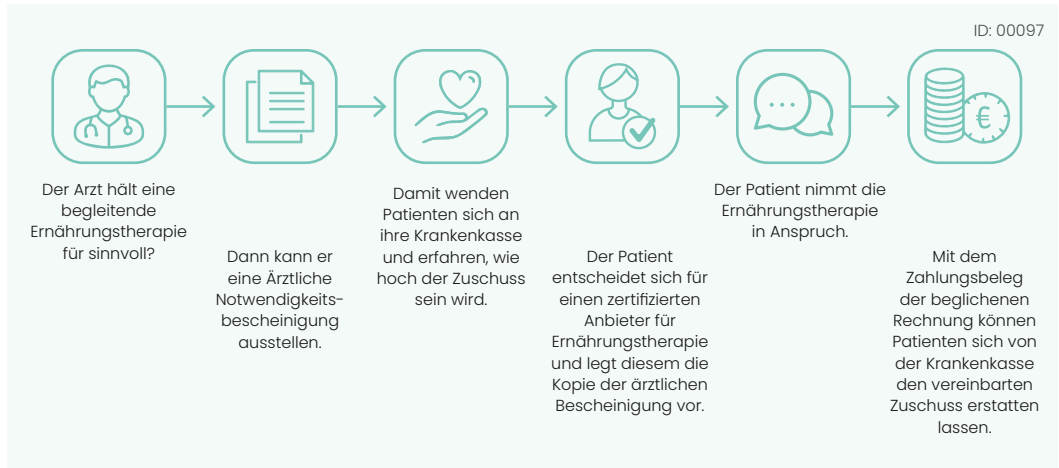


Abb. 3.6c:Notwendigkeitsbescheinigung



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:

5d

# Studium, Aus- und Weiterbildung Rettungsdienste und Krankentransporte

Sebastian Schlüter,  
wissenschaftlicher Mitarbeiter, opta data Zukunfts-Stiftung

Die strukturellen und organisatorischen Abläufe spielen in den verschiedenen Formen der Ausbildung jeweils nur eine untergeordnete Rolle. Vielmehr steht die Vermittlung praktischer Fähigkeiten und Fachwissen sowie die Interaktion mit den Menschen im Mittelpunkt. Im Bereich der Rettungsausbildung gibt es hierbei verschiedene Ausbildungsberufe, Fort- und Weiterbildungen, die von einer eher allgemeinen, grundlegenden bis hin zu einer spezifischen, detaillierten Thematik reichen können.



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

## 5d.1 Gesetzlicher Rahmen

Die Ausbildungsinhalte zum Notfallsanitäter nach dem Notfallsanitäter Gesetz von 2014 (NotSanG) umfassen eine dreijährige intensive theoretische und praktische Ausbildung in einer medizinischen Einrichtung und einer ausbildenden Rettungswache bis zur staatlichen Abschlussprüfung.

Die Übergangsphase vom vorherigen Berufsbild des Rettungsassistenten, in der man durch Zusatzausbildungen und Lehrgänge die nachfolgende Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ erwerben konnte, endete 2022. Allerdings regeln auch hier die Bundesländer die zeitlich begrenzte Übergangsphase, so dass es vereinzelte Fristverlängerungen geben kann. Das NotSanG regelt hierbei bundeseinheitlich die Ausbildungsziele zum Notfallsanitäter und „soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, persönliche, soziale und methodische Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung und teamorientierten Mitwirkung insbesondere bei der notfallmedizinischen Versorgung und dem Transport von Patientinnen und Patienten vermitteln. Dabei sind die unterschiedlichen situativen Einsatzbedingungen zu berücksichtigen. Die Ausbildung soll die Notfallsanitäter außerdem in die Lage versetzen, Lebenssituation und die jeweilige Lebensphase der Erkrankten und Verletzten und sonstigen Beteiligten sowie deren Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in ihr Handeln mit einzubeziehen.“<sup>1</sup>

Ebenso ermöglicht das NotSanG Modellvorhaben im Rahmen einer universitären Ausbildung. Hierbei dürfen jedoch die gesetzlichen Ziele zur Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet werden. Das universitäre Studium im Bereich des Rettungswesens beinhaltet somit die gesetzlich geregelten theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte und erweitert die erworbenen Kompetenzen um pädagogische, gesundheitswissenschaftliche, psychologische, betriebswirtschaftliche sowie medizinische Inhalte. Je nach

Art und Schwerpunkt des Studiums wird als Abschluss der akademische Grad B.Sc. verliehen. Vereinzelt Masterstudiengänge können für weiterführende, spezielle Fachrichtungen oder Qualifizierungsschwerpunkte wie bspw. Krisen-, Notfall-, Katastrophen- oder Sicherheitsmanagement belegt werden.

Die Ermittlung aller Ausbildungsstandorte in Deutschland, differenziert nach den unterschiedlichen Ausbildungsmöglichkeiten erweist sich als sehr schwierig. Dadurch, dass die Ausbildung Ländersache ist und durch unterschiedliche Träger angeboten und titulierte wird, können die recherchierten Angaben und Zahlen kein Anspruch auf hundertprozentige Vollständigkeit haben.

1 Abschnitt 2, §4, Satz 1: Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz – NotSanG).

## 5d.2 Hilfsorganisationen

In der Ausbildung von Rettungskräften spielen die Hilfsorganisationen in Deutschland die wichtigste Rolle.

Als sog. Hilfsgesellschaften erlangten sie durch Artikel 26 des Genfer Abkommen I vom 12. August 1949 staatliche Anerkennung. Ursprünglich waren sie für die „Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der bewaffneten Kräfte im Felde“<sup>2</sup> zuständig.

In der Nachkriegszeit und in Friedenszeiten waren bzw. sind die Hilfsgesellschaften tätig in der Rettungs- und Notfallhilfe, Veranstaltungssicherung, Ausbildung der Zivilbevölkerung in Erster Hilfe oder vertiefenden Rettungsberufen.

Staatlich anerkannte Hilfsgesellschaften sind das Deutsche Rote Kreuz (DRK), die Johanniter-Unfallhilfe (JUH), der Malteser Hilfsdienst (MHD), der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) und die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG). Diese fünf Institutionen haben sich 1988 zur Bundesarbeitsgemeinschaft (BAGEH) zusammengeschlossen.

Die BAGEH ist ein gemeinsames Organ gegenüber der Politik, der Bundesärztekammer und Kostenträgern im Bereich der Erste Hilfe-Ausbildung der zivilen Bevölkerung. Neben diesen Organisationen spielt auch die Berufsfeuerwehr eine wichtige Rolle in der Ausbildung der Rettungsberufe.

## 5d.3 Rettungshelfer (RH)

Die Ausbildung zum Rettungshelfer umfasst mindestens 320 Stunden.

Rettungshelfer (RH) wurden aufgrund der relativ kurzen Ausbildungsdauer früher im Rahmen des Zivildienstes ausgebildet. Aktuell werden Teilnehmer am „Freiwilligen Sozialen Jahr“ (FSJ) und Bundesfreiwilligendienst als RH ausgebildet. Die Ausbildung umfasst 160 Stunden Theorie, 80 Stunden Praktikum in einem Krankenhaus und weitere 80 Stunden Rettungsdienstpraktikum und fokussiert primär den Einsatz im qualifizierten Krankentransport.

Diese bundesweit nicht einheitlich geregelten Ausbildungsinhalte und Verteilung der Stunden sind somit Ländersache. In manchen Bundesländern wird jedoch auf das Klinikpraktikum zugunsten weiterer Stunden auf der Rettungswache verzichtet, so dass der spätere Einsatzort vorbestimmter ist.

Der RH ist nicht eigenverantwortlich tätig und assistiert höher qualifiziertem Fachpersonal wie dem Rettungsassistenten, Rettungsassistenten oder dem Notfallsanitäter in einem Krankentransport- (KTW) oder Rettungswagen (RTW).<sup>3</sup>

In Nordrhein-Westfalen ist die staatlich anerkannte (nur in NRW) Ausbildung beim Arbeiter-Samariter-Bund zum „Rettungshelfer ausgerichtet auf die Tätigkeitsbereiche als Fahrer und Unterstützung der Rettungsassistenten beim Krankentransport“.

2 Genfer Abkommen I vom 12. August 1949.

3 Nach Flake, Frank; Boris A. Hoffmann (Hrsg.): Leitfaden Rettungsdienst, 6. Auflage 2017, Elsevier, München und opta data Institut e. V. 2019.

## 5d.4 Rettungssanitäter (RettSan)

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter umfasst mindestens 520 Stunden und wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Die Ausbildung zum Rettungssanitäter (RettSan) ist zwar in den meisten Bundesländern gesetzlich geregelt, allerdings nicht durch ein bundeseinheitliches Gesetz, sondern durch spezielle Ländergesetze zum Rettungswesen.

Einer bereits erfolgreich absolvierten Ausbildung zum Rettungshelfer kann eine Aufbauausbildung zum RettSan folgen, ansonsten umfasst die berufliche Weiterbildung insgesamt 520 Stunden theoretische Ausbildung, Klinik- und Rettungsdienstpraktikum.

Nach weiteren 40 Stunden erfolgreich absolviertem Abschluss- und Prüfungsseminar wird das Zeugnis

zum Rettungssanitäter ausgestellt. Im Unterschied zum Rettungshelfer ist der Rettungssanitäter nicht nur intensiver geschult, sondern darf den höherqualifizierten Rettungsassistenten oder Notfallsanitätern in der Notfallpatientenversorgung bei der „Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen und der Herstellung der Transportfähigkeit“ des Patienten assistieren. Sie können als Fahrer oder Beifahrer im Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), im KTW, RTW und Notarztwagen (NAW) eingesetzt werden.<sup>4</sup> Je nach Einsatzort und Bundesland muss ein RettSan pro Jahr mind. 30 Stunden Fortbildung im Rettungsdienst nachweisen.

## 5d.5 Rettungsassistent (RA)

Durch das NotSanG von 2014 gibt es die Ausbildung zum RA nicht mehr. An dessen Stelle trat ab Januar 2015 der Notfallsanitäter. Die Übergangsfrist ist seit 2022 überwiegend beendet.

In der Hierarchie des nichtärztlichen Rettungspersonals stand bis Ende 2014 der Rettungsassistent (RA) an oberster Stelle. Durch das im Januar 2014 in Kraft getretene Notfallsanitäter-Gesetz (NotSanG) trat die neugeschaffene Berufsausbildung zum Notfallsanitäter an dessen Stelle.

Das NotSanG formuliert allerdings auch eine länderspezifische Übergangsfrist, in der die bisherigen Rettungsassistenten durch z. B. eine staatliche Ergänzungsprüfung die Qualifikation zum Notfallsanitäter erhalten müssen, um weiterhin im Rettungsdienst eingesetzt werden zu können, d.h. in vielen Bundesländern mussten sich die RA bis Ende 2022 weiterqualifiziert haben. RA dürfen dann die "neue" Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ führen, wenn sie bis Ende 2023 eine

staatliche Ergänzungsprüfung bestanden haben.

Alle die, die jedoch mindestens drei Jahre als Rettungsassistent praktisch tätig waren, dürfen dann die "neue" Berufsbezeichnung "Notfallsanitäter" führen, wenn sie zur Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung zum NFS an einer weiteren Ausbildung von 480 Stunden teilgenommen haben. Bis zum Ende dieser Übergangsfrist gilt jedoch, dass jemand, der weniger als drei Jahre als RA tätig war oder nach der Ausbildung zum Rettungsassistenten keine praktische Tätigkeit als Rettungsassistent nachweisen kann, zur Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung an einer weiteren Ausbildung von 960 Stunden teilgenommen haben muss (NotSanG §32)<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Nach Flake, Frank; Boris A. Hoffmann (Hrsg.): Leitfaden Rettungsdienst, 6. Auflage 2017, Elsevier, München und opta data Zukunfts-Stiftung e. V. 2019.

<sup>5</sup> Quelle: Bundesamt für Justiz, Notfallsanitätergesetz – NotSanG

## 5d.6 Notfallsanitäter (NFS)

Die Ausbildung zum Notfallsanitäter ist bundesweit einheitlich geregelt mit einer Dauer von drei Jahren.

Die dreijährige Berufsausbildung zum Notfallsanitäter (NFS) in Vollzeit wird durch das NotSanG bundesweit einheitlich geregelt. Die neue Ausbildung umfasst insgesamt 4.600 Stunden und gliedert sich auf in 720 Stunden praktische Ausbildung im Krankenhaus, 1.960 Stunden praktische Ausbildung in einer Lehrrettungswache und weitere 1.920 Stunden Theorie und Praxisunterricht an einer Berufsfachschule. Die Ausbildung endet in einer staatlichen Prüfung.

Gegenüber dem RA hat der NFS bedeutend mehr Qualifikation und Kompetenz erworben und wird eigenverantwortlich neben dem Notarzt (NA) in allen Bereichen des Rettungsdienstes eingesetzt, z. B. auf KTW, RTW, NAW und NEF.<sup>6</sup> Der NFS zählt im Gegensatz zum RettSan zum Rettungsfachpersonal mit erhöhten Kompetenzen und ist somit das Berufsbild mit der höchsten Qualifikation.

Am 12.2.2021 hat der Bundesrat der Gesetzesänderung der Novellierung des § 2a NotSanG in Bezug auf die „Eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter“ zugestimmt. Sie lautet seitdem:

„Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung, dürfen Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen,

einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

1. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und
2. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.“<sup>6</sup>

Diese neue Rechtssicherheit für die Arbeit des Rettungsfachpersonals ist jedoch nur ein weiterer erster Schritt in die richtige Richtung. Es wird immer noch diskutiert, was unter „beherrschen“ im Streitfall verstanden wird. Die gesetzliche Begründung versteht darunter, dass der ausgebildete Notfallsanitäter das „Beherrschen“ mit der erfolgreich abgeschlossenen Prüfung bewiesen hat. Die juristische Sicht geht hier nämlich einen Schritt weiter und bewertet das „Beherrschen einer Maßnahme“ als etwas, dass der Notfallsanitäter sowohl in der Theorie und Praxis erfolgreich erlernt hat und somit sicher weiß, wie die Maßnahme anzuwenden ist.

Hier wird erst die Zukunft zeigen, wie Gerichte die Anwendung des §2a in Streitfällen bewerten.

<sup>6</sup> Nach Flake, Frank; Boris A. Hoffmann (Hrsg.): Leitfaden Rettungsdienst, 6. Auflage 2017, Elsevier, München und opta data Zukunfts-Stiftung e. V. 2019.

## 5d.7 Telenotarzt (TNA)

**Der Telenotarzt arbeitet im gesetzlichen Rahmen und ad hoc-Entscheidungen im Notfalleinsatz mit dem Rettungspersonal zusammen.**

Der Telenotarzt (TNA) ist ein in einer örtlichen oder regionalen Leitstelle ansässiger Notarzt, der die mobilen Rettungseinheiten am Unfallort durch den Einsatz von multimedialen technischen Systemen aus der Ferne unterstützt. Die Notfallsanitäter, die bei einem Notfall in den Einsatzfahrzeugen ausrücken und als erste am Unfallort eintreffen, sind trotz der Novellierung des § 2a NotSanG weiterhin aus rechtlichen Gründen in ihrem hilfeleistenden Versorgungsspektrum eingeschränkt.

So sind bestimmte medikamentöse Behandlungen bspw. nur einem Notarzt vor Ort vorbehalten (sog. Arztvorbehalt). Das kann das Rettungspersonal schnell an den Rand oder direkt in eine Grauzone bringen, denn einerseits ist der Notfallsanitäter gesetzlich verpflichtet maximale Hilfe leisten zu müssen, andererseits ist er aufgrund seiner Ausbildung rechtlich gar nicht befugt das gesamte medizinische Repertoire ausschöpfen zu dürfen.

In bestimmten Situationen, in denen kein Notarzt vor Ort ist und das Rettungspersonal an die medizinisch-rechtlichen Grenzen gelangt, wird entweder ein Notarzt angefordert oder telefonisch hinzugeschaltet. Sofern die örtliche Rettungsleitstelle mit einem Telenotarzt und der entsprechenden mobilen Technik in den Rettungswagen ausgestattet ist, schaltet sich der Telenotarzt per Telefon und Video zur Behandlungssituation in den Rettungswagen und wird über die aktuelle Lage informiert.

Dem Telenotarzt werden vom Rettungspersonal alle relevanten Patienten- und Vitaldaten übermittelt und er entscheidet dann über die Gabe von Medikamenten. Er befugt somit das Rettungspersonal gesonderte Maßnahmen am Patienten vornehmen zu dürfen und übernimmt damit die medizinische Verantwortung.

## 5d.8 Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)

**Ein Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS) ist ein speziell ausgebildeter Notfallsanitäter, der in ländlichen oder strukturschwachen Regionen eingesetzt wird, um die präklinische Versorgung zu verbessern und die Lücke zwischen Rettungsdienst und hausärztlicher Versorgung zu schließen.**

Er verfügt über zusätzliche Qualifikationen, die es ihm ermöglichen, erweiterte medizinische Maßnahmen durchzuführen, die über das übliche Tätigkeitsfeld eines Notfallsanitäters hinausgehen. Neben der Notfallversorgung führt der GNS präventive Hausbesuche durch, um potenzielle Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und zu minimieren und arbeitet dabei eng mit Hausärzten, Pflegeeinrichtungen und anderen Gesundheitsdienstleistern zusammen, um eine ganzheitliche Patientenbetreuung sicherzustellen. Durch die Übernahme nicht-akuter Einsätze und präventiver Maßnahmen trägt der GNS zur Entlastung des regulären Rettungsdienstes bei. Das Ziel dieser leitstellengestützten Einsätze ist es sicherzustellen, dass qualitative

hochwertige medizinische Betreuung in Regionen mit begrenzter medizinischer Infrastruktur gewährleistet wird und durch frühzeitige Interventionen unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden sollen. Neben der Akutversorgung unterstützt der GNS Patienten dabei, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, indem er sie über Gesundheitsfragen informiert und bei Entscheidungen unterstützt. Die Implementierung des Gemeinde-Notfallsanitäters ist somit ein innovativer Ansatz oder Versuch, um den Herausforderungen des demografischen Wandels und des Ärztemangels in ländlichen Gebieten zu begegnen.<sup>7</sup> (mehr dazu in Kapitel 10).

## 5d.9 Auszubildende in beruflichen Schulen

Die zuvor beschriebenen Berufsbilder resultieren aus unterschiedlichen beruflichen Ausbildungen, Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die Zahl der Auszubildenden ist mittlerweile wieder auf dem Niveau von vor 2015 angelangt und steigt weiter, nachdem das Notfallsanitätergesetz die Ausbildung auf einen bundeseinheitlichen Standard gebracht hat und die Ausbildung zum Rettungsassistent abgeschafft wurde.

Im Schuljahr 2022/2023 befanden sich insgesamt 10.031 (+1.599) Schülerinnen und Schüler in der Ausbildung zum Rettungs- oder Notfallsanitäter (siehe Abb.5d.9a). Wie bereits im Vorjahr ist in beiden Ausbildungsberufen das prozentuale Wachstum bei den Frauen stärker als bei den Männern. Im Vergleich zum Vorjahr\* haben sich die Anzahlen der Auszubildenden zum Rettungsassistent teilweise verdreifacht, +278% bei den Männern und +310% bei den Frauen. Der Ausbildungsberuf zum Notfallsanitäter boomt ebenfalls weiterhin und ist bei den Männern um +13% und um +17% bei den Frauen erneut gestiegen.

Die beruflichen Perspektiven durch die bundeseinheitlichen Ausbildungsinhalte haben sich deutlich verbessert, da sich der spätere Arbeitsplatz nicht mehr auf das Bundesland beschränkt. Die beiden Berufsbilder der Rettungsassistenten und Notfallsanitäter haben deutlich an Attraktivität gewonnen und haben im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen weiterhin einen

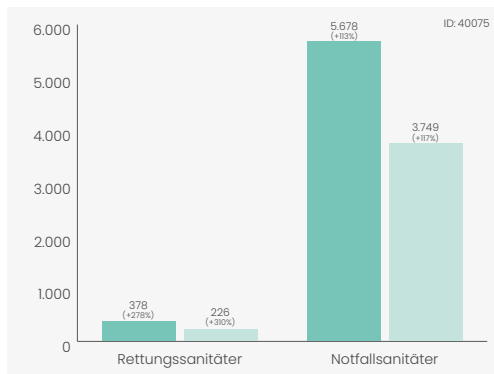
aufwärts gerichteten Trend zu verzeichnen.

Den Einschnitt, den das NotSanG 2014 brachte, spiegelt sich somit auch in den Schülerzahlen wieder (siehe Abb. 5d.9b). Die Rettungsassistenten, die durch das Gesetz nicht betroffen waren, bleiben auf einem konstanten Niveau und verzeichnen weiteren Zuwachs. Ab 2015 wurden keine Rettungsassistenten mehr ausgebildet und nur noch vorab geschlossene Ausbildungsverträge beendet, wohingegen der Ausbildungsberuf zum Notfallsanitäter erst ab 2015 begonnen werden konnte. Die Geschlechterverhältnisse 2022/2023 bewegen sich sowohl bei den Rettungsassistenten, als auch bei den Notfallsanitätern weiter in Richtung Ausgewogenheit. Bei den Rettungsassistenten sind es noch 63% Männer gegenüber dem Stand 2015/2016 (66%/33%). Die Notfallsanitäter nähern sich einem ausgewogenen Verhältnis etwas schneller an. Lag der Wert 2015/2016 noch bei 70%/30%, so liegt er sieben Jahre später schon bei 60:40%..

Abb. 5d.9a: Auszubildende im Schuljahr 2022/2023

(Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

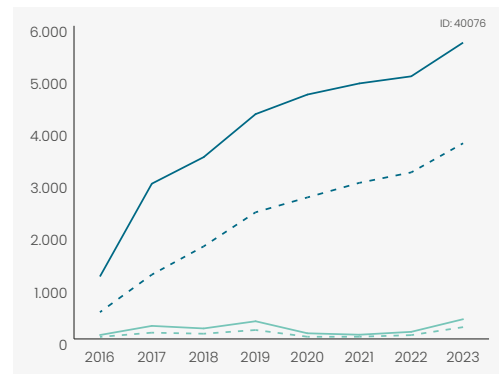
■ Frauen  
■ Männer



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Abb. 5d.9b: Schülerentwicklung 2016 bis 2023

— Rettungsassistent — Rettungsassistentin  
— Notfallsanitäter — Notfallsanitäterin



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

Abb. 5d.9c: Ausbildung im Rettungswesen 2024

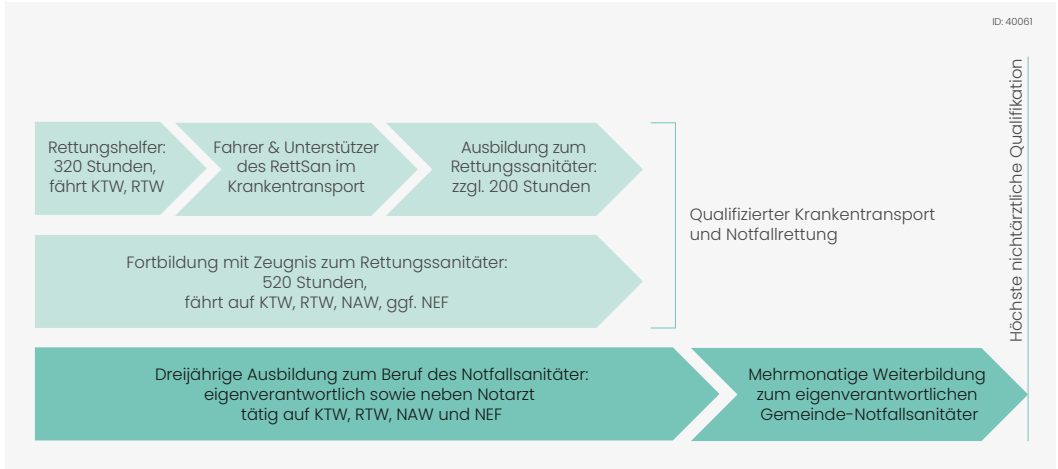
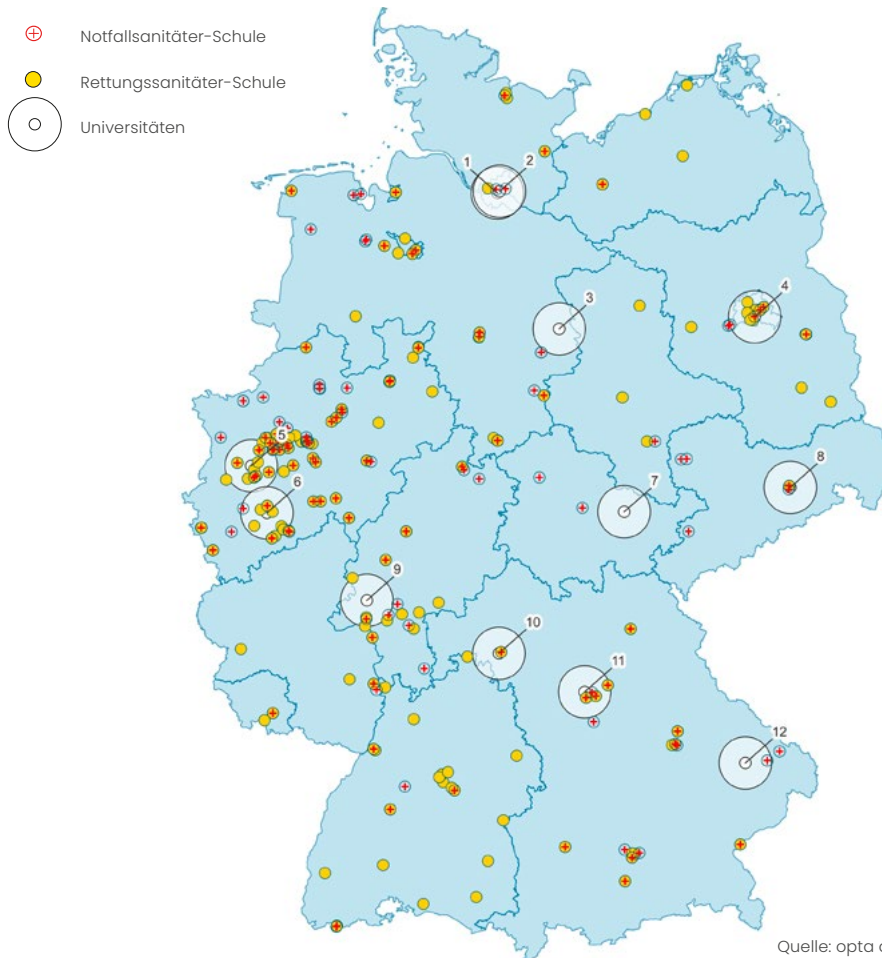


Abb. 5d.9d: Ausbildungs- und Studienstandorte in Deutschland 2024



## 5d.10 Studium

Alternativ zur Ausbildung entstehen immer mehr universitäre Studienangebote mit B.Sc., B.A. und M.Sc.-Abschlüssen.

Wem eine berufliche Ausbildung zum Notfallsanitäter nicht zusagt oder wer sich darüber hinaus ausbilden lassen möchte und intensiveres Interesse am Krisen- und Notfallmanagement hat, bzw. in der Verwaltung oder Ausbildungspädagogik eines Rettungsbetriebes arbeiten möchte, hat die Möglich-

keit einen universitären Bachelor of Science- oder Bachelor of Engineering-Abschluss zu machen. Ca. 19 freie, öffentliche oder private Hochschulen und Universitäten bieten unterschiedliche Studiengänge im Bereich des Rettungswesens mit unterschiedlichen Schwerpunkten an.

Bachelor- und Masterstudiengänge im Berufsbild des Rettungswesens in Deutschland werden u. a. mit den folgenden Schwerpunkten angeboten, z. B. in:

Studiengang	Semester	Standorte
1 Rescue Management (B.Sc.)	9	MSH Medical School Hamburg University of Applied Sciences and Medical University
2 Rettungswesen (B.Eng.) noch bis Ende SS 2029	7	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Gefahrenabwehr (B.Eng.)	7	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
3 Berufspädagogik und Management im Rettungsdienst (B.Sc.)	6	Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften Wolfsburg
4 Management in der Gefahrenabwehr (B.Sc.)	8	Akkon Hochschule für Humanwissenschaften Berlin
Führung in der Gefahrenabwehr und im Krisenmanagement (M.Sc.)	5	Akkon Hochschule für Humanwissenschaften Berlin
Medizin- und Notfallpädagogik (B.A.)	7	Akkon Hochschule für Humanwissenschaften Berlin
Internationale Not- und Katastrophenhilfe (B.A.)	6	Akkon Hochschule für Humanwissenschaften Berlin
5 Pädagogik für den Rettungsdienst (B.A.)	6	Fliedner Fachhochschule Düsseldorf
6 Rettungswesen (B.Eng. + M.Sc.)	7	Technische Hochschule Köln
7 Rettungswesen/Notfallversorgung (B.Sc.)	8	Ernst-Ebbe-Hochschule Jena
8 Notfallsanitäter (B.Sc.)	8	Dresden International University
9 Krisen- und Notfallmanagement (M.Sc.)	4	Carl Remigius Medical School Idstein
10 Digitales Rettungsmanagement (B.Sc.)	7	Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt
11 Berufspädagogik für Gesundheit Fachrichtung Rettungswesen (B.A.)	7	SRH Wilhelm Löhe Hochschule Fürth
12 Pädagogik im Rettungswesen (B.A.)	7	Technische Hochschule Deggendorf
Management im Gesundheits-, Sozial- und Rettungswesen (B.Sc.)	7	Technische Hochschule Deggendorf
Sicherheits- und Katastrophenmanagement (M.Ba, Fernstudium)	4	Hochschule Fresenius München

## 5d.11 Weiterbildung

**Um einen Beruf im Rettungsdienst oder Krankentransport nach der Ausbildung weiterhin ausüben zu dürfen, müssen regelmäßige Fort- und Weiterbildungen absolviert werden.**

In allen deutschen Bundesländern sind Fort- und Weiterbildungen im Bereich des Rettungsdienstes für Rettungsfachpersonal verpflichtend. Wird keine Fort- oder Weiterbildung absolviert, darf das Personal im nächsten Jahr nicht verantwortlich eingesetzt werden.

Die Regelungen zum Inhalt, Dauer und Durchführung sowie der Personenkreis, der ebenfalls verpflichtende Fort- und Weiterbildungen absolvieren muss, wie zum Beispiel Rettungsfachpersonal, Leitstellenpersonal, Ärzte und Notärzte, sind in den einzelnen Rettungsdienstgesetzen der Länder geregelt.

Allgemein ist zu sagen, dass die Fort- und Weiterbildungen jährlich bzw. regelmäßig mit einer Stundendauer von 24 bis 40 Stunden absolviert werden müssen. In einigen Bundesländern müssen die Nachweise bei den Zweckverbänden, den Rettungsdienststellen oder den zuständigen Behörden vorgelegt werden.

Ziele der Fort- und Weiterbildungen sind es, dass das Rettungsdienstpersonal den jeweils aktuellen medizinischen und technischen Anforderungen gerecht wird und stets auf dem neusten Stand weiterer Anforderungen bleibt.

## 5d.12 Einfache Krankenförderung durch Taxifahrer

**Ergänzend zu den vorherigen Ausbildungsberufen und Studiengängen, die sich inhaltlich um die konkrete Hilfeleistung oder Organisation des Rettungsdienstes beschäftigen, sorgen jedoch zigtausend Taxifahrer tagtäglich dafür, dass Patienten einfach nur befördert werden.**

Neben den Notfall- bzw. Rettungstransporten werden täglich viele tausend andere Krankenfahrten durchgeführt, die in der Regel als „einfache Krankenförderung“ oder auch „Sitzendfahrten“ bezeichnet werden. Diese „einfachen“ Fahrten werden meistens von Taxiunternehmen durchgeführt. Die entsprechenden Kosten dieser Transportleistung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V übernommen. Ein Überblick zur stichprobenartigen

Verteilung der Kosten nach Leistungspositionen im Bereich der einfachen Krankenfahrten wird in Kapitel 8 der Onlineergänzung des vorliegenden Buches dargestellt. Für die Durchführung einer einfachen Krankenförderung ist keine spezielle medizinische Qualifikation des Fahrers erforderlich. Für die einfache Krankenförderung qualifiziert sich der Taxifahrer durch seinen Personenbeförderungsschein.

## Notizen:

6d

# Basisdaten Gesundheitsberufe Rettungsdienste und Krankentransporte

Sebastian Schlüter,  
wissenschaftlicher Mitarbeiter, opta data Zukunfts-Stiftung

Die staatlich oder privatwirtschaftlich geregelten Ausbildungen legen den Grundstein für die Sicherung der Qualität in den Rettungsberufen. Durch die nun vermehrten universitären Angebote und die Ausbildung zum bundeseinheitlich geregelten Notfallsanitäter, ist hier ein großer Umschwung zu beobachten.

Im Folgenden wird die Situation im Rettungsdienst in Deutschland anhand relevanter statistischer Kennzahlen und Fragestellungen aufbereitet. Untersucht werden hierbei die Versorgungslage, die finanziellen Entwicklungen, aber auch die aktuelle Situation des statistisch erfassten Personals im Rettungswesen.



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

Der Verband der Deutschen Ersatzkassen (vdek) hat zum Stichtag 1. Dezember 2024 die eigene Statistik um diejenigen Leistungserbringer bereinigt, die zwar ihre berufliche Tätigkeit beendet haben, aber ihr Instituts-kennzeichen (IK) nicht abgemeldet hatten und somit immer noch in den öffentlichen Statistiken weiter- und mitgeführt wurden.

Insofern ergibt sich hier im Vergleich zum Vorjahr eine ganz neue Übersicht, die ab 01.12.2024 somit die neue Grundlage für kommende Betrachtungen bildet. Die neue Gesamtanzahl von 15.060 Leistungserbringern im Rettungsdienst und Krankentransport in Deutschland verteilt sich erwartungsgemäß recht unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Mit nun 3.519 Leistungserbringern liegt Nordrhein-Westfalen weiterhin im Ranking ganz vorne, gefolgt von Niedersachsen mit 1.698. Dies ist entspricht wider erwarten nicht der entsprechenden Bevölkerungsverteilung, denn Niedersachsen belegt "nur" den vierten Platz im Bevölkerungsranking, nach Baden-Württemberg und Bayern. Auf der anderen Seite weisen Bundesländer mit einer relativ hohen Bevölkerungsanzahl wie Berlin oder Hamburg deutlich weniger (<290) Leistungserbringer auf, was sich durch die geringere Fläche des Bundeslandes und die Art der Leistungserbringung erklärt. Abb.6d.a zeigt nun drei unterschiedliche Rankings der Bundesländer an, die von oben nach unten die meisten Rettungs- und Krankentransportdienste auflistet.

Um die Balkendiagramme einigermaßen erkennbar zu gestalten, sind die Zahlen der Rettungs- und Krankentransportdienste absolut, die zur Bevölkerung

in Tausend und die Fläche muss mit dem Faktor 10 multipliziert werden. Durch diese Betrachtung können jedoch die drei unterschiedlichen Werte in sich und im Verhältnis untereinander verglichen werden, so dass bspw. gut zu erkennen ist, dass im flächengrößten Bundesland Bayern die zweitmeisten Menschen leben, aber nur die fünfthmeisten Transportdienste existieren.

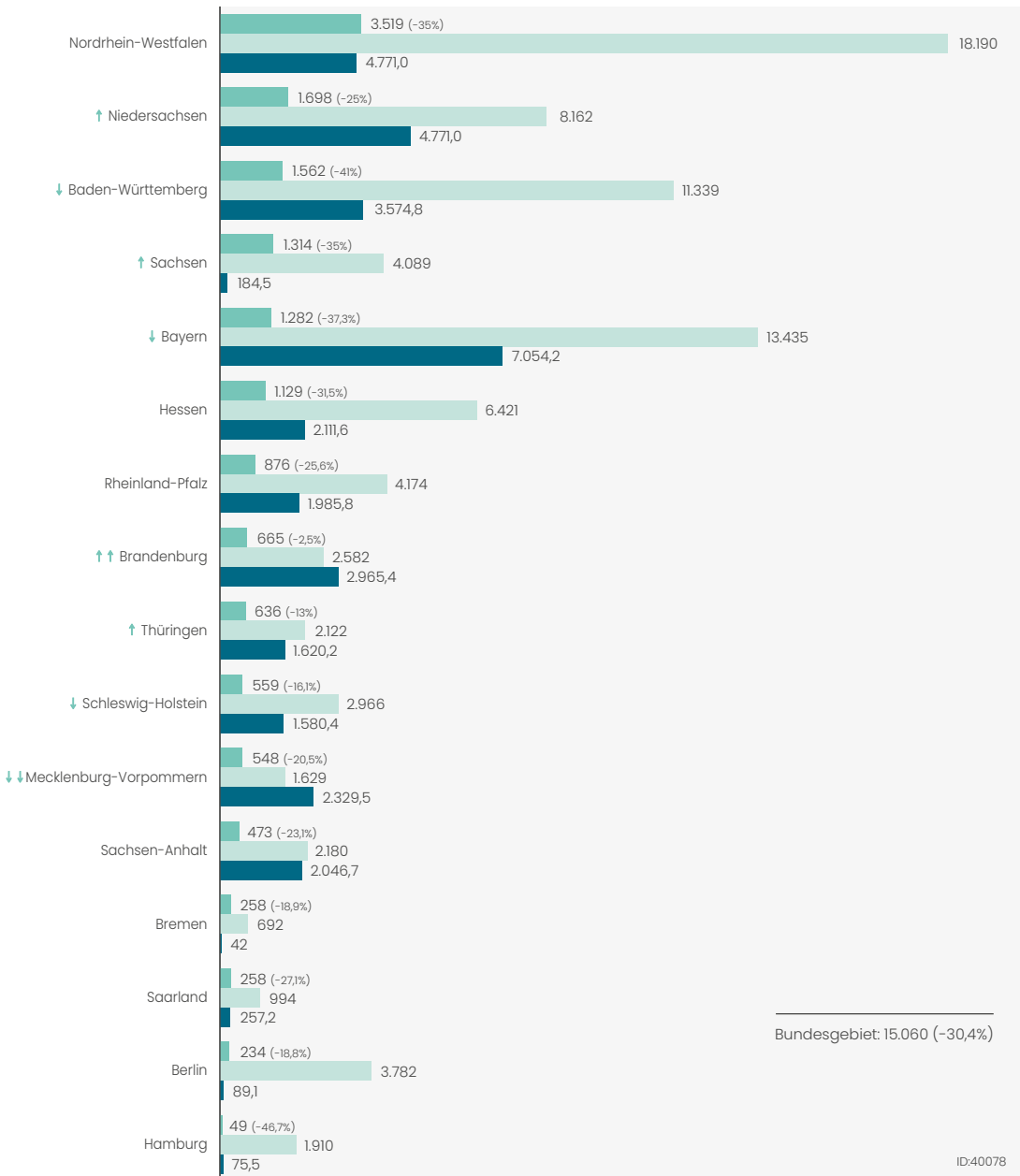
Betrachtet man jedoch das Verhältnis von Einwohnern zu Rettungs- und Krankentransportdiensten pro Bundesland, so stehen nicht wie zu erwarten alle flächenmäßig kleinen Bundesländer wie Hamburg, Berlin, Bremen oder das Saarland an den obersten Stellen, sondern auch Flächenländer wie bspw. Mecklenburg-Vorpommern.

Betrachtet man nun Mecklenburg-Vorpommern exemplarisch, ist das Ergebnis gar nicht so überraschend, denn auf 23.295 km<sup>2</sup> Fläche wohnen nur 1,63 Millionen Menschen, was es zum am dünnsten besiedelten Bundesland macht. Aber genau deshalb muss das Bundesland eben mehr Rettungs- und Krankentransportdienste vorhalten, so dass die gesetzlich festgelegten Rettungszeiten bis zum Eintreffen eines Rettungsdienstes eingehalten werden. Das flächenmäßig kleinste Bundesland Bremen (Platz 16) versorgt mit 258 Rettungs- und Krankentransportdiensten (Platz 13) 692.000 Menschen (Platz 16), was jedoch das beste Verhältnis von 2.682 Menschen pro Rettungsdienst ergibt.

Die Abbildung 6d.b zeigt somit ein ganz anderes Ranking.

Abb. 6d.a: Anzahl Rettungs- und Krankentransportdienste pro Bundesland 2024  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)

- Anzahl Rettungs- und Krankentransportdienste (Rankingsortierung)
- Bevölkerung in Tsd.
- Fläche in km<sup>2</sup> x 10



ID:40078

opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: vdek

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

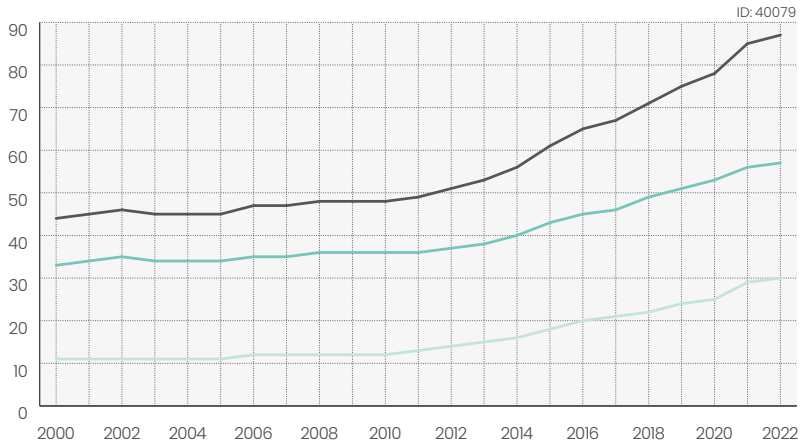
## 6d.1 Beschäftigte im Rettungsdienst und Krankentransportwesen

Im Kontext der Betrachtung von Beschäftigten im Rettungswesen geht es hier um Personal, das „Leistungen des Krankentransportes und der Notfallrettung“ erbringt. Laut Definition des Statistischen Bundesamtes besteht die „Aufgabe des Rettungsdienstes in der Durchführung lebensrettender Maßnahmen bei lebensbedrohlich Verletzten oder Erkrankten am

Einsatzort, der Herstellung der Transportfähigkeit dieser Personen und der fachgerechten Betreuung mit besonders ausgestatteten Rettungsmitteln zur Beförderung in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung.“ Diese Leistungen können sowohl öffentlich als auch privat organisiert sein.<sup>1</sup>

Abb. 6d.1a: Beschäftigte Fachkräfte im Rettungsdienst 2000 bis 2022 (in Tausend)

Gesamt: —  
Männer: —  
Frauen: —



opta data Zukunfts-Institut / Quelle: Destatis

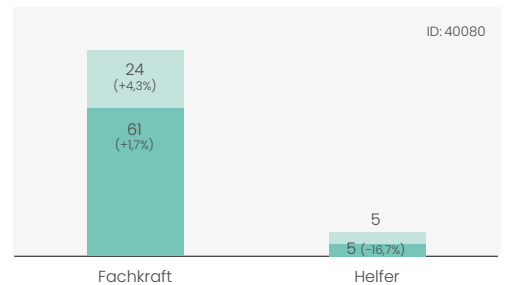
### 6d.1.1 Personalstruktur im Rettungsdienst

#### Qualifikation und Beschäftigung nach Geschlecht

Die Anzahl der Beschäftigten in Einrichtungen des Rettungsdienstes betrug im Jahr 2022 rund 96.000, die sich aufteilen in 85.000 Fachkräfte und rund 10.000 Helfer. Knapp 28% der Fachkräfte sind weiblich, während der Anteil der Helferinnen bei jetzt 50% liegt.

Die relativ hohe Diskrepanz zwischen den "Beschäftigten im Rettungsdienst" und den Summen der "Qualifikationen im Rettungsdienst nach Geschlecht" liegt laut Statistischem Bundesamt in der differenzierten Betrachtung und konkreten Tätigkeit der Berufsgruppe. Während in Abb. 6d.1b Helfer (alle Helfer- und Anlerntätigkeiten) und Fachkräfte (alle fachlich ausgerichteten Tätigkeiten) summiert werden, werden in Abb. 6d.1a "nur" die Beschäftigten betrachtet, die "Leistungen des

Abb. 6d.1b: Qualifikation im Rettungsdienst nach Geschlecht 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



opta data Zukunfts-Institut / Quelle: Destatis

Krankentransportes und der Notfallrettung“ erbringen. Somit arbeiten noch 9.000 Personen in anderen Bereichen des Rettungsdienstes und Krankentransportwesens. Von den rund 96.000 Beschäftigten in Rettungsdiensten, arbeiten etwa ein Drittel in Teilzeit. Der Anteil der vollzeitbeschäftigten Frauen beträgt

1 Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022.

26%. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier erneut eine leicht positive Veränderung zu verzeichnen. Der Männeranteil bei den Vollzeitbeschäftigten liegt somit bei 74%. Fast 70% der Beschäftigten im Rettungsdienst sind Männer, von denen aber nur fast 1/3 teilzeit- oder geringfügig beschäftigt sind.

### Altersstruktur

Im Berufsfeld der Rettungsdienste ist der Trend zu erkennen, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl der Beschäftigten signifikanter sinkt als in anderen Berufsgruppen. Die am stärksten vertretene Altersgruppe mit jetzt 35.000 Beschäftigten sind die unter 30-Jährigen. Schon 10.000 weniger sind in der nächsten Klasse der 30–39-Jährigen beschäftigt. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen kann man hier nicht von einem bemerkbaren Nachwuchsproblem sprechen. Der stark körperbetonte und stressige Beruf macht sich somit auch in den nächsten Klassen bemerkbar. Über ein Drittel (37%) der Beschäftigten teilen sich auf die drei weiteren Altersgruppen auf. Mit 4.000 Beschäftigten sind die über 60-Jährigen am geringsten vertreten. Der einzige Zuwachs ist in der Gruppe der unter 30-jährigen zu finden. Sie wuchs im Vergleich zum Vorjahr um 1.000 tätige Beschäftigte an.

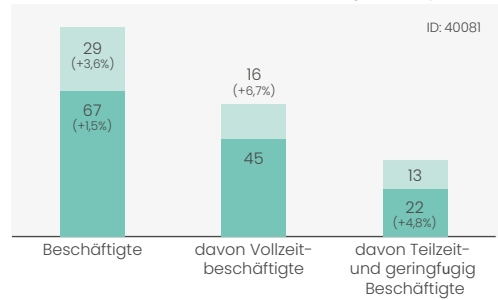
## 6d.1.2 Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation

Betrachtet man die offiziellen Beschäftigtenzahlen von angestellten Helfern in rettungsdienstlichen Einrichtungen, so ist die Anzahl bei den Männern zum Vorjahr erstmals um 1.000 gesunken. 2021 wurden demnach weiterhin 5.000 Männer als Helfer statistisch erfasst.

Erstmals im Jahr 2018 änderten sich die Beschäftigtenzahlen der Frauen: 2018 waren noch 3.000 weibliche Rettungsdiensthelfer in Einrichtungen des Rettungsdienstes tätig. Nach 2020 wuchs die Anzahl der weiblichen Rettungshelfer sogar um 2.000 und ist durch die Abnahme bei den Männern mit ihnen nun gleichauf.

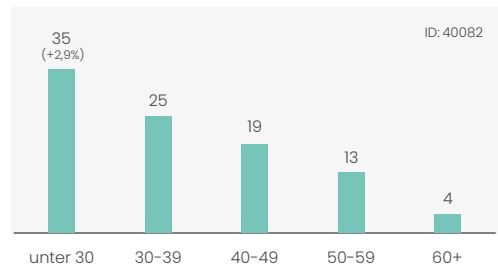
Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Fachkräften. Die Anzahl der Beschäftigten steigt bei beiden Geschlechtern seit dem Indexjahr 2013 konstant an

Abb. 6d.1c: Beschäftigte im Rettungsdienst nach Geschlecht 2022  
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



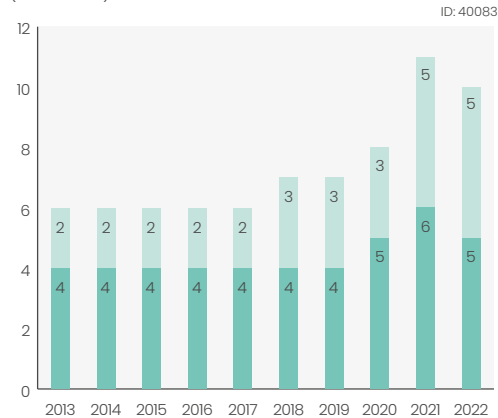
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Abb. 6d.1e: Beschäftigte nach Qualifikation – Helfer 2022  
(in Tausend)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

und ist bei den Männern seitdem um mehr als 60% gestiegen, wohingegen sich die Anzahl an weiblichen Rettungsfachkräften mehr als verdoppelt hat. Obwohl die Zahl der weiblichen Fachkräfte prozentual stärker gewachsen ist, hat sich das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Fachkräften nicht in gleichem Maße angeglichen. Allerdings hat es sich im Vergleich zu 2013 um knapp 7% verbessert. 2013 lag das Verhältnis noch bei 1:5 (20,8%) und knapp 10 Jahre später schon bei 1:4 (28,2%).

**Einrichtungen**

Der mit Abstand größte Anteil des Fachkräftepersonals im Rettungsdienst (knapp 75,3%) arbeitet primär in einer auf den Rettungsdienst fokussierten Einrichtung. Insgesamt arbeiten 5.000 mehr Frauen und 6.000 mehr Männer in den Rettungsdiensten als im Vorjahr. Einen weiteren Zuwachs zu verzeichnen haben Einrichtungen, die nicht weiter definiert sind, jedoch dem Rettungsdienste zugeschrieben werden. Hier stieg die Anzahl auf jetzt 18.000 Beschäftigte. Die Anteile der anderen drei Einrichtungen sind hingegen eher gering.

Abb. 6d.If: Beschäftigte nach Qualifikation – Fachkräfte 2022 (in Tausend)

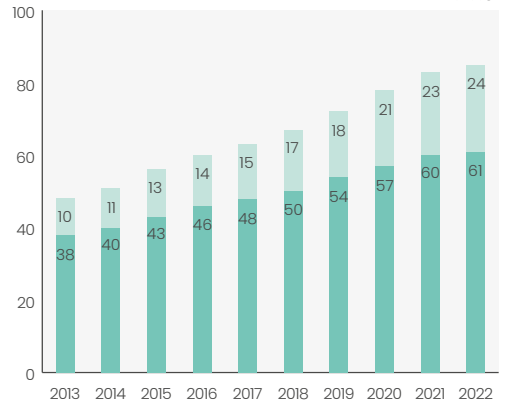
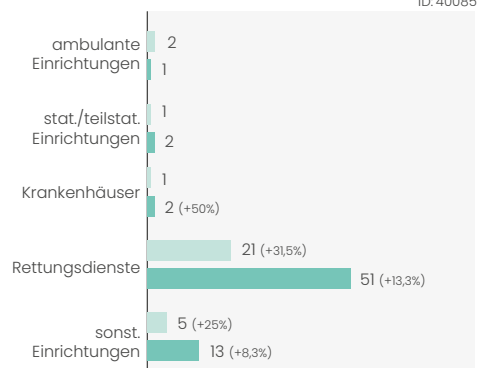


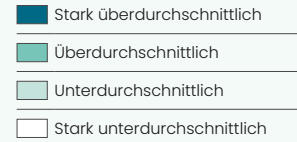
Abb. 6d.Ig: Rettungsdienstpersonal nach Einrichtung 2022 (Fachkräfte) (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr\*)



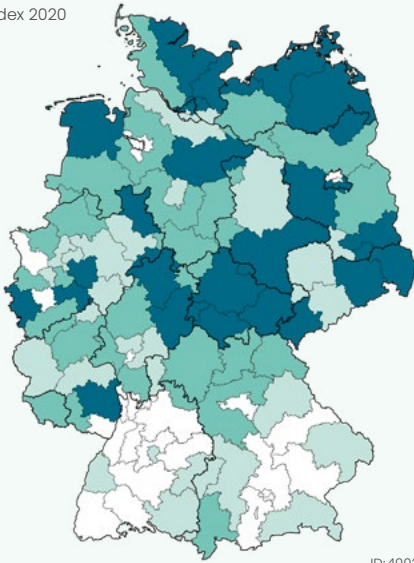
## 6d.1.3 Versorgungsdichte

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

Abstufung

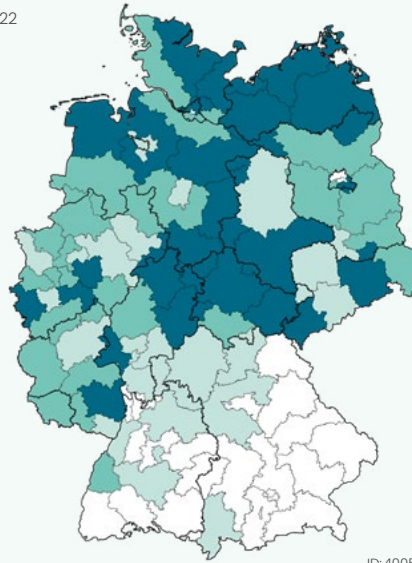


Index 2020



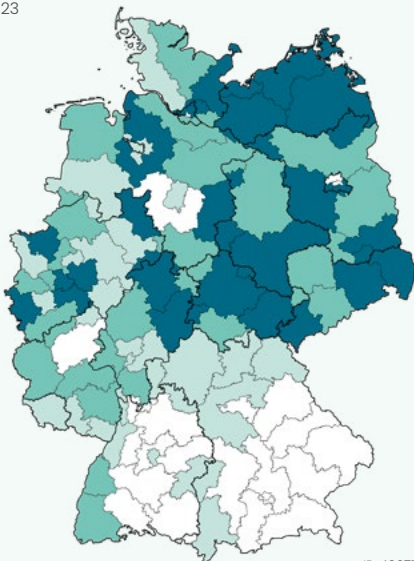
ID:40028

2022



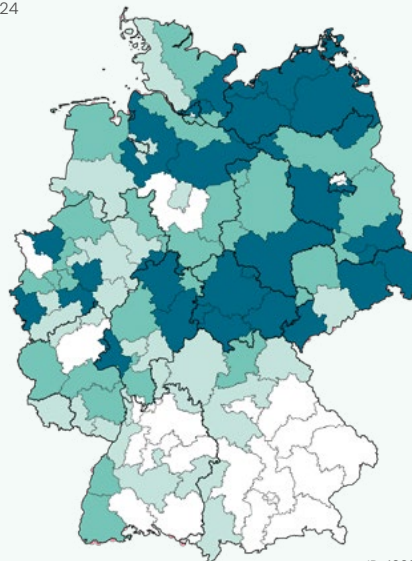
ID:40055

2023



ID:40071

2024



ID:40086

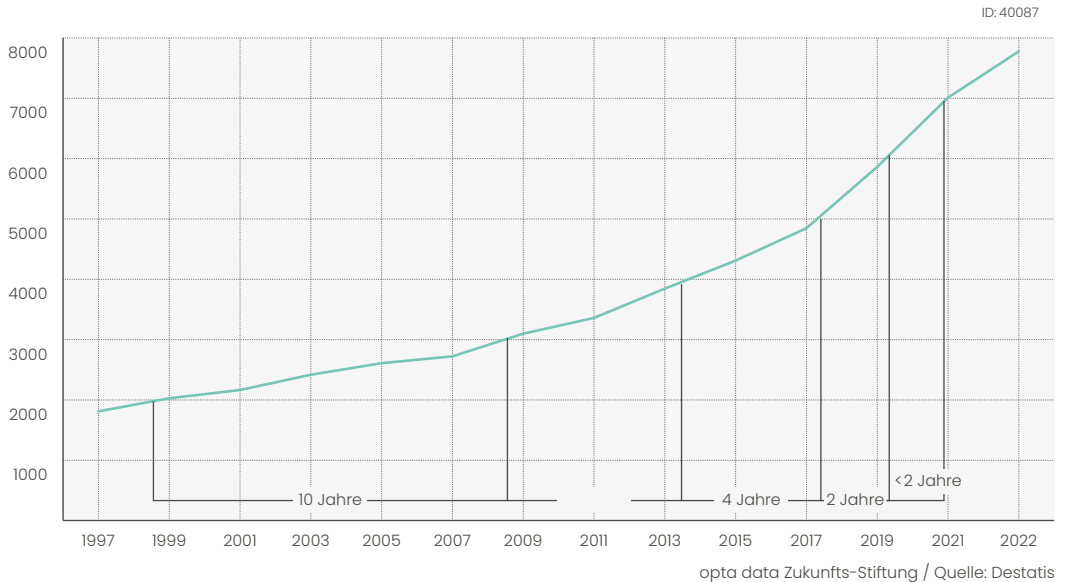
Die Verteilung wurde so klassifiziert, dass jede Abstufung dieselbe Anzahl Postleitzahlgebiete beinhaltet.

Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

## 6d.2 Ausgaben und Leistungsfälle im Rettungsdienst

Die Ausgaben für Leistungen im, vom und durch den Rettungsdienst wachsen stetig an. Beliefen sich die Ausgaben 1997 noch auf ca. 1,812 Mrd. Euro, so wurde die zwei Milliarden-Grenze bereits ein Jahr später überschritten. Danach dauerte es fast zehn Jahre (2008), um die drei Milliarden-Grenze zu passieren. Dass die Ausgaben immer schneller ansteigen verdeutlicht der nächste Milliardenprung. Dieser wurde bereits nach weniger als sechs Jahren 2014 erreicht. Die fünf Milliarden Euro-Stufe wurde bereits 2018 überschritten. Schon zwei Jahre später belaufen sich die Ausgaben 2020 bereits auf über 6,5 Milliarden Euro. Dass die zeitlichen Abstände hier immer geringer werden, verdeutlicht der aktuelle Wert aus 2022, der bereits jetzt schon knapp unter der 8 Mrd.-Grenze mit 7.778 Mrd. € liegt.

Abb. 6d.2a: Gesundheitsausgaben für Rettungsdienste 2022  
(in Millionen Euro)



Die Kostenexplosion im deutschen Rettungswesen ist das Ergebnis aus einer Kombination von steigenden Fallzahlen, höherem Personalbedarf, technologischen Entwicklungen und steigenden Betriebskosten. Eine ganzheitliche Betrachtung und möglicherweise eine

Reform der Rettungsstrukturen und Finanzierung scheint notwendig, um das System zukunftsfähig und finanzierbar zu halten. Dazu könnten eine bessere ambulante Versorgung, digitale Innovationen und eine gezielte Steuerung von Notfällen beitragen.

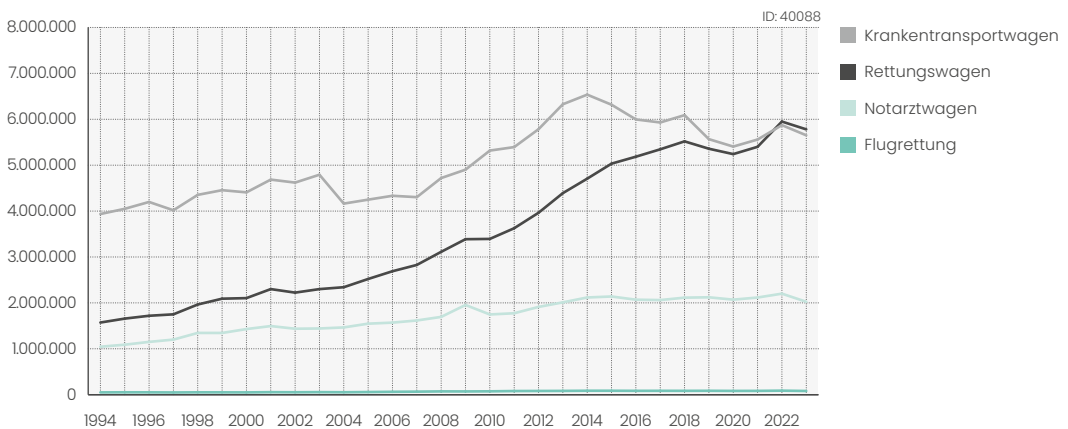
Die Gründe für den enormen Anstieg der Ausgaben im Rettungsdienst (Abb. 6d.2b) liegt in den konstant steigenden Leistungsfällen nach Transportmitteln (ohne Taxi und Mietwagenfahrten). Während die Krankentransportwagenfahrten im Vergleich zu 1994 "nur" um 1,6 Millionen Fahrten oder 41% gestiegen sind, sind die Leistungsfälle der Rettungswagen regelgerecht explodiert. Waren es 1994 lediglich 1,57 Millionen Einsätze, so sind es 2022 nahezu 6 Millionen, was einem Anstieg von 278% entspricht. Dieser Anstieg ist sogar von 2021 zu 2022 allein um 10,2% gestiegen.

Im aktuell vorliegenden Betrachtungsjahr 2023 verzeichnet das Statistische Bundesamt wieder sinkende Zahlen bei den Leistungsfällen nach Transportmitteln im Rettungs- und Krankentransportdienst. Das gilt nicht nur für die Gesamtmenge, sondern wie die Abb. 6d.2c deutlich zeigt, auch die Tendenzen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Die seit 2020 wieder konstant steigenden Leistungsfälle begründen sich vermutlich einerseits durch die Corona-Pandemie, aber auch durch die allgemeine gesellschaftliche

Tendenz<sup>2</sup> zu schnell den Notruf zu wählen und somit einen Leistungsfall eines Rettungswagens zu erzeugen, obwohl in sehr vielen Fällen kein akuter Notfall vorlag. Diese, auch in den Medien häufig thematisierte gesellschaftliche Entwicklung, scheint u.a. neben dem Ende der Pandemie seit 2022 etwas rückläufig zu sein, was neben der Optimierung der Einsatzfahrten durch koordinierte Leitstellen und der Notrufnummern 112 und 116117 dazu führt, dass die Leistungsfälle in 2023 sanken.

Weitere Indikatoren, die zur Reduzierung der Leistungsfälle beitragen können, sind die Tele- und Video-notärzte, verbesserte telematische Kommunikation in den Einsatzfahrzeugen und der neu geschaffene Gemeinde-Notfallsanitäter in einigen Testregionen, der bei nicht akuten Notfällen durch die Leitstellen zuerst alarmiert wird, wodurch viele unnötige Fehlfahrten (siehe Glossar) von Not- und Rettungskräften vermieden werden können. Schätzungen beziffern, dass sogenannte Fehlfahrten ca. 15-20% Anteil an allen Notfalleinsätzen der Notrufnummer 112 haben.

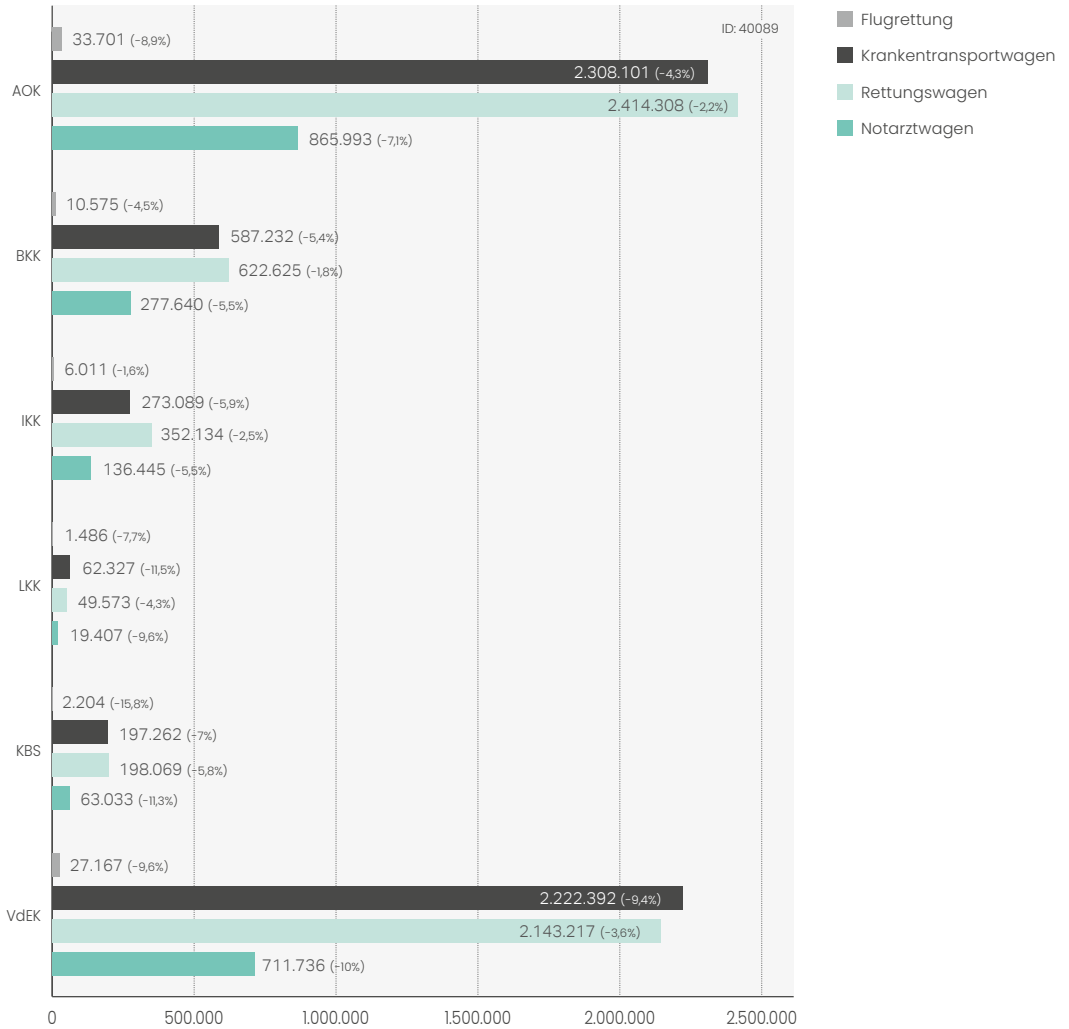
Abb. 6d.2b: Anzahl Leistungsfälle bei Rettungsfahrten nach Transportmitteln 1994 bis 2023



Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung / gbe-bund.de

2 <https://www.deine-gesundheitswelt.de/presse/pressemitteilungen/31-08-2023-pressemitteilung-nicht-immer-gleich-den-notarzt-rufen>

Abb. 6d.2c: Anzahl Leistungsfälle bei Rettungsfahrten nach Transportmitteln pro gesetzlicher Krankenkasse 2023



Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung / gbe-bund.de

## Notizen:

7d

# Verbände, Hilfsorganisationen Rettungsdienste und Krankentransporte

Sonja Rumer,  
Abteilungsleitung Vertrieb, Transport und Rettungsdienst  
der opta data Gruppe



## Die Bedeutung der deutschen Hilfsorganisationen und Verbände für das Rettungswesen

Die deutschen Hilfsorganisationen und Verbände spielen eine zentrale Rolle im Rettungswesen und tragen maßgeblich zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen bei. In der gegenwärtigen Lage sind sie unverzichtbare Säulen, die die Notfallversorgung trotz steigender Belastungen aufrechterhalten, so sind sie bspw. Hauptakteure in der Ausbildung und Bereitstellung von qualifiziertem Personal im Rettungswesen. Angesichts des Personalmangels im Rettungsdienst bieten sie nicht nur staatlich anerkannte Ausbildungen, sondern auch Fortbildungen für Rettungskräfte an. Sie helfen, den akuten Fachkräftemangel zu lindern und die Qualität der Notfallversorgung durch kontinuierliche Schulungen sicherzustellen, dennoch bleibt die Personalrekrutierung angesichts der steigenden Einsatzzahlen und Arbeitsbelastung schwierig.

Die Verbände und Hilfsorganisationen sind in Deutschland flächendeckend in urbanen und ländlichen Regionen präsent. Ihre Standorte und Einsatzfahrzeuge stellen sicher, dass auch entlegene Gebiete zeitnah versorgt werden können, denn ohne die dezentrale Infrastruktur der Hilfsorganisationen wäre es insbesondere dort schwierig, die gesetzlich vorgeschriebenen Hilfsfristen einzuhalten. Vor allem in abgelegenen Gebieten erfordert die rettungstechnische Versorgung der Bevölkerung mehr Ressourcen, was die Organisationen vor immer mehr finanzielle und logistische Herausforderungen stellt.

Hilfsorganisationen entlasten den staatlichen Rettungsdienst, indem sie auch präventive Maßnahmen wie Sanitätsdienste bei Veranstaltungen oder Erste-Hilfe-Schulungen in Betrieben, Vereinen oder Fahrschulen anbieten. Diese Kapazitäten sind entscheidend, um die steigende Zahl an Rettungseinsätzen zu bewältigen und das, obwohl die finanzielle Vergütung dieser Einsätze oft nicht ausreicht, um die steigenden Kosten zu decken.

Zusammen mit den staatlichen Rettungsdiensten und den politischen Akteuren treiben aber auch die Hilfsorganisationen Innovationen im Rettungswesen

voran, etwa durch die Einführung von Tele-Notärzten oder modernster Medizintechnik. Sie sind mit Vorreiter bei der Digitalisierung, beispielsweise bei der Einführung elektronischer Einsatzprotokolle. Solche Art an effektiveren und effizienteren Innovationen sind es, die den Rettungsdienst und die Versorgung der Patienten verbessern; allerdings bedarf es an zusätzlichen und konstanten Investitionen, um solche Technologien flächendeckend einzusetzen.

Neben der rein technischen und medizinischen Versorgung leisten die Organisationen, Verbände und Vereine wichtige Arbeit in der sozialen Integration und Prävention. Sie fördern die Bereitschaft zur Ersten Hilfe in der Bevölkerung und stärken das Bewusstsein für die Bedeutung des Rettungswesens. Dies trägt langfristig zur Entlastung der Notfallversorgung bei.

Die Hilfsorganisationen sind ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Rettungswesens. Ohne ihren Beitrag würde die Versorgungssicherheit, insbesondere in Krisenzeiten und angesichts der steigenden Belastungen, nicht gewährleistet sein. Die Politik muss ihre Bedeutung anerkennen und sie bei der Bewältigung der aktuellen Herausforderungen stärker unterstützen, um die flächendeckende Notfallversorgung nachhaltig zu sichern, dennoch mangelt es, wie in anderen Gesundheitsfachberufen auch, an gut ausgebildetem Nachwuchs oder erfahrener Personal. Umso erfreulicher ist die steigende Akzeptanz des Berufsbildes und die steigenden Zahlen im Ausbildungsberuf als Notfallsanitäter bei jungen Erwachsenen. Im Ausbildungsjahr 2022/2023 befanden sich über 10.000 Schülerinnen und Schüler im ersten Lehrjahr einer rettungsfachlichen Ausbildung, mit stark steigender Tendenz im Vergleich zu den Vorjahren. Das ist zwar eine ermutigende Entwicklung, kompensiert aber immer noch nicht die dünnen Personaldecken in den Verbänden, Hilfsorganisationen und Feuerwehren.

## 7d.1 Arbeiter-Samariter-Bund – ASB

Der Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. ist eine deutschlandweit agierende Hilfs- und Wohlfahrtsorganisation. Die parteipolitisch und konfessionell unabhängige Organisation hat ihren Sitz in Köln. Strukturell lässt sich der Verband in den Bundesverband, 16 Landesverbände, 194 Regional-, Kreis- und Ortsverbände sowie 131 gGmbHs und GmbHs gliedern. Kontroll- und Beschlussgremien, bestehend aus über 50.000 hauptamtlichen und ca. 20.000 ehrenamtlichen und freiwilligen Mitarbeitern, unterstützen die Arbeit des Verbandes. Finanziert wird der ASB vor allem durch Spenden und Fördergelder, hinzu kommen Mitgliedsbeiträge der über 1.500.000 Mitglieder, deren Beitragshöhe frei wählbar ist. Die Schwerpunkte als Hilfsorganisation liegen in der Aus- und Fortbildung durch Erste-Hilfe-Kurse, im Rettungs- und (Schul-) Sanitätsdienst sowie dem Katastrophenschutz und weltweiter humanitärer Hilfe in über 170 aktuellen Projekten in 32 Ländern. Als Wohlfahrtsverband konzentriert sich der ASB auf die Altenhilfe/ -pflege, Kinder-, Jugend- und Behindertenhilfe.<sup>1</sup>

## 7d.2 Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz – BKS

Der Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e. V. wurde 1985 unter dem Namen „Bundesverband eigenständiger Krankentransport- und Sanitätshilfsdienste e. V.“ gegründet. Er ist heute ein bundesweiter deutscher Dachverband für private Rettungsdienste mit Hauptsitz in Berlin. Geleitet wird der BKS von drei Vorstandsmitgliedern, einem Präsidenten sowie zwei Vizepräsidenten. Als Dachverband ist der BKS in insgesamt acht Landes- und Regionalverbände privater Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen untergliedert, aus denen sich u. a. diverse Arbeitsgruppen zu aktuellen Themen bilden. Finanziert wird der Verband durch Fördergelder und jährliche Mitgliedsbeiträge. Durch politisches Engagement setzt sich der Verband für die Belange des Rettungsdienstes ein, indem er auf Länder- und Bundesebene als Mitglied

in Ausschüssen und Gremien des Rettungsdienstes mitarbeitet. Der BKS stellt seinen Mitgliedern bei Bedarf eine umfangreiche Rechts- und Urteilsammlung zur Verfügung. Der Verband weist nach Einführung der Matrix-Zertifizierung an mehr als 30 Standorten ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 auf.<sup>2</sup>

## 7d.3 Deutscher Berufsverband Rettungsdienst – DBRD

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e. V. ist ein Berufsverband für die Interessenvertretung des Rettungsfachpersonals in Deutschland. Der DBRD wurde 2006 gegründet und hat seinen Sitz in Lübeck. Der Verband setzt sich aus dem Vorstand, dem Beirat, dem ärztlichen Beirat und der Mitgliederversammlung zusammen. Jährliche Mitgliederbeiträge sowie Fördergelder finanzieren den Verband. Der DBRD setzt sich für Themen rund um die Notfallmedizin und den Rettungsdienst ein. Darunter fallen berufspolitische Fragestellungen, eine Verbesserung der präklinischen Versorgung der Patienten aber auch eine klare Regelung des Personals in Bezug auf Kompetenz, Aus- und Fortbildung. Dies geschieht bundesweit durch die Mitwirkung in (politischen) Gremien des Rettungsdienstes bis hinauf auf die Bundesebene und die Vertretung und Beratung einzelner Mitglieder.<sup>3</sup>

## 7d.4 Deutsche Lebensrettungsgesellschaft – DLRG

Die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft e. V. ist eine gemeinnützige Wasserrettungs- und Hilfsorganisation, welche 1913 gegründet wurde. Sie hat ihren Sitz in Bad Nenndorf und ist durch die Mitgliederzahl sowie die Gliederung die größte, freiwillige Wasserrettung weltweit. Die Verbandsstruktur des DLRG setzt sich aus den Landes-, Bezirks-, Kreis- und Stadtverbänden zusammen. Die Ortsgruppen sind die Träger der praktischen Arbeit, sie sind die eigentlichen Vereine in der DLRG mit separaten Vorständen. Die DLRG finanziert sich als größtenteils ehrenamtliche Organisation durch Spenden und Mitgliederbeiträge. Das hauptsächliche Ziel der DLRG ist die Bekämpfung des Ertrinkungstodes durch Aufklärung, Aus- und Fortbildung in der Selbst-

1 <https://www.asb.de> am 23.12.2024

2 <https://www.bks-rettungsdienst.de> am 23.12.2024

3 <https://www.dbrd.de> am 23.12.2024

rettung und im Rettungsschwimmen sowie eines flächendeckenden Wasserrettungsdienstes. Zudem spielt die Ausbildung im Erste-Hilfe-Bereich und die Kinder- und Jugendarbeit der DLRG-Jugend eine wichtige Rolle. Abhängig von der jeweiligen Ländergesetzgebung kommen spezifische Tätigkeiten im Katastrophenschutz der Länder hinzu.<sup>4</sup>

## 7d.5 Deutsches Rotes Kreuz – DRK

Das gemeinnützige Deutsche Rote Kreuz e. V. gehört zum Verbund der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung. Das in Berlin ansässige DRK verfügt über drei Millionen Mitglieder, die sich in unterschiedlichen Arbeitsbereichen haupt- oder ehrenamtlich oder als Fördermitglieder engagieren. Zu den wichtigsten nationalen Aufgaben gehören neben der akuten Notfallhilfe in Großschaden- oder Katastrophenfällen auch die Kinder-, Jugend-, Familien und Altenhilfe sowie Gesundheits- und Suchdienste und die Ausbildung im Jugendrotkreuz. Das DRK ist auch international sehr aktiv und engagiert sich bspw. im Katastrophenschutz in Afghanistan oder organisiert humanitäre Hilfe in Somalia und der Ukraine. Die Mitglieder, haupt- und ehrenamtlich Beschäftigten des DRK sind in einer föderalen Struktur organisiert. Neben dem Bundesverband existieren weitere 19 Landesverbände inkl. Schwesternschaften, die sich wiederum in ca. 480 Kreisverbände bzw. 31 Schwesternschaften und mehr als 4.500 Ortsvereine aufteilen.<sup>5</sup>

## 7d.6 Johanniter-Unfallhilfe – JUH

Die Johanniter-Unfallhilfe entstammt ursprünglich dem Johanniterorden und wurde 1952 als evangelische Hilfsorganisation ein Jahr vor der katholischen Schwesterorganisation, dem Malteser Hilfsdienst, gegründet. Anlass der Gründung waren die dramatisch ansteigenden Unfallzahlen im Straßenverkehr. Heute liegt der Fokus der Johanniter ähnlich wie bei den anderen Hilfsorganisationen im ehren- und hauptamtlichen Rettungs- und Sanitätsdienst, im Katastrophenschutz, in sozialen Aufgaben und Dienste in der Kranken- und Altenpflege und der

Erste-Hilfe-Ausbildung vornehmlich junger Menschen, aber auch in internationaler Flüchtlingshilfe. Die JUH zählt nach eigenen Angaben mit ca. 30.000 hauptamtlich Beschäftigten und 46.000 ehrenamtlichen Helfern und knapp 1,2 Millionen Fördermitgliedern auch zu den größten europäischen Hilfsorganisationen. Organisatorisch gliedert sich die JUH in neun Landesverbände, die in weiteren Orts-, Kreis- und Regionalverbände organisiert sind.<sup>6</sup>

## 7d.7 Malteser Hilfsdienst – MHD

Der 1953 durch den Malteserorden und den deutschen Caritasverband gegründete Malteser Hilfsdienst e. V. ist eine katholische Hilfsorganisation, eingetragen als Verein gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH). Den Strukturen der katholischen Kirche entsprechend ist der Verband in Diözesen gegliedert. Der MHD finanziert sich durch Spenden und Fördergelder, ebenso tragen die Mitgliedsbeiträge zur Ermöglichung der größtenteils ehrenamtlichen Tätigkeiten bei. Zu den Hauptaufgaben zählen die Erste-Hilfe-Ausbildungen, Sanitäts- und Sozialdienste sowie der Katastrophenschutz im In- und Ausland. Engagement in der Hospizarbeit und der Malteser Jugend gehören ebenfalls dazu. Der MHD organisiert weiterhin Hilfe für die Menschen in der Ukraine und Menschen auf der Flucht durch Organisation von Finanz- und Sachspenden sowie Hilfsgütertransporte.<sup>7</sup>

## 7d.8 Deutscher Feuerwehrverband – DFV

Der Deutsche Feuerwehrverband e. V. ist eine gemeinnützige Dachorganisation der deutschen Feuerwehren mit Sitz in Berlin. Seine Anfänge findet der Verband 1853, neugegründet wurde er abermals am 12. Januar 1952 in Fulda. Seit 1990 gehören zu dem Verband der deutschen Feuerwehren alle 16 Landesfeuerwehren, die Bundeswehr-Feuerwehren sowie der Berufs- und Werkfeuerwehren, Angehörige der Jugendfeuerwehr zählen ebenfalls zu den etwa 1.416.765 (Stand 31.12.2022) Feuerwehrangehörigen. Als Spitzenverband vertritt er die Interessen des deutschen Feuerwehrwesens u.a. im Deutschen Bundestag, in

4 <https://www.dlrg.de> am 23.12.2024

5 <https://www.drk.de> am 20.12.2023.

6 <https://www.johanniter.de> am 20.12.2023.

7 <https://www.malteser.de> am 20.12.2023.

Gremien und Ausschüssen. Die Verbandsstruktur setzt sich aus der Delegiertenversammlung, welche das oberste Verbandsorgan darstellt, dem Präsidialrat, dem Präsidium sowie dem Beirat zusammen. Finanziert wird der DFV durch Beiträge seiner ordentlichen Mitglieder, zudem kann der Verband durch Fördermitgliedschaften unterstützt werden.<sup>8</sup>

### 7d.9 Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund)

Die AGBF Bund ist eine sich selbst tragende Vereinigung im Deutschen Städtetag und schließt alle zurzeit 111 Berufsfeuerwehren zusammen und wurde 1952 in Mannheim gegründet. In jedem der 16 Bundesländer vertreten die jeweiligen Leiter der Berufsfeuerwehren das Bundesland im AGBF Bund. Zu den wichtigsten Aufgaben des AGBF Bund zählt vor allem die Kommunikation unter den Berufsfeuerwehren und darüber hinaus mit allen freiwilligen Feuerwehren in Deutschland. Dabei steht der Erfahrungsaustausch und die Koordination zu den wichtigsten Fragen des Feuerwehrwesens, wie zum Beispiel des Rettungsdienstes, des Katastrophenschutzes und der Gefahrenabwehr auf dem Gebiet des Umweltschutzes, untereinander im Vordergrund. Die kommunikative Arbeit beinhaltet auch den Austausch mit ausländischen, europäischen Feuerwehren, um bspw. eine vergleichbare Qualität in der Ausbildung von Feuerwehr- und Rettungskräften herzustellen. Der AGBF Bund stimmt sich in Grundsatzfragen auch eng mit dem Deutschen Feuerwehrverband (DFV) und dem Deutschen Städtetag ab.<sup>9</sup>

### 7d.10 Bündnis Pro Rettungsdienst

Das Bündnis hat sich im Herbst des Jahres 2022 neu gegründet. Im Kern handelt es sich um eine Bestrebung die Notfallversorgung zu reformieren und gemeinsam alle relevanten Akteure der ambulanten, stationären und rettungskundlichen Notfallversorger in Deutschland zu beteiligen. Mitwirkende Unterstützer des Bündnisses sind<sup>10</sup>:

- Björn Steiger Stiftung
- Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e. V.
- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V.
- Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft (DFeuG)
- Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e. V.
- Deutscher Berufsverband Rettungsdienst e. V.
- Falck Rettungsdienst und Krankentransport GmbH
- Mitarbeiterseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverband
- opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH

### 7d.11 Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften – DGRe

Die Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften wurde 2019 noch unter dem Namen "Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst" gegründet. Ziel ist es, die Forschungsaktivitäten durch ein Netzwerk aus Hochschulen, Forschenden, Lehrenden, Leitenden und Notfallsanitäter innerhalb der Rettungswissenschaften herauszubilden, um eine nachhaltige Entwicklung der neuen Disziplin Rettungswissenschaften zu ermöglichen. Die Versorgung durch den Rettungsdienst soll damit entscheidend nachhaltiger, patientenorientierter und professioneller werden. Ende 2022 verzeichnet die DGRe 336 Mitglieder.<sup>11</sup>

8 <https://www.feuerwehrverband.de/> am 20.12.2023.

9 <https://www.agbf.de> am 20.12.2023.

10 <https://pro-rettungsdienst.org> am 20.12.2023.

11 <https://www.dgre.org> am 20.12.2023.

## Notizen:

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 quartärlige Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina über die letzten sechs Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit). Die jeweils zweite Grafik soll einen tieferen Blick in die Produktgruppen ermöglichen. Zu diesem Zweck werden hier innerhalb jeder Produktgruppe je fünf Zeitreihen für die umsatzstärksten (\*im Kalenderjahr 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).

8d

# Rettungsdienste und Krankentransporte

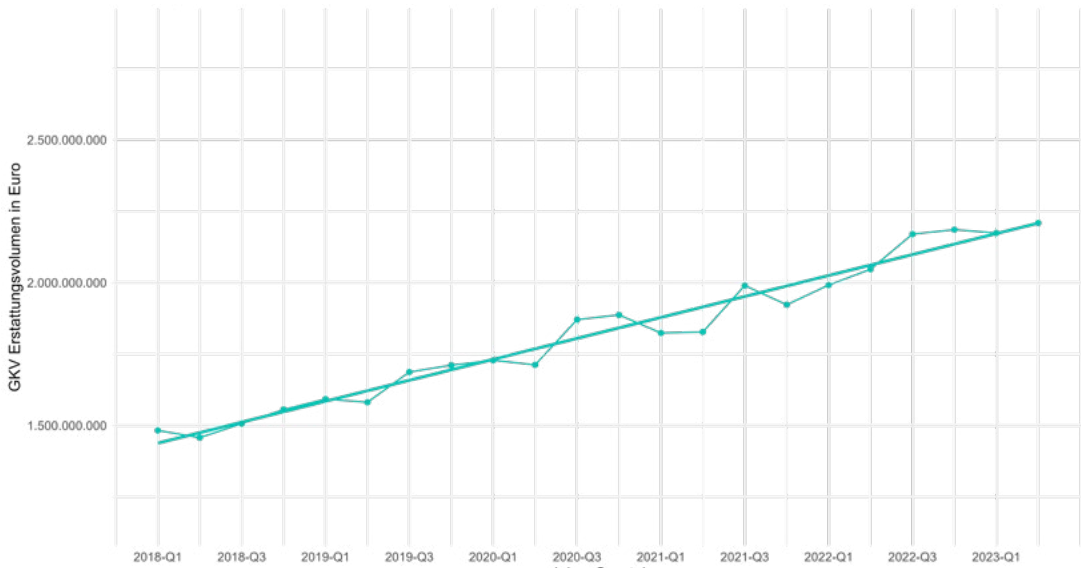
Stefan Moritz

Data Scientist der opta data Gruppe

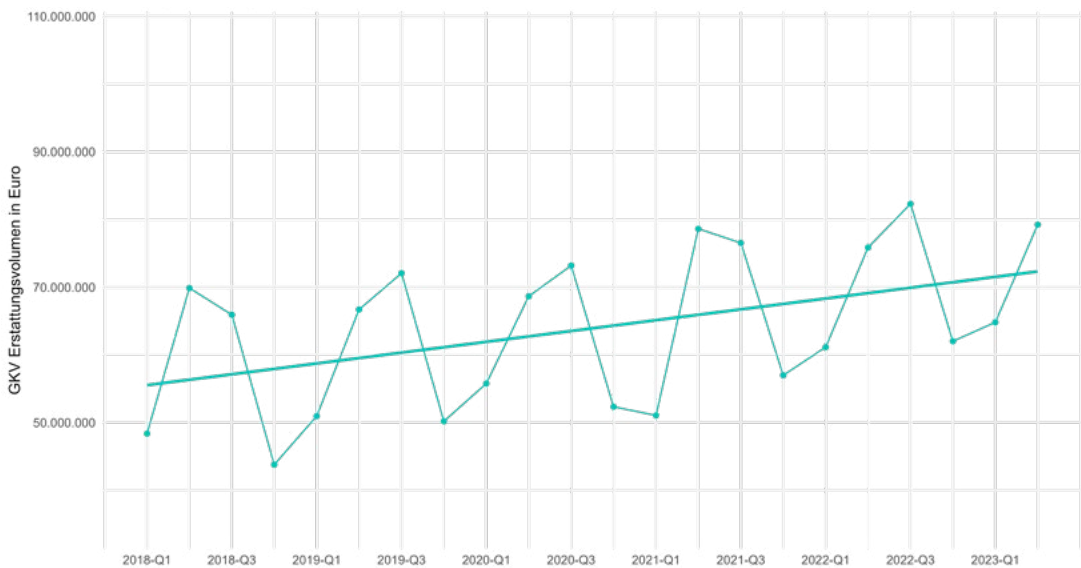
Im Versorgungsbereich Rettungsdienste und Krankentransporte werden Zeitreihen für die fünf wichtigsten Transportleistungen, sowie eine Zeitreihe aller Transportleistungen ausgewiesen. Die Zeitreihen zeigen die quartärliehe Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina (in €) über die letzten 5 Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (\*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit).

# Entwicklung Abrechnungsvolumen in den unterschiedlichen Leistungsarten

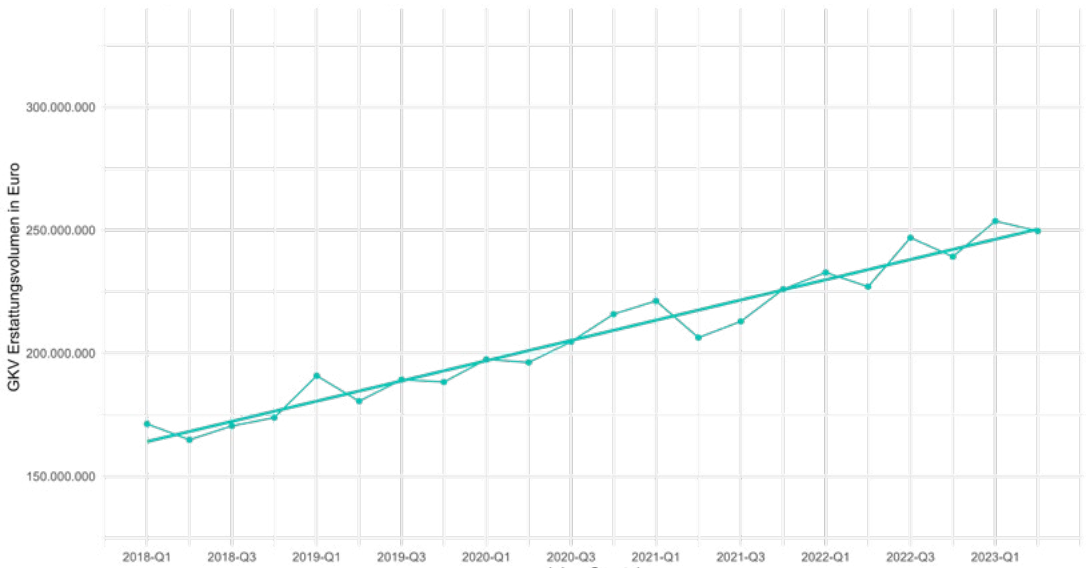
## Alle Transportleistungen



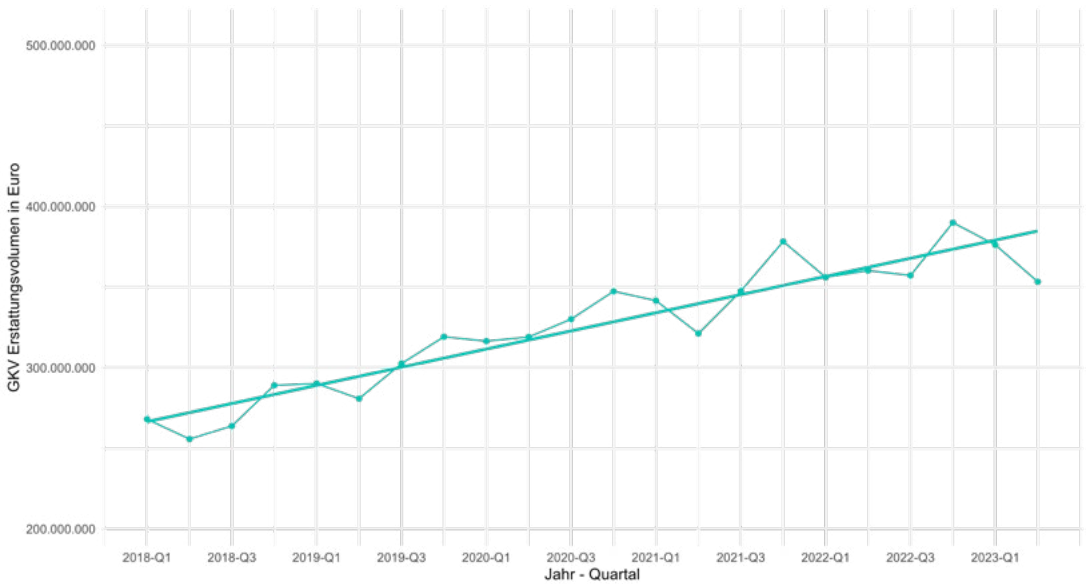
## Flugrettung



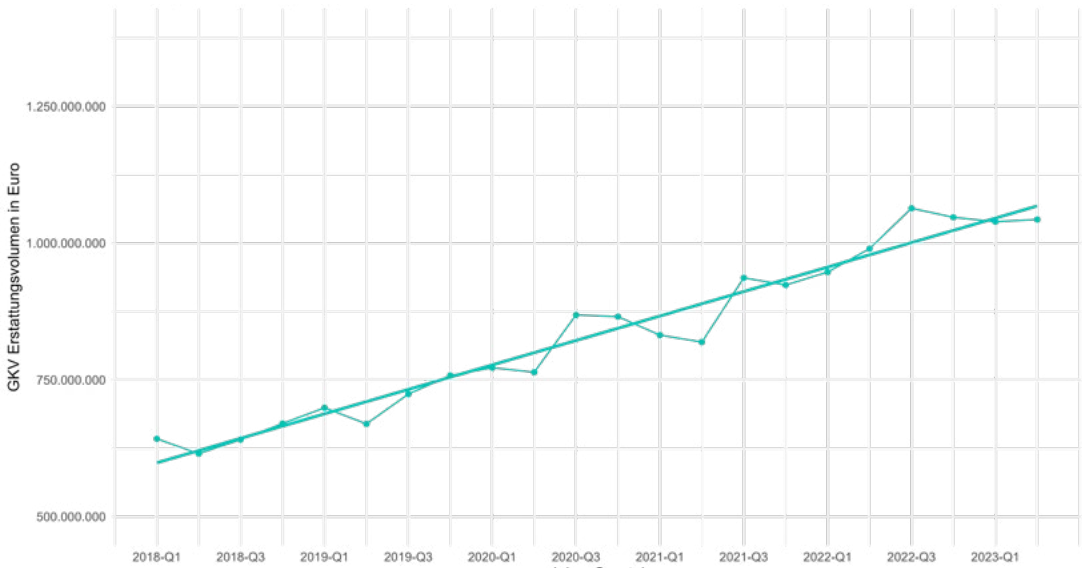
## Krankentransportwagen



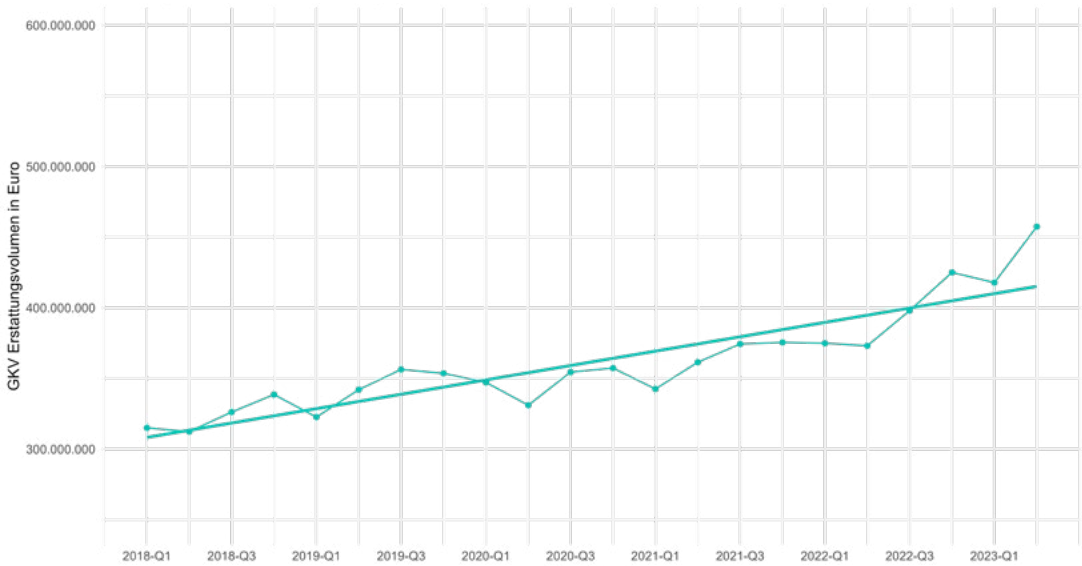
## Notarzwagen



## Rettungswagen



## Taxen und Mietwagen



9

# Glossar

## Rettungsdienste

### Arztbegleiteter Patiententransport<sup>3</sup>

Beförderung von Patienten, die während der Beförderung aus medizinischen Gründen der Betreuung oder Überwachung durch einen Verlegungsarzt oder durch einen geeigneten Krankenhausarzt bedürfen (mit Ausnahme von Notfalltransporten).

### Berg- und Höhlenrettung<sup>3</sup>

Rettung verletzter, erkrankter oder hilfloser Personen aus Gefahrenlagen im Gebirge, im unwegsamen Gelände und in Höhlen, die Beförderung dieser Personen bis zu einer Stelle, die zu deren Übergabe an den Land- und Luftrettungsdienst geeignet ist, im Ausnahmefall auch bis in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung, sowie die medizinische Versorgung dieser Personen am Einsatzort und während der Beförderung.

### Bodengebundener Rettungsdienst<sup>5</sup>

Der Rettungsdienst ist in Deutschland aufgeteilt in fünf Rettungsdienstbereiche: Bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung, Bergrettungsdienst, Höhlenrettung und Wasserrettung.

Zum bodengebundenen Rettungsdienst, der die Aufgabe der Notfallrettung und des Krankentransportes hat, zählen medizinisches Personal mit Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeug sowie Krankentransportwagen. Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes sind zumeist die Landkreise und die kreisfreien Städte.

### Durchführende des Rettungsdienstes<sup>3</sup>

Unternehmer, die durch öffentlich-rechtliche Verträge mit der Durchführung von Notfallrettung, arztbegleitendem Patiententransport oder Krankentransport beauftragt sind, sowie die mit der Durchführung der Berg- und Höhlenrettung sowie der Wasserrettung durch öffentlich-rechtliche Verträge Beauftragten.

### Fehlfahrten

Der Rettungsdienst ist in erster Linie für lebensbedrohliche Erkrankungen und Verletzungen zuständig. Damit einher geht in der Theorie immer ein Transport in ein Krankenhaus. Eine Behandlung vor Ort gehört nicht zu den originären Aufgaben des Rettungsdienstes und ist auch gesetzlich nicht vorgesehen. Wird ein Patient nicht in eine Klinik transportiert, handelt es sich somit definitorisch um eine Fehlfahrt. Je nach Bundesland kann diese Definition abweichen.

### Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)

Die Weiterbildung zum Gemeinde-Notfallsanitäter erfolgt in einem mehrmonatigen Lehrgang. Dabei werden etwa 500 Stunden in Vollzeit, mit aufeinander abgestimmten praktischen und theoretischen Unterrichtsphasen absolviert. Inhalte der theoretischen Ausbildung sind z.B. Kenntnisse über Schnittstellen, chronische Erkrankungen, Pharmakologie, Wundmanagement und vieles mehr.<sup>9</sup>

### Großschadensereignis<sup>7</sup>

Ein größeres Notfalleignis unterhalb der Katastrophenschwelle.

### Hilfsfrist<sup>5</sup>

Zeit vom Eingang der Notfallmeldung in der zuständigen Rettungsdienstleitstelle bis zum Eintreffen eines Rettungsmittels an der dem Ziel nächst gelegenen Stelle an einer öffentlichen Straße.

### Integrierte Regionalleitstellen<sup>6</sup>

Lenken und koordinieren im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Einsätze des Rettungsdienstes, der Feuerwehren und des Katastrophenschutzes.

### Intensivtransporthubschrauber (ITH)<sup>3</sup>

Luftfahrzeuge, die in erster Linie für den arztbegleiteten

Transport von Intensivpatienten eingesetzt werden. Die Norm DIN 13230-4 regelt die Ausstattung des ITH.

### **Intensivtransportwagen (ITW)<sup>3</sup>**

Der ITW ist für den Transport intensivüberwachungs-pflichtiger und intensivbehandlungsdürftiger Patienten mit besonderer medizinischer Ausrüstung umfangreich eingerichtet und mit ärztlichem medizinischen Personal besetzt. Die Norm DIN 13230-2 regelt die Ausstattung des ITW.

### **Krankenkraftwagen (KKW)<sup>3</sup>**

Straßenfahrzeuge, die zum Transport von Kranken und Verletzten verwendet werden und nach den Zulassungsdokumenten als Krankenkraftwagen ausgewiesen sind.

### **Krankentransport, qualifiziert (KT)<sup>3</sup>**

Transport von kranken, verletzten oder sonstigen hilfebedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten sind, aber während der Fahrt einer medizinisch fachlichen Betreuung durch nichtärztliches medizinisches Fachpersonal oder der besonderen Einrichtungen des Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen solches auf Grund ihres Zustands zu erwarten ist .

### **Krankentransport, nichtqualifiziert**

Nichtqualifizierte Transporte werden zumeist durch reguläre Taxiunternehmen durchgeführt, denn hier wird kein medizinisches Fachpersonal benötigt. Die Fahrgäste brauchen während einer bspw. „Patientenfahrt“ weder eine medizinische Betreuung noch die medizinische Ausstattung eines Krankenkraftwagens. Ist ein Patient nicht gehfähig (z. B. aufgrund einer vorhandenen Grunderkrankung), so muss der Transport sitzend in einem Tragestuhl oder liegend auf einer Trage durchgeführt werden.

Oft werden diese Fahrten aber auch von Transport- und Taxiunternehmen durchgeführt, die über spezielle Fahrzeuge verfügen. Nichtqualifizierte Krankentransporte werden auch Patientenfahrdienst, Krankenfahrt oder Patientenfahrten genannt.

### **Krankentransportwagen (KTW)<sup>3</sup>**

Krankenkraftwagen, die für den Transport von Kranken und Verletzten, die nicht Notfallpatient sind, besonders eingerichtet und mit nichtärztlichem medizinischen Personal besetzt sind.

### **Luftrettung<sup>3</sup>**

Durchführung von Notfallrettung und arztbegleitetem Patiententransport sowie die Unterstützung von Einsätzen der Landrettung, der Berg- und Höhlenrettung sowie der Wasserrettung mit Luftfahrzeugen.

### **Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV)<sup>6</sup>**

Wenn so viele Notfallpatienten zu versorgen sind, dass über die reguläre Grundversorgung hinaus ein besonderes Vorgehen zur Gefahrenabwehr erforderlich wird, um die Notfallpatienten zeitgerecht notfallmedizinisch zu versorgen.

### **Notarzt-Einsatzfahrzeug (NEF)<sup>3</sup>**

Einsatzfahrzeuge des Rettungsdienstes, mit denen der Notarzt beim Einsatz unabhängig vom Rettungswagen zum Einsatzort befördert wird.

### **Notdienst<sup>3</sup>**

Mitwirkung von Notärzten in der Notfallrettung.

### **Notfallmedizinische Versorgung<sup>3</sup>**

Medizinische Maßnahmen zur Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden sowie Herstellung der Transportfähigkeit von Notfallpatienten.

### **Notfallpatient<sup>3</sup>**

Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten.

### **Notfallrettung<sup>3</sup>**

Umfasst die notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatienten am Notfallort und den Notfalltransport.

### **Notfalltransport<sup>3</sup>, Rettungseinsatz<sup>4</sup>**

Bei einem Rettungseinsatz muss ein medizinischer Notfall vorliegen. Hier kommen genormte Rettungswagen mit qualifiziertem Personal zum Einsatz, die den Notfallpatienten unter fachgerechter medizinischer Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung transportieren.

### **Nutzer des Rettungsdienst<sup>5</sup>**

Person, die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch nimmt.

### Öffentlicher Rettungsdienst<sup>3</sup>

Gesamtheit aller Einrichtungen, Einsatzmittel und Personen, die auf Grund Beauftragung oder Bestellung durch einen Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung oder die Kassenärztliche Vereinigung an der Erbringung rettungsdienstlicher Leistungen beteiligt sind.

### Organisierte Erste Hilfe<sup>3</sup>

Nachhaltige, planmäßige und auf Dauer von einer Organisation geleistete Erste Hilfe am Notfallort bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes. Sie ist weder Bestandteil des öffentlichen Rettungsdienstes noch dessen Einsatz, sondern dient lediglich der Unterstützung. Sie unterliegt nicht dem Sicherstellungsauftrag der Aufgabenträger des Rettungsdienstes.

### Patientenrückholung<sup>3</sup>

Rücktransport von erkrankten oder verletzten Personen, sofern sie keine Notfallpatienten sind oder der Transport keine sozialversicherungsrechtliche relevante Leistung ist.

### Rettungsdienstbereich<sup>6</sup>

Bereich, für den eine rettungsdienstliche Versorgung planerisch unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte, der Verkehrserschließung, von Einsatzschwerpunkten und weiteren für die Notfallrettung bedeutsamen Erfordernissen unerlässlich ist.

### Rettungsfachpersonal: Rettungsanitäter (RS)<sup>1</sup>

Die Ausbildung zum RS umfasst 520 h theoretische Ausbildung, Klinik- und Rettungsdienstpraktikum und endet in 40 h umfassenden Abschlussprüfungen. Die Tätigkeitsfelder variieren je nach Bundesland, sind jedoch sehr eingeschränkt. RS können als NEF, KTW, RTW und NAW Fahrer/Beifahrer eingesetzt werden.

### Rettungsfachpersonal: Rettungsassistent (RA)<sup>1</sup>

Die Ausbildung des RA umfasste zwei Jahre in theoretischer und praktischer Ausbildung im ersten Lehrjahr und einem anschließenden Praktikum auf einer Lehrrettungswache. Seit 2015 wurde der RA durch den Notfallsanitäter (NFS) ersetzt. Der RA konnte in allen Bereichen des Rettungsdienstes im Rahmen

seiner Kompetenz und Ausbildungsinhalten eingesetzt werden, u. a. als Fahrer von RTW, NAW oder Verantwortlicher auf dem KTW.

### Rettungsfachpersonal: Notfallsanitäter (NFS)<sup>1</sup>

Seit 2014 gibt es die dreijährige Berufsausbildung zum Notfallsanitäter als Nachfolge des Rettungsassistenten und richtet sich nach dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG). Die duale Ausbildung findet zu gleichen Teilen im Wechsel zwischen praktischer Ausbildung auf der Rettungswache, im Krankenhaus oder Notfallpraxis und theoretischer Ausbildung in der Schule statt. Gegenüber dem RA hat der NFS bedeutend mehr Qualifikation und Kompetenz erworben und soll eigenverantwortlich neben dem Notarzt (NA) in allen Bereichen des Rettungsdienstes eingesetzt werden, z. B. als Fahrer von KTW, RTW, NAW, NEF.

### Rettungsfachpersonal: Rettungshelfer (RH)<sup>1</sup>

Der RH richtet sich in erster Linie an Zivildienstleistende und umfasst 160 h Theorie und jeweils 80 h Klinik- und Rettungsdienstpraktikum. Dieser Rettungssanitäter-Grundlehrgang kann durch jeweils weitere 80 h in Klinik und Rettungswache zum Rettungssanitäter-Abschlusslehrgang führen. Die spätere Tätigkeit ist abhängig vom jeweiligen Bundesland. Der RH ist nicht eigenverantwortlich tätig und assistiert dem RS, RA oder NA.

### Rettungsfachpersonal: Notarzt (NA)<sup>1</sup>

Ärztinnen/Ärzte, die über besondere medizinische Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Behandlung und den Transport von Notfallpatienten verfügen (Notarztqualifikation). Der nichtgeschützte und somit undefinierte Begriff des „Notarztes“ umfasst grundsätzlich alle approbierten Ärzte auf Rettungsmitteln mit nachgewiesener Qualifikation und Berufserfahrung. Ein NA kann durch eine Zusatzausbildung selbst Rettungsfachpersonal ausbilden.

### Rettungsfachpersonal: Leitender Notarzt (LNA)<sup>1</sup>

Der Leitende Notarzt hat eine Zusatzqualifikation zu erwerben und muss im Besitz des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ oder des speziellen Zusatzes

„Rettungsmediziner“ sein. Der LNA ist im Großschadensfall vor Ort zuständig für den reibungslosen organisatorischen Ablauf. In manchen Landesgesetzen ist die Aufgabe des LNA zusammen mit dem OrgLRD konkret definiert, in anderen Bundesländern ist die Aufgabe dagegen nicht klar zugewiesen. Der LNA muss zudem über Detailkenntnisse des regionalen Rettungsdienstbereichs verfügen und anwenden können.

### **Rettungsfachpersonal: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)<sup>1</sup>**

Der ÄLRD ist überwiegend nicht mehr im operativen medizinischen Einsatz, sondern ist betraut mit der Organisation und dem Qualitätsmanagement des regionalen Rettungsbereiches. Er ist der medizinische Leiter einer Region oder einer Verwaltungseinheit und erstellt bspw. Behandlungsrichtlinien und wacht über die Effektivität und Effizienz seiner Einsatzkräfte sowie über die präklinische notfallmedizinische Patientenversorgung.

### **Rettungsfachpersonal: Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgLRD)<sup>1</sup>**

Zusammen mit dem LNA ist der OrgLRD bei Großschadensfällen zuständig für die Koordinierung und reibungslose Durchführung der am Rettungseinsatz beteiligten Einsatzkräfte und Organisationen. Voraussetzungen für das Amt des OrgLRD sind wesentliche Kenntnisse über den Aufbau und die Organisation und Ressource der Rettungsdienste und Infrastrukturen im Einsatzbereich sowie eine Ausbildung zum RA oder NFS mit mehrjähriger Berufserfahrung und nachgewiesener fachlicher Eignung.

### **Rettungsfachpersonal: Leitstellendisponent (LSD)<sup>1</sup>**

Der LSD disponiert die richtigen Rettungsmittel an Ort und Stelle und koordiniert die beteiligten Einsatzkräfte aus der Rettungswache heraus. Er muss auch besonders medizinisch qualifiziert sein, um die richtigen Strategien passend zum Schadensfall zu erstellen wie z. B. Telefonreanimationen oder die Ersthelferanleitung und -betreuung.

### **Rettungsmittel/Rettungsfahrzeuge<sup>1</sup>**

Grundlage für das Verständnis über die einzusetzenden Rettungsmittel geben die beiden europä-

weitgültigen Normen DIN EN 1789 „Rettungsfahrzeuge und deren Ausrüstung Krankenkraftwagen“ und DIN EN 1865 „Festlegungen für Krankenwagen und andere Krankentransportmittel im Krankenkraftwagen“. Rettungsfahrzeuge sind die nach dem Landesrettungsdienstplan zum Einsatz im Rettungsdienst bestimmten boden- und luftgebundenen Rettungstransportmittel.

### **Rettungstransporthubschrauber<sup>3</sup>**

Luftfahrzeuge, die in erster Linie für die Notfallrettung eingesetzt werden.

### **Rettungswache<sup>6</sup>**

Einrichtung, in der sich das Rettungspersonal für Rettungseinsätze bereithält und die erforderlichen Rettungsmittel vorgehalten werden.

### **Rettungswagen (RTW, Pos. 3)/ Notarztwagen (NAW, Pos. 1)<sup>3</sup>**

Krankenkraftwagen, die für die Notfallrettung besonders eingerichtet sind. Notarztwagen sind mit einem Notarzt und nichtärztlichem medizinischen Personal besetzt. Rettungswagen sind grundsätzlich nur mit nichtärztlichem medizinischen Personal besetzt.

### **Sanitätsdienst bei Veranstaltungen<sup>3</sup>**

Im Auftrag des Veranstalters erfolgende medizinische Absicherung von Veranstaltungen und die medizinische Betreuung von Patienten am Veranstaltungsort. Der Abtransport von Patienten vom Veranstaltungsort gehört nicht zu den Aufgaben des Sanitätsdienstes bei Veranstaltungen.

### **Sekundärtransport<sup>8</sup>**

Beförderung von in einer Behandlungseinrichtung bereits ärztlich versorgten Person in einem geeigneten Rettungsmittel zur medizinisch erforderlichen Behandlung in eine andere Beförderungseinrichtung. Der Sekundärtransport umfasst, soweit dies medizinisch erforderlich ist, auch die ärztliche Begleitung.

### **Unternehmer<sup>3</sup>**

Unternehmer ist, wer Genehmigungsleistungen erbringt.

### **Verlegungsarzt<sup>3</sup>**

Ärztinnen/Ärzte, die hierfür über besondere Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen.

### Verlegungsarzt-Einsatzfahrzeug<sup>3</sup>

Einsatzfahrzeuge des Rettungsdienstes, mit denen der Verlegungsarzt beim Einsatz unabhängig vom Krankenkraftwagen zum Einsatzort befördert wird.

### Wasserrettung<sup>3</sup>

Rettung verletzter, erkrankter oder hilfloser Personen aus Gefahrenlagen im Bereich von Gewässern, die Beförderung dieser Personen bis zu einer Stelle, die zu deren Übergabe an dem Land- oder Luftrettungsdienst geeignet ist, im Ausnahmefall auch bis in eine für die weitere Versorgung geeignete Behandlungseinrichtung, sowie die medizinische Versorgung dieser Personen am Einsatzort und während der Beförderung.

### Vergabemodelle<sup>2</sup>: Submission

Def. lt. Duden: „Öffentliche Ausschreibung eines zu vergebenden Auftrags.“ Aktuell erfolgt die Übertragung des Rettungsdienstes nach dem Submissionsmodell in diesen Bundesländern: Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Der Träger der Rettungsdienstleistung kann in diesem Modell eine private Rettungsdienstorganisation damit beauftragen, im Verwaltungsgebiet die Aufgaben des Rettungsdienstes zu übernehmen. Der Träger rechnet diese Leistungen entweder selber oder mit einer anderen nahestehenden Finanzierungseinrichtung ab.

### Vergabemodelle<sup>2</sup>: Konzession

Def. lt. Duden: „Befristete behördliche Genehmigung zur Ausübung eines Gewerbes.“ Aktuell erfolgt die Übertragung des Rettungsdienstes nach dem Konzessionsmodell in diesen Bundesländern: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz. Der öffentliche Träger der Dienstleistung tritt im Konzessionsmodell das Recht zur Erbringung von Rettungsdienstleistungen an Dritte ab und ist anschließend nicht zuständig für die Entgeltzahlung. Der neue Nutzer des Rechtes regelt die Entgeltzahlung mit den Krankenkassen direkt.

### Vergabemodelle<sup>2</sup>: Eigenerledigung, Inhouse-Vergabe

Eine Eigenerledigung liegt dann vor, wenn eine Kommune oder ein Kostenträger eigene Bedienstete, z. B. Feuerwehr, mit dem kommunalen Rettungsdienst beauftragt. Ein Inhouse-Vergabe liegt dann vor, wenn der Träger eine Eigengesellschaft mit der Durchführung der Rettungsdienstleistung beauftragt.

### Vergabemodelle<sup>2</sup>: Privater oder gewerblicher Rettungsdienst

Private oder gewerbliche Rettungsdienstunternehmen können für einen Kostenträger in seinem Auftrag rettungsdienstliche Aufgaben oder den Krankentransport auf eigenen Namen und auf eigene Rechnung übertragen bekommen, sofern sie auf Antrag eine Genehmigung dazu ausgestellt bekommen haben.

1 Flake, Frank; Boris A. Hoffmann (Hrsg.): Leitfaden Rettungsdienst, 6. Auflage 2017, Elsevier, München.

2 Vergaberecht Rettungsdienst. Nach diesen Modellen vergeben Träger die Leistungen. Forum-Verlag Herkert GmbH, Merching 13.07.2017.

3 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22. Juli 2008 (GVBl. S. 429) BayRS 215-5-1-I, zuletzt geändert durch §1 Abs. 167 der Verordnung vom 26. Mai 2019 (GVBl. S. 98).

4 Wissenschaftliche Dienste: Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen. WD 9 - 3000 - 105/14. 2016.

5 Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettdG LSA) vom 18. Dezember 2012, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (GVBl. LSA S. 76, 80).

6 Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG) vom 14. Juli 2008 (GVBl./08, [Nr. 10], S.186) geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (GVBl./18, [Nr. 36]).

7 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I S. 646) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. September 2018 (GVBl. S. 580).

8 Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG) vom 28. März 2017 letzte berücksichtigte Änderung: §§ 5 und 12 geändert (Art. 8 Ges. v. 12.12.2018, GVOBl. S. 896).

9 [https://rettungslandschaft.steiger-stiftung.de/acn\\_gns-unterschied/](https://rettungslandschaft.steiger-stiftung.de/acn_gns-unterschied/) 16.01.2025



## 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	Herstellerbetriebe 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 Orthopädieschuhmacher 2022	Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Beschäftigte und Umsätze in Handwerksunternehmen
146	6b.3b	Betriebsbestand der Orthopädieschuhmacher zum 30.06.2024	opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Statistikauswertung > Betriebszahlen > 1. Halbjahr 2024 > Gewerke (Berufe) > Handwerk
147	6b.3c	Versorgungsdichte - Orthopädieschuhmacher	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

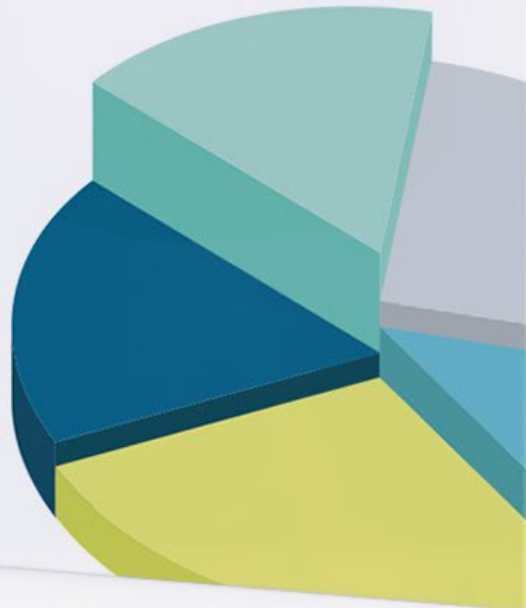




## 7. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2025

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**

