

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

URL: 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)

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

1. Auflage 2025

Druck:

Pustet, Regensburg



Vorwort



Liebe Leserinnen und Leser,

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

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

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

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

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

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

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

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

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Viola Henke

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

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

Inhalt

1	Einleitung	14
2	Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2024	16
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
3	Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland	22
3.1	Digitalisierung in der Pflege: Anforderungen, Herausforderungen und die Rolle der Telematikinfrastruktur	24
3.1.1	Zehn Schritte für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt – Ellen Nicke	26
3.1.2	Warum ein digitales Dokumentationssystem die Grundlage für die Telematik- infrastruktur (TI) schafft – Horst Geers	27
3.1.3	Wie ein digitales Dokumentationssystem tatsächlich eine Arbeitsentlastung schafft – Katharina Dassel, Anne Busch und Maxie Lutze	28
3.2	Weitere Instrumente und Chancen durch die Telematikinfrastruktur	30
3.2.1	Der TI-Messenger und seine Bedeutung in der Telematikinfrastruktur – Heinrich von Wulfen	31
3.2.2	Bericht aus der Praxis: Telepflege als vielseitige Methode in der Pflege und Betreuung – Melanie Philip und Philipp Zell	31
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	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 – Melanie Philip im Interview mit Janet Blümke	35
3.3.2	Chatbot – Ein digitaler Assistent für die TI-Implementierung in der Pflege – Ferdinand Scheffler	36
3.3.3	Einführung eines E-Learning Systems – Melanie Philip und Philipp Zell	36
3.3.4	Fazit zur Digitalisierung in der Pflege – Melanie Philip	38

3.4	Präzise, einfach, wirkungsvoll: KI-gestützte Sturzprävention in der Pflege – Die LINDERA Mobilitätsanalyse im Fokus – Menia Ettrich	40
3.5	Die Zukunft der Physiotherapie – Eine Studie der opta data Zukunfts-Stiftung – Linda Kaiser	46
3.6	Optimierte Ernährungsversorgung in Deutschland: Herausforderungen und Chancen für das Gesundheitssystem – Dr. Andrea Lambeck und Uta Köppcke	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	74
	a. Heilmittel	74
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. Hilfsmittel	86
5b.1 Orthopädietechnik	88
5b.1.1 Medizintechnik	88
5b.1.2 Rehattechnik	88
5b.1.3 Homecare	88
5b.2 Orthopädieschuhmacher	89
5b.3 Hörakustik	89
5b.4 Augenoptik	90
5b.5 Zweithaar-Spezialist	90
5b.6 Vergleich der Ausbildungszahlen	91
c. Pflege	96
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
d. Rettungsdienste und Krankentransporte	106
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

a. Heilmittel	118
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. Hilfsmittel	136
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 Orthopädiotechnik (BIV-OT) gemeinsam mit der opta data Gruppe und weiteren Marktpartnern erarbeitet, damit zum verpflichtenden Stichtag auch der reibungslose Anschluss gelingt.

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

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

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

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

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

3

Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland



3.1	<u>Digitalisierung in der Pflege: Anforderungen, Herausforderungen und die Rolle der Telematikinfrastruktur</u>	24
3.1.1	<u>Zehn Schritte für ein erfolgreiches Digitalisierungsprojekt – Ellen Nicke</u>	26
3.1.2	<u>Warum ein digitales Dokumentationssystem die Grundlage für die Telematikinfrastruktur (TI) schafft – Horst Geers</u>	27
3.1.3	<u>Wie ein digitales Dokumentationssystem tatsächlich eine Arbeitsentlastung schafft – Katharina Dassel, Anne Busch und Maxie Lutze</u>	28
3.2	<u>Weitere Instrumente und Chancen durch die Telematikinfrastruktur</u>	30
3.2.1	<u>Der TI-Messenger und seine Bedeutung in der Telematikinfrastruktur – Heinrich von Wulfen</u>	31
3.2.2	<u>Bericht aus der Praxis: Telepflege als vielseitige Methode in der Pflege und Betreuung – Melanie Philip und Philipp Zell</u>	31
3.2.3	<u>Telebetreuung in der Langzeitpflege nach §45 SGB XI: Ein Modellprojekt zur Förderung der sozialen Teilhabe von Senioren – Denise Hobein und Philipp Zell</u>	32
3.3	<u>Wissen und Lernen in und mit der TI-Infrastruktur</u>	34
3.3.1	<u>Bericht aus der Praxis: Vorbereitung auf die TI aus Sicht eines 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.

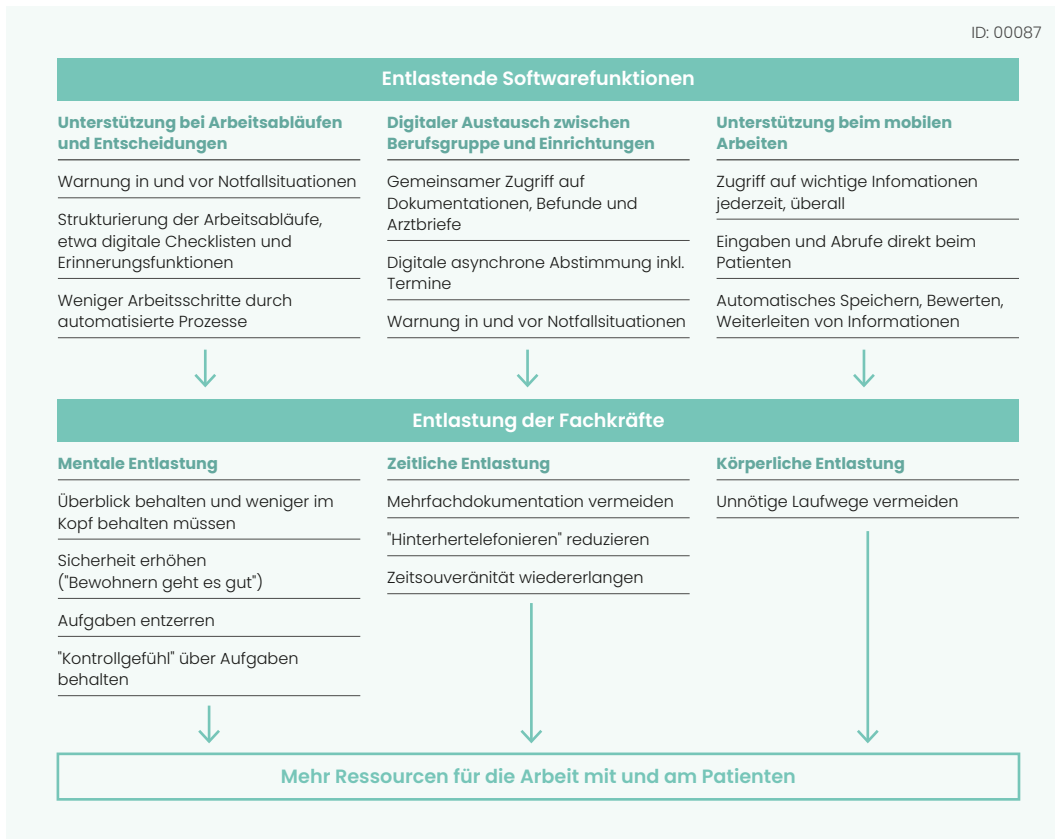
Die Ergebnisse zeigen, dass Regelungsgeber und Einrichtungen stärker auf den Einsatz von syntaktischen und semantischen Standards setzen sollten, um die Pflege durch digitale Tools effizienter zu gestalten. Der Gesetzgeber muss hierfür klare Vorgaben machen, um die Telematikinfrastruktur (TI) bis 2025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

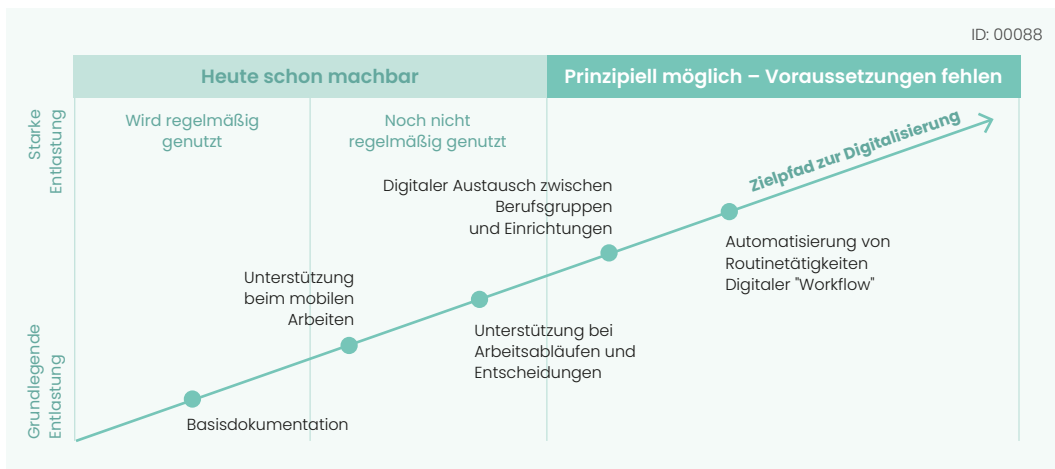
* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/arbeitsentlastung-durch-pflegesoftware-1>

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

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

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

Schwerpunkte und Herausforderungen:

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

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

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

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

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

Fazit:

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

3.3

Wissen und Lernen in und mit der TI-Infrastruktur

Melanie Philip, Ferdinand Scheffler, Janet Blümke und Philipp Zell

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

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

Philip: Kommen Sie aus dem Bereich der Pflege?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chatbot: Der spezialisierte Assistent für die TI-Anbindung

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

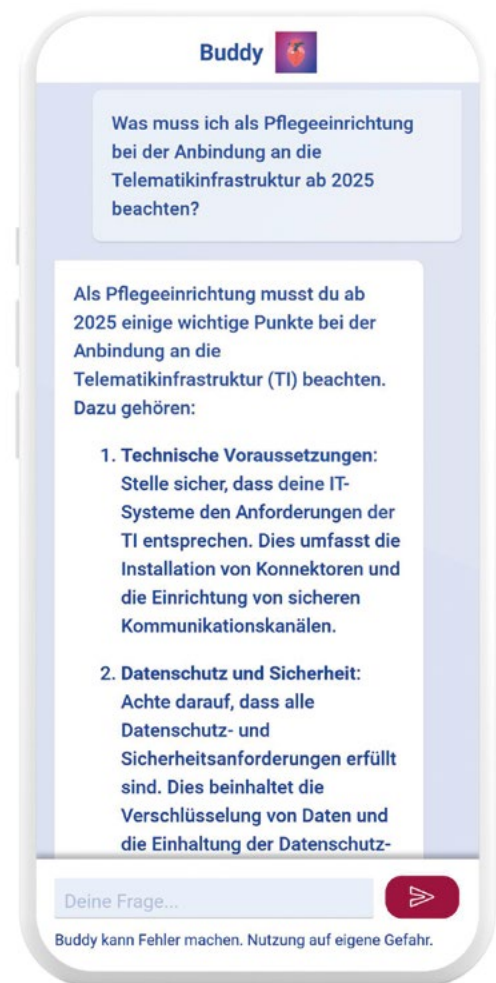
Anwendungsfall: Anleitung und Installation der TI

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

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

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

ID:00089



Quelle: Die Pflegepioniere

zur sicheren Datenspeicherung und regelmäßigen Sicherheitsprüfungen.

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

Vorteile des Chatbots bei der TI-Anbindung

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

Fazit

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

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

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

Voraussetzungen für ein erfolgreiches E-Learning-System

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

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

Fazit

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

3.3.4 Fazit zur Digitalisierung in der Pflege – Melanie Philip

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

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

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

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

Autoren:

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

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

Ferdinand Schäffler
Projektentwicklung DiCoone

Heinrich von Wulfen
Sales Consultant
Famedly GmbH

Janet Blümke
Personalabteilung
Der Pflegedienst Lilienthal GmbH

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

Ellen Nicke
team79 Beratungsgesellschaft mbH

Notizen:

3.4

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

Menia Ettrich, Linderera GmbH

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

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

Pflegealltag und Sturzprävention: Eine ungelöste Herausforderung

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

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



Quelle: Linder GmbH

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

Pflegequalität als Attraktivitätsfaktor: Innovationen und Berufsethos

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

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

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

Wie LINDERA die Sturzprävention vereinfacht und verbessert

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

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

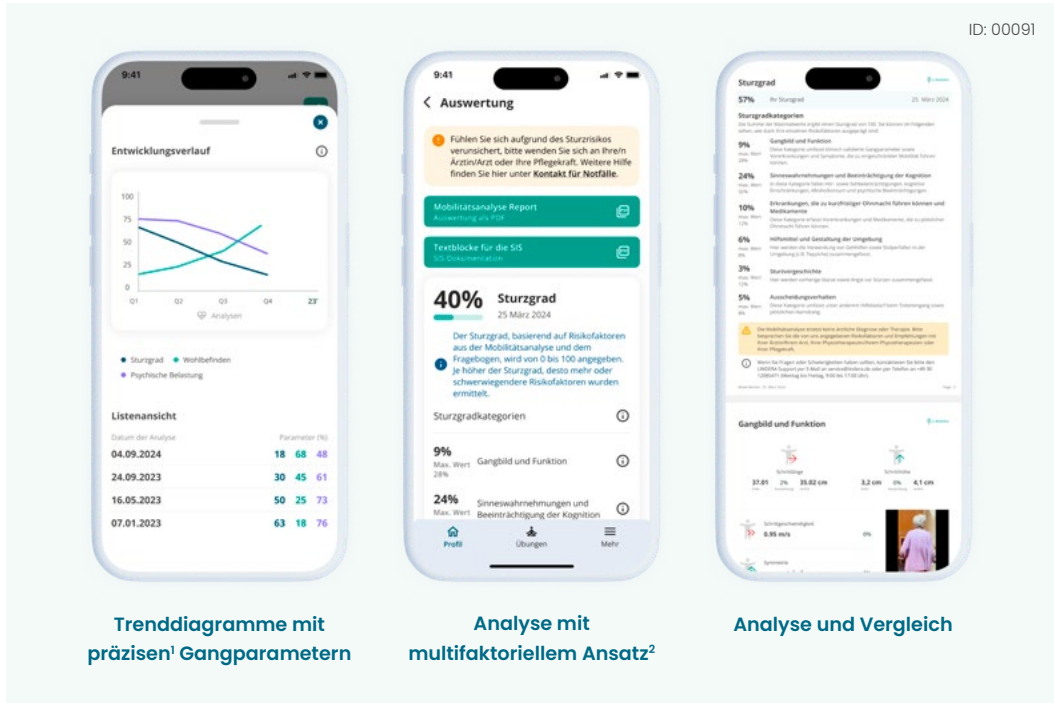
Im Vergleich zu den traditionellen, aufwendigen Ganganalysen bietet die LINDERA Mobilitätsanalyse eine leicht zugängliche, datengestützte und wissenschaftlich validierte Methode, die sich nahtlos in den Pflegealltag integrieren lässt. (Abb. 3.4b)

Pflegekräfte und Angehörige einbeziehen

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

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

Abb. 3.4b: Darstellung der Ergebnisse einer LINDERA Mobilitätsanalyse



Quellen:

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

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

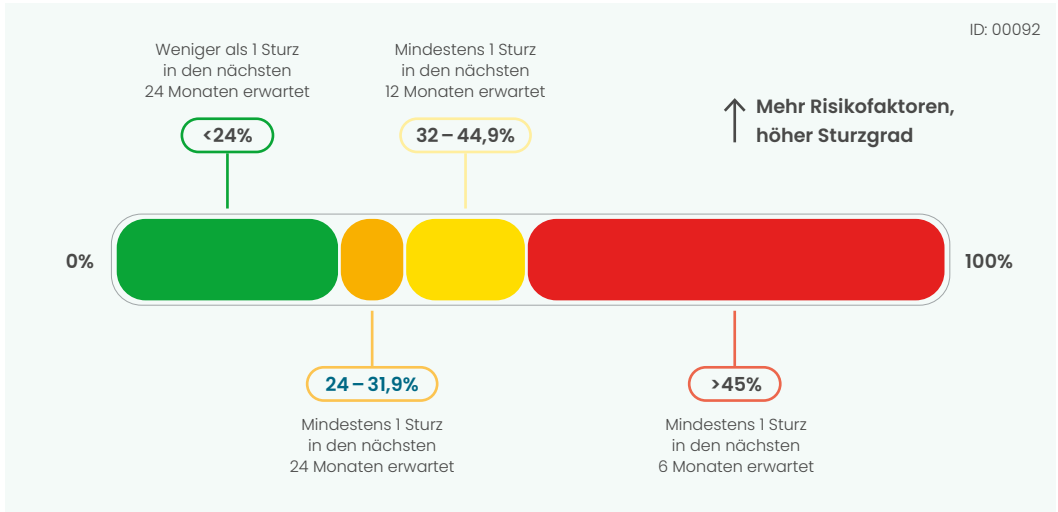
Wissenschaftliche Grundlagen und Studienergebnisse

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

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

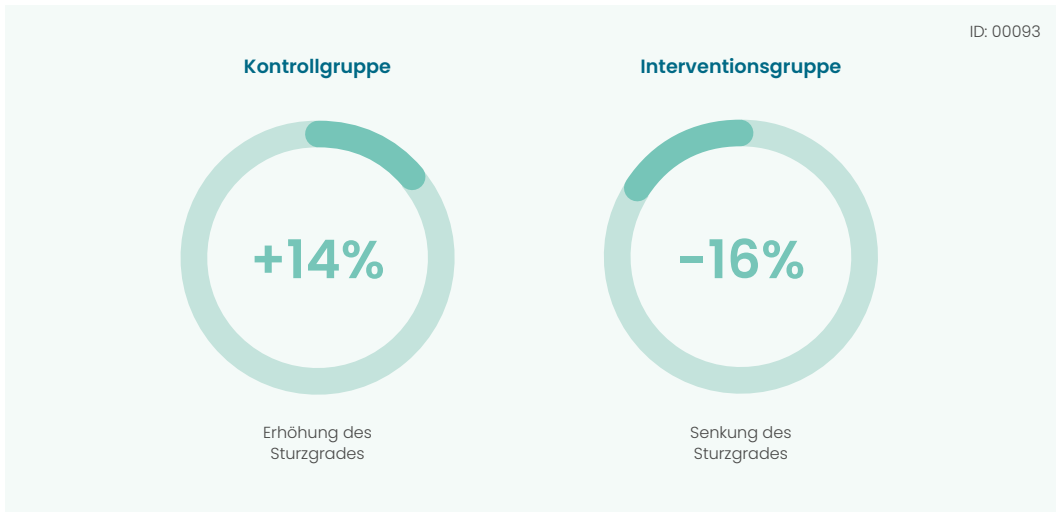
Eine gemeinsam mit der BARMER durchgeführte Studie zeigt, dass der Sturzgrad in der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen, die die LINDERA Mobilitätsanalyse nutzten, um 15,5 % gesenkt wurde. In der Kontrollgruppe, die eine Standardversorgung erhielt, stieg das Sturzrisiko dagegen um 14,2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

Abb. 3.4c: Sturzgrad Schwellenwerte für die Sturzvorhersage³ 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

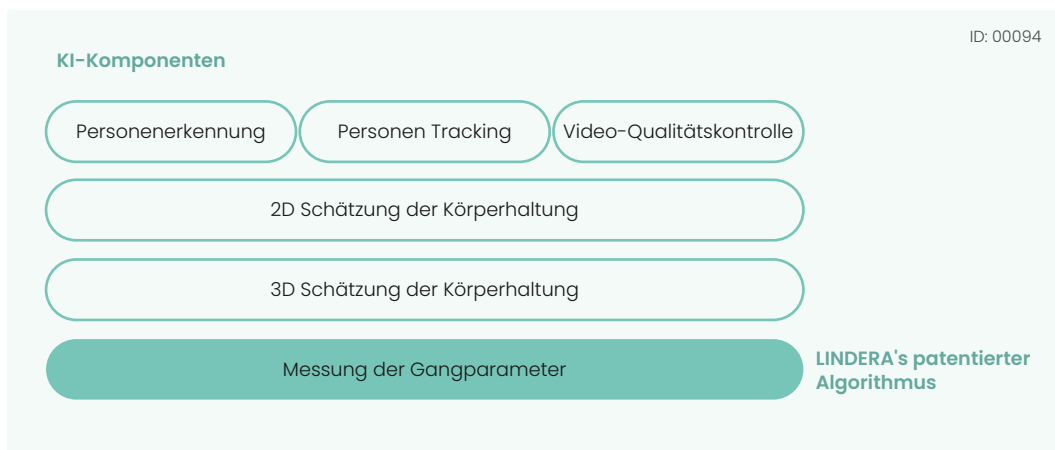
von Veränderungen der Mobilität. Dies hilft, mögliche Sturzrisiken frühzeitig zu erkennen und entsprechende Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

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 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 § 36¹ 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 Notwendigkeitsbescheinigung². 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

- 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.³ 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.⁴

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

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

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

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

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

3 https://www.vdek.com/LVen/NRW/Service/Rehabilitation/Patientenschulungen/_jcr_content/par/download_1024682549/file.res/GE%20Allgemein%2001.02.2022.pdf

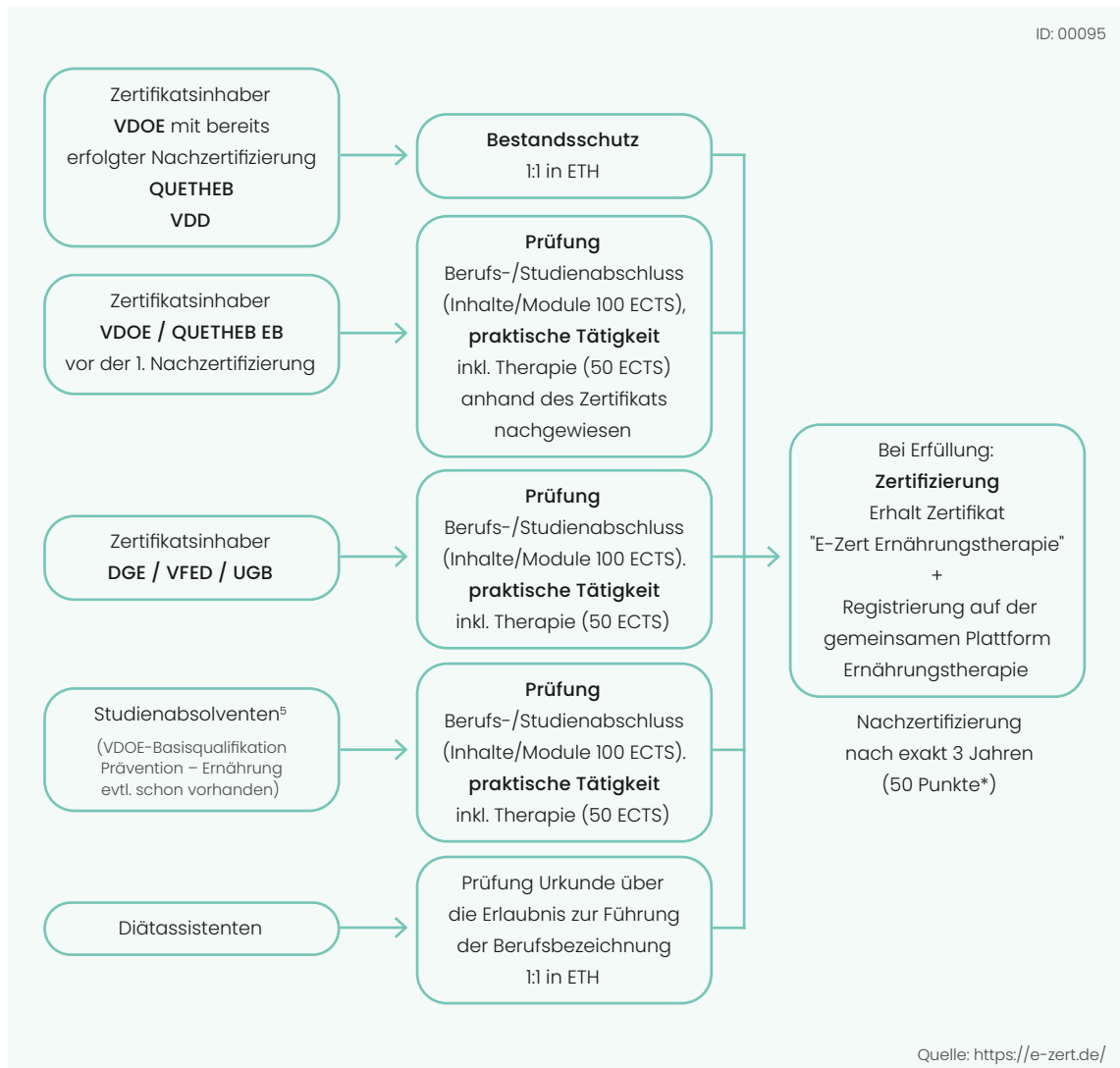
4 https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge_ki_ju/nachsorge_ki_ju_node.html

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

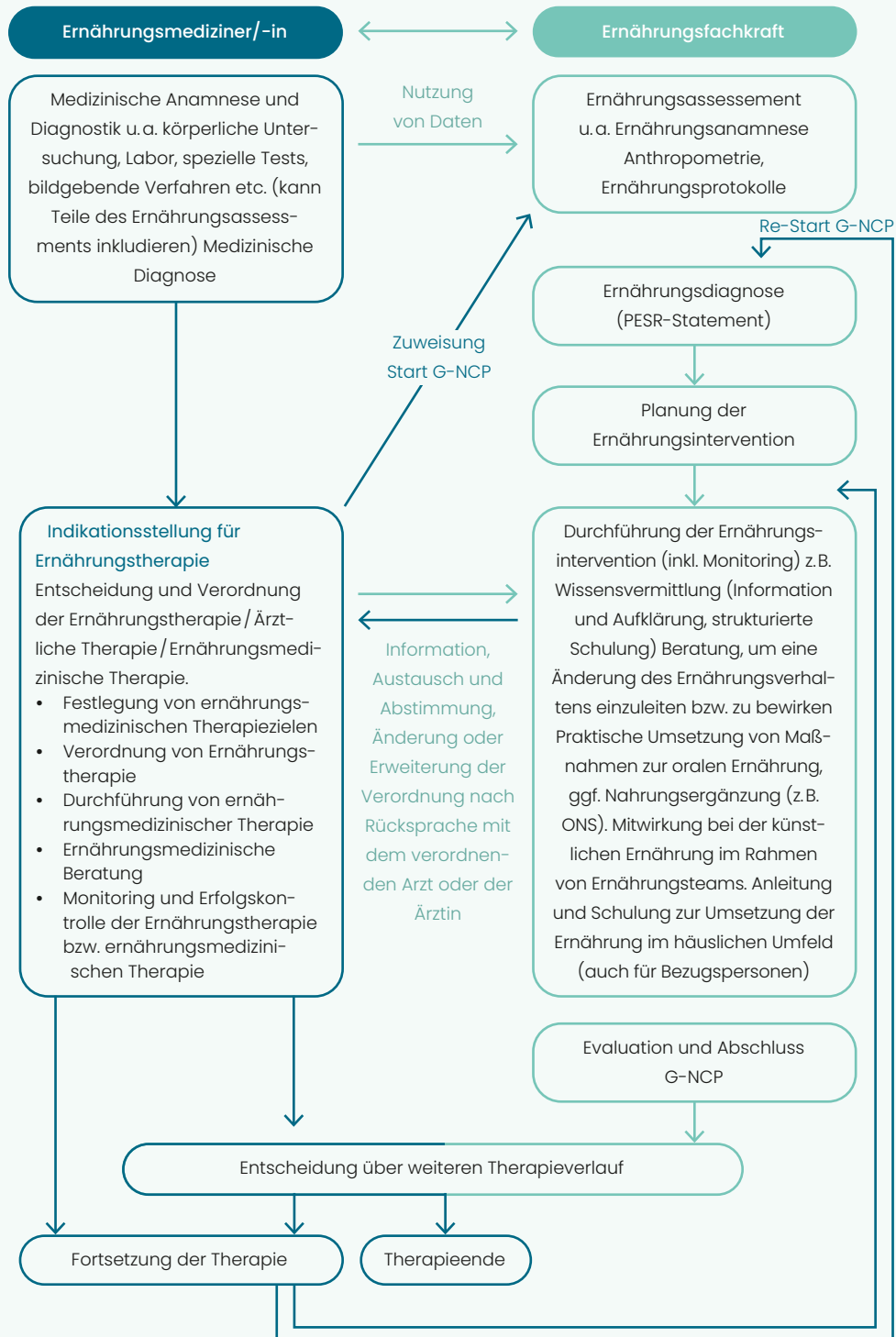
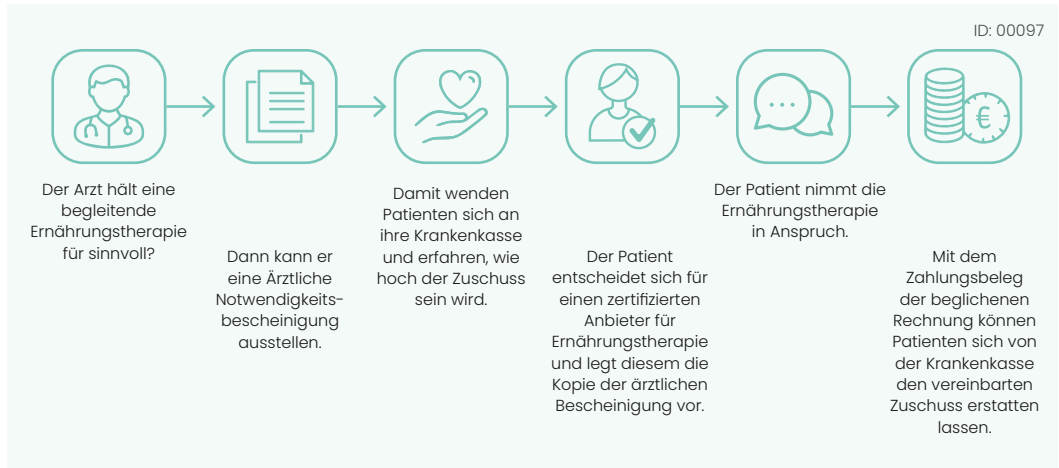


Abb. 3.6c:Notwendigkeitsbescheinigung



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
- 3 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

Notizen:

5c

Studium, Aus- und Weiterbildung Pflege

Nina Poddig,
wissenschaftliche Mitarbeiterin, opta data Zukunfts-Stiftung

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



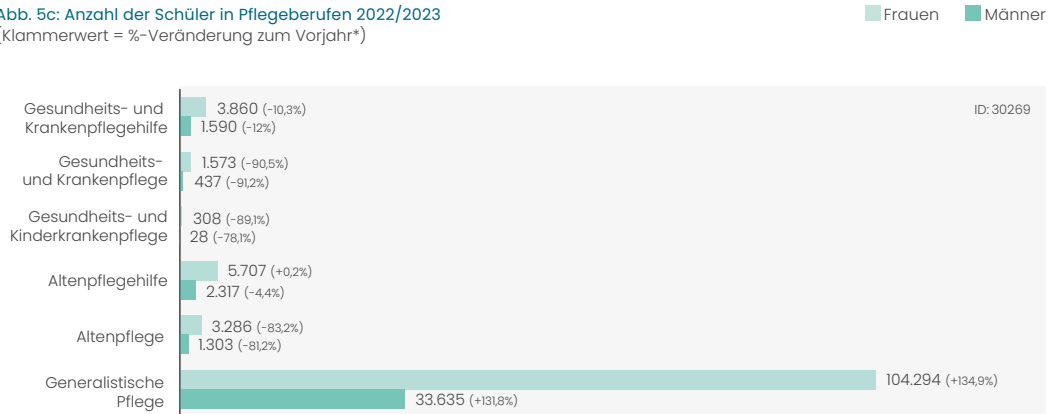
5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	98
5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege	99
5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	100
5c.4 Altenpflegehilfe	101
5c.5 Altenpflege	102
5c.6 Generalistische Pflege	103
5c.7 Versorgungsdichte - Pflegeschulen	105

Durch das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene Pflegeberufegesetz kommt zu den bereits bestehenden Pflegeberufen der Beruf des Pflegefachmanns bzw. der Pflegefachfrau hinzu.

Ausbildungen, die auf Grundlage der inzwischen außer Kraft getretenen Gesetze des Altenpflegegesetzes und des Gesundheits- und Kinderkrankenpflegegesetzes bis zum 31.12.2019 begonnen wurden, konnten bis zum 31.12.2024 abgeschlossen werden.

Die Verteilung der Zahlen der Schüler auf nun sechs verschiedene Ausbildungen erklärt den starken Rückgang der Zahlen in den bisherigen Ausbildungsberufen der Pflege im Vergleich zum Vorjahr*. Der neue Ausbildungszweig der generalistischen Pflege verzeichnet sogar so stark ansteigende Schülerzahlen, dass selbst die gesamte Anzahl aller Schüler in den hier aufgeführten Pflegeberufen um ein Viertel steigt. Zusätzlich ist mit dem Pflegeberufegesetz das Thema Pflegestudium vermehrt in den Vordergrund gerückt, sodass auf diesen Bildungszweig ebenfalls einige der potenziellen Auszubildenden entfallen können.

Abb. 5c: Anzahl der Schüler in Pflegeberufen 2022/2023
(Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

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

Die Berufsbezeichnung und die Ausbildungsinhalte variieren je nach Bundesland. In Hamburg gibt es beispielsweise die generalistische Ausbildung zum Gesundheits- und Pflegeassistenten. Auch Nordrhein-Westfalen hat im Zuge der generalistischen Pflegeausbildung die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und die der Altenpflegehelfer zu einer Ausbildung zusammengefasst. Zugangsvoraussetzungen sind in den meisten Fällen die mittlere Reife oder ein Hauptschulabschluss.

Die Ausbildung variiert je nach Bundesland und Ausbildungsbetrieb, dauert in der Regel jedoch ein bis zwei Jahre und teilt sich in mehrere schulische Abschnitte und praktische Blöcke auf. An der Berufsschule findet die theoretische Ausbildung statt, die praktischen Grundkenntnisse werden durch mehrere Praktika in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern erworben.

Der primäre Fokus der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer liegt in der Betreuung Kranker und deren Angehörigen. Grundlegende Fähig-

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

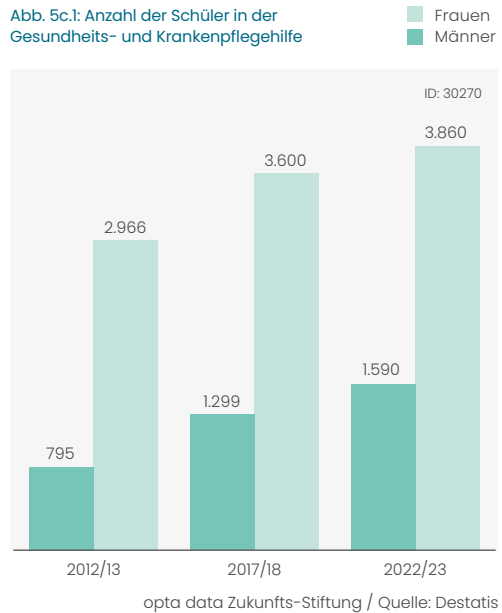
keiten in Sofortmaßnahmen, in Vorbeugungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Körperpflege von Pflegebedürftigen gehören auch zum Berufsbild.

Gesundheits- und Krankenpflegehelfer unterstützen das klinische und medizinische Personal in ihrer täglichen Routine und begleiten Gesundheits- und Krankenpfleger bei ihrer Visite, übernehmen dabei aber auch eigene Aufgaben. Die Ausbildung wird durch eine Prüfung abgeschlossen, welche aus einem mündlichen und einem praktischen Teil besteht. In einigen Bundesländern wird die Prüfung durch einen schriftlichen Teil ergänzt.

Nach erfolgreichem Abschluss und Einstieg in die Gesundheitsbranche kann sich auf verschiedene Bereiche spezialisiert oder eine Weiterbildung zum Krankenpfleger angeschlossen werden.

Im Schuljahr 2022/2023 befanden sich 5.450 Schüler in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpflegehelfer. Obwohl die Ausbildungszahlen im Schuljahr 2022/ 2023 im Vergleich zum Vorjahr* sinken, ist von dem Rückgang im Zehnjahrestrend noch nichts zu erkennen. Dort steigt die Anzahl der Schüler und Schülerinnen stetig an. Die Zahl der Schülerinnen steigt

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



dabei um 30%, während sich die Zahl der Schüler sogar verdoppelt. Die Frauen machen, wie in allen Pflegeberufen, den Großteil aus. Im Schuljahr 2012/2013 stellen die Schülerinnen fast 80% der Auszubildenden, im Schuljahr 2022/2023 stellen sie knapp 70%.

5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege

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

Voraussetzung ist die mittlere Reife oder ein Hauptschulabschluss, wenn an diesen eine abgeschlossene Berufsausbildung im Pflegebereich (z. B. als Krankenpflegehelfer) angeschlossen wurde.

Die Ausbildung teilt sich auf 2.500 Praxis- und 2.100 Theoriestunden. Die Praxisarbeit wird noch einmal in einen allgemeinen und einen Differenzierungsbereich unterteilt.

Im allgemeinen Teil werden Fähigkeiten in Sofortmaßnahmen, im Umgang mit Medikamenten, in Vorbeugungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Körperpflege von Pflegebedürftigen vermittelt. Im Differenzierungsbereich wird zwischen der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterschieden und findet in entsprechenden Einrichtungen statt.

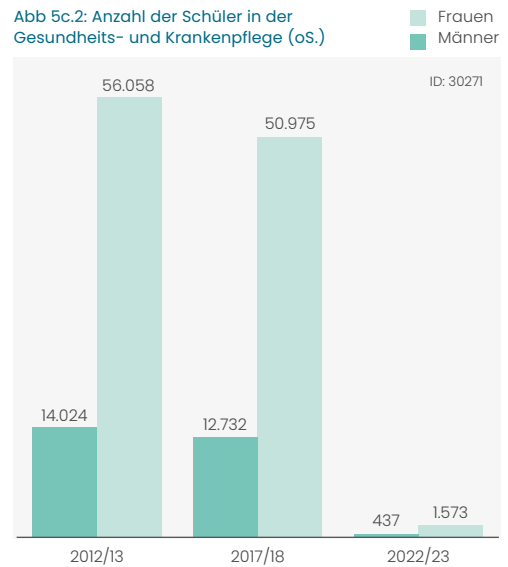
Im schulischen Teil lernen die Auszubildenden grundlegendes Wissen von Pflege- und Gesundheitswissenschaften, Naturwissenschaften, Medizin, Sozialwissenschaften und Recht, Politik und Wirtschaft. Im Mittelpunkt steht dabei der Umgang mit pflegebedürftigen Menschen. Die angehenden Gesundheits- und Krankenpfleger erlernen den Umgang mit medizinischen Notfällen, pflegebedürftigen Personen aller Altersklassen, mit Menschen, die eine medizinische Betreuung benötigen und mit Angehörigen sowie den Pflegebedarf von Menschen einzuschätzen und durchzuführen. Im Differenzierungsjahr spezialisieren sich die Auszubildenden auf bestimmte Zielgruppen, wie beispielsweise Schwangere, Demenzerkrankte oder Kinder. Die Ausbildung wird durch eine Prüfung abgeschlossen, welche in drei schriftliche, drei mündliche und eine praktische Prüfung gegliedert wird.

Nach erfolgreichem Abschluss kann eine Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger, z.B. in den Bereichen Intensivpflege, Nephrologie oder Psychiatrie, abgeschlossen werden.

In der Gesundheits- und Krankenpflege ist ein enormer Rückgang der Schülerzahlen zu verzeichnen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Ausbildungsberuf bis zum 31.12.2019 begonnen und bis zum 31.12.2024 abgeschlossen werden konnte.

Das Verhältnis von Männern und Frauen ist trotz der rückläufigen Ausbildungszahlen über die Jahre gleichbleibend. Die Frauen stellen mit rund 80% den Großteil der Auszubildenden, während die Männer nur rund ein Fünftel der Auszubildenden ausmachen.

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



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

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

Die Auszubildenden der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege durchlaufen zunächst die grundlegende Ausbildung zu Gesundheits- und Krankenpfleger und werden in der Differenzierungsphase speziell geschult. In dieser Phase werden in 500 Lehrstunden Kenntnisse im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vermittelt, welche durch den praktischen Ausbildungsteil unterstützt werden. Die

Auszubildenden müssen von ihren 2.500 Praxisstunden mindestens 700 in Einrichtungen der Pädiatrie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Neuropädiatrie oder der Jugendpsychiatrie verbringen. Auch diese Ausbildung wird mit einer Prüfung in der ausbildenden Schule abgeschlossen, die aus einem schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil besteht.

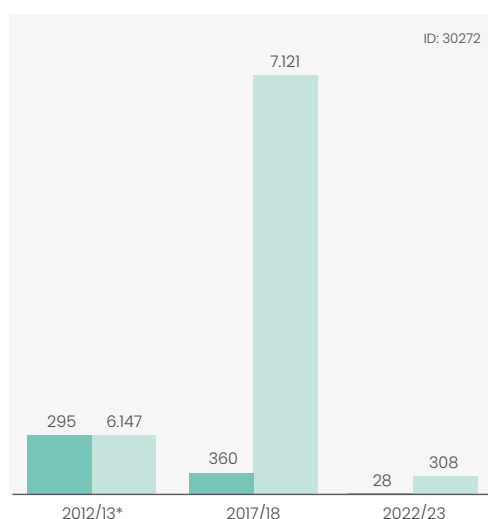
Nach Abschluss der Ausbildung sind neben Qualifizierungslehrgängen auch Weiterbildungen möglich. Durch Teilnahme an einem Lehrgang kann die Qualifikation der Fachkinderkrankenschwester erreicht werden, welcher sich auf Patienten eines spezifischen Krankheitstyps spezialisiert.

Auch in der Gesundheits- und Kinderkrankenschwester sinkt die Anzahl der Schüler im Schuljahr 2022/2023 auf einen Tiefstwert. Grund dafür ist, dass der Ausbildungsberuf bis zum 31.12.2019 begonnen und bis zum 31.12.2024 abgeschlossen werden konnte.

Bei den Gesundheits- und Kinderkrankenschwester liegt der Frauenanteil in den Schuljahren 2011/2012 und 2017/2018 bei 95%. Im Schuljahr 2022/2023 liegt der Frauenanteil immer noch bei über 90%.

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

Frauen
Männer



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

5c.4 Altenpflegehilfe

Die Ausbildung zum Altenpflegehelfer ist landesrechtlich geregelt und dauert in Vollzeit entsprechend ein bis zwei Jahre und in Teilzeit zwischen zwei und drei Jahren. Als Voraussetzung genügt meist ein Hauptschulabschluss.

Wie auch bei den anderen Ausbildungsberufen in der Pflege gliedert sich die Ausbildung in einen schulischen und einen praktischen Teil.

In der Fachschule erlernen die Schüler grundlegende Kenntnisse in den Bereichen Pflege, Betreuung, Anatomie, Krankheitslehre, Rechtskunde, Sozialkunde und Deutsch. Bei praktischen Tätigkeiten in Seniorenheimen oder ähnlichen Pflegeeinrichtungen üben die Auszubildenden die Betreuung von Pflegebedürftigen beim Aufstehen, Waschen, Essen und Zubettgehen. Auch gemeinsame Aktivitäten mit den Senioren wie Spaziergänge oder Brettspiele stehen auf der Tagesordnung. Altenpflegehelfer grenzen sich durch die Tatsache, dass er keine Medikamente, Spritzen und Infusionen

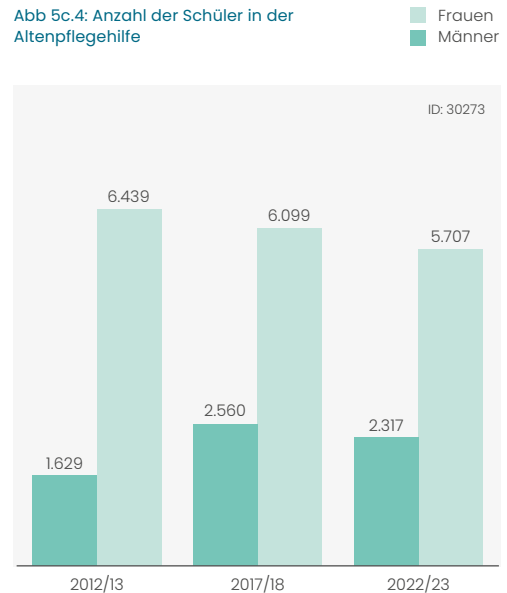
verabreichen darf, zu Altenpflegern ab. Nach erfolgreichem Abschluss der staatlichen Prüfung zum Altenpflegehelfer kann jedoch eine Ausbildung zum Altenpfleger abgeschlossen werden.

Im Schuljahr 2022/2023 befanden sich 8.068 Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegehilfe-Ausbildung. Im Vergleich zum Schuljahr 2017/2018 entspricht das einem Rückgang von etwa 7%. Auch wenn der Rückgang der Ausbildungszahlen nicht so stark wie in den anderen Ausbildungsberufen der Pflege ist, lässt sich erkennen, dass der Ausbildungsberuf nur noch bis zum 31.12.2019 begonnen und bis zum 31.12.2024 abgeschlossen werden konnte.

* Da es vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 11 Reihe 2 "Berufliche Schulen Schuljahr 2022/2013" keine Eintragung speziell für die Gesundheits- und Kinderkrankenschwester gibt, werden die Zahlen aus dem Schuljahr 2011/2012 verwendet.

Im Schuljahr 2012/2013 machen die Männer rund ein Fünftel der Auszubildenden aus, in den Schuljahren 2017/2018 und 2022/2023 stellen sie fast 30% der Schülerschaft.

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



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

5c.5 Altenpflege

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

Während die Gesundheits- und Krankenpfleger für die Versorgung aller Bevölkerungsgruppen ausgebildet werden, konzentriert sich die Altenpflege auf die Betreuung alter Menschen. Voraussetzung für die dreijährige Ausbildung zum Altenpfleger ist der Abschluss einer zehnjährigen allgemeinen Schulbildung oder einer vorausgegangenen Altenpflegehilfe-Ausbildung.

Neben der Vollzeit-Ausbildung mit einer Dauer von drei Jahren, kann die Ausbildung auch in Teilzeit mit einer Dauer von fünf Jahren absolviert werden. Auch hier teilt sich die Lehrzeit in 2.500 Praxis- und 2.100 Theoriestunden auf. Der praktische Teil umfasst die Arbeit in einer Altenpflegerichtung, wie zum Beispiel bei einem ambulanten Pflegedienst oder einem Krankenhaus. Dabei werden der Umgang mit zu pflegenden

Personen, das Durchführen von ärztlichen Therapien und allgemeine Pflegeroutinen eingeübt.

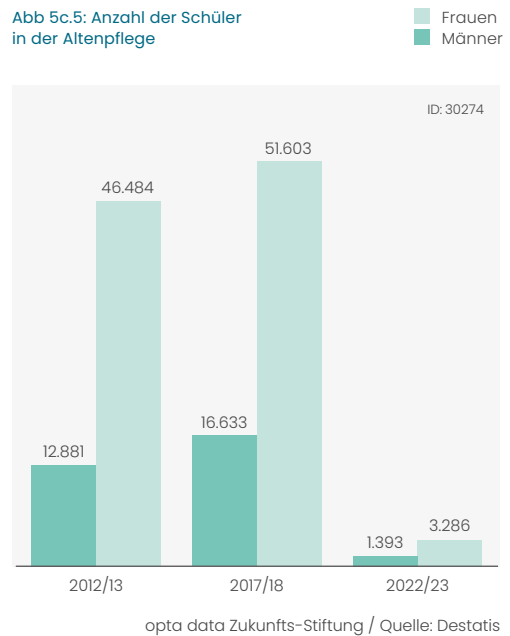
Im Laufe der Ausbildung lernen angehende Altenpfleger zunehmend die selbstständige Versorgung der Pflegebedürftigen. Im schulischen Teil werden Kenntnisse in Bereichen der medizinischen Grundlagen, Pflegemethoden, Geschäftsprozesse und rechtlicher Rahmenbedingungen vermittelt. Zusätzlich erwerben die Auszubildenden persönliche Kompetenzen in Bereichen des ethisch und moralisch angemessenen Handelns.

Die Ausbildung wird mit dem Bestehen einer staatlichen Abschlussprüfung erfolgreich beendet und qualifiziert zu der Arbeit in der Altenpflege.

In den Ausbildungszahlen der Altenpflege macht sich ebenfalls bemerkbar, dass der Ausbildungsberuf nur noch bis zum 31.12.2019 begonnen und bis zum 31.12.2024 abgeschlossen werden konnte. In den Schuljahren 2012/2013 und 2017/2018 steigen die Ausbildungszahlen zunächst noch um 15%, bevor sie im Schuljahr 2022/2023 einen Tiefstwert erreichen.

Im Schuljahr 2010/2011 machen die Schülerinnen fast drei Fünftel der Auszubildenden aus, im Schuljahr 2022/2023 ist der Anteil der Frauen etwas gesunken, dennoch machen sie mit etwa 71% den Großteil der Schülerschaft aus.

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



5c.6 Generalistische Pflege

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

Ab dem 1. Januar 2020 erfolgt eine generalistische Pflegeausbildung zum Pflegefachmann bzw. zur Pflegefachfrau auf Grundlage des neuen Pflegeberufegesetzes. Das Gesetz soll qualitative Standards in der Ausbildung sicherstellen und eine kostenlose Pflegeausbildung mit angemessener Ausbildungsvergütung gewährleisten. Eine EU-weite Anerkennung ist sichergestellt.

Voraussetzung für die Ausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss oder eine andere erfolgreich abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung. Mit einem neunjährigen Hauptschulabschluss ist dennoch eine Ausbildung möglich, wenn zuvor die Pflegehilfesausbildung bzw. die Pflegeassistentenausbildung oder eine andere Berufsausbildung mit einer Mindestdauer von zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen wurde.

Die bisher im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Ausbildungen werden durch das Pflegeberufegesetz zusammengelegt, dennoch besteht im letzten Ausbildungsdrittel die Möglichkeit, einen gesonderten Abschluss als „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ oder „Altenpfleger“ zu erlangen bzw. die generalistische Ausbildung zum „Pflegefachmann“ fortzuführen. Der Bedarf dieser gesonderten Abschlüsse soll bis Ende 2025 geprüft werden.

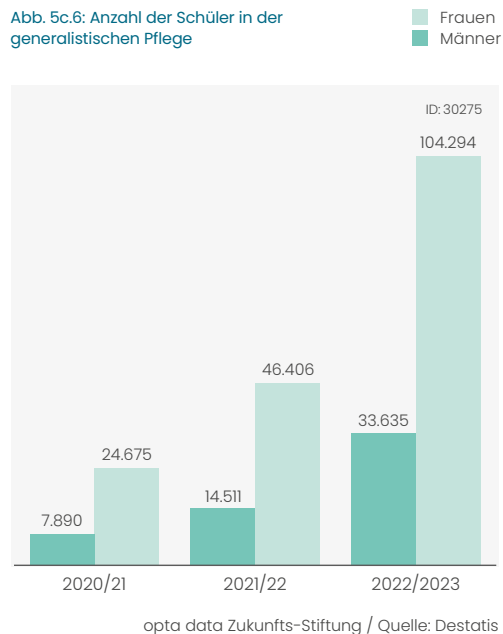
Nach dem Pflegeberufegesetz setzt sich die Ausbildung aus wechselndem theoretischem und praktischem Unterricht an den Pflegeschulen und einer praktischen Ausbildung bei einer Ausbildungseinrichtung, den sogenannten Trägern der praktischen Ausbildung, sowie weiteren Einrichtungen der verschiedenen Pflegebereiche zusammen.

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

Im Schuljahr 2021/2022 befinden sich fast 61.000 Schüler in der generalistischen Pflegeausbildung, das entspricht einem Plus von etwa 87%. Das Verhältnis von Männern und Frauen hat sich im Vergleich zum vorherigen Schuljahr nicht wesentlich verändert. Die Schüler machen fast ein Viertel der Auszubildenden aus.

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

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



5c.7 Versorgungsdichte – Pflegeschulen

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

Abstufung

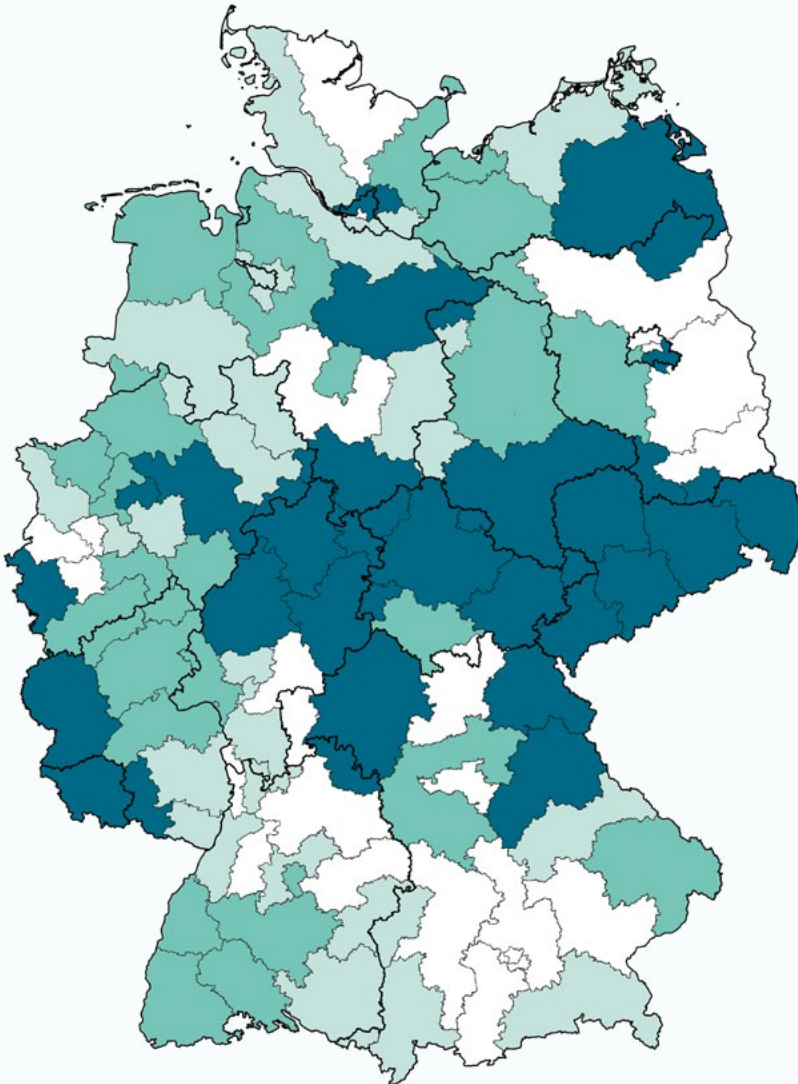
Stark überdurchschnittlich

Überdurchschnittlich

Unterdurchschnittlich

Stark unterdurchschnittlich

2024



ID: 30312

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

6c

Basisdaten Gesundheitsberufe Pflege

Nina Poddig,
wissenschaftliche Mitarbeiterin, opta data Zukunfts-Stiftung

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

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

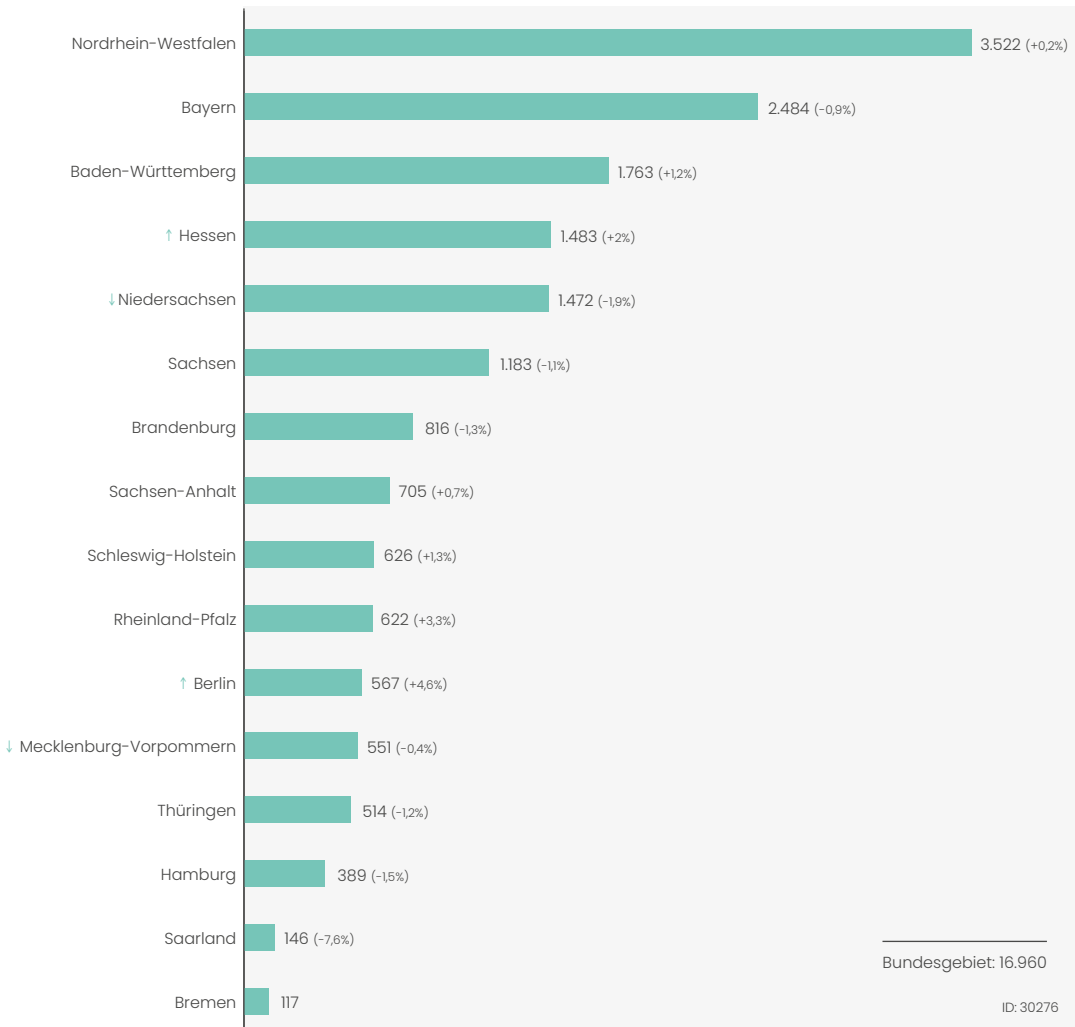


6c.1	Pflegeinfrastruktur	165
6c.1.1	Ambulante und stationäre Pflege	165
6c.1.2	Versorgungsdichte	170
6c.2	Finanzielle Aufschlüsselung	172
6c.3	Pflegeberufe	174
6c.3.1	Gesundheits- und Krankenpflege	174
6c.3.2	Altenpflege	177
6c.3.3	Fach- und Fachkinderkrankenpflege	180
6c.4	Intensiv-, Tages- und Nachtpflege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

Die Gesamtzahl von 16.960 Leistungserbringern in der häuslichen Krankenpflege in Deutschland verteilt sich recht unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Mit 3.522 Leistungserbringern in der häuslichen Krankenpflege liegt Nordrhein-Westfalen im Vergleich zu den anderen Bundesländern mit Abstand an erster Stelle. Dahinter folgen Bayern und Baden-Württemberg. Dies ist wenig überraschend, da diese drei Bundesländer zu den bevölkerungsreichsten Ländern gehören. Auf der anderen Seite weisen Bundesländer mit einer geringeren Bevölkerungszahl, wie Bremen und Saarland,

erwartungsgemäß deutlich weniger (<200) Leistungserbringer auf. Insgesamt entspricht die Verteilung der Leistungserbringer pro Bundesland annähernd der Verteilung der Einwohner pro Bundesland. Obwohl die Hälfte der Bundesländer eine Abnahme der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr* zu verzeichnen hat, steigt die Anzahl der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege im gesamten Bundesgebiet minimal um 0,1%. Den größten Zuwachs verbucht Berlin mit 4,6%, den größten Verlust verzeichnet hingegen das Saarland.

Abb. 6c.a: Anzahl Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege pro Bundesland 2024 (Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr)



6c.1 Pflegeinfrastruktur

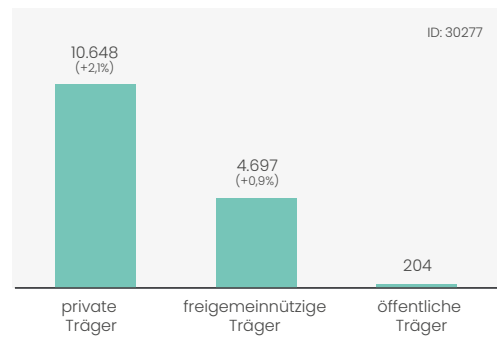
Die Pflegeinfrastruktur in Deutschland lässt sich grundsätzlich in zwei Bereiche aufteilen, in ambulante und stationäre Pflege. Dabei werden die Pflegebedürftigen entweder in ihrem Zuhause oder in dafür vorgesehenen Einrichtungen betreut.

6c.1.1 Ambulante und stationäre Pflege

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

Abb 6c.1a: Träger der ambulanten Pflegedienste 2023

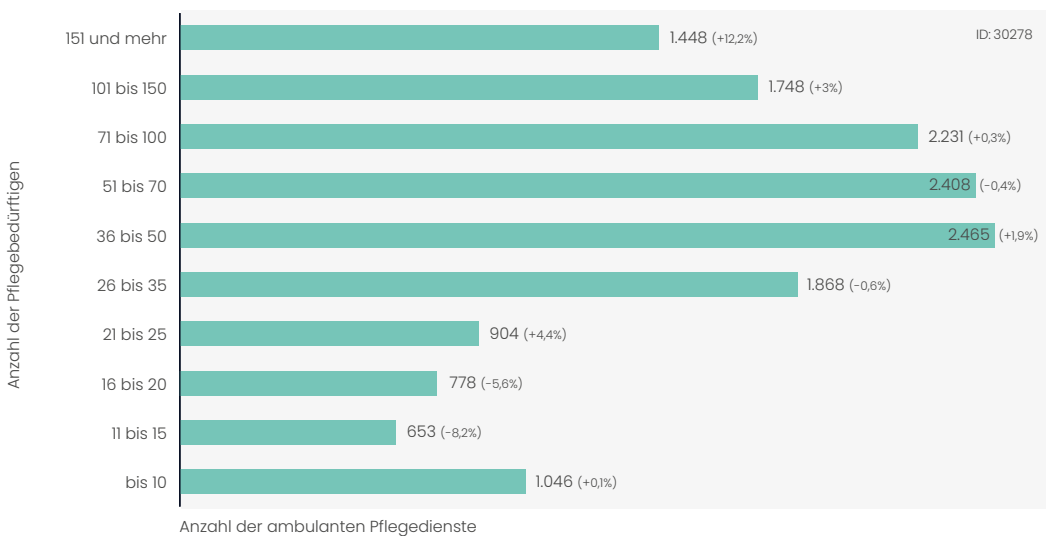
(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Abb 6c.1b: Anzahl ambulanter Pflegedienste nach Pflegebedürftigen 2023

(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

Wie bei den ambulanten Pflegediensten gibt es bei Pflegeheimen drei Hauptträgerschaften, die privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Träger. Die Anzahl der Pflegeheime ist mit 16.505 Stück etwas höher als die der ambulanten Pflegedienste. Ein weiterer Unterschied ist, dass bei den Pflegeheimen die freigemeinnützigen Träger mit 53% den Großteil ausmachen. 42% der Pflegeheime befinden sich in

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

Abb 6c.1c: Träger der Pflegeheime 2023

(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)

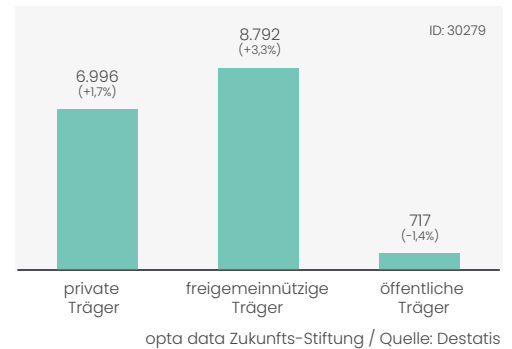
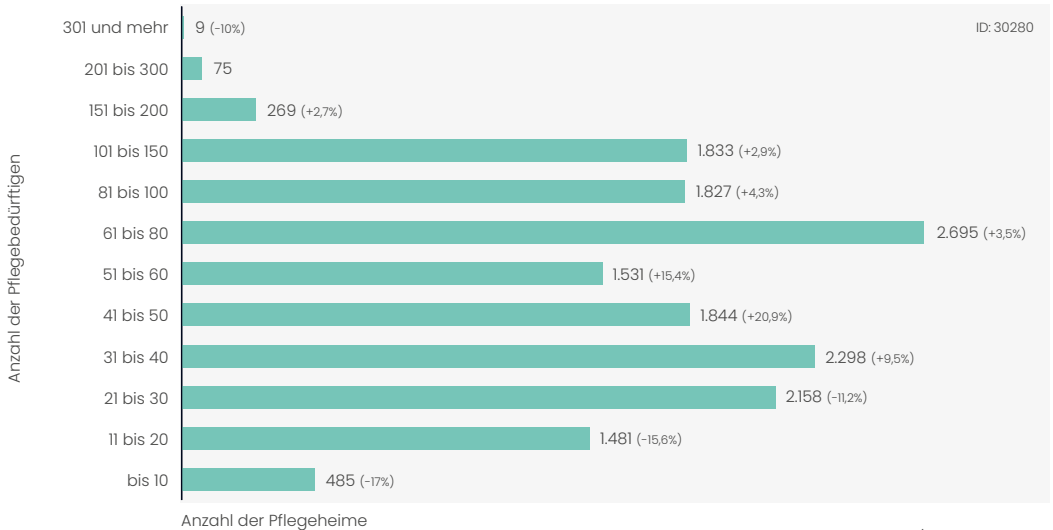


Abb 6c.1d: Anzahl Pflegeheime nach Pflegebedürftigen 2023

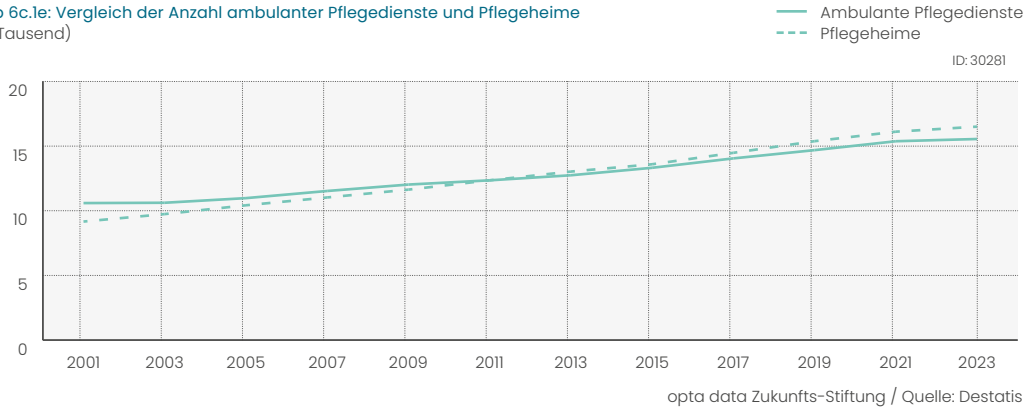
(Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



Die Pflegeheime in Deutschland betreuen etwas mehr Menschen als die ambulanten Pflegedienste. Die Verteilung der Anzahl der betreuten Pflegebedürftigen auf die Anzahl der Pflegeheime sieht zudem etwas anders aus als die Verteilung der betreuten Pflegebedürftigen auf die Anzahl der ambulanten Pflege- und Betreuungsdienste. Besonders Pflegeheime mit mehr als 150 Pflegebedürftigen nehmen

mit 353 Einrichtungen nur knapp 2% ein. Auch die Pflegeheime, die weniger als 11 Personen betreuen, nehmen mit knapp 3% nur einen sehr geringen Anteil an. Die Pflegeheime, die 300 und mehr oder weniger als 30 Pflegebedürftige betreuen, haben Rückgänge von über 10% zu verzeichnen. Den größten Zuwachs weisen die Pflegeheime mit 41-50 Pflegebedürftigen auf.

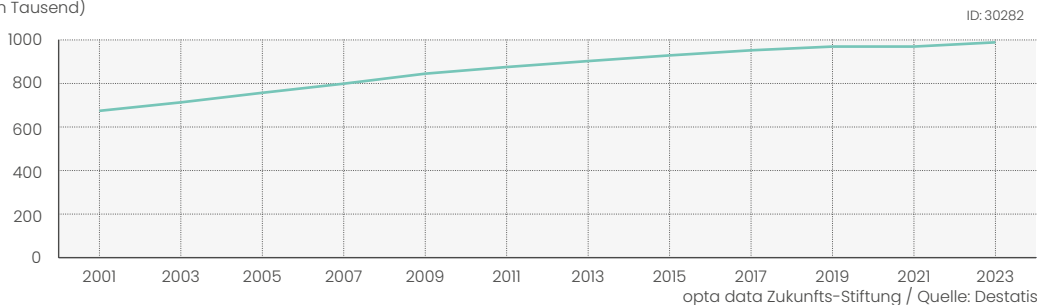
Abb 6c.1e: Vergleich der Anzahl ambulanter Pflegedienste und Pflegeheime
(in Tausend)



Die Anzahl von ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen hat seit 2001 stetig zugenommen, jedoch ist das Wachstum unterschiedlich stark ausgeprägt. Im Jahr 2001 gab es 10.594 ambulante Pflegedienste und 9.165 Pflegeheime. 2011 gab es erstmals mehr Pflegeheime in Deutschland als ambulante Pflegedienste (12.354 Pflegeheime zu 12.349 ambulanten

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

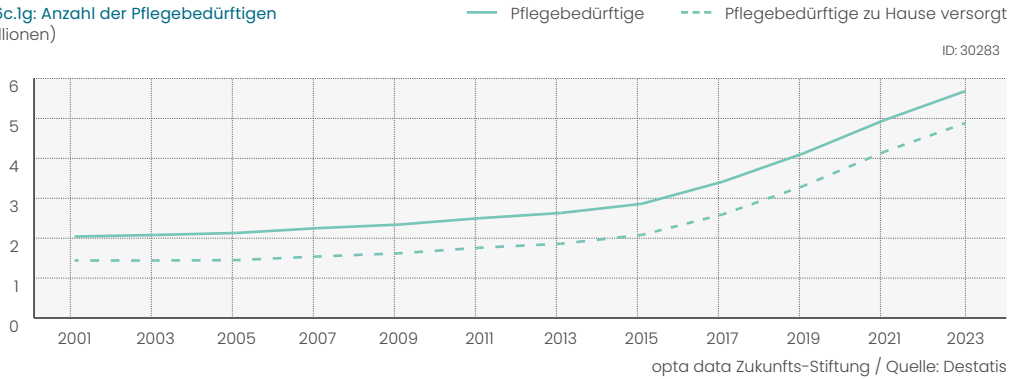
Abb 6c.1f: Verfügbare Plätze in Pflegeheimen
(in Tausend)



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

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

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



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

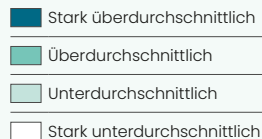
2023 waren in Deutschland über 5,6 Millionen Menschen pflegebedürftig und rund sechs von sieben (86%) Pflegebedürftigen wurden dabei zuhause versorgt. Im Vergleich zu 2021 gibt es in Deutschland im Jahr 2023 etwa 15% mehr pflegebedürftige Personen, bei den zuhause betreuten Pflegebedürftigen ist die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

Notizen:

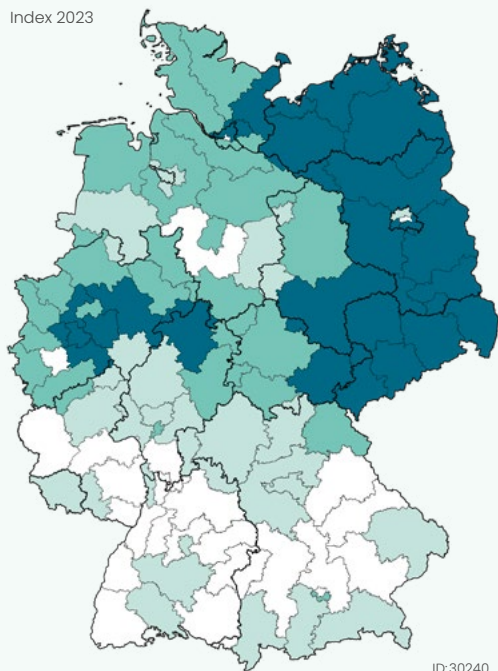
6c.1.2 Versorgungsdichte

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

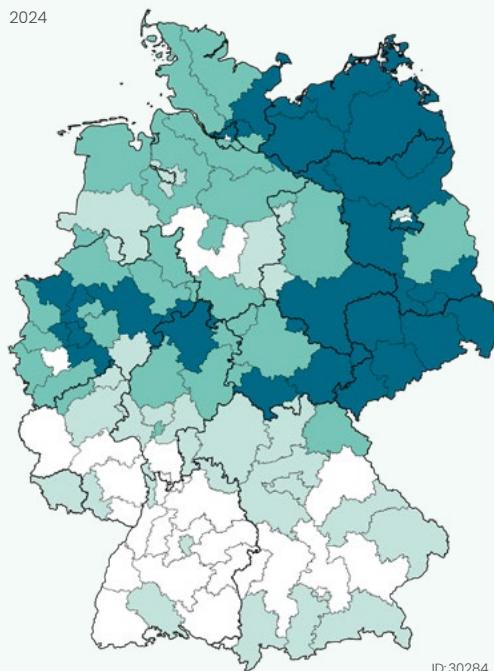
Abstufung



Index 2023



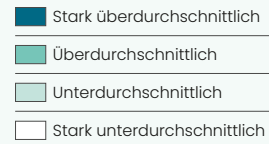
2024



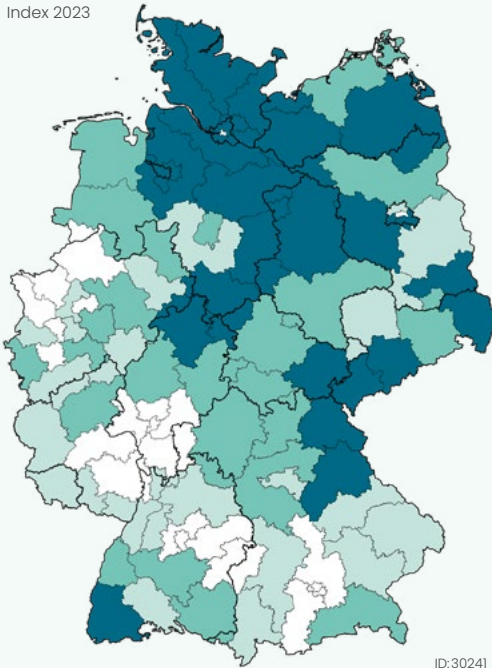
Die Verteilung wurde so klassifiziert, dass jede Abstufung dieselbe Anzahl Postleitzahlengebiete beinhaltet.
Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

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

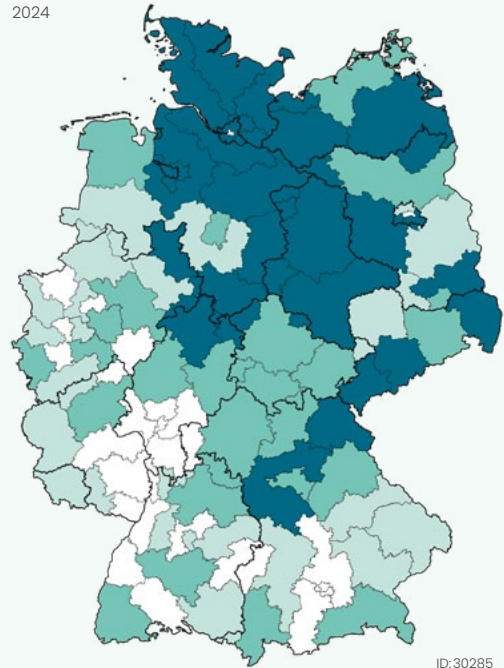
Abstufung



Index 2023



2024



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

6c.2 Finanzielle Aufschlüsselung

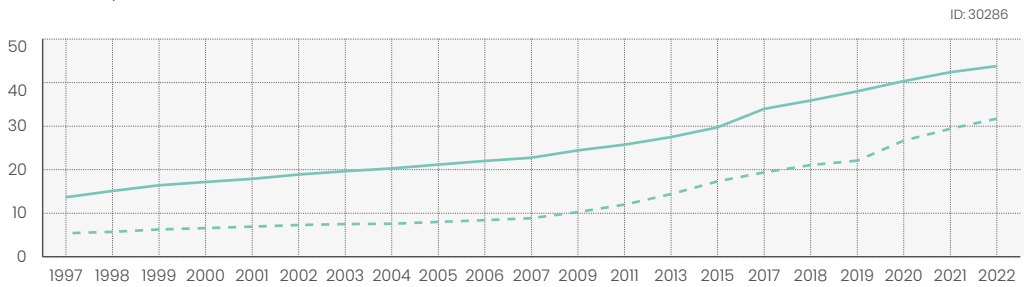
Auch wenn die Anzahl der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sich in den letzten Jahren relativ ähnlich entwickelt hat, so gibt es doch Unterschiede in der Finanzierung derselben. Dies kann man anhand der Gesundheitsausgaben und deren Kostenträger erkennen.

In den letzten Jahren sind die Gesundheitsausgaben sowohl in der ambulanten als auch im stationären Bereich angestiegen. Im Vergleich haben sich die absoluten Zahlen relativ ähnlich entwickelt; allein für die aktuell vorliegenden Zahlen von 2021 auf 2022 beliefen sich die jährlichen Mehrausgaben in der ambulanten Pflege auf rund 2,2 Milliarden Euro und in der (teil-)

stationären Pflege auf knapp 1,4 Milliarden Euro. Der Anstieg im ambulanten Bereich ist im Fünfjahrestrend von 2017 bis 2022 dennoch deutlicher; dort sind die Ausgaben um 53% gestiegen. In der (teil-)stationären Pflege sind es im Fünfjahrestrend hingegen knapp 27% mehr Ausgaben.

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

— Stationäre / teilstationäre Pflege - - - Ambulante Pflege



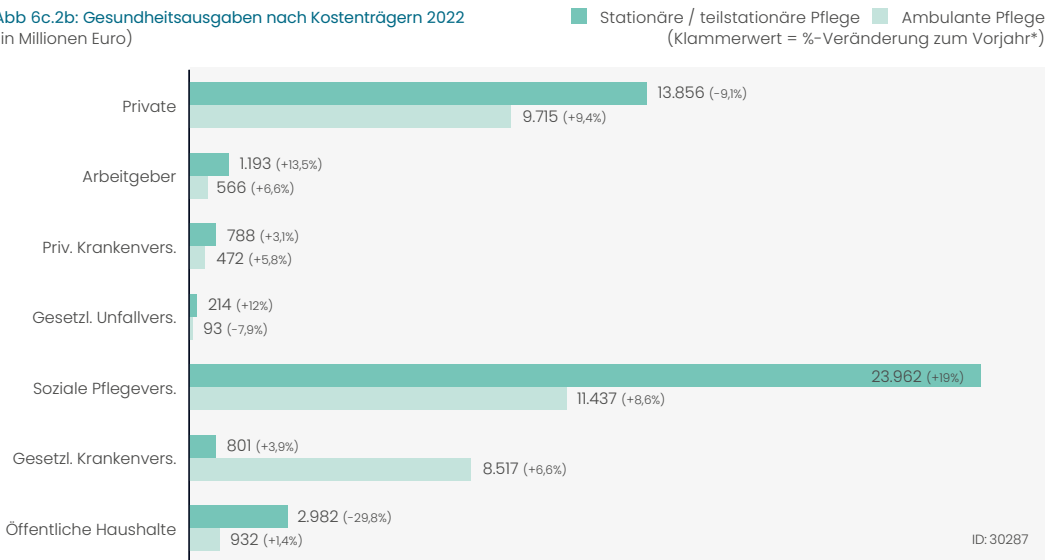
ID: 30286

opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Bei der ambulanten Pflege sind die Kostenträger auf drei Hauptsäulen verteilt, vorweg die soziale Pflegeversicherung mit 11,43 Mrd. Euro, gefolgt von Privatbürgern mit 9,71 Mrd. Euro und den gesetzlichen Krankenversicherungen mit 8,51 Mrd. Euro Ausgaben. Bis auf die gesetzliche Unfallversicherung verzeichnen alle Kostenträger der ambulanten Pflege einen Zuwachs. Die gesetzliche Krankenversicherung macht mit 93 Millionen Euro den kleinsten Teil der Gesundheitsausgaben aus, einen kleineren Teil machen ebenfalls die privaten Krankenversicherungen (472 Mio. Euro), die Arbeitgeber (566 Mio. Euro) und öffentlichen Haushalte (932 Mio. Euro) aus.

Bei der stationären und teilstationären Pflege tragen soziale Pflegeversicherung und Privatbürger mit Abstand den größten Anteil der Ausgaben, nämlich 23,92 Mrd. Euro bzw. 153,85 Mrd. Euro. An dritter Stelle stehen die öffentlichen Haushalte mit 2,98 Mrd. Euro, obwohl sie mit fast 30% den größten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr* aufweisen. Der Anteil der Arbeitgeber und der gesetzlichen Unfallversicherung beträgt im stationären und teilstationären Bereich im Vergleich zur ambulanten Pflege etwa das Doppelte (1,19 Mrd. Euro bzw. 214 Mio. Euro). Die Gesundheitsausgaben bei sowohl den gesetzlichen als auch bei den privaten Krankenversicherungen belaufen sich auf die 800 Mio. Euro.

Abb 6c.2b: Gesundheitsausgaben nach Kostenträgern 2022
(in Millionen Euro)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

6c.3 Pflegeberufe

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

6c.3.1 Gesundheits- und Krankenpflege

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

Altersstruktur

Die Altersverteilung des Pflegepersonals in der Gesundheits- und Krankenpflege hat sich im Vergleich zum Vorjahr* kaum verändert. Fast alle Altersklassen haben einen leichten Zuwachs zu verzeichnen, nur die Altersklasse der 50-59-Jährigen ist rückläufig. Dennoch finden sich die meisten Beschäftigten in dieser Altersklasse. Mit 228.000 Beschäftigten machen sie 24,7% aus, dicht gefolgt von den 30-39-Jährigen (23,2%), den unter 30-Jährigen (20,9%) und den 40-49-Jährigen (20,2%). Die Altersklasse der über 60-Jährigen nimmt trotz eines Plus von 6,3% nur knapp 11% des Pflegepersonals in der Gesundheits- und Krankenpflege ein.

Bei den Helfern in der Gesundheits- und Krankenpflege sieht die Altersstruktur hingegen etwas anders aus. Dort findet sich der Großteil der Beschäftigten in der Altersklasse der unter 30-Jährigen, allerdings nur knapp vor den 50-59-Jährigen. Mit jeweils einem Anteil von etwa 19,4% liegen die die Altersklassen der 30-39-Jährigen und die der 40-49-Jährigen gleich auf. Das Schlusslicht bildet auch hier die Altersklasse der über 60-Jährigen mit 27.000 Beschäftigten.

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

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

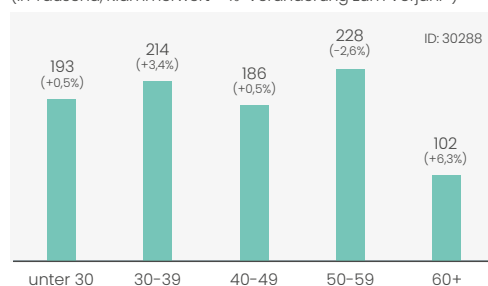


Abb 6c.3b: Alter der Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

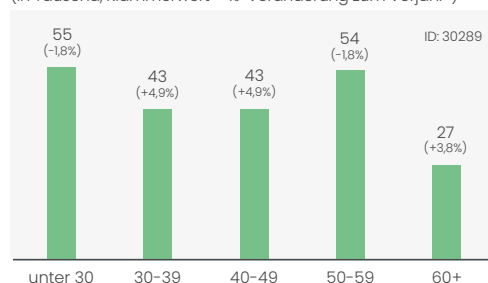
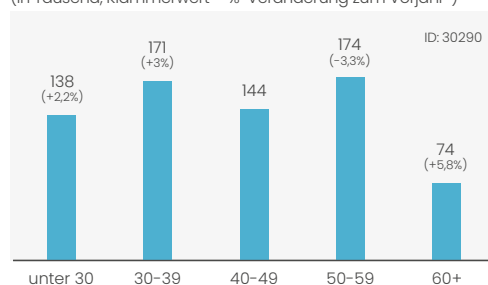


Abb 6c.3c: Alter der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

Beschäftigung und Geschlecht

Mehr als die Hälfte der rund 914.000 Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiten als Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigte, etwa 43% arbeiten in Vollzeit. Von den Pflegekräften ist der Großteil weiblich, bei den Vollzeitbeschäftigten machen sie rund drei Viertel der Beschäftigten aus, unter den Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten nehmen sie sogar fast 90% ein.

Von den 219.000 Helfern in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeiten 139.000 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte; auch hier ist der Frauenanteil mit fast 84% höher als der Anteil der Männer. 37% der Helfer arbeiten in einer Vollzeitbeschäftigung.

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

Abb 6c.3d: Beschäftigung und Geschlecht in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

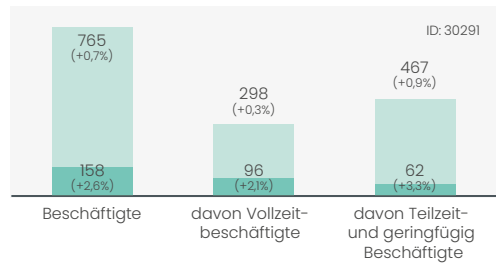


Abb 6c.3e: Beschäftigung und Geschlecht der Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

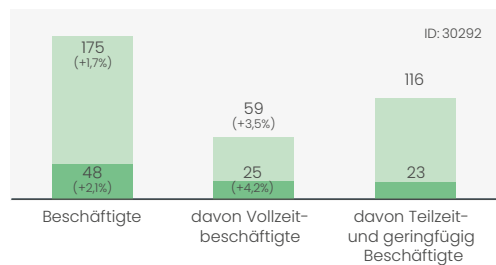
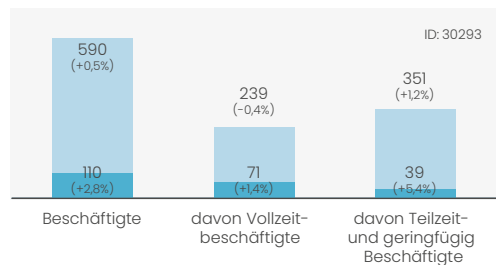


Abb 6c.3f: Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



Einrichtungen

Die Beschäftigten der Pflegeberufe verteilen sich im Allgemeinen auf ambulante, stationäre/teilstationäre und sonstige Einrichtungen.

Der Anteil der Frauen liegt bei den Pflegekräften in allen drei Bereichen um die 80%. In den ambulanten Einrichtungen, womit hauptsächlich ambulante Pflegedienste gemeint sind, nehmen die Frauen sogar 85% ein. Nur die sonstigen Einrichtungen weisen keinen Rückgang der Beschäftigten im Vergleich zum Vorjahr* auf. Dennoch finden sich die meisten Beschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege in stationären und teilstationären Einrichtungen, dort arbeiten rund zwei Drittel der Pflegekräfte. Hierzu zählen Krankenhäuser und in geringem Maße stationäre Pflegeheime.

Bei den Helfern in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitet der Großteil der Beschäftigten ebenfalls in stationären und teilstationären Einrichtungen. Dort sind fast 50% der Helfer tätig. Wie im Vorjahr* folgen mit 61.000 Beschäftigten die in ambulanten Einrichtungen tätigen Helfer. In sonstigen Einrichtungen arbeitet knapp ein Viertel der Beschäftigten, sie verzeichnen einen Rückgang von knapp 4% im Vergleich zum Vorjahr*.

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

Abb 6c.3g: Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

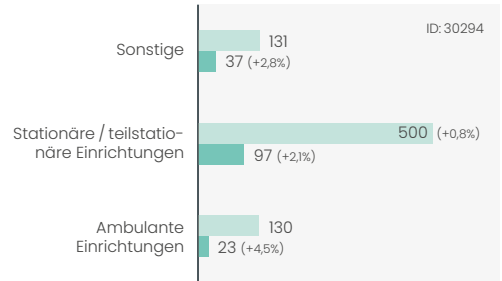


Abb 6c.3h: Helfer in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

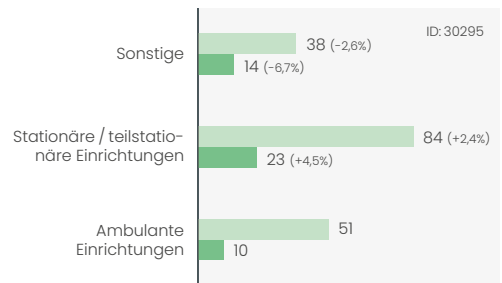
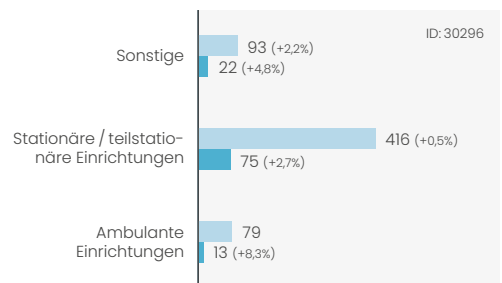


Abb 6c.3i: Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Einrichtungen 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

6c.3.2 Altenpflege

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

Altersstruktur

Die Altersstruktur des Pflegepersonals in den Berufen der Altenpflege hat sich im Vergleich zum Vorjahr* nicht verändert. Die meisten Beschäftigten stellt die Altersgruppe der 50-59-Jährigen trotz des minimalen Rückgangs. Darauf folgen die 30-39-Jährigen mit 164.000 Beschäftigten. Etwa jeder Fünfte der in der Altenpflege Beschäftigten ist zwischen 40 und 49 Jahre alt. Die unter 30-Jährigen und die über 60-Jährigen machen jeweils unter 20% an der gesamten Beschäftigtenzahl aus.

Bei den Altenpflegehelfern nehmen die Beschäftigungszahlen mit dem Alter zu. Eine Ausnahme bildet die Altersklasse der über 60-Jährigen. Sie stellen mit 48.000 Beschäftigten die kleinste Gruppe dar, obwohl sie mit 6,7% das größte Wachstum im Vergleich zum Vorjahr* zu verzeichnen haben. Einen Rückgang verzeichnet hingegen die mit 93.000 Beschäftigten am stärksten vertretene Altersklasse der 50-59-Jährigen, sie machen fast 27% der Helfer aus.

Auch bei den Fachkräften stellen die unter 30-Jährigen sowie die über 60-Jährigen die Altersgruppen mit den geringsten Beschäftigungszahlen. Die meisten Fachkräfte arbeiten in der Altersgruppe der 30-39-Jährigen, anders als in der Gesamtverteilung. Mit 94.000 Beschäftigten machen sie rund 27% aus, dicht gefolgt von den 50-59-Jährigen mit 82%. Ebenfalls einen Anteil von über 20% nehmen die 40-49-jährigen Fachkräfte in der Altenpflege ein.

Abb 6c.3j: Alter des Personals in der Altenpflege 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

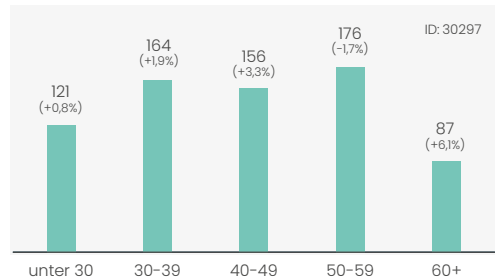


Abb 6c.3k: Alter der Helfer in der Altenpflege 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

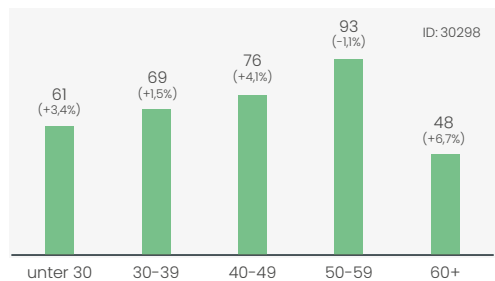
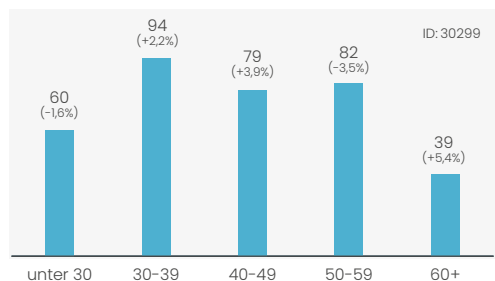


Abb 6c.3l: Alter der Fachkräfte in der Altenpflege 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Beschäftigung und Geschlecht

Die meisten Beschäftigten in der Altenpflege sind weiblich, die Männer machen nur 18% der Beschäftigten aus. Im Vergleich zum Vorjahr* ist die Beschäftigtenzahl der Männer um 5% gestiegen, während die Beschäftigtenzahl der Frauen um knapp 1% steigt. Wie in den anderen Pflegeberufen erkennbar, arbeiten auch in der Altenpflege die meisten der Frauen in einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung. Die meisten Männer sind hingegen mit etwas über 50% bei den Vollzeitbeschäftigten zu finden.

Bei den Helfern ist es auffällig, dass nur jeder Vierte vollzeitbeschäftigt ist. Rund drei Viertel der Frauen arbeiten in Teilzeit oder sind geringfügig beschäftigt. Die Frauen machen knapp 87% der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten aus. Im Vergleich zum Vorjahr* ist der Anteil der Männer unter den Beschäftigten am stärksten gestiegen.

Der hohe Anteil an Frauen spiegelt sich, wie auch in den anderen Pflegeberufen, bei den Fachkräften wider. Mit fast 20% ist der Männeranteil im Vergleich zum Vorjahr* leicht gestiegen. Die Aufteilung zwischen Voll- und Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten ist relativ ausgeglichen. Rund 52,5% der Fachkräfte arbeiten in einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung, wobei der Frauenanteil mit 86,6% sehr hoch ist. Der Großteil der Männer arbeitet in einer Vollzeitbeschäftigung (62,9%).

Abb 6c.3m: Beschäftigung und Geschlecht in der Altenpflege 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

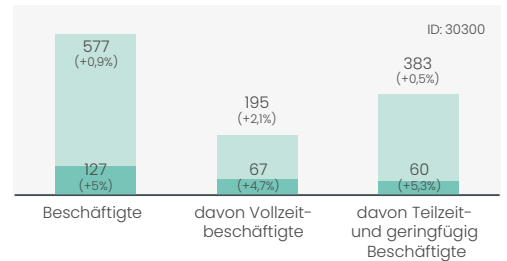


Abb 6c.3n: Beschäftigung und Geschlecht der Helfer in der Altenpflege 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

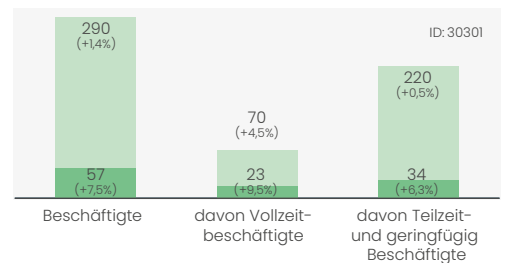
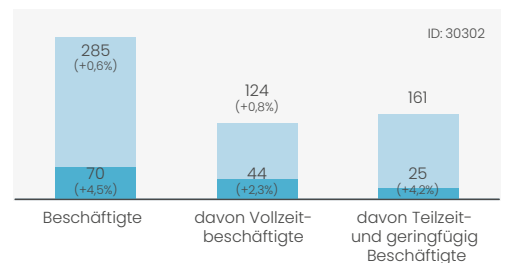


Abb 6c.3o: Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Altenpflege 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

Einrichtungen

In der Altenpflege sind die meisten Beschäftigten in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig, etwa 58% der Altenpfleger arbeiten in solchen Einrichtungen. Den Großteil in den stationären und teilstationären Einrichtungen machen die Frauen mit etwa 82% aus. In ambulanten Einrichtungen arbeiten 28% des Personals der Altenpflege. Der Anteil der Frauen ist hier sogar noch höher (83,8%). In den sonstigen Einrichtungen arbeitet knapp ein Sechstel der Altenpfleger. Die Männer machen hier einen Anteil von 22,2% aus. Im Vergleich zum Vorjahr* haben die Männer in den sonstigen Einrichtungen mit 15,8% den höchsten prozentualen Anstieg des Personals im Vergleich zum Vorjahr*.

Die Aufteilung der Helfer ist ähnlich zu der gesamten Verteilung der Beschäftigten in der Altenpflege gestaltet. 57,8% der Beschäftigten sind in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig. Der Frauenanteil ist hier mit 84% ähnlich dem in der allgemeinen Betrachtung der Berufsgruppe. An zweiter Stelle folgen die ambulanten Einrichtungen mit 26,3% und an dritter Stelle die sonstigen Einrichtungen mit 15,9%. Bis auf die ambulanten Einrichtungen verzeichnen alle Einrichtungen ein Plus im Vergleich zum Vorjahr*.

Wie auch bei den Helfern sind die meisten Fachkräfte in stationären und teilstationären Einrichtungen tätig. In diesen sind knapp 58% der Fachkräfte beschäftigt. In den ambulanten Einrichtungen sind die Fachkräfte mit 29,7% etwas stärker vertreten als die Helfer. Nur etwa 12,4% der Fachkräfte sind in sonstigen Einrichtungen beschäftigt. Den größten Zuwachs haben die Männer in den sonstigen Einrichtungen mit einem Plus von 25% im Vergleich zum Vorjahr* zu verzeichnen.

Abb 6c.3p: Beschäftigte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

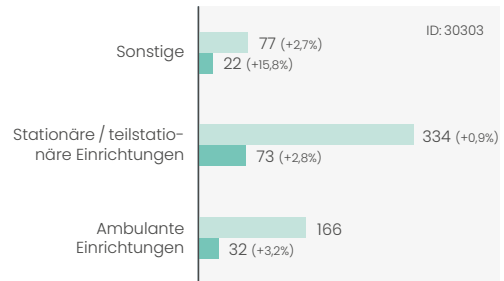


Abb 6c.3q: Helfer in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

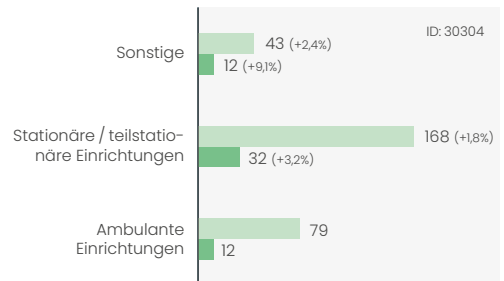
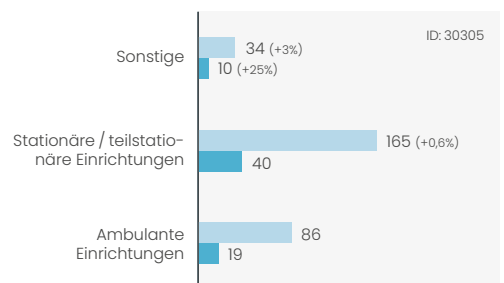


Abb 6c.3r: Fachkräfte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

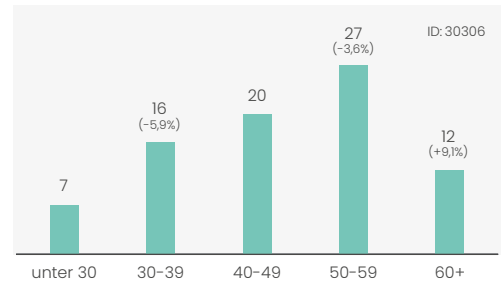
6c.3.3 Fach- und Fachkinderkrankenpflege

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

Altersstruktur

Bei den Fach- und Fachkinderkrankenpflegern ist im Vergleich zum Vorjahr* kaum eine Veränderung in der Altersstruktur zu beobachten. Trotz eines leichten Rückgangs stellen die 50-59-Jährigen die Altersgruppe mit den meisten Beschäftigten dar. Die 40-49-Jährigen stellen rund ein Viertel und die 30-39-Jährigen ein Fünftel der Fachkrankenpfleger. Die über 60-Jährigen verzeichnen im Vergleich zum Vorjahr* ein leichtes Plus von knapp 1.000 Beschäftigten. Bei den unter 30-jährigen hat sich die Beschäftigtenzahl im Vergleich zum Vorjahr* nicht verändert.

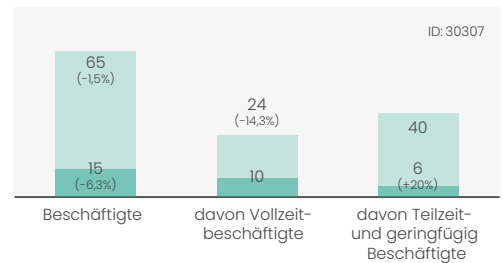
Abb 6c.3s: Alter der Fachkrankenpfleger 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



Beschäftigung und Geschlecht

Die ungleiche Verteilung von Frauen und Männern spiegelt sich bei den Fach- und Fachkinderkrankenpflegern wie auch in den anderen Pflegeberufen wider. Von den Beschäftigten sind nur rund ein Fünftel männlich. Die Aufteilung von Voll- und Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten teilt sich bei den Fachkrankenpflegern nicht mehr so gleichmäßig wie im Vergleich zum Vorjahr* auf. 42,5% des Personals ist vollzeitbeschäftigt, etwa 57,5% sind in einer Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung tätig.

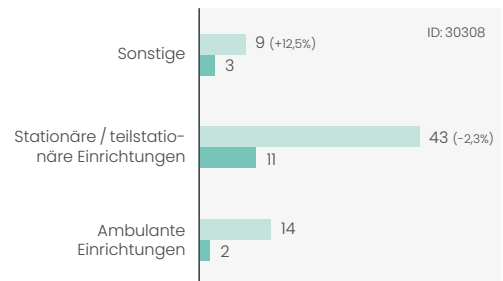
Abb 6c.3t: Beschäftigung und Geschlecht in der Fachkrankenpflege 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



Einrichtungen

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

Abb 6c.3u: Beschäftigte in der Fachkrankenpflege nach Einrichtungen 2022
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

6c.4 Intensiv-, Tages- und Nachtpflege

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

6c.4.1 Intensivpflege

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

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

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

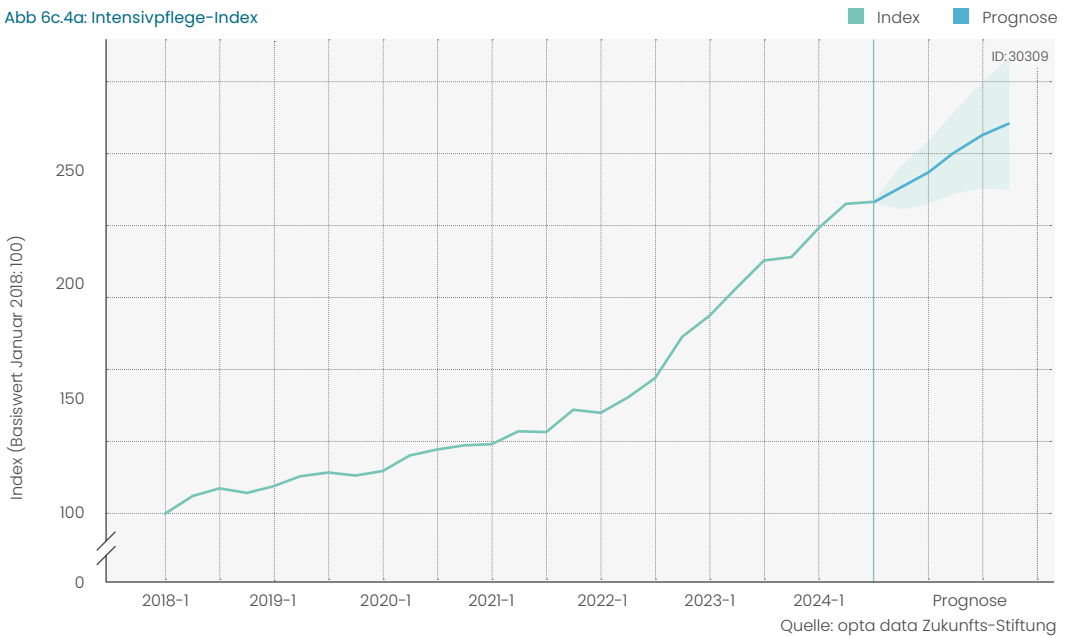
Die Kosten der Intensivpflege werden in der Regel vollständig von der Krankenkasse übernommen, wobei die meisten Pflegedienste die Verhandlung mit dem Kostenträger übernehmen.

6c.4.2 Entwicklung des Intensivpflege-Index

Auf Grundlage der anonymisierten Abrechnungsdaten der opta data Gruppe wird jedes Jahr der Intensivpflege-Index erstellt. Dieser gewährt einen Überblick über das Ausgabenwachstum in der häuslichen Intensivpflege. Das Ausgabenwachstum wird über den Zeitraum von 2018 bis zum dritten Quartal 2024 dargestellt. Das erste Quartal 2018 dient dabei als Referenzzeitpunkt und bekommt den Basiswert 100 zugewiesen. Alle folgenden betrachteten Quartalsergebnisse werden in Relation zu diesem Basiswert gesetzt.

Seit Anfang 2018 ist der Intensivpflege-Index durchgängig steigend. Das Wachstum hat Anfang 2022 sichtbar zugenommen, was sich in einem steileren Anstieg der Kurve bemerkbar macht. Ein Anstieg hat auch im Jahr 2024 stattgefunden, die beobachteten Werte liegen jedoch leicht unterhalb der Prognose, die im Jahr 2023 aufgestellt wurde. Für das Jahr 2025 ist laut der aktuellen Prognose weiterhin mit einem kontinuierlichen Anstieg zu rechnen.

Abb 6c.4a: Intensivpflege-Index



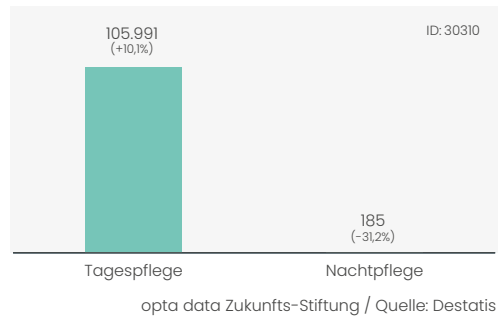
6c.4.3 Tages- und Nachtpflege

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

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

Abb 6c.4b: Verfügbare Plätze in Pflegeheimen 2023

(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zur Pflegestatistik 2021)



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

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

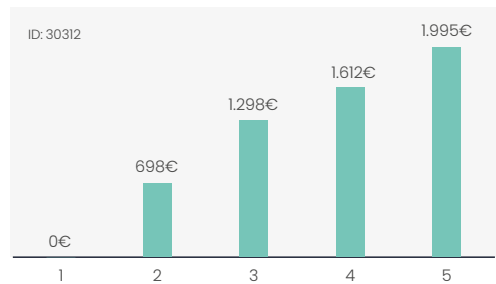
der Nacht. Die Nachtpflege übernimmt die Betreuung, das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, die Körperpflege und bietet Krankenpflege, falls der Pflegebedürftige dies benötigt. Damit bieten die Nachtpflege-Einrichtungen eine Entlastung pflegender Angehöriger von beispielsweise Demenz- oder Intensivpflegepatienten.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

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

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

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

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



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

7c

Verbände Pflege

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



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

7c.1 Aufgaben der Berufsverbände

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

- **Interessenvertretung:** Die Pflegeverbände setzen sich für die Interessen der Pflegekräfte ein und vertreten diese gegenüber Politik, Arbeitgebern und anderen relevanten Akteuren.
- **Beratung und Unterstützung:** Die Verbände bieten ihren Mitgliedern Beratung und Unterstützung in verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel bei rechtlichen Fragen, Arbeitsbedingungen oder Weiterbildungsmöglichkeiten.
- **Qualitätsentwicklung:** Die Pflegeverbände arbeiten an der Weiterentwicklung der Pflegequalität und setzen sich für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegepraxis ein.
- **Fort- und Weiterbildung:** Die Verbände bieten Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegekräfte an, um deren Kompetenzen zu stärken und aktuelles Fachwissen zu vermitteln.
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Die Pflegeverbände informieren die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Pflege und setzen sich für eine positive Darstellung des Pflegeberufs ein.

- **Netzwerkarbeit:** Die Verbände fördern den Austausch und die Vernetzung von Pflegekräften untereinander sowie mit anderen relevanten Akteuren im Gesundheitswesen.
- **Mitwirkung bei politischen Entscheidungen:** Die Pflegeverbände nehmen an politischen Diskussionen und Entscheidungsprozessen teil, um die Interessen der Pflegekräfte einzubringen und die Pflegepolitik mitzugestalten.
- **Tarifverhandlungen:** Die Verbände sind in Tarifverhandlungen aktiv und setzen sich für angemessene Arbeitsbedingungen und eine faire Bezahlung der Pflegekräfte ein.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Berufsverband Heil- und Pflegeberufe (BHP)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberater und Pflege (DBfPP)
- Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e. V. (AVG)
- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD e. V.)
- Verband der Pflegehilfe- und Pflegefachkräfte (VdPP)
- Verband der Pflegeberufe (VdPB)
- Verband der Pflege- und Sozialberufe in Deutschland (VPSD)
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP)
- Bundesverband Ambulante Dienste und Stationärer Einrichtungen LV NRW e. V. (bad e. V.)
- Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e. V. (LfK)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)

7c.2 Aufgaben der Pflegekammern

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

Aus diesen Zielen resultieren unter anderem folgende Aufgaben einer Pflegekammer:

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

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

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

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

Notizen:

8

Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse

Stefan Moritz
Data Scientist der opta data Gruppe



8a	Heilmittel	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.

8c

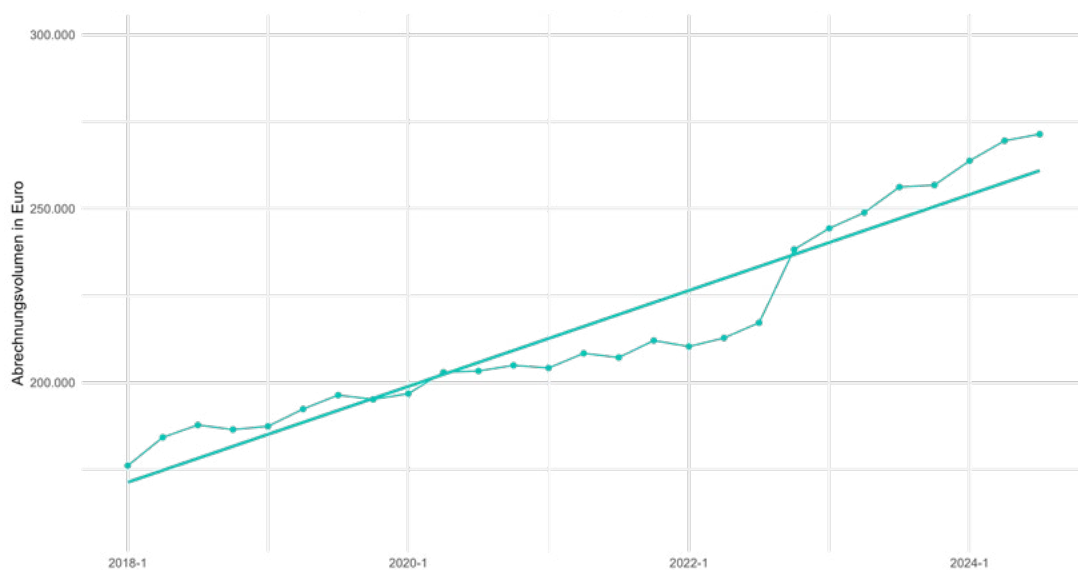
Pflege

Stefan Moritz
Data Scientist der opta data Gruppe

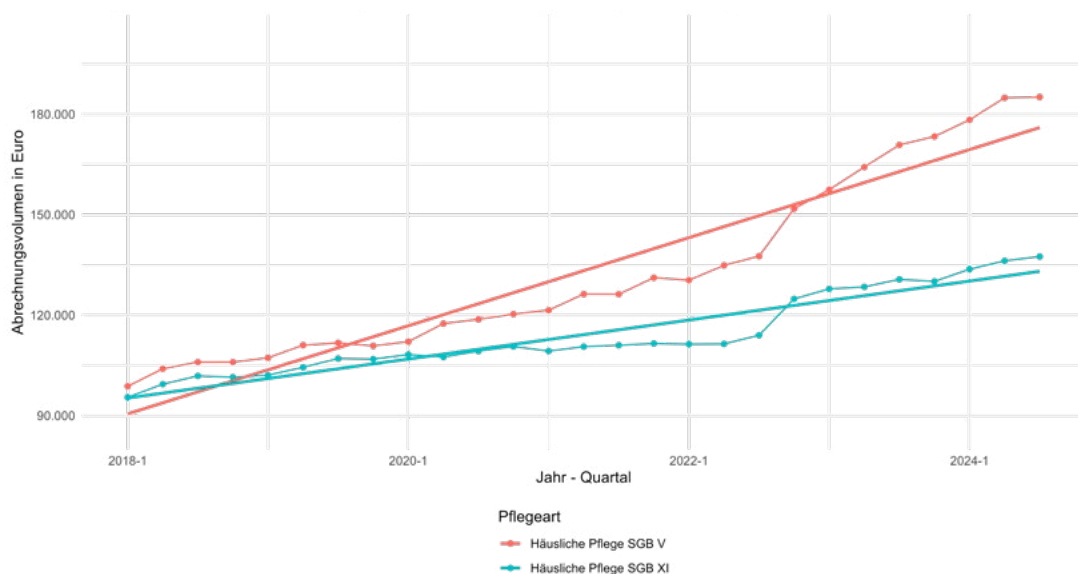
Im Versorgungsbereich Pflege werden Abrechnungsvolumina je Patient/Leistungserbringer (jeweils in €) in der zeitlichen Entwicklung über die letzten 5 Jahre dargestellt. Berücksichtigt werden hierbei Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB V sowie SGB XI. Diese beiden Bereiche werden sowohl gemeinsam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

Entwicklung Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer

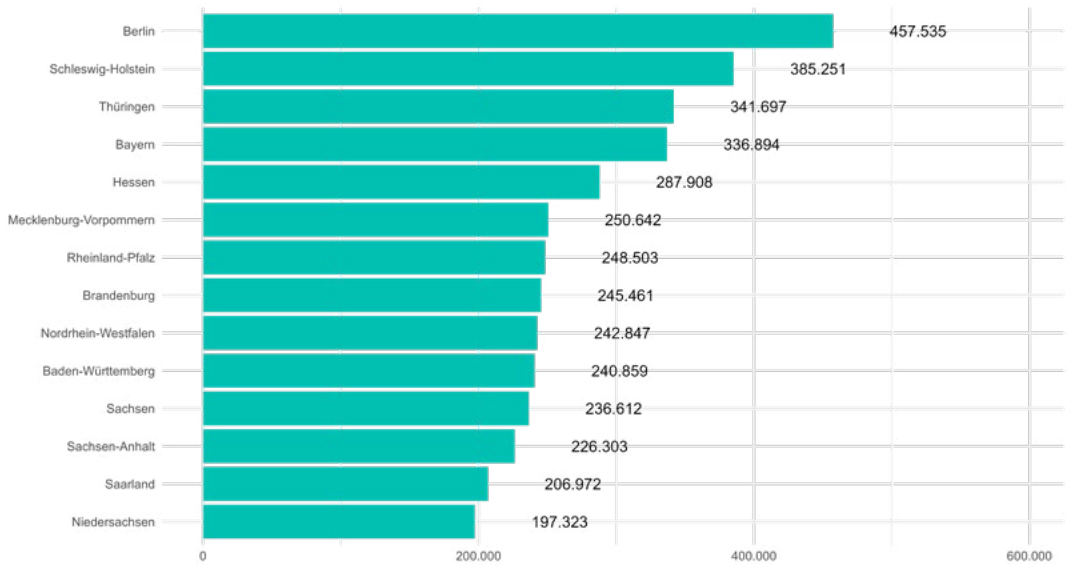
Quartärlisches Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer (SGB V und SGB XI)



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

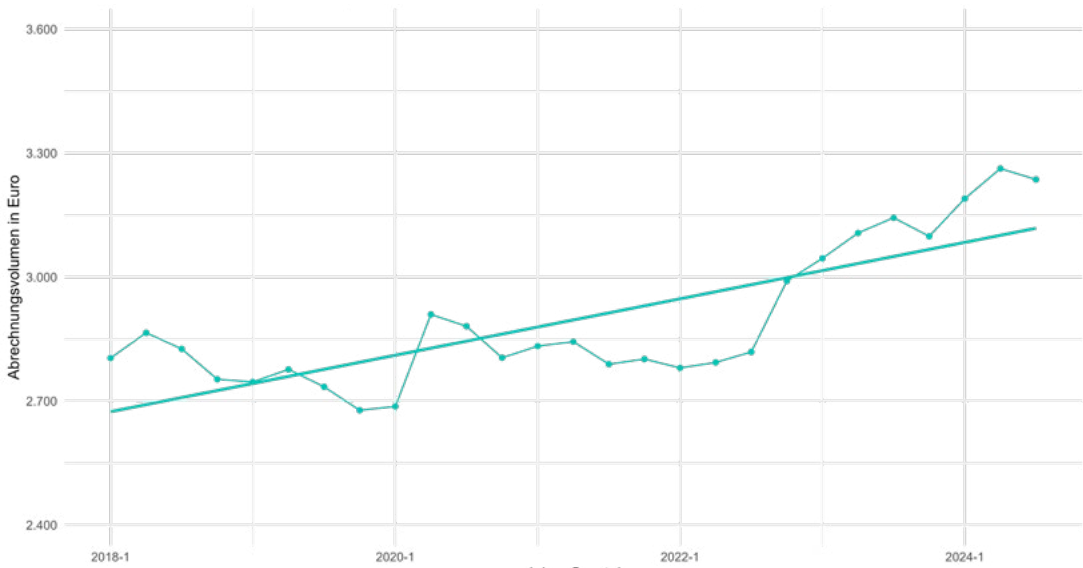


Abrechnungsvolumen pro Leistungserbringer nach Bundesland im Jahr 2022 (SGB V und SGB XI)

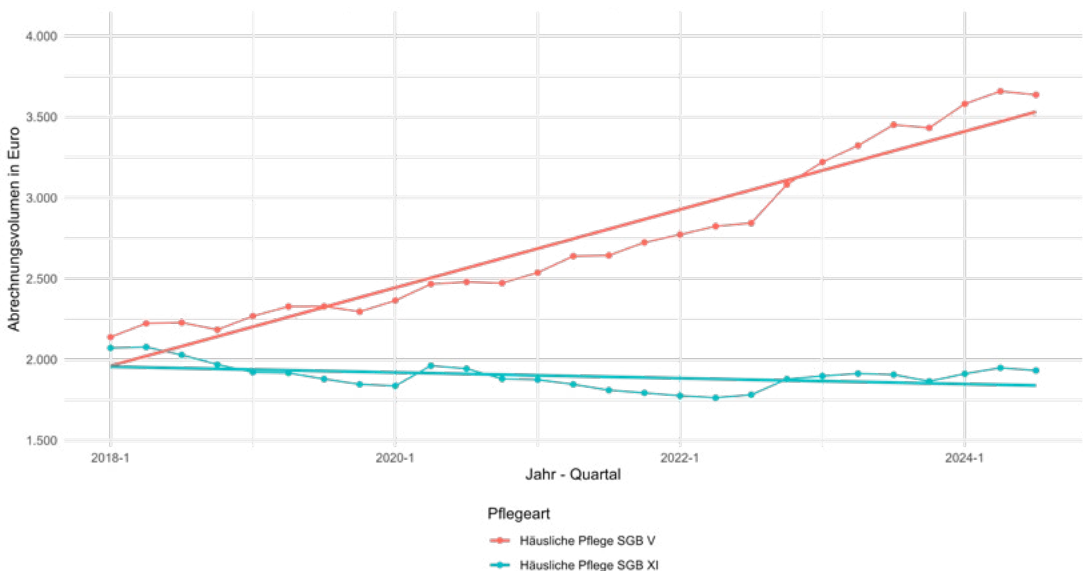


Entwicklung Abrechnungsvolumen pro Patient

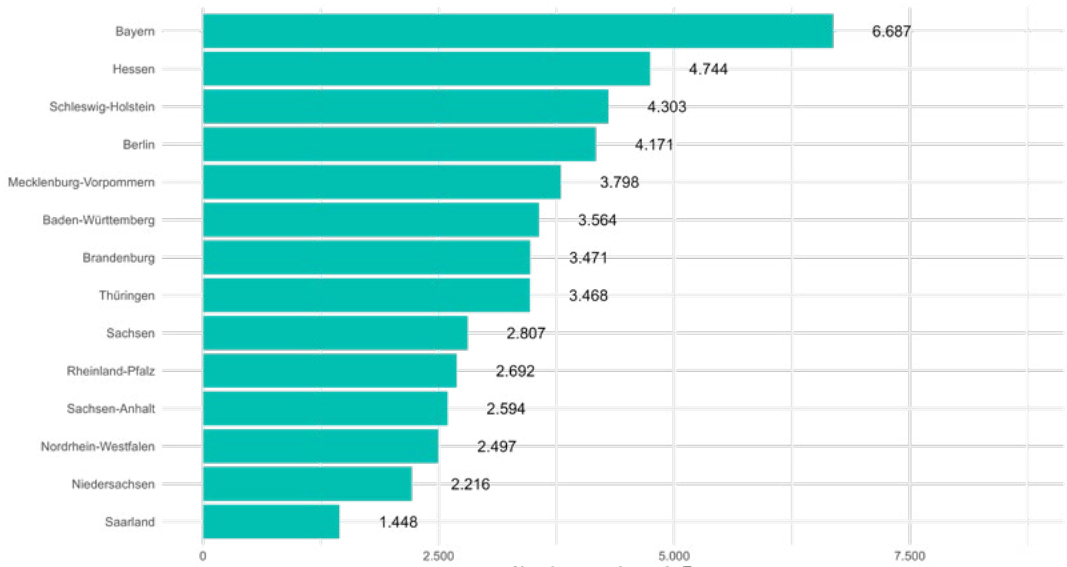
Quartärlisches Abrechnungsvolumen pro Patient (SGB V und SGB XI)



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

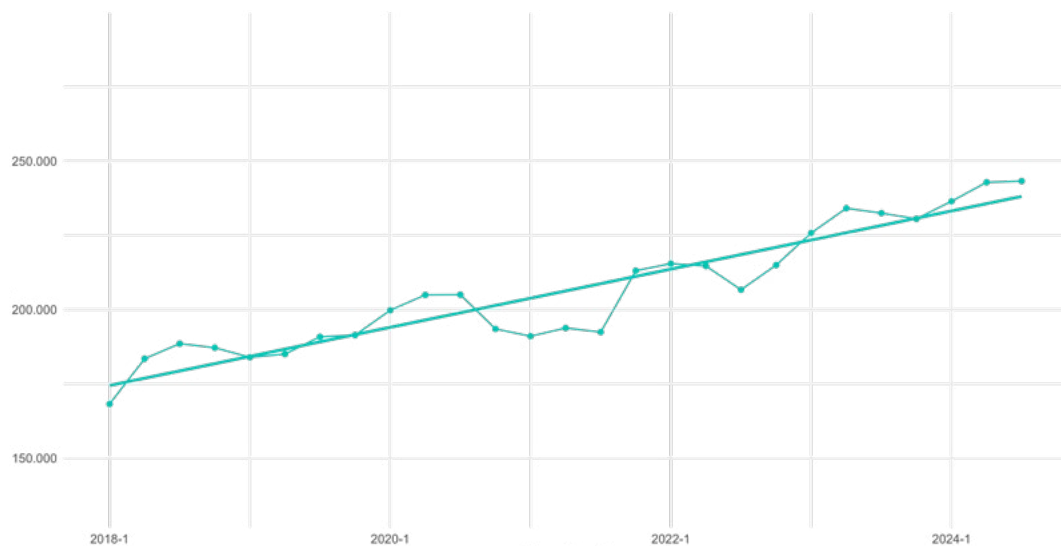


Abrechnungsvolumen pro Patient nach Bundesland im Jahr 2022 (SGB V und SGB XI)

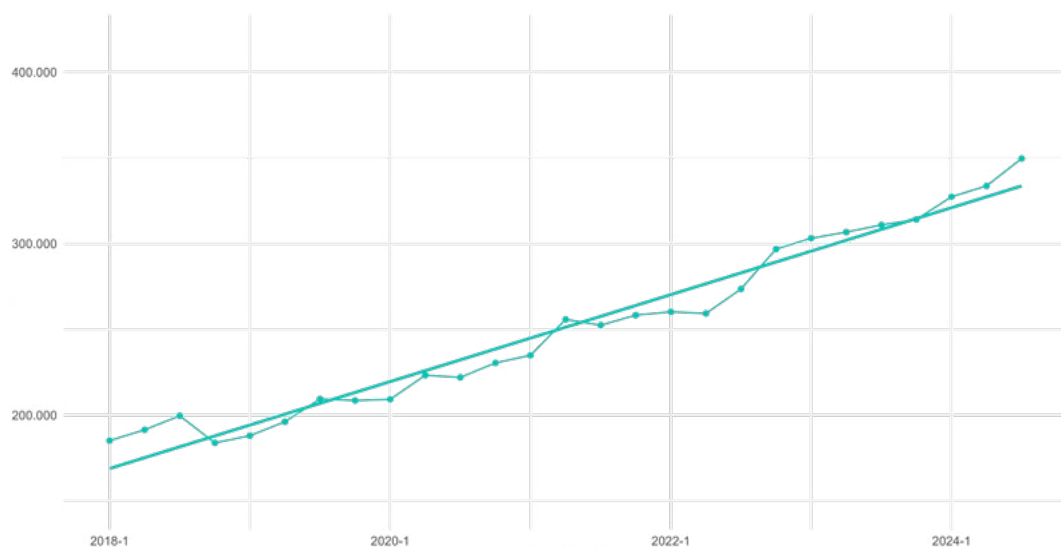


Quartärlisches Abrechnungsvolumen in Euro pro Leistungserbringer (SGB V und SGB XI)

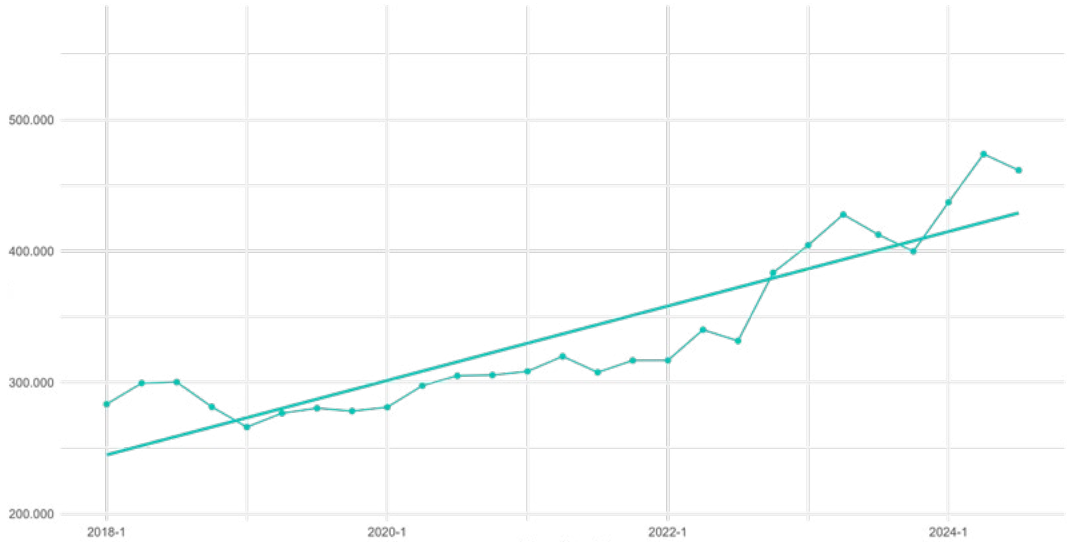
Baden-Württemberg



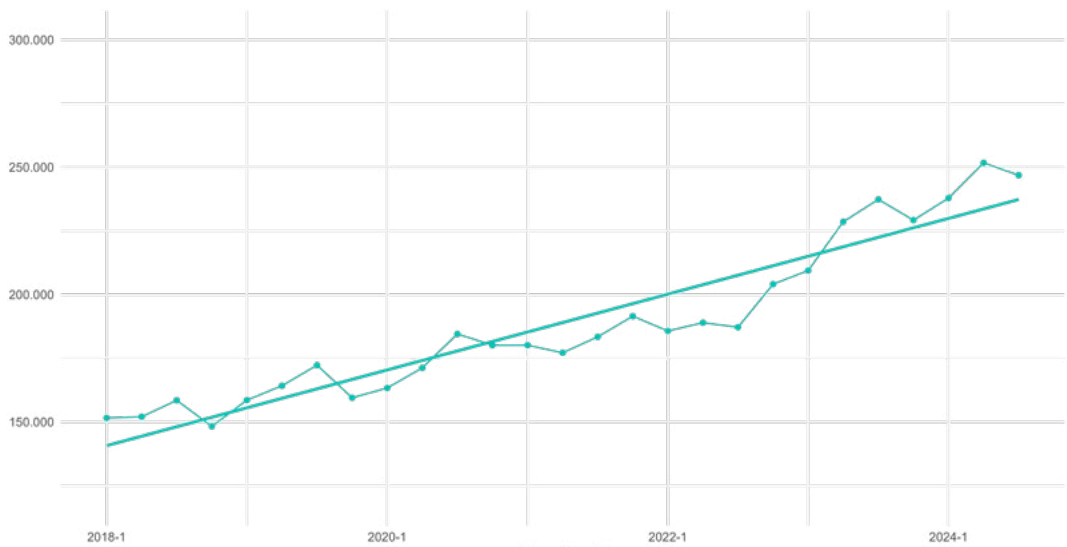
Bayern



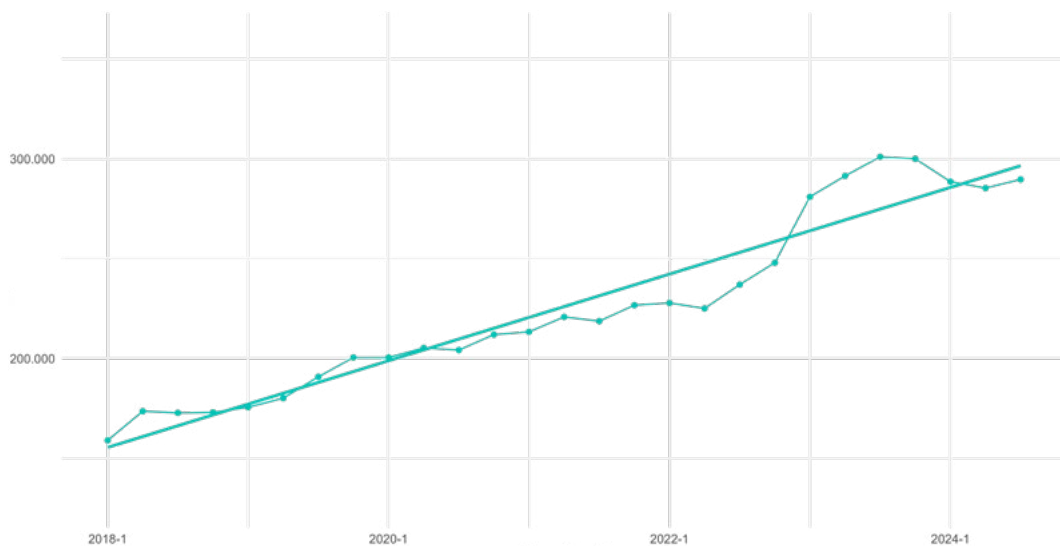
Berlin



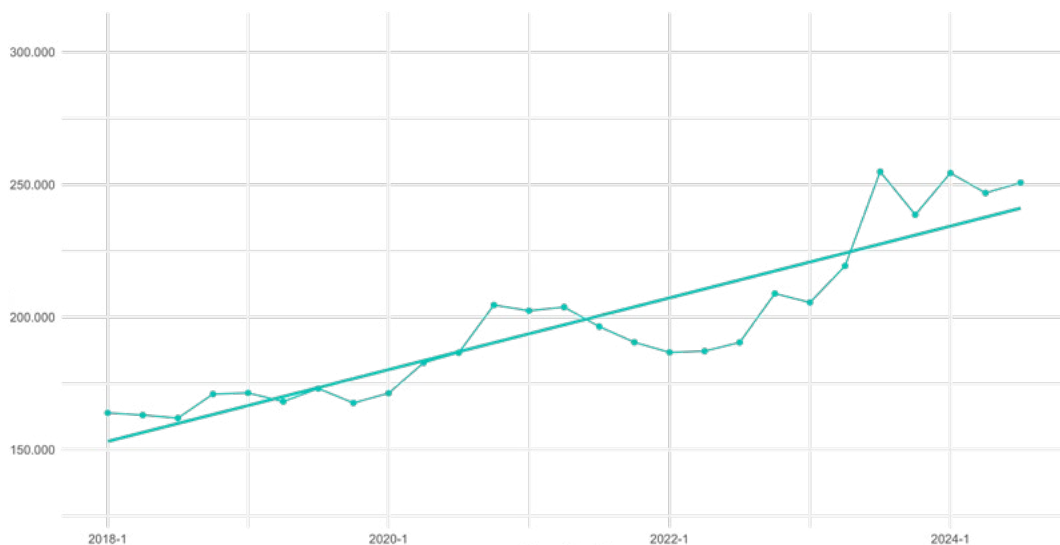
Brandenburg



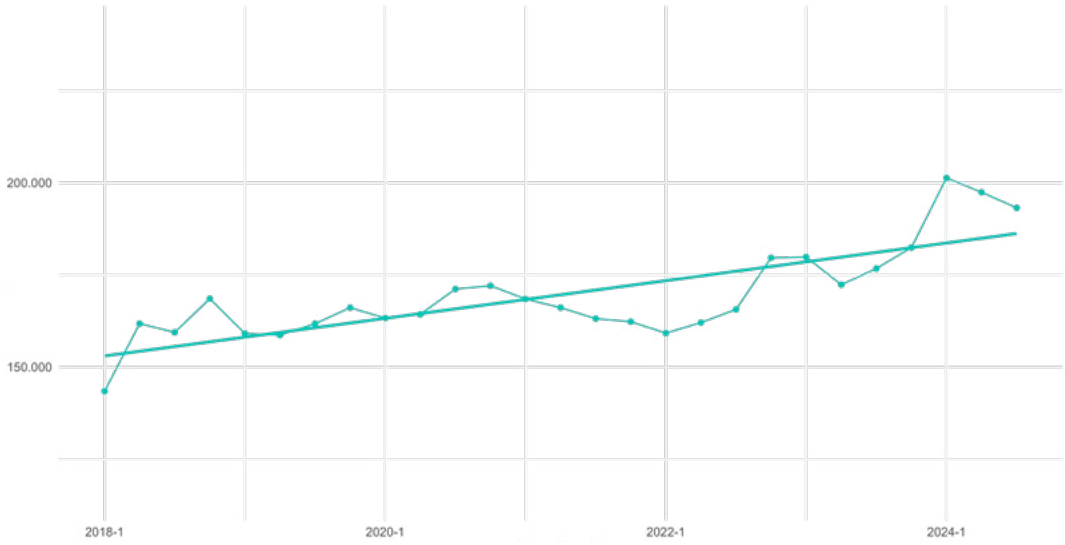
Hessen



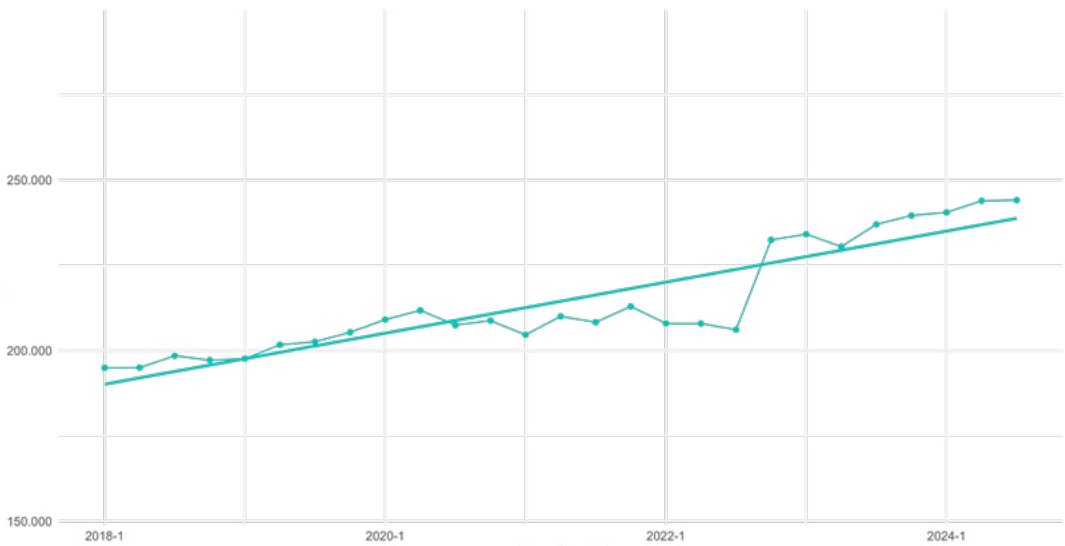
Mecklenburg-Vorpommern



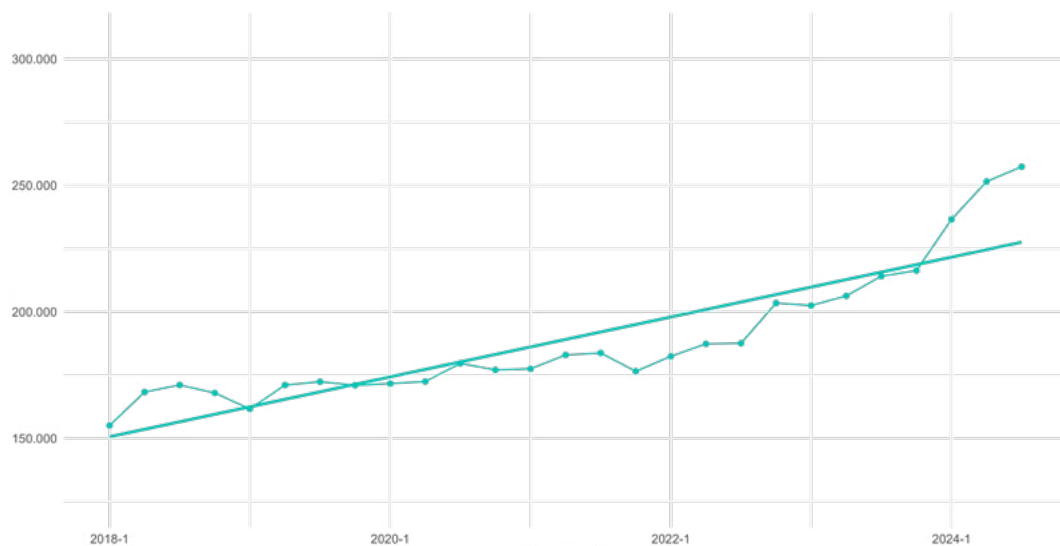
Niedersachsen



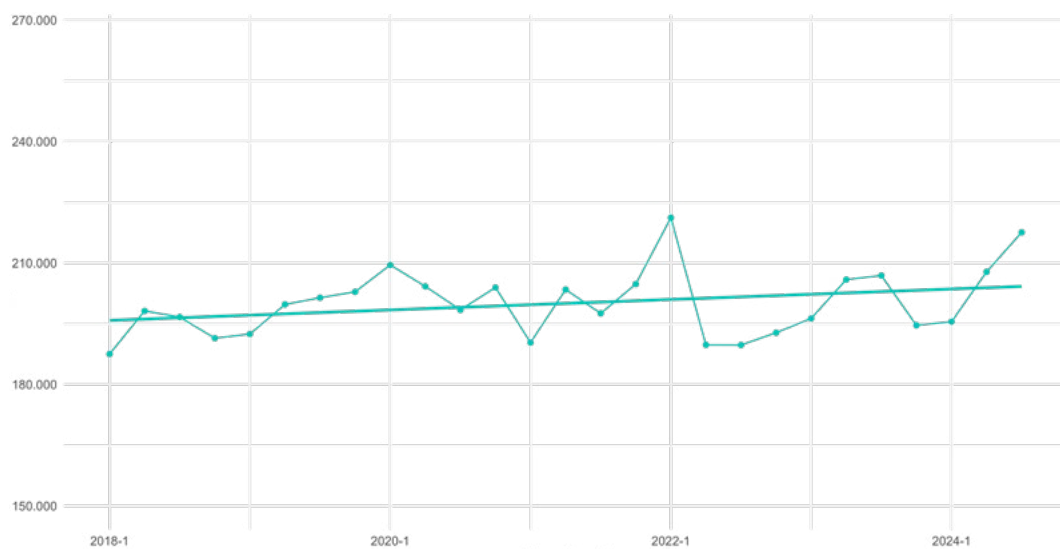
Nordrhein-Westfalen



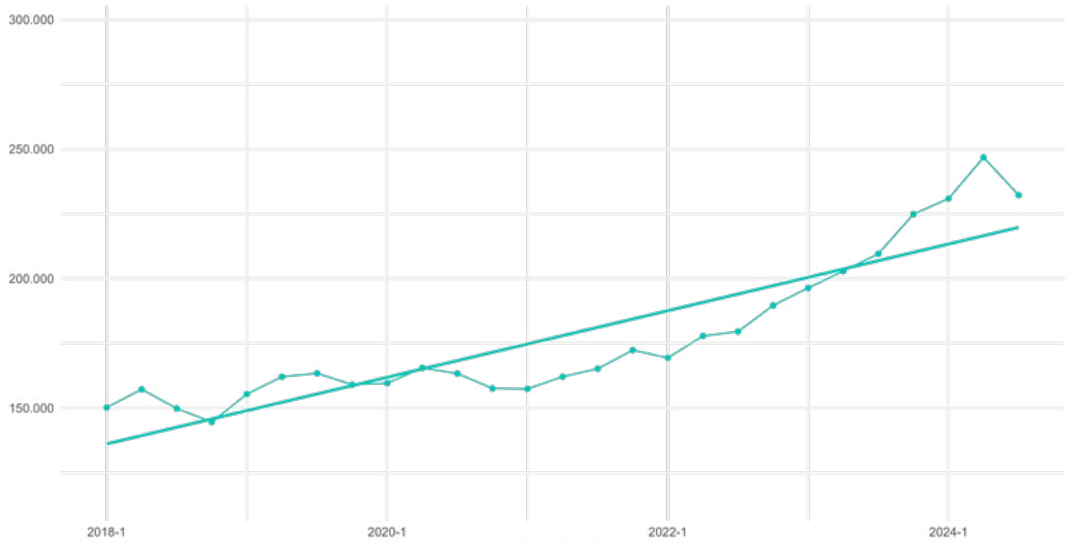
Rheinland-Pfalz



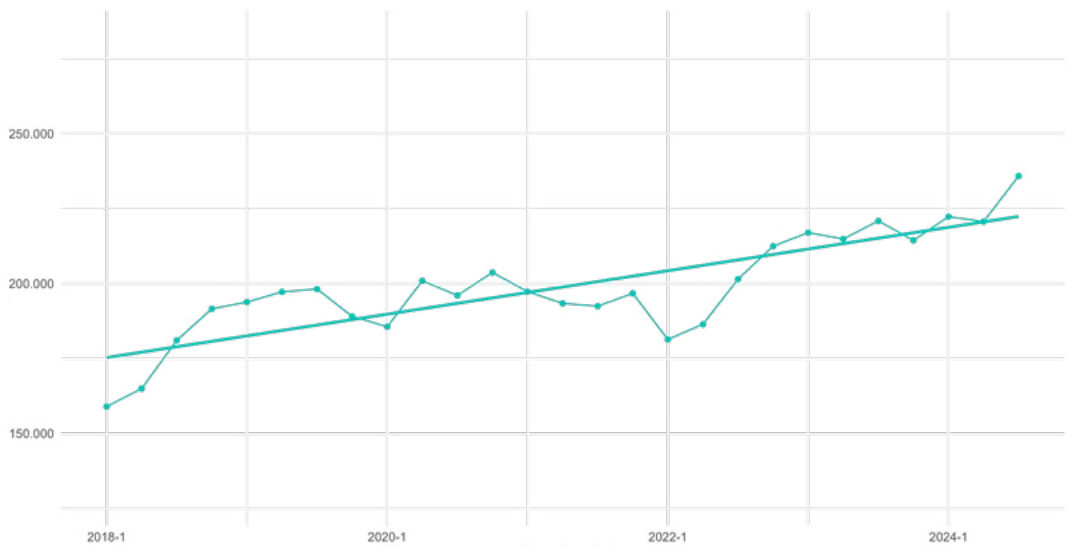
Saarland



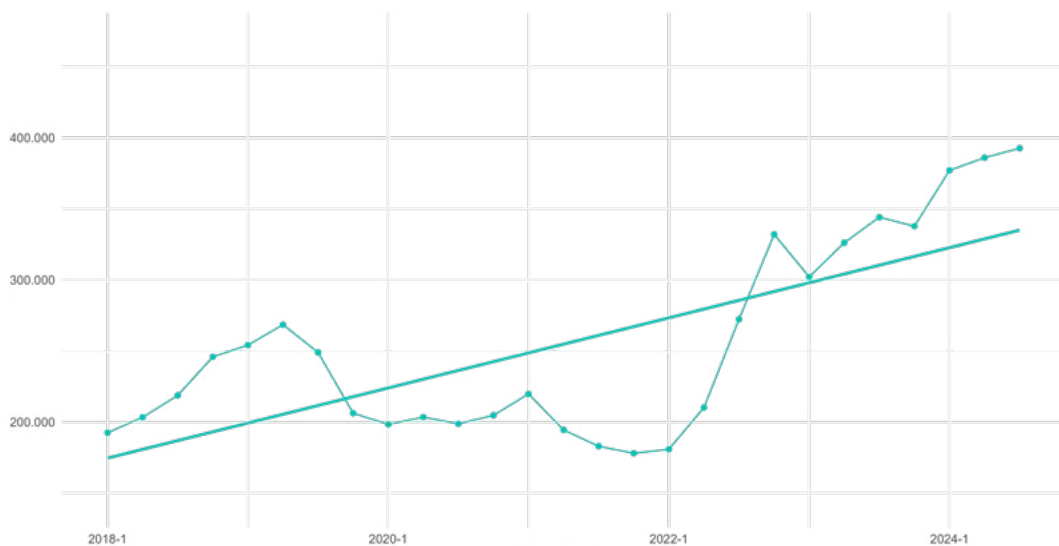
Sachsen



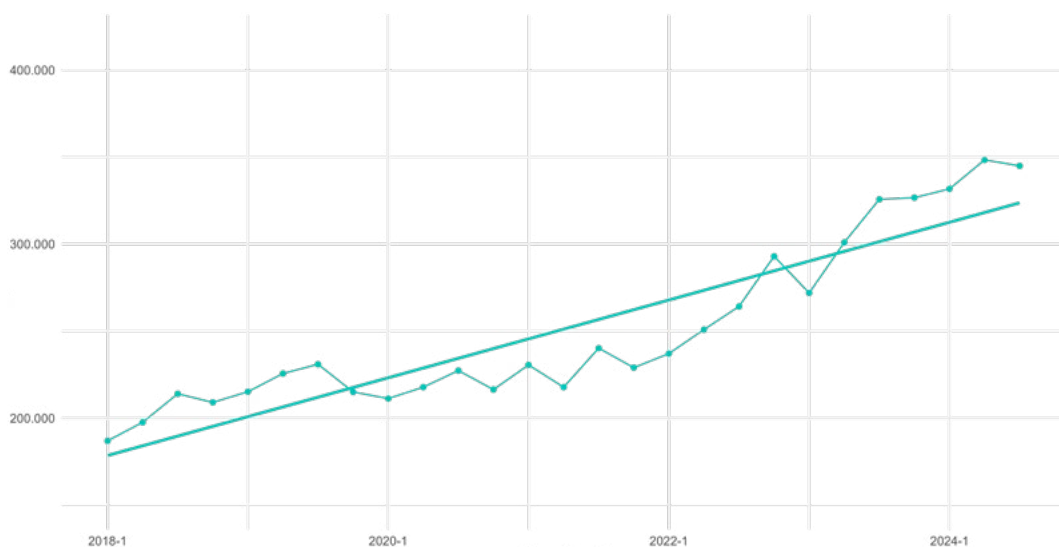
Sachsen-Anhalt



Schleswig-Holstein

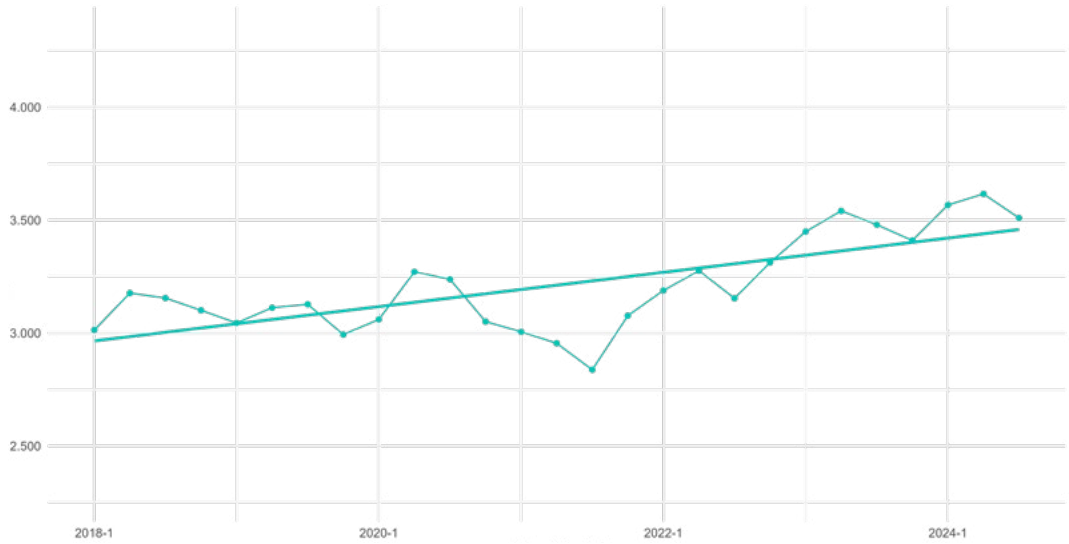


Thüringen

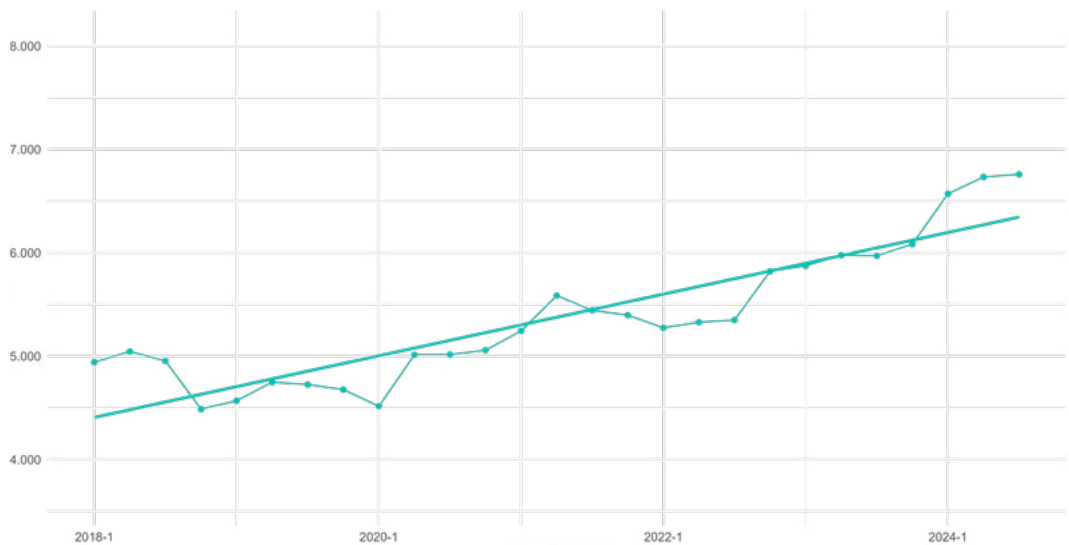


Quartärlisches Abrechnungsvolumen in Euro pro Patient (SGB V und SGB XI)

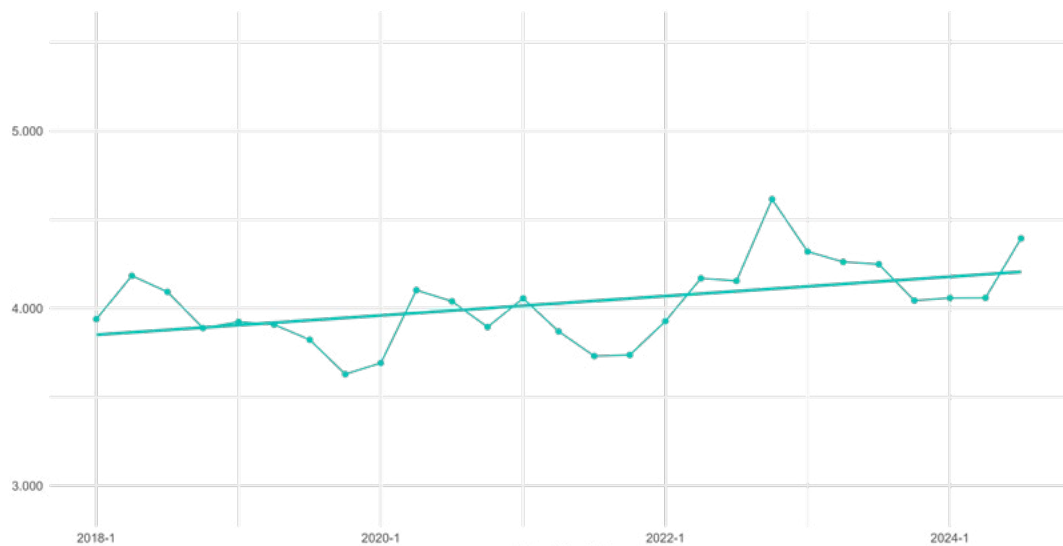
Baden-Württemberg



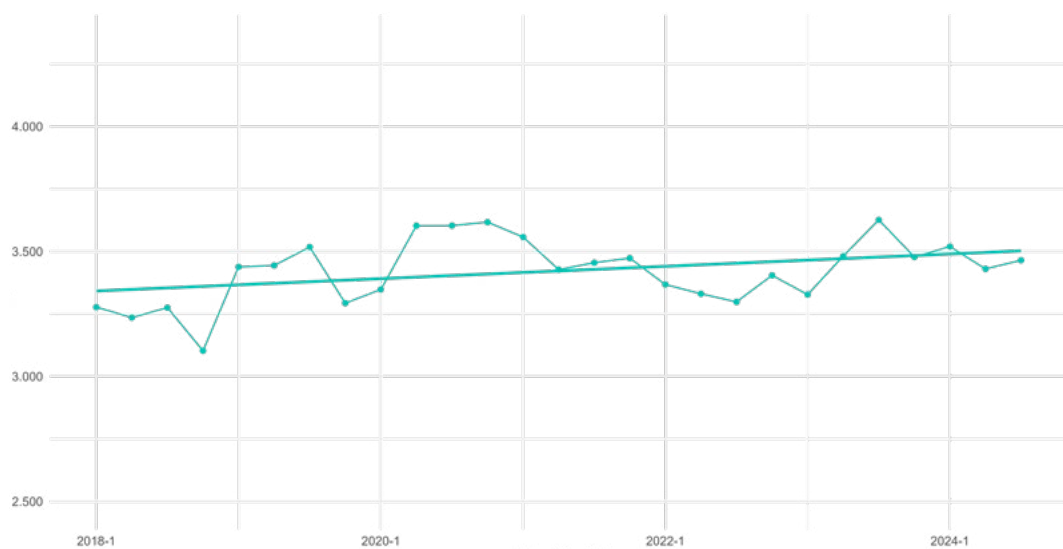
Bayern



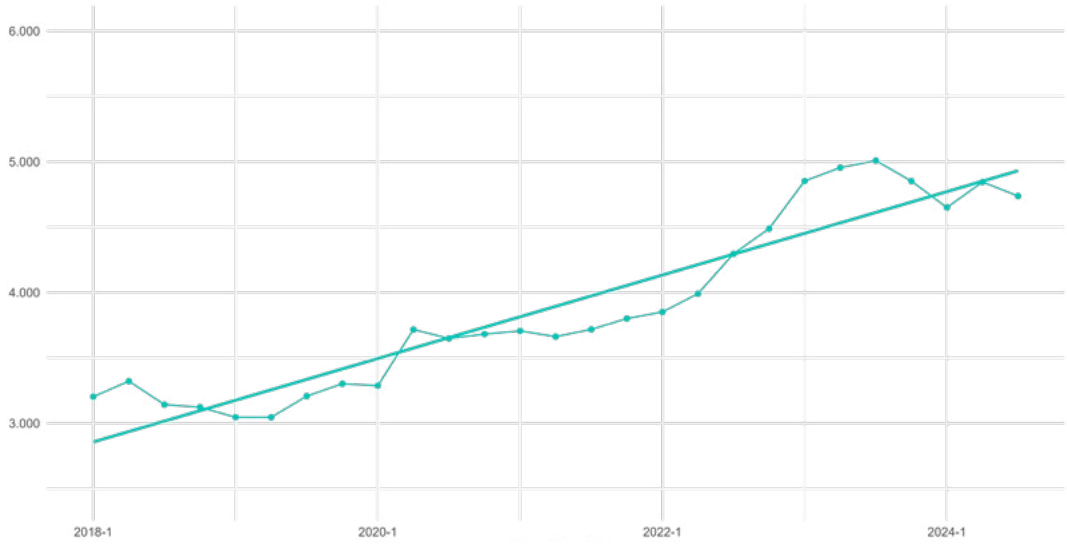
Berlin



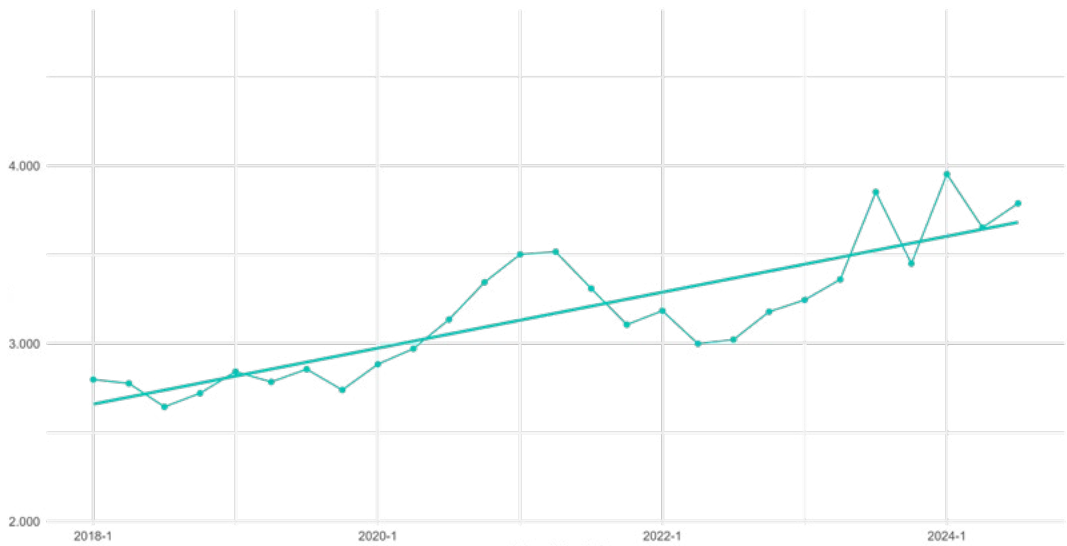
Brandenburg



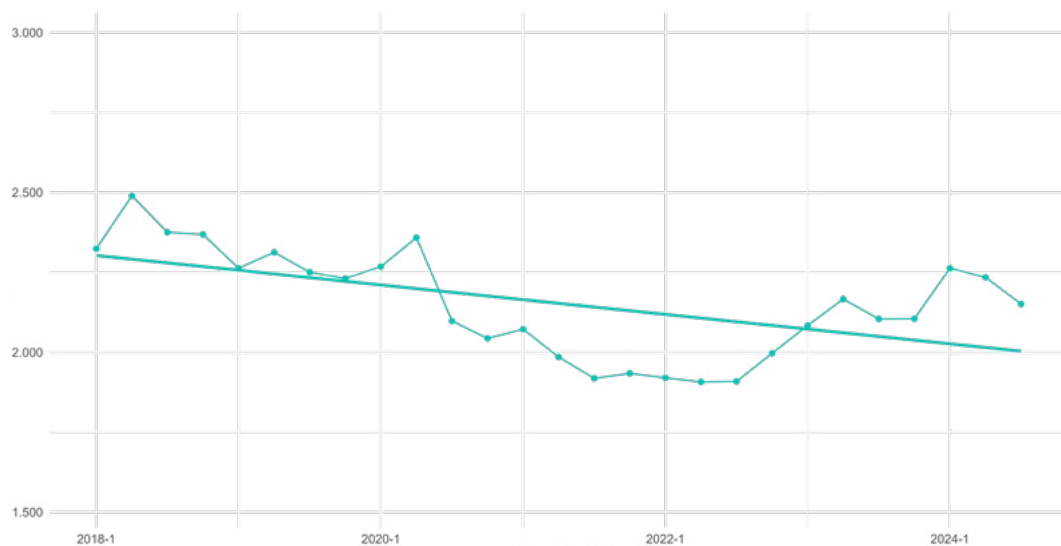
Hessen



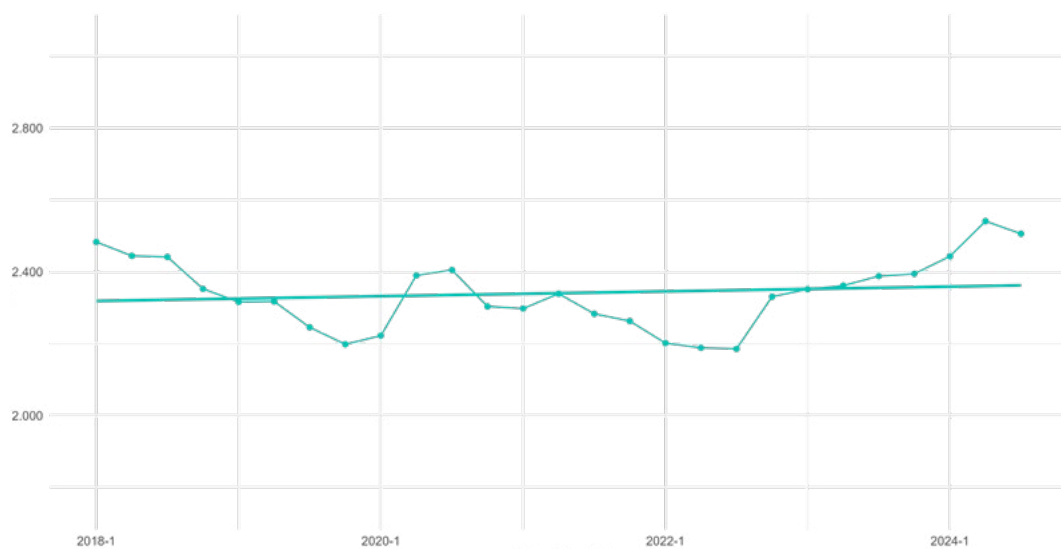
Mecklenburg-Vorpommern



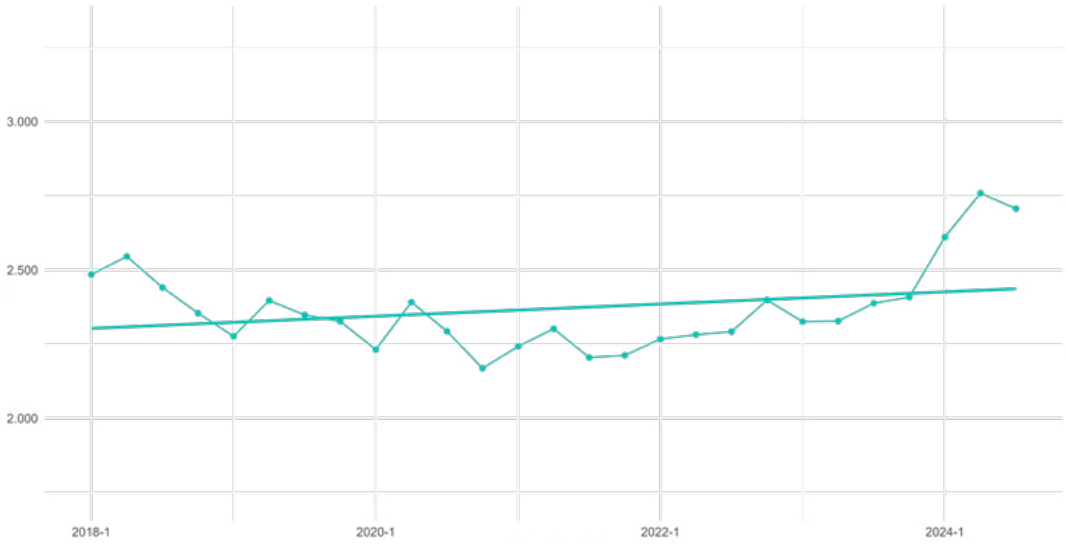
Niedersachsen



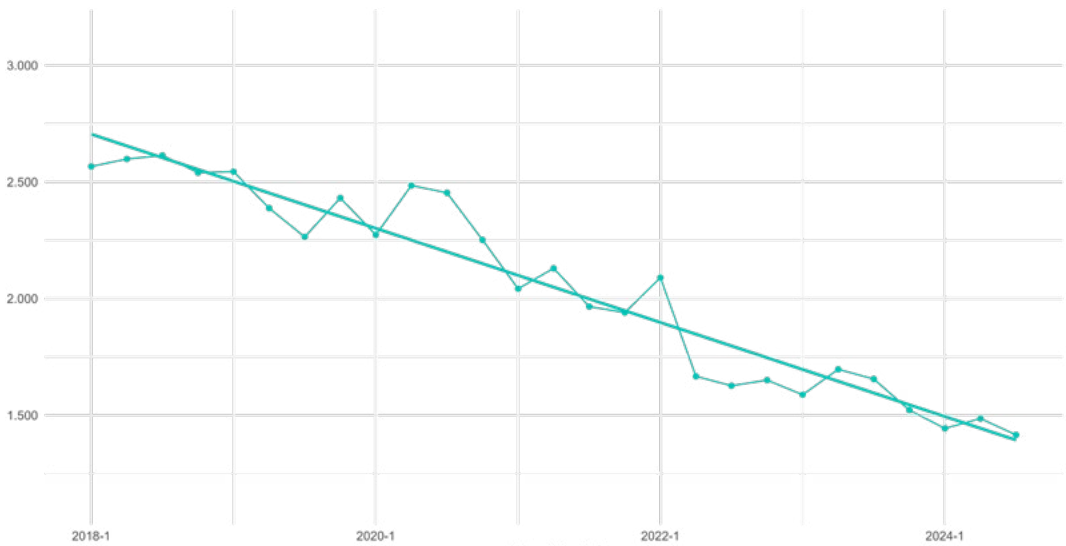
Nordrhein-Westfalen



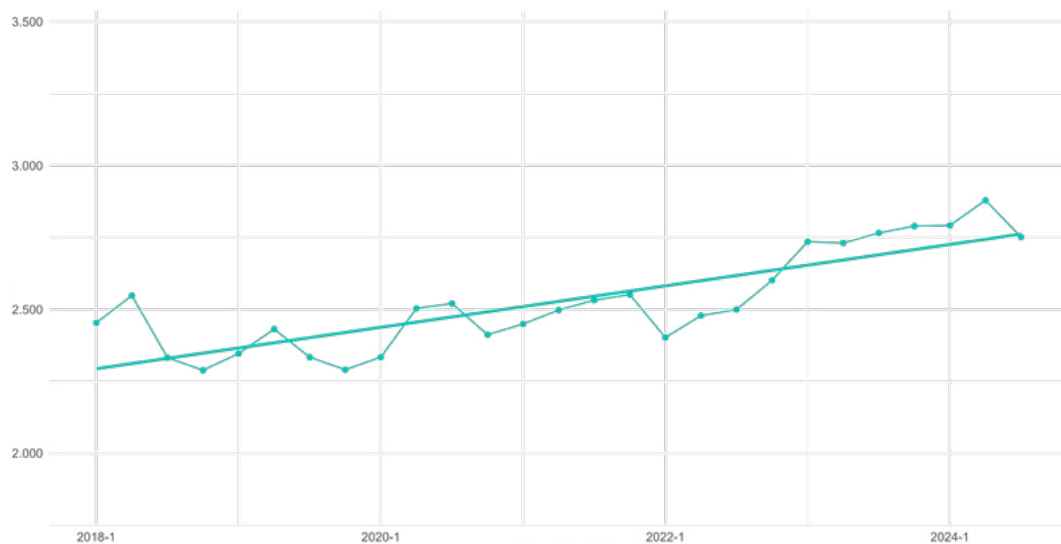
Rheinland-Pfalz



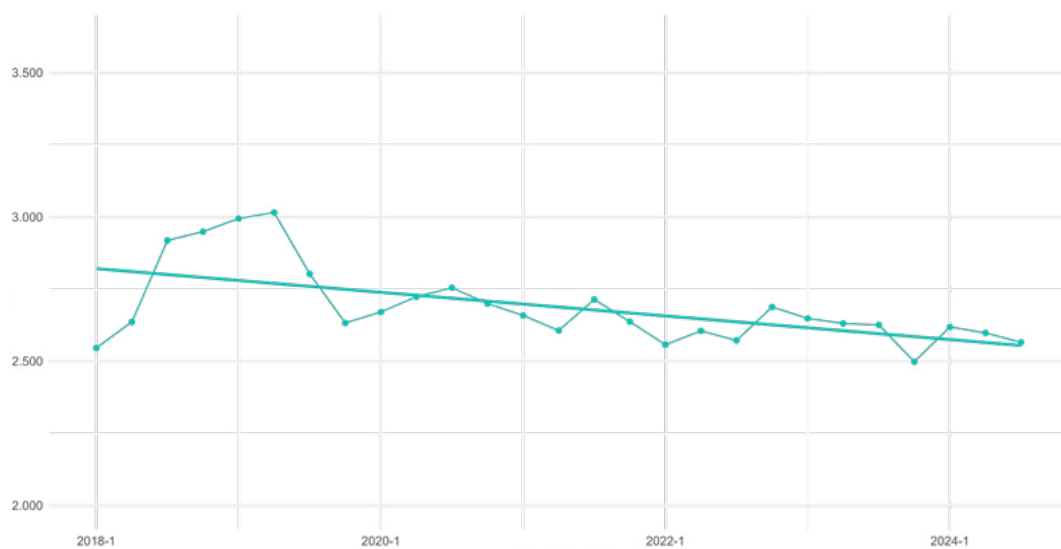
Saarland



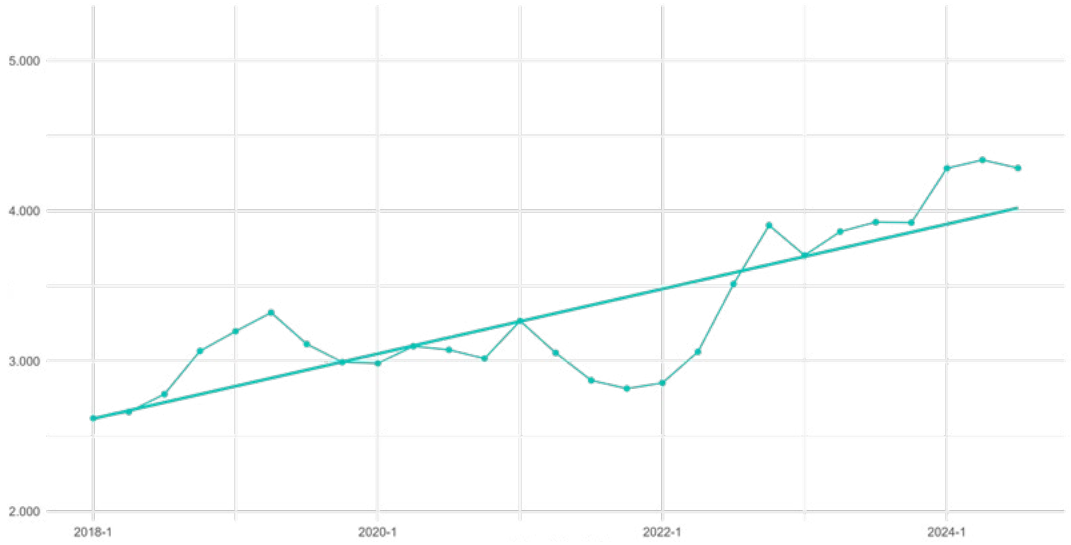
Sachsen



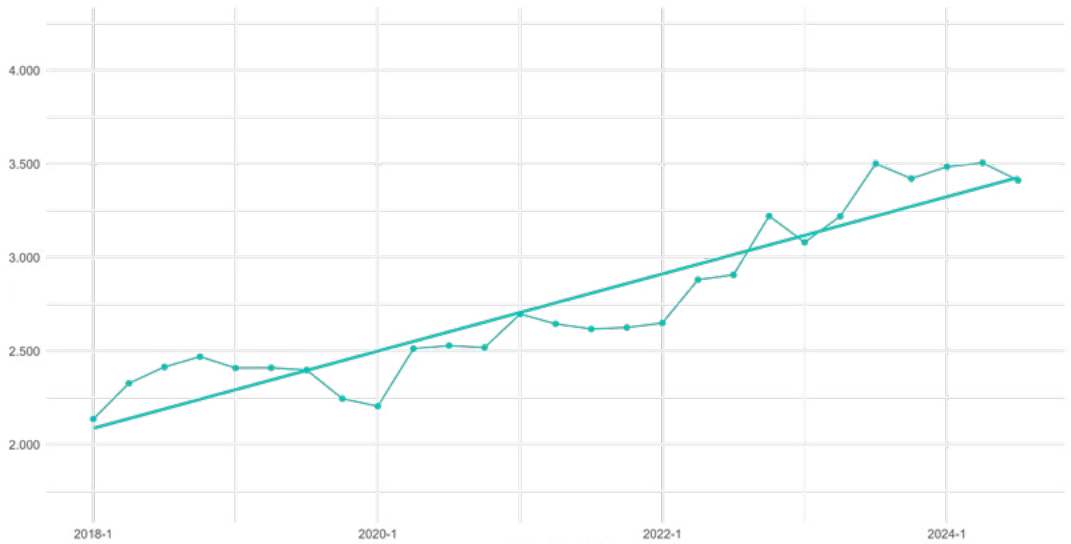
Sachsen-Anhalt



Schleswig-Holstein



Thüringen



10

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung Beschreibung

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	https://www.pflegeepioniere.de/
41	3.4a	Digitale Erfassung von Sturzrisiken	https://lindera.de/de-de/lindera
43	3.4b	Darstellung der Ergebnisse einer LINDERA Mobilitätsanalyse	https://lindera.de/de-de/lindera
44	3.4c	Sturzgrad Schwellenwerte für die Sturzvorsage	https://lindera.de/de-de/lindera
44	3.4d	Ergebnisse einer Cluster-Randomized Controlled Trial zur Evaluation der LINDERA Mobilitätsanalyse in stationären Pflegeeinrichtungen	https://lindera.de/de-de/lindera
45	3.4e	KI-Algorithmen der LINDERA-Videoanalyse zur Berechnung von Gangparametern	https://lindera.de/de-de/lindera
58	3.6a	Bestandschutz / Übergangsregelung	https://e-zert.de
59	3.6b	Zusammenarbeit in der ambulanten ernährungsmedizinischen und ernährungstherapeutischen Versorgung	https://www.visionnutrition.de/die-ag-emet/ Seite 10
60	3.6c	Notwendigkeitsbescheinigung	https://www.vdoe.de/beruf/vdoe-expertensuche/
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	https://www.hochschulstart.de/fileadmin/media/dosv/statistik/WiSe_23_24_Statistiken_des_Zentralen_Verfahrens_final.pdf
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	https://www.vdoe.de/studieren/
85	5a.7a	Anzahl der Schüler zum Masseur und medizinischen Bademeister	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Berufliche Schulen und Schulen des Gesundheitswesens - Berufsbezeichnungen, Schuljahr 2022/2023
91	5b.6a	Abgeschlossene Neuverträge für Ausbildungen in Hilfsmittelberufen 2023	Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Neuverträge nach schulischer Vorbildung und Berufen, Stand: 2023
91	5b.6b	10-Jahrestrend der abgeschlossenen Neuverträge für Ausbildungen in Hilfsmittelberufen 2023	opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH
92	5b.6c	Auszubildende in Hilfsmittelberufen 2023	Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) - Lehrlingsbestand nach Ausbildungsberufen 2022
92	5b.6d	10-Jahrestrend der Auszubildenden in Hilfsmittelberufen 2023	opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 mit Archivdaten ZDH

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

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

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

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

Seite	Abb.	Titel	Quelle
178	6c.3o	Beschäftigung und Geschlecht der Fachkräfte in der Altenpflege 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004
179	6c.3p	Beschäftigte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002
179	6c.3q	Helfer in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002
179	6c.3r	Fachkräfte in der Altenpflege nach Einrichtungen 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002
180	6c.3s	Alter der Fachkrankenpfleger 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0003
180	6c.3t	Beschäftigung und Geschlecht in der Fachkrankenpflege 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0004
180	6c.3u	Beschäftigte in der Fachkrankenpflege nach Einrichtungen 2022	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Genesis-ID: 23621-0002
182	6c.4a	Intensivpflege-Index	opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024
182	6c.4b	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen 2023	Statistisches Bundesamt (Destatis) - Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2023
183	6c.4c	Übernommene Sachleistungen nach Pflegegraden 1-5	opta data Zukunfts-Stiftung, Essen 2024 nach §41 Sozialgesetzbuch (SGB) XI
187	6d.a	Anzahl Rettungs- und Krankentransportdienste pro Bundesland 2024	https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html
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	https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html
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

