



HELPER

**Forschungsprojekt „Fachkräftemonitoring
für Hebammen und Heilmittelerbringer in Bayern“**

**Ergebnisbericht für die
Befragung der Hebammen,
Ergotherapeuten, Logopäden,
Physiotherapeuten, Ernährungsfachkräfte
und Podologen**

Projektlaufzeit: 28.12.2022 bis 17.04.2025

Förderkennzeichen:

G31e-A0720-2022/1-87

Erlangen, 21.08.2025

Formale Angaben

Projektverantwortliche:

Prof. Dr. med. M. W. Beckmann

Dr. med. A. Mocker

Mitarbeitende:

Franciska Hahn (M. A.)

Dr. rer. biol. hum. Linda Karrer

Irene Noppenberger (M. Sc.)

Sonja Sponsel (M. Sc.)

Methodenberatung:

PD Dr. rer. nat. Lothar Häberle

Frauenklinik

Universitätsklinikum Erlangen

Universitätsstr. 21-23

91054 Erlangen

Forschungsvorhaben: „Fachkräftemonitoring für Hebammen und Heilmittelerbringer in Bayern“: Sicherstellung einer effizienten und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung des Freistaats Bayern mit Hebammen und Heilmittelerbringern

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Ziel der Studie	5
2	Wissenschaftlicher Hintergrund	7
2.1	Herausforderungen der aktuellen Gesundheitsversorgung	7
2.2	Versorgung mit Hebammen und Heilmittelerbringern in Deutschland und Bayern	9
2.3	Aktuelle Entwicklungen der Versorgung durch Hebammen und Heilmittelerbringer	14
2.4	Vorstellung der einzelnen Berufsgruppen	17
2.4.1	Versorgung mit Hebammen in Deutschland und Bayern	17
2.4.2	Ergotherapeutische Versorgung in Deutschland und Bayern	22
2.4.3	Logopädische Versorgung in Deutschland und Bayern	26
2.4.4	Physiotherapeutische Versorgung in Deutschland und Bayern	30
2.4.5	Ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland und Bayern	34
2.4.6	Podologische Versorgung in Deutschland und Bayern	38
3	Methodisches Vorgehen	43
3.1	Studiendesign und Studienkollektiv	43
3.2	Erstellung der Erhebungsunterlagen	43
3.3	Pretest	46
3.4	Digitalisierung der Fragebögen	47
3.5	Rekrutierung	48
3.6	Erhebungszeiträume	49
3.7	Rücklauf	50
3.8	Datenauswertung	50
3.9	Ethikvotum	52
4	Deskriptive Darstellung der erzielten Ergebnisse	53
4.1	Ergebnisse – Befragung von Hebammen in Bayern	55
4.1.1	Soziodemografische Merkmale	55
4.1.2	Ausbildungssituation	56
4.1.3	Berufliche Situation	57
4.1.4	Klinische Hebammentätigkeiten	61
4.1.5	Außerklinische Hebammentätigkeiten	65
4.1.6	Arbeitszufriedenheit	79
4.1.7	Hebammenfremde Tätigkeit und Ruhestand	83
4.2	Ergebnisse - Befragung von Ergotherapeuten in Bayern	84
4.2.1	Soziodemografische Merkmale	84
4.2.2	Ausbildungssituation	85
4.2.3	Berufliche Situation	87
4.2.4	Klinisches Setting	92
4.2.5	Ambulantes Setting	96
4.2.6	Gemeinwesenorientierte Ergotherapie	110
4.2.7	Arbeitszufriedenheit	112
4.2.8	Tätigkeiten außerhalb der Ergotherapie und Ruhestand	116
4.3	Ergebnisse - Befragung von Logopäden in Bayern	117
4.3.1	Soziodemografische Merkmale	117
4.3.2	Ausbildungssituation	118
4.3.3	Berufliche Situation	120
4.3.4	Klinisches Setting	125
4.3.5	Ambulantes Setting	129
4.3.6	Arbeitszufriedenheit	140
4.3.7	Tätigkeiten außerhalb der Logopädie und Ruhestand	145
4.4	Ergebnisse - Befragung von Physiotherapeuten in Bayern	146
4.4.1	Soziodemografische Merkmale	146

4.4.2	Ausbildungssituation	147
4.4.3	Berufliche Situation	148
4.4.4	Klinisches Setting	154
4.4.5	Ambulantes Setting	158
4.4.6	Prävention in der Physiotherapie	170
4.4.7	Arbeitszufriedenheit	173
4.4.8	Tätigkeiten außerhalb der Physiotherapie und Ruhestand	177
4.5	Ergebnisse - Befragung von Ernährungsfachkräften in Bayern	178
4.5.1	Soziodemografische Merkmale	178
4.5.2	Ausbildungssituation	178
4.5.3	Berufliche Situation	180
4.5.4	Klinisches Setting	184
4.5.5	Ambulantes Setting	187
4.5.6	Arbeitszufriedenheit	196
4.5.7	Tätigkeiten außerhalb der Ernährungstherapie und Ruhestand	199
4.6	Ergebnisse - Befragung von Podologen in Bayern	200
4.6.1	Soziodemografische Merkmale	200
4.6.2	Ausbildung	200
4.6.3	Berufliche Situation	202
4.6.4	Klinisches Setting	206
4.6.5	Ambulantes Setting	209
4.6.6	Arbeitszufriedenheit	216
4.6.7	Tätigkeiten außerhalb der Podologie und Ruhestand	219
5	Schlussfolgerungen / Handlungsempfehlungen	220
5.1	Herausforderung demografischer Wandel	220
5.2	Höhere Arbeitszeiten	223
5.3	Steigende Arbeitsbelastung	227
5.4	Unzureichende Einkommenssituation	230
5.5	Akademisierung	234
5.6	Befürwortung Direktzugang	237
5.7	Relevanz telemedizinischer Leistungen (TML)	239
5.8	Verbreitung Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)	240
6	Fazit	242
7	Limitationen	243
8	Finanzierung und Durchführung	245
9	Danksagung	246
10	Literaturverzeichnis	247
11	Abkürzungsverzeichnis	256
12	Abbildungsverzeichnis	258
13	Tabellenverzeichnis	259
14	Anlagen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
14.1	Fragebögen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
14.2	Tabellarische Darstellung Studiendaten	Fehler! Textmarke nicht definiert.
14.3	Korrespondenz	Fehler! Textmarke nicht definiert.

1 Einleitung und Ziel der Studie

Fachkräfteengpässe beschäftigen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, Bildungsinstitutionen sowie Politik und Forschung gleichermaßen. Das Gesundheitswesen rückt bei der Betrachtung dieser Entwicklung besonders in den Fokus. Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist in den letzten 20 Jahren von 4 Mio. im Jahr 2000 auf 6 Mio. im Jahr 2022 kontinuierlich gestiegen [1]. Davon waren im Jahr 2022 rund 399 000 Beschäftigte in den Berufen der Heilmittelerbringer und des Hebammenwesens tätig [2]. In Bayern versorgen etwa 11 000 Heilmittelerbringer die Bevölkerung Bayerns, wobei eine genaue Angabe aufgrund von fehlenden Daten diesbezüglich nur unzureichend getroffen werden kann [3], [4]. In der Berufsgruppe der Hebammen versorgen 3507 selbstständig tätige Hebammen (Jahr 2022) und 655 im Krankenhaus angestellte Hebammen (Jahr 2021) die Bevölkerung Bayerns [3], [5].

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Heilmittel lagen im Jahr 2023 bei mehr als 12 Milliarden Euro und haben sich im Vergleich zu 2012 verdoppelt [6], [7]. Der steigende Bedarf an Heilmitteln ergibt sich unter anderem aus der demografischen Entwicklung der deutschen Bevölkerung, da Menschen höheren Alters deutlich häufiger Heilmittel benötigen [4]. Durch die demografische Entwicklung kommt es somit einerseits zu einem steigenden Bedarf an Heilmittelerbringerleistungen und andererseits zu Versorgungsengpässen im Hinblick auf qualifiziertes Personal im Gesundheitssektor [8]. Den Fachkräftemangel betrifft die Berufsgruppe der Hebammen gleichermaßen, auch wenn seit 2021 in Deutschland ein Geburtenrückgang zu beobachten ist. Im Jahr 2022 wurden deutschlandweit 738 819 Kinder geboren, das entspricht 8 % weniger Neugeborenen als im Vorjahr [9]. Auch in Bayern sank im Jahr 2022 erstmals seit 2012 die Zahl der Geburten (von 134 000 auf 125 000) [10].

Aufgrund fehlender gesetzlicher Planungsinstrumente hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) ein Fachkräftemonitoring für Hebammen und Heilmittelerbringer in Bayern in Auftrag gegeben. Dieser Forschungsauftrag wird im Rahmen der HELPER-Studie umgesetzt. Das Akronym „**HELPER**“ steht für die Gesundheitsfachberufe der **H**ebammen, der **L**ogopädie, der **P**hysiotherapie und **P**odologie sowie der **E**rgotherapie und Fachkräfte der **E**rnährungstherapie. Das **ER** steht außerdem für das Universitätsklinikum Erlangen und die Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) als ausführende Institutionen.

Ziel ist es, auf der Basis valider Daten die aktuelle Versorgungssituation mit Hebammen und Heilmittelerbringer in Bayern darzustellen, sowie deren berufliche Situation abzubilden. Dadurch soll einerseits die bestehende Datenlücke zur Versorgungssituation in Bayern geschlossen werden und andererseits sollen Handlungsoptionen für die künftige Versorgung in Bayern abgeleitet werden.

In einem weiteren Schritt soll der regionale Bedarf an Hebammen und Heilmittelerbringern ermittelt werden, um Regionen mit struktureller Über- oder Unterversorgung abbilden zu können (White-Spot-Analyse) und einen effizienten Einsatz sowie die Umverteilung von Ressourcen zu ermöglichen. Diese Daten sollen in einem dritten Schritt genutzt werden, um künftige Engpässe zu vermeiden, den zu erwartenden Bedarf abzudecken und Trends zu erkennen.

Das HELPER-Projekt soll dazu beitragen, die Versorgung der im Freistaat Bayern lebenden Personen mit Hebammenleistungen und Heilmitteln zu gewährleisten, indem der bestehende und zukünftige Fachkräftebedarf in den Berufsgruppen erfasst wird und (regionale) Engpässe somit rechtzeitig identifiziert werden können.

Durch den modularen Aufbau der Befragung kann das Projekt in Zukunft auf weitere Berufsgruppen der Gesundheitsfachberufe ausgeweitet werden. Auch fortlaufende Erhebungen in regelmäßigen Zeitabständen sind künftig denkbar, um ein suffizientes Monitoring zu etablieren.

(Förderkennzeichen: G31e-A0720-2022/1-87)

2 Wissenschaftlicher Hintergrund

In den nachfolgenden Kapiteln werden die aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen in den Bereichen der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung beleuchtet. Außerdem werden die Berufe der Hebamme sowie der Heilmittelerbringer im Einzelnen vorgestellt.

2.1 Herausforderungen der aktuellen Gesundheitsversorgung

Akteure des deutschen Gesundheitswesens werden mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Versorgung durch Heilmittelerbringer sowie mit Hebammen werden im Folgenden skizziert.

Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel in Deutschland ist ein vielfach thematisiertes und diskutiertes Problem, das zahlreiche Bereiche des deutschen Arbeitsmarktes einschließlich vieler Berufe im Gesundheitswesen betrifft [8]. Laut Bundesagentur für Arbeit zählen die Heilmittelerbringer in den Bereichen der Ergo- und Physiotherapie zu den 10 beschäftigungsstärksten Engpassberufen im Jahr 2023. Ein Engpass liegt dann vor, wenn die Bundesagentur für Arbeit Auffälligkeiten in folgenden Parametern meldet: Abgeschlossene Medianvakanzzeit der Stellenausschreibungen, Arbeitsuchenden-Stellen-Relation, die berufsspezifische Arbeitslosenquote, eine Veränderung des Anteils ausländischer Beschäftigung, die Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit und die Entgeltentwicklung [11]. Eine aktuelle Erhebung beschreibt einen erhöhten Personalbedarf an Heilmittelerbringern in Nordrhein-Westfalen, wo seit 2016 in allen Therapieberufen tendenziell mehr unbesetzte und offene Stellen gemeldet wurden [12]. Insbesondere in den Therapieberufen Ergo- und Physiotherapie sowie der Logopädie zeigt die Erhebung einen gravierenden Mangel an Fachkräften auf, der aktuell nicht gedeckt werden kann [12]. Für den Freistaat Bayern erfolgte eine solche Erhebung erfolgte bisher nicht systematisch.

Beschäftigte im Gesundheitswesen klagen über alle Berufsgruppen hinweg über eine geringe Arbeitszufriedenheit. Eine 2009 vom U.S. Commonwealth Fund in 11 Ländern durchgeführte Umfrage an Ärzten ergab, dass 82% der Befragten grundlegende Änderungen im Gesundheitssystem als notwendig erachten [13]. 73% der Befragten gaben an, dass durch zuletzt vorgenommene Reformen die Qualität der Patientenversorgung zurückgegangen ist [13]. Aktuelle Zahlen der Deutschen Industrie- und Handelskammer aus dem Jahr 2023 zeigen ein ähnliches Bild. So wird von Akteuren im Gesundheitswesen die wirtschaftliche Gesamtlage als eher schlecht empfunden [8]. Als besondere Geschäftsrisiken werden der Fachkräftemangel,

Energie- und Rohstoffpreise, sowie Personalkosten genannt [8]. Verdeutlicht wird die Unzufriedenheit durch die Auswertung von 1000 Brandbriefen von Heilmittelerbringern: Die Gesundheitsfachberufe befinden sich trotz hoher beruflicher Qualifikation in einer Gratifikationskrise, da ein steigender Arbeitsaufwand nicht oder nur unzureichend durch Gehalt, Anerkennung und Arbeitsplatzsicherheit ausgeglichen wird [14]. In einer quantitativen Studie der Hochschule Fresenius aus dem Jahre 2016 werden Gründe für eine Abwanderung aus den Therapieberufen genannt: Laut der Befragung führen insbesondere finanzielle Gründe, fehlende Perspektiven und bürokratische Hürden zur Berufsaufgabe [15]. So ist jeder vierte von 984 Befragten aus dem Beruf ausgestiegen und von den verbliebenen Therapeuten dachte jeder zweite über die Berufsaufgabe nach [15].

Demografischer Wandel

Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in der Gesellschaft ist in Deutschland von 10 % im Jahr 1950 auf 22 % im Jahr 2021 gestiegen [16]. Im Jahr 2070 werden 21,2 Mio. 67-Jährige und Ältere lediglich 45,9 Mio. 20- bis 66-Jährigen gegenüberstehen [17]. Ähnliches gilt für die aktuell 13,4 Mio. Einwohner im Freistaat Bayern [18]. Prognosen zur Bevölkerungsveränderung zeigen, dass die Bevölkerungsgruppen der 18- bis unter 65-Jährigen bis zum Jahr 2042 im Vergleich zum Jahr 2022 um jeweils ca. 2 % abnehmen werden, während die der 65-Jährigen oder Älteren in Bayern um etwa 26 % zunehmen wird [18].

Diese Bevölkerungsentwicklung wirkt sich auf allen Ebenen des Sozial-, Renten- und Gesundheitswesens aus und hat unmittelbare Konsequenzen für die direkte Versorgung von Menschen durch Hebammen und Heilmittelerbringer. Je mehr sich die vorangehend skizzierten Entwicklungen des Gesundheitswesens durch den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel zuspitzen, desto stärker wird das Ungleichgewicht in der direkten Versorgung durch Heilmittelerbringer und Hebammen.

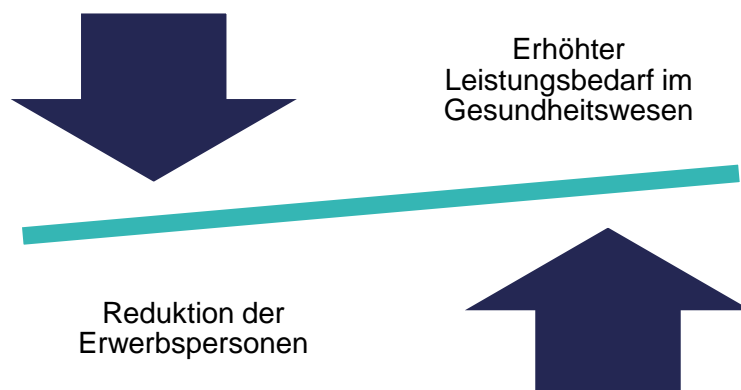


Abbildung 1 Folgen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen

2.2 Versorgung mit Hebammen und Heilmittelerbringern in Deutschland und Bayern

Erwerbstätige der Gesundheitsfachberufe sind in Deutschland integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Berufe der Hebammen und Heilmittelerbringer zählen zu den Heilberufen, welche den geregelten Berufen der Gesundheitsberufe zuzuordnen sind [19]. Nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz regelt der Bund die Zulassung von Heilberufen, weshalb die Berufsbezeichnungen durch Bundesgesetzte geschützt sind [19].

Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL) und Hebammenhilfevertrag

Die freiberufliche Hebammenhilfe wird in § 24d SGB V Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe geregelt. Somit haben Versicherte während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung sowie in der Wochenbettbetreuung bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe [20]. Näheres regelt der seit 2007 geschlossene Vertrag nach § 134a SGB V über die Versorgung mit Hebammenhilfe und seine Anlagen [21]. Primär regelt dieser Vertrag die Voraussetzungen, nach denen freiberufliche Hebammen Leistungen erbringen und mit den Krankenkassen abrechnen dürfen.

Versicherte der GKV haben Anspruch auf medizinisch notwendige Heilmittel. Die Voraussetzung für die Verordnung von Heilmitteln und die zu erbringenden Leistungen sind in der Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) verankert [22]. Sie definiert die Notwendigkeit einer Heilmittelverordnung, regelt die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten sowie den entsprechenden Heilmittelerbringern und legt die Leistungserbringung fest [22]. Dementsprechend sind Heilmittelerbringer weisungsgebunden und handeln auf Anordnung eines verordnenden Arztes. Dieser Vertragsarzt ist verantwortlich für die jeweilige Heilmittelverordnung zu Lasten der Krankenkassen [22].

Aufgabe der Heilmittelerbringer ist das Lindern und/oder das Heilen einer Krankheit. Der Fokus liegt hierbei auf der Unterstützung von Betroffenen in deren individuellen Situationen. Dies beinhaltet sowohl den Erhalt, als auch die Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im täglichen Leben von Betroffenen unter der Berücksichtigung von Faktoren wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit, sowie das Einbeziehen möglicher Unterstützung durch Angehörige und Bezugspersonen [23].

Eine weitere wichtige Aufgabe der Heilmittelerbringer ist die Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Dazu gehören sämtliche Interventionen, die negative Auswirkungen vermeiden

oder verringern können und damit Kosten für das Gesundheitssystem minimieren [24]. Man unterscheidet drei Stufen der Krankheitsprävention [24]:

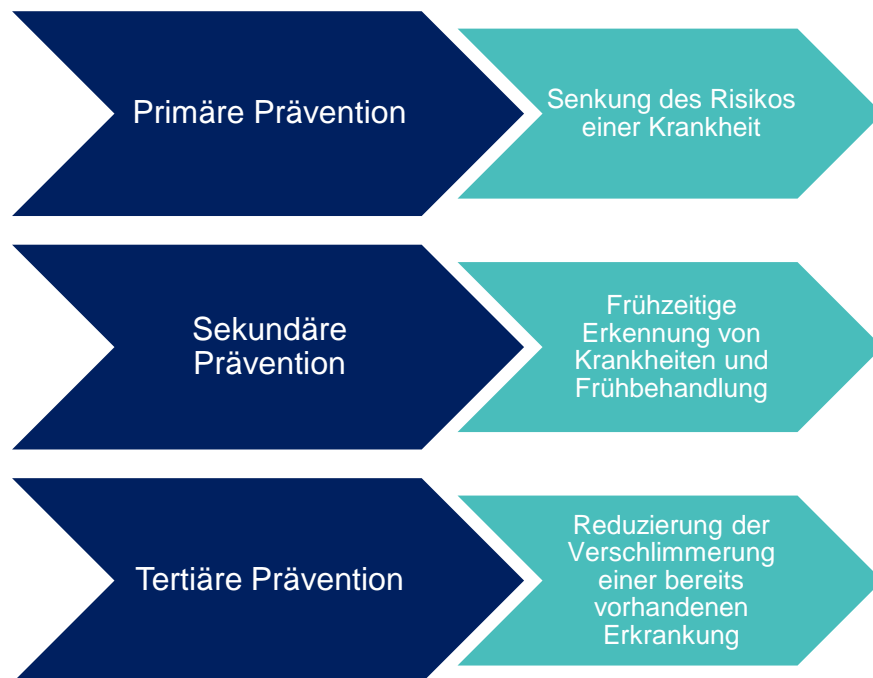


Abbildung 2 Ziele der Prävention

Als Heilmittel definiert sind nach HeilM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) folgende Maßnahmen [22]:

- Maßnahmen der Physiotherapie
- Maßnahmen der Podologischen Therapie
- Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Maßnahmen der Ergotherapie
- Maßnahmen der Ernährungstherapie

Anzahl der Heilmittelerbringer und Hebammen in Deutschland und Bayern

Die beiden größten Gruppen der therapeutischen Gesundheitsfachberufe bilden gemäß der Gesundheitspersonalrechnung des statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2022 die Physiotherapie mit 245 000 und die Ergotherapie mit 67 000 bundesweit Beschäftigten [2]. Daran schließt sich die Gruppe der Logopädie und Sprachtherapie mit 32 000 Beschäftigten an, gefolgt von den Hebammen mit 28 000 Beschäftigten [2]. Die kleinsten Gruppen bilden 19 000 Podologen und 8000 Fachkräfte für Ernährungstherapie [2].

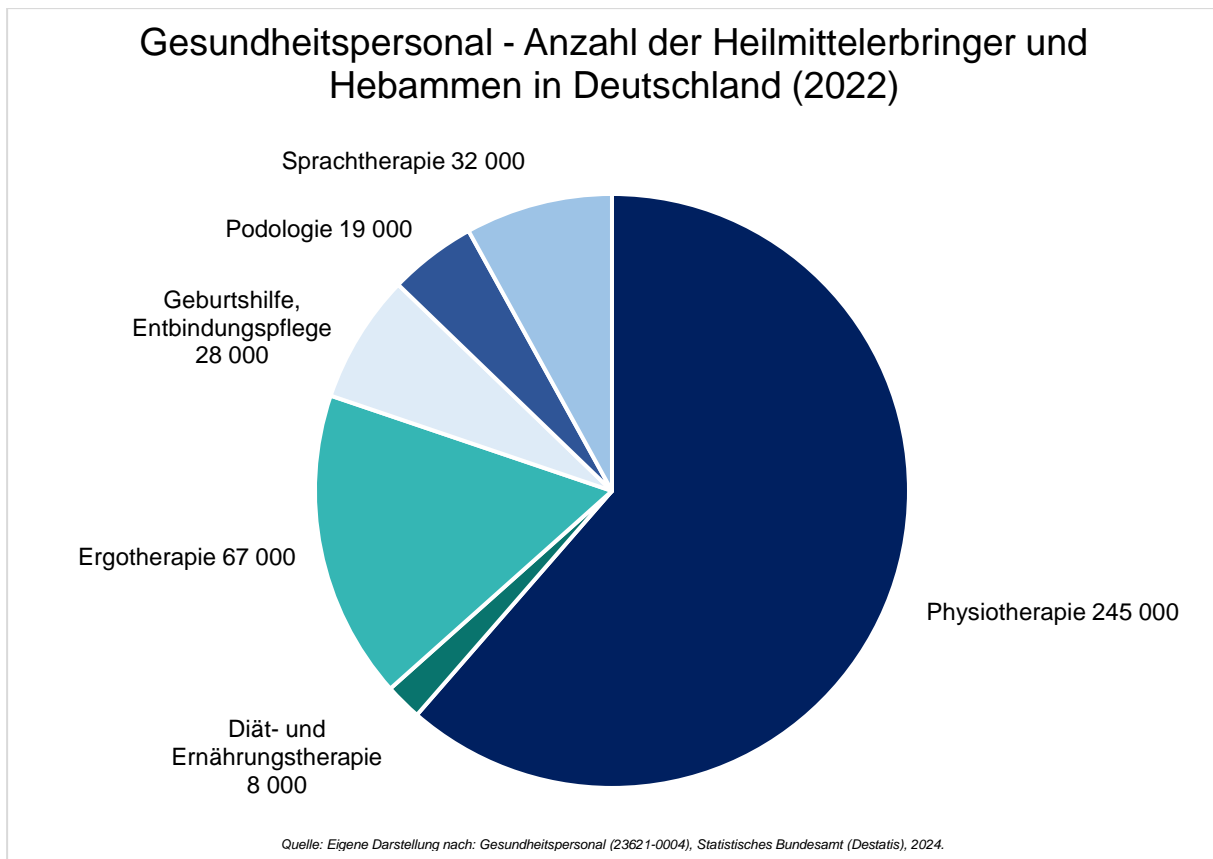


Abbildung 3 Gesundheitspersonal – Anzahl der Heilmittelerbringer und Hebammen (2022)

Nach Angaben des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) versorgen 11 059 Heilmittelerbringer die Bevölkerung Bayerns [3], während in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen laut Statistischem Jahrbuch für Bayern 9329 Heilmittelerbringer tätig sind [4]. Eine genaue Aussage über die in Bayern ambulant praktizierenden Heilmittelerbringer kann nur unzureichend getroffen werden, da es derzeit kein Register über die in Bayern tätigen Therapeuten gibt. In der Berufsgruppe der Hebammen sind deutschlandweit im Jahr 2022 insgesamt 18 196 Personen freiberuflich tätig, darunter bieten 4234 das komplette Spektrum der Hebammentätigkeit inklusive der Begleitung von Geburten und 13 962 die reine Wochenbettbetreuung und Schwangerschaftsvorsorge an [25]. Über die angestellt tätigen Hebammen kann keine Aussage getroffen werden, da hier kein Register vorliegt. In Bayern versorgen 3507 freiberuflich tätige Hebammen (Jahr 2022) und 655 im Krankenhaus angestellte Hebammen (Jahr 2021) die Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen [3], [5].

Hebammen- und Heilmittelerbringerliste

2019 hat der Gesetzgeber für Hebammen § 134 a Abs. 2 SGB V und für Heilmittelerbringer § 124 Abs. 2 SGB V ergänzt, worin die Pflicht des Bundes- oder Landesverbandes der jeweiligen Berufsgruppe darin besteht, Daten von Hebammen und Heilmittelerbringern an den Spit-

zenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) weiterzuleiten [21], [26]. Dementsprechend existiert seit 2019 die digitale Hebammen- und Heilmittelerbringerliste des GKV-Spitzenverbandes [27], [28]. Diese ermöglicht den Versicherten die Suche nach freiberuflichen Hebammen sowie Therapeuten aus den Heilmittelbereichen der Physiotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie, Podologie und der Ernährungstherapie in ihrer Nähe. Die Hebammen und Heilmittelerbringer selbst sind jedoch weder zur Listung noch zur Mitgliedschaft in einem Bundes- oder Landesverband verpflichtet. In Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen tätige Therapeuten sowie angestellte Hebammen sind zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Hebammen- und Heilmittelerbringersuche des GKV eingeschlossen.

Kosten erbrachter Heilmittel und Hebammenhilfe

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland beliefen sich im Jahr 2022 auf knapp 500 Mrd. Euro [29]. Die Gesamtausgaben der GKV betragen im Jahr 2022 288,79 Mrd. Euro [7]. Die Ausgaben der GKV für Heilmittel in Deutschland sind im Zeitraum von 2012 bis 2022 kontinuierlich von 4,99 Mrd. Euro auf 10,95 Mrd. Euro angestiegen und haben sich somit mehr als verdoppelt [7]. Folglich beträgt der Anteil der Ausgaben für Heilmittel etwa 4 % der Gesamtausgaben der GKV, worauf die folgende Abbildung genauer eingeht:

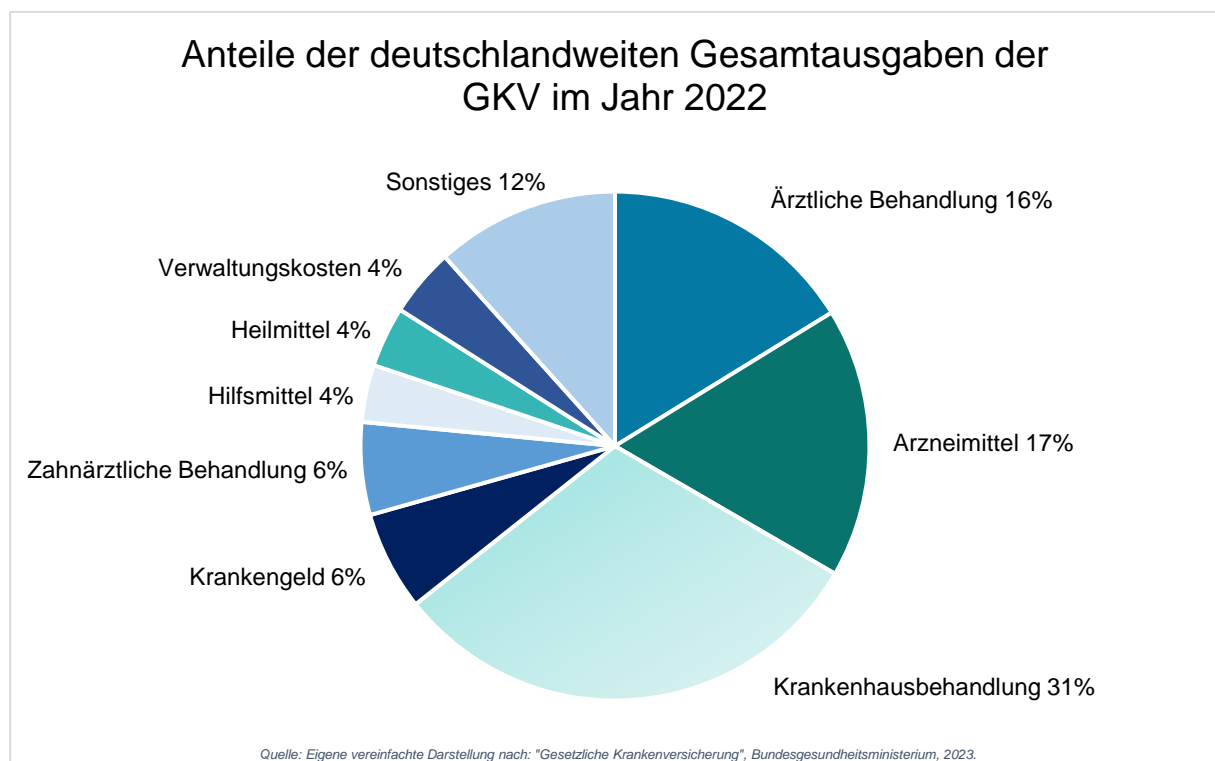


Abbildung 4 Anteile der Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2022

Laut dem GKV-Schätzerkreis werden sich die Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2025 voraussichtlich auf 294,7 Mrd. Euro erhöhen [30].

Nach Angaben der BARMER sind von 2018 bis 2021 die Kosten pro Heilmittelpatient um fast 35 % gestiegen [31]. Der Großteil der Leistungsausgaben entfiel mit 75 % auf die Physiotherapie, fast 14 % auf die Ergotherapie und 8,5 % auf die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie [31]. Die Heilmittelleistungen der Podologie und der Diät- und Ernährungstherapie belaufen sich auf unter 1 % der Gesamtkosten [31].

Für den Bereich Schwangerschaft und Mutterschaft betragen die Ausgaben der GKV, ohne stationäre Entbindungen, im Jahr 2023 insgesamt 1,48 Mrd. Euro [6]. Der Anteil dieser Ausgaben beträgt damit aktuell 0,51 % der gesamten GKV-Ausgaben [6]. Für Hebammenleistungen wurden durch die GKV im Jahr 2022 insgesamt rund 745 Mio. Euro ausgegeben [25].

Im Jahr 2023 stiegen die bei der GKV generierten Umsätze von Heilmittelleistungen im Vergleich zum Vorjahr erneut an. Der Umsatz stieg um etwa 9 % im Bereich der Physio- und Ergotherapie und Logopädie, um 19,5 % in der Podologie und um 40 % in der Diät- und Ernährungstherapie [32]. Hierdurch wird ein steigender Bedarf an Heilmittelleistungen deutlich.

Anzahl erbrachter Heilmittel und Anzahl der Geburten in Deutschland

Im Jahr 2023 wurden laut GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland über 262 Mio. Behandlungseinheiten der Physiotherapie, mehr als 30 Mio. Behandlungseinheiten der Ergotherapie, knapp 18 Mio. Behandlungen der Sprachtherapie und etwa 9 Mio. Behandlungen der Podologie durchgeführt [32]. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sind die Behandlungen in sämtlichen therapeutischen Bereichen um 3 bis 11 % gestiegen [32]. Im Bereich der Ernährungstherapie zeigte sich eine Steigerung um 26 % im Vergleich zum Vorjahr auf 3000 Behandlungen im Jahr 2023.

Deutschlandweit wurden im Jahr 2022 insgesamt 738 819 Kinder geboren [9]. Davon wurden nach Angaben der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) deutschlandweit 14 401 und bayernweit 3713 Kinder außerklinisch, d.h. zu Hause oder in hebammengeleiteten Einrichtungen geboren, das entspricht 1,94 % aller in Deutschland geborenen Kinder. Dabei wurden in Deutschland 7772 und in Bayern 1608 der geplant begonnenen Geburten im häuslichen Umfeld sowie deutschlandweit 9178 und bayernweit 2105 in hebammengeleiteten Einrichtungen betreut [33].

2.3 Aktuelle Entwicklungen der Versorgung durch Hebammen und Heilmittelerbringer

Akademisierung der Hebammen und Heilmittelerbringer

Um den gesellschaftlichen Herausforderungen und dem erhöhten Bedarf an adäquaten Versorgungsleistungen gerecht zu werden, empfahl der Wissenschaftsrat bereits im Jahr 2012 eine Teilakademisierung von 10 - 20% für die Therapieberufe Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie [23].

Seit 2009 besteht neben der Ausbildung zum Physio- und Ergotherapeuten sowie in der Logopädie/Sprachtherapie auch die Möglichkeit, einen Modellstudiengang auf Bachelor-Niveau zu absolvieren. In der Folge wurden sowohl primärqualifizierende, als auch ausbildungsintegrierende und -begleitende sowie additive Bachelorstudiengänge der Therapieberufe überwiegend an Hochschulen aufgebaut [34]. Diese befinden sich derzeit weiterhin in einer mehrfach verlängerten Modellphase, was aufgrund der damit verbundenen Planungsunsicherheit zu einem Stillstand beim Aufbau primärqualifizierend-dualer Studiengänge geführt hat [23].

Die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments sieht die vollständige Akademisierung der Ausbildung zum Hebammenberuf bis zum 18. Januar 2020 vor. Dadurch gehen die Hebammen als Vorreiter aller Gesundheitsfachberufe in Deutschland den Weg in die Vollakademisierung. Somit ist das primärqualifizierende-duale Hochschulstudium aktuell der einzige Qualifizierungsweg für den Beruf der Hebamme [35]. Europaweit bildet Deutschland damit allerdings das Schlusslicht [35]. Das neue Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen [36] und die dazugehörige Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen sind am 1. Januar 2020 in Kraft getreten [37].

Eine Entwicklung hin zu einer Akademisierungsquote von 10 – 20 %, wie sie im Jahr 2012 vom Wissenschaftsrat empfohlen wurde, ist erkennbar [34]. Laut der Studie zur Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem (HQGplus-Studie) betragen die Akademisierungsquoten, d. h. das Verhältnis der Studienanfänger aller Formate der Bachelorstudiengänge zu der Anzahl neu aufgenommener Berufsschüler, im Jahr 2019 34,6 % bei der Logopädie, 15,9 % bei der Physiotherapie und 3 % bei der Ergotherapie [34]. Die Akademisierungsquote in der Hebammentätigkeit lag im Jahr 2019 bei 53,2 % und stellte die einzige Berufsgruppe mit einer Zunahme der Absolvierendenzahlen auf 183 dar [34]. Betrachtet man ausschließlich die primärqualifizierenden Studiengänge, betrug die Akademisierungsquote 6,1 % in der Physiotherapie, 1,6 % in der Ergotherapie, 3,1 % in der Logopädie und 15,7 % bei den Hebammen [34].

Die Zahl der Absolvierenden der Bachelorstudiengänge lag im Jahr 2019 bei 556 in der Physiotherapie, 171 in der Logopädie und 82 in der Ergotherapie [34]. Auch wenn die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe bereits seit 2009 immer wieder im Fokus von Bund und Ländern steht, ist der Anteil hochschulisch qualifizierter Heilmittelerbringer in der Versorgungspraxis derzeit noch gering [34], [38].

Abbildung 5 zeigt den prozentualen Anteil der Hebammen und Heilmittelerbringer mit akademischem Abschluss aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Jahr 2023. Es wird deutlich, dass der Anteil der Therapeuten mit akademischem Abschluss bei den Heilmittelerbringern insgesamt sehr klein ist [39]. Mit 36 % haben Beschäftigte der Sprachtherapie am häufigsten einen akademischen Abschluss, während die akademisierten Ergotherapeuten 16 % und Physiotherapeuten 19 % der sozialversicherungspflichtig Angestellten ausmachen, gefolgt von 14 % akademisierten Fachkräften der Diät- und Ernährungstherapie und 11 % akademisierten Hebammen. Die Podologie bildet mit einem Anteil von 7 % mit akademischem Berufsabschluss das Schlusslicht unter den akademisierten Heilmittelerbringern [39].

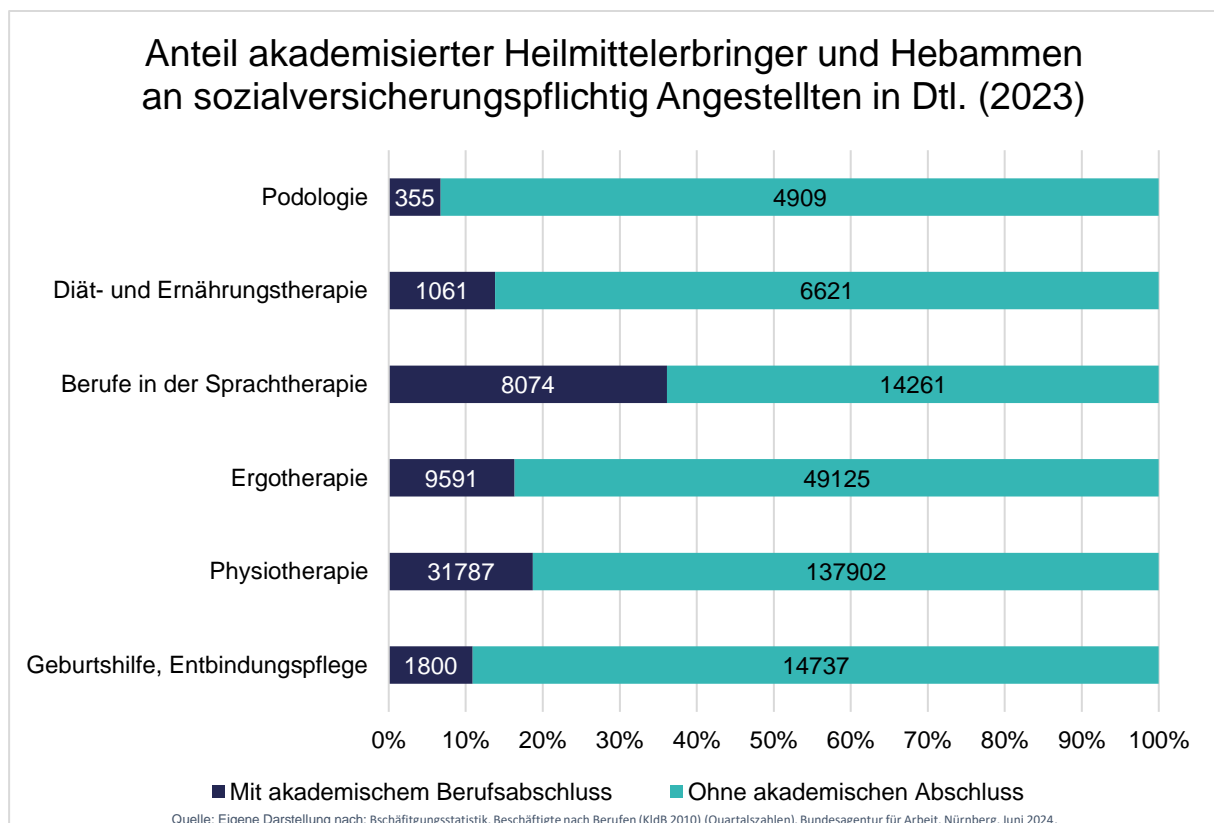


Abbildung 5 Anteil akademisierter Heilmittelerbringer und Hebammen an sozialversicherungspflichtig Angestellten

Termin- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Mit Wirkung des Termin- und Versorgungsgesetzes (TSVG) §124 SGBV und §134a SGB V vom 11.05.2019 ist der GKV-Spitzenverband nun verpflichtet, zugelassene Leistungserbringer und die dazugehörigen Kontaktdaten zu veröffentlichen [21], [26]. Ziel ist es, den Versicherten die Suche nach Hebammen und Heilmittelerbringern heimatnah zu vereinfachen. Mit der Einführung des TSVG wurden die Preise für Leistungen der Heilmittelerbringer bundesweit einheitlich [40]. Zusätzlich wurden mit dem TSVG Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz vorgenommen, wodurch finanzielle Mittel zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätigen Hebammen durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden können [41].

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Neben den medizinisch notwendigen Heilmitteln gibt es „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL). Dabei handelt es sich um Leistungen bzw. Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung, oder Therapie, deren Nutzen bislang noch nicht bewiesen werden konnte. Aufgrund dessen gehören diese Leistungen per Gesetz nicht zu den Leistungen der GKV und sind nicht im festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen verankert [42].

Telemedizinische Leistungen (TML)

2022 erfolgte das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG) zur Regelung von Telemedizinischen Leistungen (TML), wodurch Hebammenhilfe und Heilmittel auch online erbracht werden können [21], [22], [43]. Insbesondere während der Corona-Pandemie, aber auch zur Versorgung im ländlichen Raum haben Teletherapie, Videosprechstunden und digitale Kursangebote an Bedeutung gewonnen. Dennoch gilt die Erbringung von Heilmitteln im Rahmen eines unmittelbar persönlichen Kontaktes als derzeit etablierter fachlicher Standard und hat Vorrang vor der Erbringung telemedizinischer Leistungen [22]. Zudem müssen die erste Behandlung und regelmäßige Verlaufskontrollen im unmittelbar persönlichen Kontakt erfolgen [22].

Blankoverordnung / Direktzugang / Eigenständigkeit der Hebammenhilfe

Im Jahr 2024 wurde die „Blankoverordnung“ verabschiedet [44]. Dadurch können Heilmittelerbringer mehr inhaltliche und wirtschaftliche Verantwortung hinsichtlich therapierelevanter Entscheidungen bekommen und nach Diagnosestellung durch den Arzt selbst über Heilmittel, Menge und Frequenz der Therapie entscheiden [40]. Die Blankoverordnung ist seit April 2024 vorerst für drei Diagnosegruppen der ergotherapeutischen Behandlung sowie seit November

2024 für die physiotherapeutische Behandlung von Schultererkrankungen möglich [44]. Aufgrund der Komplexität der Blankverordnung ist die Implementierung ein langwieriger Prozess [44]. Durch Streichen der Delegationshinweise in der Mutterschafts-Richtlinie im Jahr 2023 wird die Eigenständigkeit der Hebammenhilfe stärker betont [20], [45], [46].

2.4 Vorstellung der einzelnen Berufsgruppen

Nachfolgend werden die Berufsgruppen der Hebammen und Heilmittelerbringer im Einzelnen vorgestellt. Insbesondere wird auf die jeweiligen Tätigkeitsbereiche, die rechtliche Grundlage, Vergütung und Kosten der Versorgung, sowie auf die Ausbildungssituation eingegangen.

2.4.1 Versorgung mit Hebammen in Deutschland und Bayern

Um die Versorgungssituation mit Hebammen in Deutschland und Bayern genauer beurteilen zu können, ist es essenziell, nicht nur die reine Anzahl der deutschlandweit 18 196 [25] und bayernweit 3659 [47] freiberuflich tätigen Hebammen und der nur in Bayern bekannten Anzahl der 655 [5] angestellten Hebammen zu betrachten, sondern zusätzlich einen Blick auf die tatsächlich erbrachte Arbeitszeit zu werfen. Laut der Umfrage „Stationäre Hebammenversorgung“ des IGES Instituts aus dem Jahr 2019 arbeitet nur etwa ein Drittel der angestellten Hebammen im Jahr 2018 in Deutschland in Vollzeit [48]. Nach den Ergebnissen einer weiteren Studie des IGES Instituts zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern arbeiteten im Jahr 2016 insgesamt 38 % der angestellten Hebammen in Vollzeitbeschäftigung und 62 % in Teilzeitbeschäftigung. Bei den freiberuflich tätigen Hebammen lag in diesem Jahr die Vollzeitbeschäftigung bei 48 % und die Teilzeitbeschäftigung bei 51 % [49].

Betrachtet man die Arbeitszeit näher, geben sowohl angestellt tätige (59,6 %) als auch freiberuflich tätige (66 %) Hebammen an, dass sich ihre Arbeitszeit in den letzten fünf Jahren erhöht hat. Insgesamt haben die angestellten Hebammen unabhängig vom vertraglich geregelten Beschäftigungsumfang im Jahr 2018 bzw. 2016 pro Monat deutschlandweit 12,6 Überstunden [48] und bayernweit 13,5 Überstunden [49] geleistet. 41 % der befragten angestellten Hebammen und 32 % der freiberuflichen Hebammen stimmen der Aussage „Alles in allem war ich im Jahr 2016 mit meinen Arbeitszeiten zufrieden“ gar nicht oder nur wenig zu. Über eine Arbeitszeitreduzierung dachten insgesamt 60 % der Hebammen in der Freiberuflichkeit und 42 % im Angestelltenverhältnis nach. Als häufigster Grund wurde die deutlich angestiegene Arbeitsbelastung genannt [49].

Aufgaben und Anwendungsgebiete in der Hebammentätigkeit

Hebammen begleiten und betreuen Frauen in eigener Verantwortung während regelrechten Vorgängen der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit, außerdem sind sie für die Pflege und Überwachung der Neugeborenen und Säuglinge zuständig [36] [50]. Bei Regelwidrigkeiten und Risikofaktoren ist ein Arzt oder eine Ärztin hinzuzuziehen [50].

Im Jahr 2019 hat der internationale Hebammenverband „International Confederation of Midwives“ (ICM) die „Grundlegenden Kompetenzen für die Hebammentätigkeit“ veröffentlicht [51]:

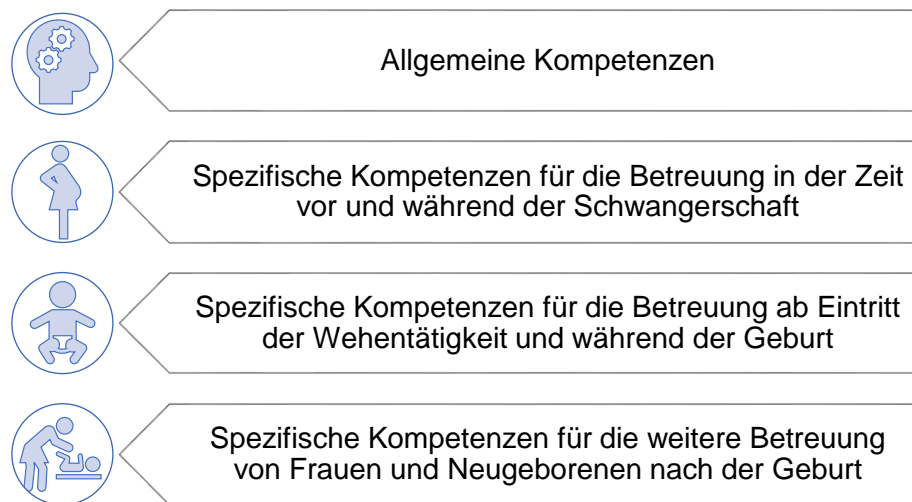


Abbildung 6 Grundlegende Kompetenzen für die Hebammentätigkeit weltweit

An diesen Kompetenzen orientieren sich auch die Leistungsbereiche aus dem §24d SGB V [20]. Auf dieser Grundlage werden von den Hebammen sowohl Leistungen erbracht, welche vor der Betreuung mit den Frauen abgesprochen werden oder von Seiten der Hebamme im Sinne ihres gesetzlichen Auftrags als notwendig erachtet werden.

Etwas ausführlicher werden die Tätigkeiten von Hebammen in der Bayerischen Hebammenberufsordnung aufgezeigt [50]. Die folgende Abbildung 7 zeigt beispielhafte Ausschnitte:



Aufklärung und Beratung zur Familienplanung
Feststellen der Schwangerschaft
Beobachtung der regelrechten Schwangerschaft
Untersuchungen zum Verlauf der regelrechten Schwangerschaft
Feststellen regelwidriger Schwangerschaftsverlauf und Weiterleitung
Aufklärung über Pränataldiagnostik
Hilfestellung bei Schwangerschaftsbeschwerden und Wehen
Schwangerschaftsberatung
Geburtsvorbereitung
Beratung zur Hygiene und Ernährung
Überwachung des Fötus in der Gebärmutter



Betreuung während der Geburt
Betreuung von Tot- und Fehlgeburten
Durchführung von Normalgeburten in Schädellage und Beckenendlage
Durchführung eines Dammschnitts
Ausführung der Damмнаht nach einem unkomplizierten Dammriss
Erkennen von Anzeichen einer Regelwidrigkeit bei Mutter und Kind
Hilfeleistung bei ärztlichen Maßnahmen
Sofortiger Beginn von Notfallmaßnahmen bei Abwesenheit des Arztes



Untersuchung, Überwachung und Pflege des Neugeborenen
Prophylaxe-Maßnahmen des Neugeborenen
Blutentnahme beim Neugeborenen
Aufklärung und Durchführung der Screening-Untersuchungen
Pflege der Wöchnerin und Überwachung ihres gesundheitlichen Zustands
Beratung zur Pflege, Hygiene und Ernährung des Neugeborenen
Stillberatung und Stillförderung
Beratung zu U-Untersuchungen und Impfschutz
Rückbildung

Abbildung 7 Tätigkeiten von Hebammen nach der Bayerischen Hebammenberufsordnung

Diese Tätigkeiten können in zwei Formen des Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden, nämlich freiberuflich oder angestellt im klinischen sowie im außerklinischen Setting. Freiberufliche Hebammen sind zum Beispiel in der Schwangerenvorsorge und -beratung, der Geburtsvorbereitung, als Hausgeburts- oder Beleghebamme, in hebammengeleiteten Einrichtungen und Geburtshäusern, als (Familien-) Hebammen in den Frühen Hilfen, in der Wochenbettbetreuung und der gesamten Stillzeit oder in der Phase der Familienbildung bzw. Bindungsförderung tätig. Das Aufgabenfeld der angestellten Hebammen liegt dabei in den Kreißsälen oder Wochenbettstationen der Kliniken, in Hebammenpraxen, als Hebammenwissenschaftler oder Pädagogen oder als Familienhebammen bei sozialen Trägern sowie im öffentlichen Dienst [52].

Im Jahr 2016 wurde von 92 % der rein freiberuflich tätigen Hebammen und von 87 % der sowohl angestellt als auch freiberuflich tätigen Hebammen die Leistung der Wochenbettbetreuung angeboten. Die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung wurde von 84 % der rein freiberuflichen Hebammen und von 65 % der kombiniert angestellt und freiberuflich tätigen Hebammen zur Verfügung gestellt [49]. Etwa 50 % der freiberuflich tätigen Hebammen bot Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse an [49]. Leistungen außerhalb des Hebammenvertrages wurden von 40 % der ausschließlich freiberuflich und 30 % der sowohl freiberuflich als auch angestellt tätigen Hebammen angeboten [49]. Im Leistungsbereich Geburtshilfe boten von den befragten rein freiberuflich tätigen Hebammen 33 % Beleggeburten im Schichtdienst, 9 % Hausgeburtshilfe, 5 % Beleggeburten in 1:1-Betreuung und 5 % Geburten in einer hebammengeleiteten Einrichtung an [49].

Familienhebammen sind Hebammen mit einer spezifischen Weiterbildung, die sie für die Arbeit im Zusammenhang mit den Frühen Hilfen qualifiziert [53]. Familienhebammen beraten und betreuen Familien, Schwangere und Mütter mit erhöhten gesundheitlichen, psychosozialen oder sozioökonomischen Belastungen ab Beginn der Schwangerschaft bis zu ein Jahr nach Geburt und im Bedarfsfall darüber hinaus. Bei den Frühen Hilfen handelt es sich nicht um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern um Leistungen, die durch die Jugendämter in Bayern finanziert werden. Durch die systematische Vernetzung von regionalen Angeboten der Frühen Hilfen und die strukturelle Verankerung interdisziplinärer Zusammenarbeit agieren sie als Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe. Die Leistungen einer Familienhebamme können von betroffenen Familien oder Frauen freiwillig in Anspruch genommen werden [54].

Rechtliche Grundlagen freiberuflicher Hebammentätigkeit

Die rechtliche Situation der freiberuflichen Hebammenhilfe in Deutschland wird in §24d SGB V Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe geregelt [20]. Somit haben Versicherte während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung sowie bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Näheres regelt der SGB V §134a Versorgung mit Hebammenhilfe [21]. Zusätzlich unterscheiden sich die gesetzlichen Vorgaben und Regularien zur Erfassung von Hebammenleistungen auf Länderebene [36], [50]. In § 8 BayHebBO ist geregelt, dass alle freiberuflich tätigen Hebammen dazu verpflichtet sind, sich gemäß Art. 10 Abs. 3 des Gesundheitsdienstgesetzes zu Beginn und Beendigung der Berufsausübung sowie bei Änderungen der Niederlassung bei dem für den Ort der Niederlassung zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich zu melden [50], [55].

Seit Ende 2023 steht Hebammen neben dem Gruppenversicherungsvertrag des Deutschen Hebammenverbandes ein weiteres Versicherungsangebot für Hebammen und Geburtshäuser durch das genossenschaftliche Heilwesennetzwerk zur Verfügung. Diese Wahlmöglichkeit soll die Situation der freiberuflich tätigen Hebammen bei der Auswahl der Versicherung stärken und von der Gefahr einer persönlichen Haftung entlasten [56].

Vergütung von Hebammen

Für angestellte Hebammen erfolgt die Vergütung gemäß Tarifvertrag. Dazu kommen Zuschläge für Nacharbeit und Arbeit an Sonn- und Feiertagen. Freiberufliche Hebammen rechnen ihre Leistungen direkt mit den Krankenkassen im Sinne des Hebammenhilfe-Vertrages und der Anlage 1.3 ab. Dazu muss die Hebamme dem Vertrag allerdings beigetreten sein [57], [58]. Mit der Krankenkasse rechnet die freiberufliche Hebamme jede erbrachte Leistung einzeln ab [57], [58]. Seit 2015 zahlt die gesetzliche Krankenkasse einen Sicherstellungszuschlag, um die gestiegenen Kosten der Berufshaftpflichtversicherung von geburtshilflich tätigen Hebammen auszugleichen [25]. Zusätzlich erhalten freiberufliche Hebammen im Rahmen der Akademisierung des Hebammenberufs Pauschalen für die Weiterbildung zur Praxisanleitung (9730 Euro) und für die Anleitung einer Studierenden im Umfang von 480 Stunden (6600 Euro). Voraussetzung ist ein abgeschlossener Kooperationsvertrag mit einem ausbildendem Krankenhaus [25]. Zudem übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für die Anbindung von Hebammen und Geburtshäuser an die Telematikinfrastuktur und den Betrieb der Telematikinfrastuktur [25].

Studium an Universitäten und Hochschulen

Durch die vollständige Akademisierung des Hebammenberufes wurde seit 2020 die Hebammenausbildung in den Berufsfachschulen nach und nach durch primärqualifizierende duale Studiengänge an Universitäten und Hochschulen abgelöst. Die Studienzeit kann zwischen drei bis vier Jahren liegen. Bei einem Hebammenstudium handelt es sich um einen dualen Studiengang, der mindestens 2200 Stunden Theorie und mindestens 2200 Stunden Praxis im klinischen und außerklinischen Bereich umfasst. Der theoretische Teil des Studiums findet an einer Hochschule und der praktische Teil an einer kooperierenden Klinik oder bei freiberuflich tätigen Hebammen statt. Die Studierenden erhalten während ihres Studiums eine Vergütung. Die Weiterbildung zur Praxisanleitung sowie die Finanzierung der Praxisanleitung ist im Hebammenengesetz geregelt. Die Praxisbegleitung erfolgt durch die jeweilige Hochschule und unterstreicht dadurch die enge Verzahnung von Theorie- und Praxisausbildung. Mit erfolgreichem Studienabschluss erhalten die Absolventen nicht nur einen Bachelorabschluss, sondern auch die Berufszulassung als Hebamme und können damit europaweit tätig sein. Durch die

Akademisierung des Hebammenberufs wird der wissenschaftliche Anteil deutlich gesteigert, bleibt durch den dualen Charakter aber weiterhin praxisnah [36], [37].

Die Zahl der Bachelorstudiengänge ist von 2019 bis 2024 in Deutschland um das 3,5-fache von 14 auf 49 Studiengänge angestiegen. An sechs Standorten (Tübingen, Erlangen, München, Hannover, Ludwigshafen, Halle) in Deutschland ist es aktuell möglich einen Masterabschluss mit Bezug zur Hebammenwissenschaft zu erwerben [34], [59]. In Bayern wird das Bachelorstudium zur Hebamme an sechs Fachhochschulen und an drei Universitäten angeboten [37]. Seit 2023 ist das Masterstudium Midwifery-Led Care an der Katholischen Stiftungshochschule München möglich [60]. Ab 2025 beginnt sowohl an der OTH Regensburg der Masterstudiengang Hebammenwissenschaft [61] als auch der erste universitäre Masterstudiengang Advanced Healthcare – Interprofessionelle Gesundheitsversorgung mit Studienrichtung Hebammenwissenschaft an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg [62].

2.4.2 Ergotherapeutische Versorgung in Deutschland und Bayern

Die Ergotherapie bildet mit rund 67 000 Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens im Jahr 2022 die zweitgrößte Gruppe im Bereich der Therapieberufe in Deutschland [2]. Betrachtet man ausschließlich die Zahlen der sozialversicherungspflichtig Angestellten der Bundesagentur für Arbeit, so gab es bundesweit 58 716 Ergotherapeuten im Jahr 2023 [39]. Davon sind etwa 12 % männlich, während die Mehrheit mit ca. 88 % weiblich ist [2], [39]. Damit zählt auch die Ergotherapie zu den von Frauen dominierten Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Nur etwa 40 % davon arbeiten in Vollzeit, 60 % dieser Ergotherapeuten sind teilzeit- oder geringfügig Beschäftigte [2], [39].

Laut dem Bayerischen Landesamt für Statistik waren im Jahr 2021 1653 Ergotherapeuten in bayerischen Krankenhäusern und in 694 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig [4]. Auch hier dominiert der Frauenanteil mit etwa 85 % [4]. Im Zeitraum von 2018 bis 2021 ist die Gesamtzahl der Ergotherapeuten in Bayern, die in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätig waren, von insgesamt 2140 auf 2347 leicht angestiegen und damit um etwa 10 % innerhalb von drei Jahren [63]. Die vorangegangenen Angaben basieren auf den Daten der Bayerischen Landesärztekammer über stationäre Einrichtungen. Eine verlässliche Angabe über die gesamte Anzahl inklusive der ambulant tätigen Ergotherapeuten in Bayern kann aufgrund fehlender Daten nicht getroffen werden.

Aufgaben und Anwendungsgebiete in der Ergotherapie

Laut Heilmittelrichtlinie dienen „die Maßnahmen der Ergotherapie [...] der Wiederherstellung, Besserung, Erhaltung, Aufbau oder Stabilisierung oder Kompensation krankheitsbedingter

Schädigungen der motorischen, sensomotorischen, perceptiven und mentalen Funktionen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens“ [22]. Dafür werden aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren eingesetzt und unter Einsatz von funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen in der Therapie umgesetzt [22]. Dies beinhaltet Beratung zur Schul-, Arbeitsplatz- und Wohnraumsituation und Umfeldanpassungen, ebenso wie Adaptionen zur Kompensation verlorener Fähigkeiten [22]. Die Behandlungsformen der Ergotherapie lassen sich in motorisch-funktionelle, sensomotorisch-perzeptive und psychisch-funktionelle Behandlungen, sowie Hirnleistungstraining oder neuropsychologisch orientierte und therapieergänzende Maßnahmen unterteilen [22].

Ein Kernelement der Ergotherapie ist die Klientenzentrierung. Diesem Ansatz entsprechend wird in der Ergotherapie der Begriff des Klienten verwendet [64]. Während Patienten sich eher passiv behandeln lassen, werden Klienten aktiv in den therapeutischen Prozess einbezogen und übernehmen somit Eigenverantwortung, soweit es Ihnen möglich ist [64]. Ziel der ergotherapeutischen Behandlung ist das Erreichen der größtmöglichen Teilhabe im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [22].

Grundsätzlich erbringen Ergotherapeuten Leistungen während der gesamten Lebensspanne, sowie bei verschiedenen Erkrankungen. Dementsprechend sind sie in den folgenden Fachbereichen tätig [65]:



Abbildung 8 Fachbereiche der Ergotherapie

Rechtliche Grundlagen

Die Ergotherapie ist eine therapeutische Disziplin, deren Maßnahmen (ergotherapeutische Behandlungen) zu den Heilmitteln zählen. Die Behandlung muss per Definition persönlich durch einen entsprechend qualifizierten Ergotherapeuten im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung erbracht werden [22]. Die rechtliche Grundlage zur Ausübung des Berufes des Ergotherapeuten bildet in Deutschland das Ergotherapeutengesetz (ErgThG) von 1976, wonach eine dreijährige Ausbildung und die staatliche Prüfung für Ergotherapie bestanden worden sein muss [66].

Vergütung

Die Vergütung von Ergotherapeuten ist auf Bundesebene im Vertrag über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer für den Bereich Ergotherapie nach § 125 Absatz 1 SGB V geregelt [67]. Das Medianentgelt (brutto) für eine Vollzeitbeschäftigung betrug für Ergotherapeuten (Spezialisten der Berufsgruppe Nicht-ärztliche Therapie & Heilkunde) im Jahr 2023 in Deutschland 3130 Euro pro Monat [68]. Frauen verdienen im ergotherapeutischen Beruf mit 3041 Euro pro Monat 283 Euro weniger als Männer mit 3324 Euro [68].

Das Durchschnittsgehalt von Vollzeitbeschäftigten allgemein lag im April 2023 in Deutschland bei 4323 Euro [69]. Damit zeigt sich mit einer Differenz von etwa 1000 Euro, dass das Gehalt von Ergotherapeuten trotz ihrer Qualifikationen weit unter dem Durchschnittsgehalt der deutschen Bevölkerung liegt. Diese Diskrepanz zeigt sich auch in Bayern, wo der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst eines vollzeitbeschäftigten Spezialisten, heißt mit einem vergleichbaren Qualifikationsniveau wie dem eines Ergotherapeuten, im Jahr 2022 5600 Euro betrug [70]. Das monatliche Medianentgelt (brutto) für Ergotherapeuten (Spezialisten) hingegen lag im Jahr 2023 bei 3198 Euro (Männer: 3377 Euro, Frauen: 3119 Euro) [68].

Ausgaben der GKV

Der Umsatz für die 2023 erbrachten ergotherapeutischen Leistungen belief sich auf 1,87 Mrd. Euro und damit auf etwa 17 % des Gesamtumsatzes von 10,95 Mrd. Euro für Heilmittelleistungen der GKV [7], [32]. Dies entspricht 30 Mio. ergotherapeutischen Behandlungen im Jahr 2023 [32]. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum hat der Bruttoumsatz für Ergotherapie um 9,5 % zugenommen und die Menge der Behandlungseinheiten ist um 7 % gestiegen [32]. Pro 1000 GKV-Versicherten wurden bundesweit im Durchschnitt etwa 415 ergotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen, mit einem Umsatz von 25 540 Euro [32].

In Bayern betrug der Umsatz der GKV für Ergotherapie 238 Mio. Euro mit 4 Mio. erbrachten ergotherapeutischen Behandlungen im Jahr 2023 [71]. Bayern liegt mit 353 Behandlungen und einem Umsatz von 21 056 je 1000 GKV-Versicherte im Jahr 2023 unter dem Bundesdurchschnitt [71].

Laut Daten der BARMER betragen die durchschnittlichen Kosten für Ergotherapie im Jahr 2018 15,37 Euro pro versicherter Person und machten damit 14,5 % der Kosten aller Heilmittelverordnungen der BARMER aus [72]. In Bayern wurde im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mit 13,64 Euro pro Person 2018 weniger Geld ausgegeben [72].

Ausbildung und Studium an Berufsfach- und Hochschulen

In Deutschland gab es laut dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE) im Jahr 2019 188 Fachschulen für Ergotherapie und acht primärqualifizierende Studiengänge für Ergotherapie [73]. 87 % der fachschulischen Ausbildungsstätten befinden sich in privater Trägerschaft [73]. Die Zahlen der Lernenden in der Ergotherapie in Deutschland sind rückläufig. Dies zeigt ein Vergleich der Ausbildungsjahre 2005/2006 mit 14 718 Lernenden und 2017/2018 mit 9922 Lernenden der Ergotherapie [73]. Dem Statistischen Jahrbuch für Bayern ist zu entnehmen, dass es derzeit in Bayern insgesamt 26 Berufsfachschulen für Ergotherapie gibt, wovon 23 in privater Trägerschaft und drei in staatlicher Trägerschaft sind [63]. An diesen Berufsfachschulen gab es im Jahr 2022 insgesamt 1828 Berufsfachschüler [63].

Weiterbildende Studiengänge für die Ergotherapie existieren in Deutschland seit den 1990er Jahren [74]. In den darauffolgenden Jahren sind verschiedene Möglichkeiten entstanden, Ergotherapie ausbildungsbegleitend, -integrierend oder -aufbauend (additiv) zu studieren [75]. Diese sind jedoch in ihrer Gestaltung derart heterogen, dass eine zusammenfassende Aussage über Anzahl und Art der Studiengänge nur schwer getroffen werden kann [75]. Seit 2009 besteht die Möglichkeit, Ergotherapie im Rahmen eines primärqualifizierenden Modellstudiengangs in Deutschland zu studieren und dabei neben der Berufszulassung den Abschluss Bachelor of Science (B.Sc.) zu erwerben [23].

Bereits seit 1971 fordert der DVE, dass die Ausbildung von Ergotherapeuten an einer Hochschule verortet wird [73]. In einem offenen Brief zum Welttag der Ergotherapie im Jahr 2020 machten Professoren verschiedener Hochschulen erneut darauf aufmerksam, dass die Berufsqualifikation Ergotherapie weltweit regulär ein Hochschulstudium erfordere, während Deutschland neben Uganda, Malaysia und Japan zu den letzten vier der 101 im Weltverband der Ergotherapie (WFOT) organisierten Länder gehöre, in denen ein grundständig akademischer Abschluss in der Ergotherapie noch kein Standard sei [76]. Weiter wird auf die Konsequenzen der fehlenden Akademisierung der Ergotherapie aufmerksam gemacht, da nicht nur

das Potential des Berufes, sondern auch die Qualität der Gesundheitsversorgung darunter leide und die internationale Anschlussfähigkeit von deutschen Ergotherapeuten gefährdet sei [76]. Vor diesem Hintergrund forderten der Hochschulverbund e.V. (HVG), der Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST) und der DVE im Jahr 2020 erneut die Einrichtung primärqualifizierender Studiengänge für Ergotherapie, sowie eine Modernisierung der Ausbildungsstruktur für die Ergotherapie in Deutschland [77].

2.4.3 Logopädische Versorgung in Deutschland und Bayern

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit waren im Jahr 2023 22 335 sozialversicherungspflichtige Sprachtherapeuten in Deutschland beschäftigt [39]. Das statistische Bundesamt zählte im Jahr 2022 in Deutschland rund 30 000 Sprachtherapeutinnen und 2000 Sprachtherapeuten. Davon sind 4000 in Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig [1].

Die Angaben zu den in Deutschland berufstätigen Logopäden sind unterschiedlich. Während die Bundesagentur für Arbeit lediglich die sozialversicherungspflichtigen Therapeuten erfasst, zählt das statistische Bundesamt auch die nicht sozialversicherungspflichtigen Therapeuten [1], [39]. Der Frauenanteil in der Logopädie ist sehr hoch und macht diesen Beruf zu einer weiteren von Frauen dominierten Berufsgruppe.

Nach Angaben des bayerischen Landesamtes für Statistik waren im Jahr 2023 446 Logopädinnen und 37 Logopäden in bayerischen Krankenhäusern angestellt. Weitere 141 Logopädinnen und 18 Logopäden waren in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen tätig [4]. Damit ist die Geschlechterverteilung von Logopäden in Bayern vergleichbar mit denen in ganz Deutschland.

Aufgaben und Anwendungsgebiete in der Logopädie

Logopäden sind für die Prävention und Beratung, für die Diagnostik und Behandlung sowie für Lehre und Forschung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen zuständig [78]. Sie führen diese Maßnahmen sowohl mit Kindern und Jugendlichen, als auch mit Erwachsenen durch. Außerdem sind Logopäden im Bildungsbereichen wie der frühkindlichen Sprachförderung tätig. Auch die Beratung und Anleitung von Eltern und Pädagogen in der Behandlung von Lese-Rechtschreibstörungen gehört zum Aufgabenbereich des Logopäden [79].

Die Handlungsfelder reichen über die Diagnostik und Therapie, über Prävention, Schulung, wirtschaftliches Handeln in Form von erfolgreicher Praxisführung, Anleitung von Praktika, bis hin zur Forschungsanwendung und der Qualitätssicherung [80].

Die Tätigkeitsbereiche von Logopäden sind vielfältig. Häufig arbeiten Logopäden in Praxen, Therapie- und Frühförderzentren, Kliniken (Akutversorgung oder Rehabilitationseinrichtungen) und Lehranstalten (Berufsfachschulen und (Fach-) Hochschulen) [81], [79]. Auch individuelle Gesundheitsleistungen können angeboten werden. Darunter zählen Leistungen, die nicht zum Umfang der GKV gehören, jedoch von Patienten gewünscht werden und ärztlich erfordert bzw. vertretbar sind [82]. Logopäden behandeln auf phoniatischen und neurophysiologischen Grundlagen Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen [22]. Verordnungsfähig sind sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien, wobei die zugrundeliegende Störung und die entsprechende Belastbarkeit des Patienten berücksichtigt werden [22].

Die Hauptziele der logopädischen Therapie umfassen neben der Wiederherstellung auch die Verbesserung und den Erhalt von sprachlichen sowie kommunikativen Fähigkeiten [22]. Abbildung 9 stellt die Behandlungsfelder in der Logopädie dar, die im nachfolgenden genauer beschrieben werden.



Abbildung 9 Behandlungsfelder in der Logopädie

Stimmstörungen können durch organische, neurologische, funktionelle oder psychogene Ursachen bedingt sein und äußern sich oft durch Stimmanstrengung, Räusperzwang und Husten, bis hin zum Stimmversagen [83]. Schwerpunkte in der Stimmtherapie liegen in den Therapiebausteinen Haltung und Bewegung, Atmung und Artikulation, sowie an der eigenen Person mit dem Ziel, den Stimmgebrauch und -klang zu verbessern [22], [84].

Sprechstörungen können als Artikulationsstörungen oder als Folge neurologischer Schädigungen der Sprechmotorik auftreten, was zu einer undeutlichen Aussprache führt, wobei der Inhalt des Gesprochenen unauffällig bleibt [85], [86]. Inhalte der Sprechtherapie sind unter anderem die Behandlung von Sprechtempo, der Atmung, der Stimme sowie der Satzmelodie [22].

Sprachstörungen umfassen Störungen während der Sprachentwicklung, als auch nach erworbenen neurologischen Schädigungen oder aufgrund von Behinderung [87]. Schwerpunkte in der Sprachtherapie können unter anderem die Verbesserung des Sprachverständnisses sowie das Anbahnen sprachlicher Äußerungen sein [22].

Schluckstörungen können verschiedene organische und funktionelle Ursachen und Symptome zeigen, wodurch die Therapieschwerpunkte variieren können [88]. Therapieschwerpunkte sind restituierende, kompensatorische und adaptive Maßnahmen [22], [88]. Insgesamt decken die Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ein breites Behandlungsspektrum über die gesamte Lebensspanne ab.

Rechtliche Grundlagen

Das Gesetz über den Beruf des Logopäden von 1980 beschreibt die notwendigen Voraussetzungen und Anforderungen zur Ausübung des Berufes [89]. Es definiert unter anderem die Notwendigkeit einer Erlaubnis zur Ausübung des Berufes. Diese Erlaubnis wird nach einer dreijährigen Ausbildung, bestandener Prüfung, Nachweis gesundheitlicher Eignung sowie Nachweis der für die Ausübung des Berufes notwendigen Deutschkenntnisse erteilt [89].

Richtlinien und Rahmenbedingungen der Versorgung durch Therapeuten sind im SGB V geregelt, ebenso der Anspruch von Versicherten auf Heilmittel [26]. So beschreibt § 32 des SGB V die Erbringung von Heilmitteln in Form von Telemedizin, die Behandlungsmenge sowie den Umgang mit langfristigem Behandlungsbedarf [90].

Grundlage der Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist eine gültige ärztliche Verordnung, die den aktuellen Heilmittelrichtlinien entsprechen muss. Anlage 3a regelt die Zuständigkeiten sowie notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung zur Behandlung von Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen [91].

Anlage 1 Anhang A regelt die einzelnen Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Darunter zählen neben den Grundsätzen die Diagnostik, der Therapieplan, die Therapie, die Vor- und Nachbereitung und Verlaufsdokumentation, die Beratung und den Bericht an den verordnenden Arzt, sowie die Räumlichkeiten der Behandlung verschiedener Störungsbilder [92].

Vergütung

Im aktuellen Vertrag von 2022 zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V. (dba), dem deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), dem deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs) und LOGO Deutschland

e.V. sind die Versorgung mit Leistungen aus der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie deren Vergütung festgehalten [93]. Die Vereinbarungen gelten sowohl für Angestellte in Praxen, Krankenhäusern (und vergleichbaren Einrichtungen) sowie freiberuflich tätigen Therapeuten.

Das Medianentgelt (brutto) von vollzeitbeschäftigten Logopäden liegt im deutschlandweiten Vergleich bei 3178 Euro für Frauen und bei 3526 Euro für Männer (Berufe in der Sprachtherapie - komplexe Spezialistentätigkeit). Das monatliche Mediangehalt von Logopäden unter 25 Jahren liegt bei 2960 Euro brutto. In Bayern liegt das mittlere monatliche Bruttogehalt bei 3221 Euro [94]. Damit liegt das monatliche Gehalt von Logopäden mit mehr als 1000 Euro unter dem deutschlandweiten Durchschnittsgehalt [69].

Ausgaben der GKV

2022 wurden mehr als 19 Mio. logopädische Einzelbehandlungen durchgeführt [95]. Besonders häufig wurde Sprachtherapie im Kindesalter mit je 222 Sprachtherapien für je 1000 sechsjährige Jungen und 150 Sprachtherapien für je 1000 sechsjährige Mädchen verordnet. Logopädie im hohen Lebensalter wird, im Vergleich zu den mittleren Lebensjahren, wieder häufiger verordnet. Hierbei steigt die Patientenrate analog zum Pflegegrad [95].

2023 belief sich der Umsatz für Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie auf 1,3 Mrd. Euro [32]. Dies entspricht rund 18 Mio. logopädischen Behandlungseinheiten im Jahr 2023 [32]. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ist der Bruttoumsatz in der Logopädie um 9,1 % gestiegen. Die Anzahl der Behandlungseinheiten um 5,1 % [32]. Pro 1000 GKV-Versicherten wurden bundesweit durchschnittlich 246 logopädische Behandlungen in Anspruch genommen, mit einem Umsatz von 27 795 Euro [32].

In Bayern betrug der Umsatz der GKV für Logopädie 156 Mio. Euro mit 4 Mio. erbrachten logopädischen Behandlungen im Jahr 2023 [71]. Bayern liegt mit 188 Behandlungen und einem Umsatz von 13 744 Euro je 1000 GKV-Versicherte im Jahr 2023 unter dem Bundesdurchschnitt [71].

Ausbildung und Studium an Berufsfach- und Hochschulen

Stand Februar 2024 gibt es bundesweit sechs primärqualifizierende Logopädiestudiengänge nach dem Berufsgesetz für Logopäden mit einer Vollzulassung nach § 124 SGB V, von denen zwei in Bayern angesiedelt sind (Erlangen und Würzburg) [96]. An 36 Standorten in Deutschland besteht zudem die Möglichkeit, den Beruf der Logopädie ausbildungsintegrierend oder ausbildungsbegleitend zu erlernen, ebenfalls mit einer Vollzulassung nach § 124 SGB V. Diese Optionen werden sowohl an öffentlichen als auch an privaten Einrichtungen angeboten [72].

Der Bachelorstudiengang zur akademischen Sprachtherapeutin oder zum akademischen Sprachtherapeuten mit Vollzulassung nach § 124 SGB V, jedoch ohne die Berufsbezeichnung Logopäde, kann an drei Standorten absolviert werden, wobei sich einer dieser Standorte in Bayern, nämlich in München, befindet [72]. Eine Weiterführung mit einem logopädiespezifischen Masterstudiengang ist an neun Standorten in Deutschland möglich, jedoch derzeit an keinem Standort in Bayern [72]. Neben den primärqualifizierenden und ausbildungsintegrierten Studiengängen bieten zudem elf Berufsfachschulen in Bayern die Ausbildung zum Logopäden an [97].

2.4.4 Physiotherapeutische Versorgung in Deutschland und Bayern

Die Physiotherapie bildet mit rund 245 000 Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens im Jahr 2022 mit Abstand die größte Gruppe im Bereich nichtärztlicher Therapie und Heilkunde in Deutschland [2]. In dieser Statistik werden auch nicht-sozialversicherungspflichtige Therapeuten, sowie Beschäftigte aus der physikalischen Therapie berücksichtigt, was die Differenz zu den Angaben der Bundesagentur für Arbeit erklärt. Betrachtet man ausschließlich die Zahlen der sozialversicherungspflichtig Angestellten der Bundesagentur für Arbeit, gab es bundesweit 126 667 Physiotherapeutinnen und 43 022 Physiotherapeuten im Jahr 2023 [39]. Der Anteil an Frauen in der Physiotherapie beträgt etwa 74 %, womit auch diese Berufsgruppe von den Frauen dominiert wird [2], [39]. Etwa 45 % der Physiotherapeuten arbeiten in Vollzeit, während 55 % teilzeit- oder geringfügig beschäftigt sind [2], [39].

Nach Angaben des bayerischen Landesamtes für Statistik waren im Jahr 2021 3317 Krankengymnasten und Physiotherapeuten, davon 2454 weiblich, in Krankenhäusern tätig. 2187 Krankengymnasten und Physiotherapeuten sind 2021 in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Bayern angestellt. Davon waren 1532 weiblich [4].

Aufgaben und Anwendungsgebiete in der Physiotherapie

Physiotherapeuten sind ambulant und stationär in der kurativen Medizin, der Prävention und der Rehabilitation tätig [98]. Die Physiotherapie ist eine Bewegungstherapie, welche spezielle Behandlungsmethoden nutzt, die bei Defiziten im Bewegungsapparat, des peripheren und zentralen Nervensystems, bei Erkrankungen von Organen oder der Psyche zum Einsatz kommen [99]. Die verschiedenen Fachbereiche der Physiotherapie sind in Abbildung 10 dargestellt:

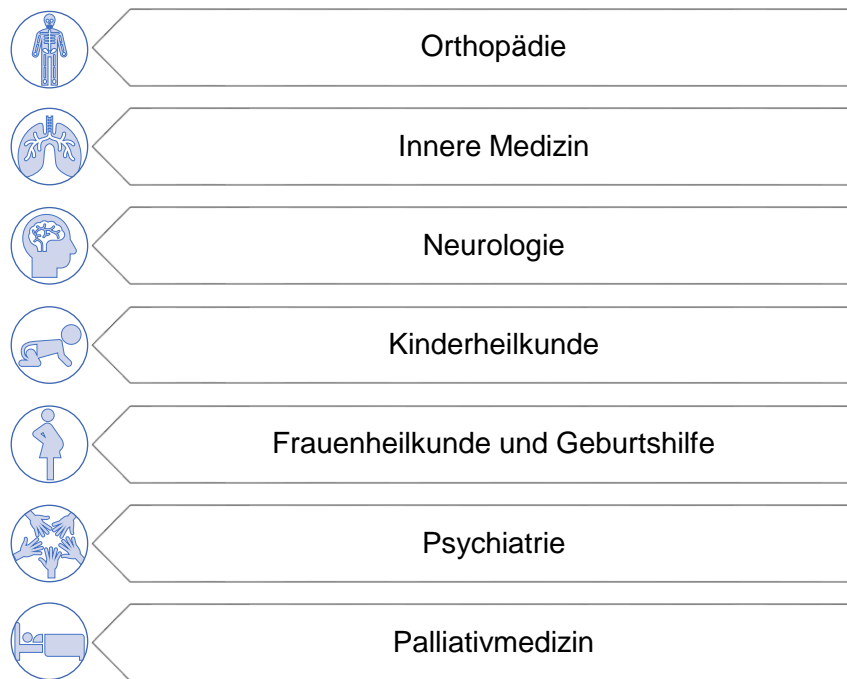


Abbildung 10 Fachbereiche der Physiotherapie

Physiotherapeuten geben Hilfe zur Entwicklung, erhalten oder stellen Funktionen aus somatischen und psychischen Bereichen wieder her. Neben der aktiven Therapie ergänzen Kälte- oder Wärmebehandlungen, Massage oder Elektrotherapie das Behandlungsspektrum [99]. Ergänzend können Physiotherapeuten individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) anbieten, welche nicht im Vertrag mit dem GKV-Spitzenverband definiert sind [100].

Die Maßnahmen der Physiotherapie umfassen gemäß der Heilmittelrichtlinie Massagetherapie, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Maßnahmen der Elektrotherapie, Kohlensäurebäder und Kohlensäuregasbäder, Inhalationstherapie und Thermo-therapie [22]. Demzufolge nutzt die Physiotherapie sowohl aktive Bewegungen, welche von den Patienten selbstständig ausgeführt werden, als auch assistierte und passive Bewegungen, welche durch die Therapeuten begleitet oder geführt werden [22]. Diese Maßnahmen werden durch den Einsatz von physikalischen Therapien wie Massage-, Hydro-, Thermo- oder Elektrotherapie ergänzt [22]. Ziel der Physiotherapie ist das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF [22].

Bestimmte Maßnahmen dürfen Physiotherapeuten nur nach Abschluss spezieller zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen durchführen, da sie über die Kenntnisse und Fähigkeiten der grundlegenden Berufsausbildung hinausgehen [22]. Unter diese Zusatzqualifikationen fallen zum Beispiel die Manuelle Lymphdrainage, Chirogymnastik, Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems (ZNS) bzw. des Rückenmarks bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs unter Einsatz der

neurophysiologischen Techniken nach Bobath oder Vojta (KG-ZNS-Kinder), Krankengymnastik zur Behandlung von Erkrankungen des zentralen Nervensystems bzw. des Rückenmarks (KG-ZNS) sowie Manuelle Therapie (MT) [22].

Rechtliche Grundlagen

Das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie von 1994 beschreibt notwendige Voraussetzungen und Anforderungen zur Ausübung des Berufes [101]. Es definiert unter anderem die Notwendigkeit der Erlaubnis zur Ausübung des Berufes. Die Erlaubnis wird nach der vorgeschriebenen bestandenen Ausbildung, gesundheitlicher Eignung sowie der für die Ausübung des Berufes notwendigen Deutschkenntnisse erteilt (§ 2, Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie) [101].

Richtlinien und Rahmenbedingungen der Versorgung durch Therapeuten sind im SGB V geregelt, ebenso der Anspruch von Versicherten auf Heilmittel (SGB V, §32). So beschreibt § 32 des SGB V die Erbringung von Heilmitteln in Form von Telemedizin, die Behandlungsmenge sowie den Umgang mit langfristigem Behandlungsbedarf [90]. Grundlage der Leistungen aus der Physiotherapie ist eine gültige ärztliche Verordnung, die den aktuellen Heilmittelrichtlinien entsprechen muss. Anlage 3a regelt die Zuständigkeiten sowie notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung für die Versorgung durch Leistungen der Physiotherapie [81].

Anlage 1 Anhang A regelt die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie sowie deren Vergütung. Darunter zählen neben den Grundsätzen, der Umfang der Leistung, der individuelle Behandlungsplan, Hilfeleistungen des Therapeuten, die Behandlungsdurchführung, sowie die Verlaufsdocumentation und die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie [102]. Hierzu gehören Massagetherapien, Einzel- und Gruppenbehandlungen, Krankengymnastik, Gerätegestützte Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Elektrotherapie, Bäder, Wärmepackungen und die Kältetherapie.

Vergütung

Im aktuellen Vertrag von 2024 zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IKF, Bochum), dem deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (ZVK), dem VDB-Physiotherapieverband e.V. und dem Verband physikalische Therapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V. sind die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie festgehalten (vgl. Anlage Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V). Die Vereinbarungen gelten für Angestellte in Praxen, in Krankenhäusern (und vergleichbaren Einrichtungen) und freiberuflich tätige Therapeuten. Mit inbegriffen ist die Durchführung der Maßnahme sowie die Vor- und Nachbereitung und dazugehörige Dokumentation [103].

Das mittlere Gehalt (brutto) von vollzeitbeschäftigten Physiotherapeuten liegt deutschlandweit durchschnittlich bei 2955 Euro für Frauen und bei 3266 Euro für Männer. Physiotherapeuten unter 25 Jahre verdienen im Mittel 2825 Euro monatlich [104]. In Bayern liegt das durchschnittliche monatliche Bruttogehalt bei 3143 Euro [104]. Damit liegt das monatliche Gehalt von Therapeuten aus der Physiotherapie mit mehr als 1000 Euro deutlich unter dem deutschlandweiten Durchschnittsgehalt [69].

Ausgaben der GKV

2022 wurden mehr als 35 Mio. Leistungen aus der physikalischen Therapie erbracht [95]. Die Fachgruppe der Orthopäden und Chirurgen verordnen mit über 49 % am häufigsten physiotherapeutische Leistungen [95]. Die häufigsten Indikationen 2022 waren mit knapp einem Drittel (27 %) „M54 Rückenschmerzen“. Weitere häufige Gründe für die Verordnung von physiotherapeutischen Leistungen waren „M75 Schulterläsionen“ und „M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ [95]. Während Kinder und Jugendliche kaum Leistungen der Physiotherapie beanspruchen, werden mit zunehmendem Alter häufiger Therapien verordnet. Mehr als 48% der Frauen ist gleich oder älter als 60 Jahre [95].

Die häufigsten Maßnahmen aus der Physiotherapie für rund drei Millionen AOK-Versicherte belaufen sich mit knapp 70 % auf die Krankengymnastik. Ein Viertel der Maßnahmen werden durch Manuelle Therapie erbracht, etwas über 15 % als Wärme-/ Kältetherapie und weitere 15 % erfolgen durch Manuelle Lymphdrainage und Massage [95]. Durchschnittlich erfolgten 486 physiotherapeutische Leistungen auf 1000 Versicherte deutschlandweit. In Bayern entfielen 199 Therapien auf 1000 Versicherte [95]. Die Verordnungsmenge ist zwischen 2017 und 2022 von 408 auf 303 je 1000 Versicherte gesunken [95].

Ausbildung an Berufsfachschulen und Hochschulen

Stand Januar 2024 kann der primärqualifizierende Studiengang Physiotherapie bundesweit an 15 Standorten absolviert werden, darunter in Bayern an den Standorten Rosenheim und Bamberg. Zudem besteht an elf Standorten die Möglichkeit, den Beruf ausbildungsintegrierend zu erlernen. Alternativ wird ein berufsbegleitendes Studium an acht Standorten angeboten. Dies kann an drei Hochschulen ausbildungsintegrierend oder an zwei Hochschulen berufsbegleitend erfolgen. Die Studienmöglichkeiten werden sowohl von öffentlichen als auch von privaten Einrichtungen bereitgestellt [105]. Ein weiterführendes Studium in Form eines physiotherapeutischen Masterstudiengangs mit verschiedenen Schwerpunkten ist in Deutschland an 20 Standorten möglich, wobei entweder ein Vollzeitstudiengang oder ein berufsbegleitendes Studium angeboten wird. In Bayern besteht die Option, einen Masterstudiengang in Erlangen zu

absolvieren [106]. In Bayern ist eine Ausbildung an 44 Berufsfachschulen für Physiotherapie möglich [97].

2.4.5 Ernährungstherapeutische Versorgung in Deutschland und Bayern

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren deutschlandweit im Jahr 2022 etwa 8000 Diätassistenten und Ernährungstherapeuten tätig [2]. Hiervon waren unter 1000 Personen männlich [2]. Somit zählt auch die Ernährungstherapie zu den weiblich dominierten Berufsgruppen.

Bayernweit waren nach Angaben des bayerischen Landesamtes für Statistik im Jahr 2023 etwa 760 Diätassistenten und Ernährungstherapeuten tätig, hiervon 504 Personen in Krankenhäusern und 256 Personen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen [4]. Über ambulant tätige Personen gibt es in Bayern unzureichende öffentlich zugängliche Angaben. So sind in der Heilmittelerbringerliste des GKV-Spitzenverbandes bayernweit nur drei Anlaufstellen gelistet [107]. Auch den kontaktierten Berufsverbänden (VDD, VDOE, QUETHEB) liegen aktuell keine validen Zahlen über ambulant tätige Diätassistenten vor.

Arbeitsbereiche und Anwendungsgebiete in der Ernährungstherapie

Die Tätigkeit in der Ernährungstherapie umfasst sowohl erkrankte, als auch nicht erkrankte Personen. Zu Beginn erfolgt in der Regel ein Ernährungsassessment und eine Ernährungsdignose, in der ein Bild von der Ausgangssituation skizziert wird. Danach erfolgt die Erstellung eines Interventionsplans, in welchem die Ziele der Ernährungsumstellung vereinbart und die Methoden festgelegt werden, mit denen die Ziele erreicht werden können. Darauf folgt die Ernährungsintervention, in welcher der Interventionsplan umgesetzt und die Ernährungsumstellung begleitet wird. Nach abgeschlossener Intervention wird geprüft, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden und es wird ein Interventionsverlauf erstellt [108].

Diätassistenten sind in Kliniken und Rehabilitationszentren, in ambulanten Einrichtungen und eigenen Praxis tätig. Sie kooperieren mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen wie Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, oder auch mit Sozialarbeitern und mit Akteuren im Bildungswesen [108]. Einen Überblick über mögliche Berufsstätten gibt die folgende Abbildung:



Abbildung 11 Mögliche Berufsstätten in der Ernährungstherapie

Ziel einer ernährungstherapeutischen Beratung und Intervention ist es, Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen und so einer Verschlimmerung von Krankheitsfolgen oder Komplikationen vorzubeugen, sowie einen erreichten Therapieerfolg zu erhalten um die Lebenserwartung zu verbessern [22], [108]. Dies kann im Rahmen einer individuellen Beratung, im Rahmen von Vorträgen oder Gruppenschulungen erfolgen. Konkrete Beispiele sind etwa ein Kühlschrank-Check, ein gemeinsames Einkaufstraining, das Entschlüsseln des NutriScore oder der Zutatenliste auf Verpackungen, sowie Kochkurse [108].

Gemäß der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen oder Mukoviszidose (Cystische Fibrose) als verordnungsfähiges Heilmittel anerkannt, wenn sie als medizinische Maßnahme zwingend erforderlich sind [22]. Unter diesen Voraussetzungen sind ernährungstherapeutische Maßnahmen seitens der Krankenkassen erstattbar.

Rechtliche Grundlagen

Im Gesetz über den Beruf des Diätassistenten aus 1994 werden die notwendigen Voraussetzungen und Anforderungen zur Ausübung des Berufes beschrieben [109]. Nach § 2 des Gesetzes wird geregelt, wer die Berufsbezeichnung Diätassistent führen darf. Man muss hierfür die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden haben. In § 3 und 4 ist die Ausbildung genauer geregelt. So sollen Diätassistenten nach einer dreijährigen Ausbildung an staatlich anerkannten Schulen in der Lage sein, Diätpläne zu erstellen, wissenschaftlich anerkannte Diätformen planen, berechnen und herstellen zu können, sowie bei der

Prävention und Therapie von Krankheiten mitzuwirken und ernährungstherapeutische Beratungen und Schulungen durchzuführen [109]. Die Ausbildungsinhalte und Prüfungsrichtlinien werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistenten geregelt [110].

Richtlinien und Rahmenbedingungen der Versorgung durch Therapeuten sind im SGB V geregelt, ebenso der Anspruch von Versicherten auf Heilmittel (SGB V, § 32). So beschreibt § 32 des SGB V die Erbringung von Heilmitteln in Form von Telemedizin, die Behandlungsmenge sowie der Umgang mit langfristigen Behandlungsbedarf [90].

Inhaltliche und praktische Überschneidungen gibt es zu den Berufsbildern der Ernährungstherapeuten, Ernährungsberatern, der Ökotrophologie, Ernährungs-, Haushalts- und Lebensmittelwissenschaften. Diese sind alle nicht gesetzlich geregelt. Entsprechende Studiengänge oder Lehrgänge werden deutschlandweit an unterschiedlichen Universitäten, Hochschulen oder von privaten Bildungseinrichtungen sowie von den einzelnen Berufsverbänden angeboten. Somit findet in diesem Berufsbild aktuell eine staatlich nicht regulierte Akademisierung parallel zum Ausbildungsberuf statt.

Vergütung

Die Vergütung ernährungstherapeutischer Leistungen wird durch eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und führenden Berufsverbänden geregelt. Zu den beteiligten Berufsverbänden gehören der Berufsverband Ökotrophologie e.V. (VDOE), die Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e. V. (QUETHEB), der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) und der Verband für Ernährung und Diätetik e.V. (VFED) [111]. In dieser Vereinbarung werden die Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und die Ernährungstherapie bei Mukoviszidose abgebildet, die nach Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss von den Krankenkassen vergütet werden können [22], [111].

Für die ernährungstherapeutische Anamnese, für die ernährungstherapeutische Intervention, für die Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen mit Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen und für die Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei sind die Vergütungssätze festgelegt. Sie können sowohl als Präsenzleistung als auch telemedizinisch als Einzelsitzung oder Gruppentherapie erbracht werden. Ein Wegegeld für Hausbesuche wird ebenfalls in der Vergütungsvereinbarung festgelegt [111].

Ernährungstherapeutische Leistungen bei anderen Erkrankungen, wie etwa bei Adipositas, Diabetes mellitus, chronisch entzündlicher Darmerkrankungen oder Gicht, werden von dieser Vergütungsvereinbarung nicht abgedeckt. Hier kann mit einer ärztlichen Notwendigkeitsbe-

scheinigung eine Kostenerstattung bei den Krankenkassen beantragt werden. Die Entscheidung, ob die ernährungstherapeutische Leistung komplett oder anteilig übernommen wird, obliegt hier den Krankenkassen [112]. Für die Privatvergütung ernährungstherapeutischer Leistungen existiert zum aktuellen Zeitpunkt kein verbindlicher Gegenstandskatalog.

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit liegt das Medianentgelt als Diätassistent deutschlandweit bei 3397 Euro. In Bayern liegt das Mediangehalt unwesentlich höher bei 3403 Euro. Geschlechterspezifische Unterschiede können aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht angegeben werden. Für die Berufsgruppe der Ernährungstherapeuten liegt das Medianentgelt bei 3130 Euro. Ernährungsberater liegen bei 3336 Euro, Ökotrophologen erhalten im Median 4199 Euro. Bei den angegebenen Werten handelt es sich jeweils um das Bruttoentgelt [113].

Damit liegen die monatlichen Gehälter von Diätassistenten, Ernährungsberatern, Ernährungstherapeuten und Ökotrophologen ebenfalls unter dem deutschlandweiten Durchschnittsgehalt [69].

Ausgaben der GKV

Aufgrund der strengen Indikationsstellung für die Vergütung ernährungstherapeutischer Maßnahmen verursachen diese weniger als 0,1 % der Gesamtkosten aller Heilmittel. Im Jahr 2023 wurde dem GKV-Spitzenverband ein Bruttoumsatz von 153 000 Euro an erstattungsfähigen Leistungen von den Krankenkassen gemeldet [32].

Über die privat vergüteten ernährungstherapeutischen Maßnahmen liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine validen Daten vor.

Ausbildung an Berufsfachschulen und Hochschulen

Die Berufsbezeichnung der staatlich anerkannten Diätassistenten ist eine gesetzlich anerkannte Qualifikation. Diese gehört zu den Anforderungen für eine Beteiligung der gesetzlichen Krankenkassen an den Kosten für eine ernährungstherapeutische Beratung oder Intervention [110].

Das Ausbildungsziel ist die eigenverantwortliche Ernährungstherapie, ernährungsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Die Ausbildung dauert drei Jahre und umfasst 3000 Stunden Theorie und 1400 Stunden praktische Ausbildung. Zu den unterrichteten Fächern zählen Anatomie und Physiologie, Toxikologie, Psychologie, Ernährungslehre, sowie Diätetik und Pädagogik. Die theoretische und praktische Ausbildung endet mit einem Staatsexamen [110].

Derzeit ist die Ausbildung zum Diätassistenten an fünf Standorten in Bayern möglich [97]. Hierzu zählen:

- Städtische Berufsfachschule für Diätetik München
- Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten in Schwabmünchen
- Berufsfachschule für Diätassistenten Neuendettelsau der Diakoneo KdöR
- Berufsfachschule für Diätassistenten Bayreuth d. gemeinn. Ges. für soziale Dienste DAA mbH
- Staatliche Berufsfachschule für Diätassistenten am Klinikum der Universität Würzburg

Zusätzlich gibt es ein breites Spektrum an angebotenen Studiengängen zu den Themen Ernährungstherapie, Diätetik, Ökotrophologie und Lebensmittelwissenschaften. Eine Übersicht über die deutschlandweit angebotenen Studiengänge gibt Tabelle 1 [114]:

Studiengang	Orte
Diätetik	Fulda, Neubrandenburg, Saarbrücken, Stuttgart-Hohenheim
Ernährungswissenschaft	München (Weihenstephan-Freising), Berlin, Bonn, Flensburg, Jena, Gießen, Halle-Wittenberg, Hamburg, Kiel, Lübeck, Mönchengladbach / Krefeld, Münster, Paderborn, Potsdam, Stuttgart-Hohenheim
Ökotrophologie	Bernburg, Fulda, Gießen, Hamburg, Kiel, Münster, Osnabrück
Sport, Bewegung und Ernährung	Köln
Lebensmittel- & Gesundheitswissenschaften	Bayreuth, Weihenstephan-Triesdorf, Flensburg, Geisenheim, Hamburg, Hannover, Kleve, Mönchengladbach/Krefeld, Sigmaringen, Stuttgart-Hohenheim

Tabelle 1 Studiengänge zum Thema Diätetik in Bayern

Die Studiengänge allein befähigen nicht zum Führen der Berufsbezeichnung eines Diätassistenten. Die Berufsbezeichnungen Ernährungsberater, Ernährungsfachkraft, Food-Coach oder vergleichbare andere Bezeichnungen sind keine geschützten Begriffe. Sie können auch ohne einschlägige Vorbildung oder Berufsabschluss geführt werden.

2.4.6 Podologische Versorgung in Deutschland und Bayern

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2022 etwa 19 000 Podologen in Deutschland tätig, davon waren etwa 1000 Personen männlich [2]. Somit zählt auch die Podologie zu den weiblich dominierten Berufsgruppen.

Im statistischen Jahrbuch Bayern wurden für das Jahr 2023 keine klinisch tätigen Podologen erfasst [4]. In der Heilmittelerbringerliste des GKV-Spitzenverbandes sind für Bayern etwa 330 Podologen gelistet [107]. Zwar besteht für selbständig tätige Podologen eine Meldepflicht nach Art. 10 Abs. 3 GDG, diese erfasst allerdings keine Podologen im Angestelltenverhältnis [55]. Auch den entsprechenden Berufsverbänden (Bundesverband für Podologie e.V., Deutscher Verband für Podologie (ZFD) – Landesverband Bayern e.V., Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V.) liegen nach Nachfrage nur inkomplette Daten über die in Bayern tätigen Podologen vor.

Arbeitsbereiche und Anwendungsgebiete in der Podologie

Die Tätigkeit des Podologen beschäftigt sich mit der Fußgesundheit. Das Führen der Berufsbezeichnung Podologe oder medizinischer Fußpfleger ist gesetzlich geschützt und es ist eine Erlaubnis zum Führen notwendig, die nach abgeschlossener Berufsausbildung und abgelegtem Staatsexamen erteilt wird [115]. Hiervon abzugrenzen ist das Berufsbild des kosmetischen Fußpflegers, welcher pflegerische und dekorative Maßnahmen am gesunden Fuß durchführt. Hierfür ist keine Berufsausbildung notwendig und es reicht eine Anmeldung als handwerksähnliche Tätigkeit bei der zuständigen Handwerkskammer aus [116].

Die Podologische Therapie wird durch einen Arzt verordnet. Die Verordnung enthält unter anderem eine ärztliche Diagnose. Maßnahmen der Podologischen Therapie sind nur dann verordnungsfähige Heilmittel, wenn sie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß infolge von Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom), einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie, oder eines neuropathischen Schädigungsbildes als Folge eines Querschnittsyndroms dienen [117].

Die Einsatzgebiete für Podologen variieren. Eine selbstständige Tätigkeit in einer Praxis oder Praxisgemeinschaft, eine freie Mitarbeit, eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis, die Arbeit in einer spezialisierten Fußambulanz bis hin zur reinen Dozententätigkeit sind möglich. Podologen befassen sich mit der präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Behandlung am gesunden, von Schädigungen bedrohten und am geschädigten Fuß. Beispiele sind in Abbildung 12 aufgeführt [116]:

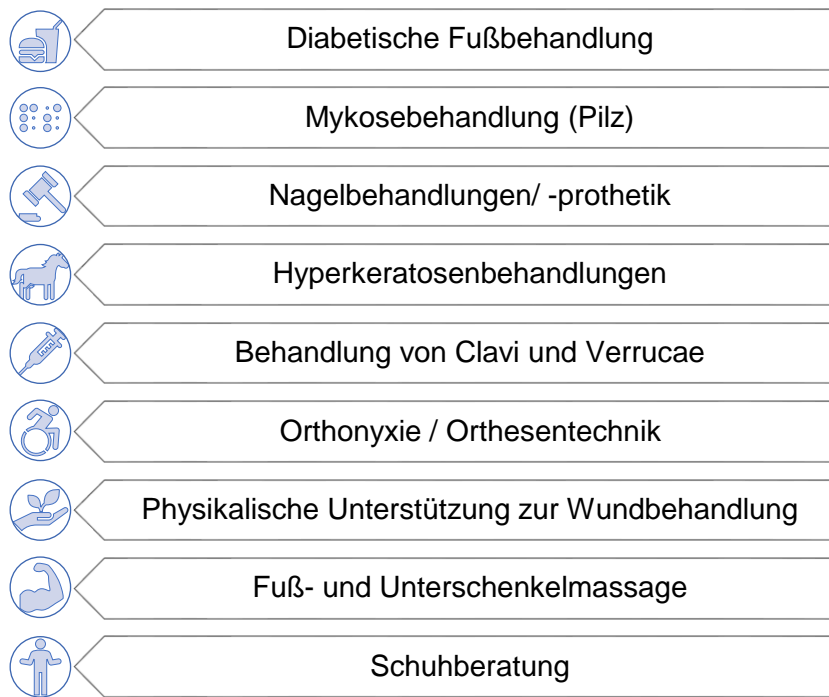


Abbildung 12 Behandlungsspektrum in der Podologie

Rechtliche Grundlagen

Im Gesetz über den Beruf des Podologen aus 2001 werden die notwendigen Voraussetzungen und Anforderungen zur Ausübung des Berufes beschrieben [115]. Nach § 2 des Gesetzes wird geregelt, wer die Berufsbezeichnung Podologe oder Medizinischer Fußpfleger führen darf. Man muss hierfür die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden haben. In § 3 und 4 ist die Ausbildung genauer geregelt. So sollen Podologen nach einer zweijährigen Ausbildung in Vollzeit oder einer vierjährigen Ausbildung in Teilzeit an staatlich anerkannten Schulen in der Lage sein, durch Anwendung geeigneter Verfahren nach den anerkannten Regeln der Hygiene allgemeine und spezielle fußpflegerische Maßnahmen selbstständig auszuführen, pathologische Veränderungen oder Symptome von Erkrankungen am Fuß, die eine ärztliche Abklärung erfordern, zu erkennen, unter ärztlicher Anleitung oder auf ärztliche Veranlassung medizinisch indizierte podologische Behandlungen durchzuführen und damit bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation von Fußerkrankungen mitzuwirken [115]. Die Ausbildungsinhalte und Prüfungsrichtlinien werden in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Podologen geregelt [118].

Richtlinien und Rahmenbedingungen der Versorgung durch Therapeuten sind im SGB V geregelt, ebenso der Anspruch von Versicherten auf Heilmittel (SGB V, § 32). So beschreibt § 32 des SGB V die Erbringung von Heilmitteln in Form von Telemedizin, die Behandlungsmenge sowie der Umgang mit langfristigen Behandlungsbedarf [90].

Vergütung

Die Vergütung für gesetzliche Leistungen wird durch eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den führenden Berufsverbänden geregelt. Zu den beteiligten Berufsverbänden gehören der Verband deutscher Podologen (VDP) e.V., der Deutsche Verband für Podologie (ZFD) e.V., und der Bundesverband für Podologie e.V. [117].

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit liegt das Medianentgelt als Podologe deutschlandweit bei 2503 Euro (brutto) [113]. Für Bayern alleine können aufgrund der unzureichenden Datenlage keine separaten Werte angegeben werden. Auch Geschlechterspezifische Unterschiede können aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht angegeben werden. Somit liegt auch das monatliche Gehalt von Podologen deutlich unter dem deutschlandweiten Durchschnittsgehalt von 4323 Euro [69].

Ausgaben der GKV

2022 wurden rund 3,6 Millionen Leistungen aus der Podologie für die GKV-Versicherten abgerechnet [95]. Durchschnittlich erfolgten 48 Leistungen auf 1000 Versicherte.

Da podologische Maßnahmen nur bei einem eingeschränkten Spektrum von Diagnosen erstattungsfähig sind, wurden nahezu alle abgerechneten Verordnungen von Internisten oder Allgemeinmedizinerinnen ausgestellt. [95]. Nach Daten der AOK war 2022 die häufigste Indikation mit 77,1 % der Patienten ein Diabetes mellitus [95].

Das Patientenkollektiv, das podologische Leistungen in Anspruch nimmt, ist bis auf wenige Ausnahmen höheren Alters. Die Rate steigt mit zunehmendem Lebensalter an und liegt bei Männern zwischen 85 und 89 Jahren mit 79 je 1000 Männern am höchsten. Bei gleichaltrigen Frauen nehmen 73 je 1000 Frauen podologische Leistungen in Anspruch [95].

Im Jahr 2023 wurde dem GKV-Spitzenverband ein Bruttoumsatz von 428,2 Millionen Euro an erstattungsfähigen podologischen Leistungen von den Krankenkassen gemeldet [32]. Dies entspricht einer Steigerung von 19,5 % im Vergleich zum Vorjahr [32].

Ausbildung an Berufsfach- und Hochschulen

Die Ausbildung zum Podologen kann sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit absolviert werden und dauert je nach gewählter Variante zwei bis vier Jahre. Zwei Drittel der Ausbildung bestehen aus theoretischem und praktischem Unterricht, ein Drittel besteht aus praktischem Einsatz. Mit dem Bestehen der staatlichen Prüfung ist die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen [118]. In der Ausbildung werden Kenntnisse in Hygiene, Krankheitslehre, Anatomie, Physiologie, Psychologie, physikalischer und podologischer Therapie vermittelt.

Stand 2024 wird die Ausbildung bundesweit an 35 Standorten angeboten. In Bayern bieten drei private Berufsfachschulen eine Ausbildung zum Podologen an. Die Berufsfachschulen befinden sich in Würzburg, Schwabach und Kirchseeon. An allen drei Standorten kann die Ausbildung in Vollzeit absolviert werden. Zusätzlich wird in Würzburg und Kirchseeon ein Teilzeitkurs angeboten [97].

Bundesweit besteht in Berlin die Möglichkeit, während oder nach der Ausbildung zum Podologen ein Hochschulstudium in Podologie zu absolvieren, um den Titel Bachelor of Science (B.Sc.) zu erwerben [119].

3 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Abschnitt wird das methodische Vorgehen der HELPER-Studie abgebildet. Das Untersuchungsdesign, die Erstellung der Erhebungsunterlagen, die Durchführung und die Datenauswertung werden genauer erläutert. Auftraggeber der HELPER-Studie ist das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. Durchgeführt wurde die Studie von der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

3.1 Studiendesign und Studienkollektiv

Bei der HELPER-Studie handelt es sich um eine prospektive, einarmige Beobachtungsstudie. Im Rahmen der Untersuchung wurde eine quantitative Online-Befragung von in Bayern tätigen Hebammen, Heilmittelerbringern sowie Studierenden und Schülern der oben beschriebenen Berufsgruppen durchgeführt. Die Fragebogenitems wurden an die beruflichen Anforderungen der jeweiligen Zielgruppe angepasst.

Zielgruppe waren alle Hebammen und Heilmittelerbringer, die im Stichjahr 2022 berufstätig waren, oder sich in Ausbildung und Studium befanden, unabhängig vom Patientenkontakt. Mit eingeschlossen sind Hebammen und Heilmittelerbringer die in der Lehre, und Forschung aktiv sind. Berücksichtigt wurden ebenfalls Teilnehmer, die im Jahr 2022 den Beruf aufgegeben, Ihre Tätigkeit unterbrochen oder den Beruf gewechselt hatten.

3.2 Erstellung der Erhebungsunterlagen

Die Materialien zur Erhebung der Daten wurden durch das Projektteam entwickelt und erstellt. Als initiale Vorlage zur Fragebogenerstellung dienten einschlägige Vorarbeiten, wie die Hebammenbefragung des IGES-Instituts 2018 sowie die Befragung des Picker-Instituts 2015 zur Arbeitszufriedenheit angestellter Hebammen [49], [120].

Für eine hohe Vergleichbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen untereinander wurden die Fragebögen, abgesehen von berufsspezifischen Fragen, strukturell und thematisch möglichst einheitlich konzipiert. Inhaltlich wurden folgende Themenschwerpunkte bei allen Berufsgruppen abgedeckt:

- Soziodemografische Daten
- Bisherige Ausbildung
- Berufliche Situation

- Klinische Tätigkeit
- Außerklinische Tätigkeit
- Arbeitszufriedenheit
- Berufsfremde Tätigkeiten
- Professionelle Gesundheitskompetenz

Bei der Studierendenbefragung entfielen die Themenschwerpunkte „Berufliche Situation bis Berufsfremde Tätigkeiten“ und wurden durch Fragen zur beruflichen Zukunft ersetzt.

Die Fragebögen wurden nach deren Erstellung den jeweiligen Fachgesellschaften zum Kommentar und zur Überarbeitung vorgelegt. Beteiligt wurden der Bayerische Hebammenlandesverband e.V. (BHLV), Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e.V. (VPT) – Landesgruppe Bayern, Bundesverband für Podologie e.V., Deutscher Verband für Podologie e.V. (ZFD) – Landesverband Bayern, Verband Deutscher Podologen e.V. (VDP), Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs), Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD), LOGO Deutschland – Selbstständige in der Logopädie e.V., Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB) sowie der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD). Nach Rücksprache mit den jeweiligen Verbänden wurde der Fragebogen für den Pretest finalisiert.

Die Anzahl der Fragebogenitems und eine genauere Übersicht über die erhobenen Inhalte sind in Abbildung 13 und 14 dargestellt:

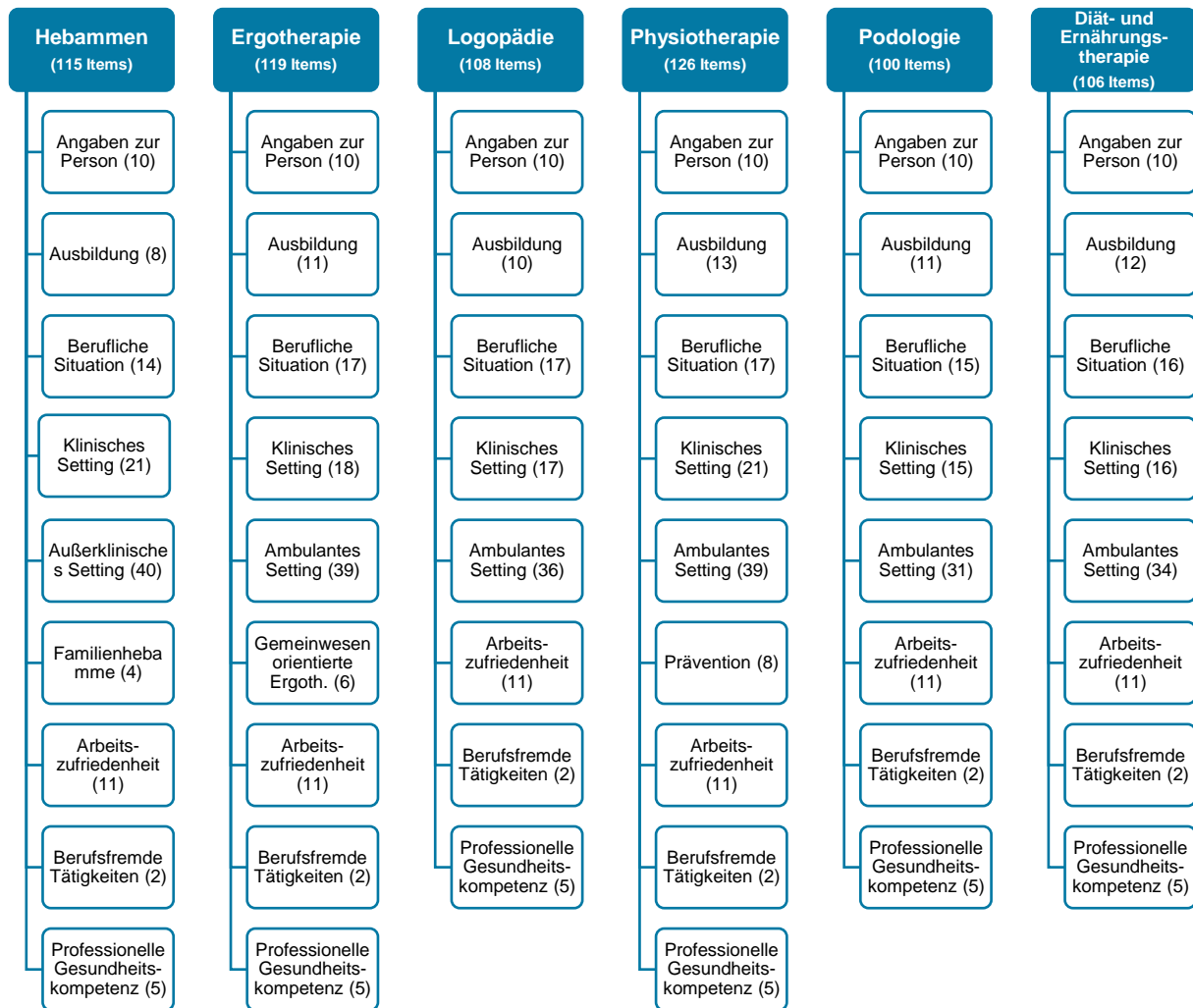


Abbildung 13 Hebammen und Heilmittelerbringer - Übersicht der erhobenen Inhalte und Anzahl der Fragen

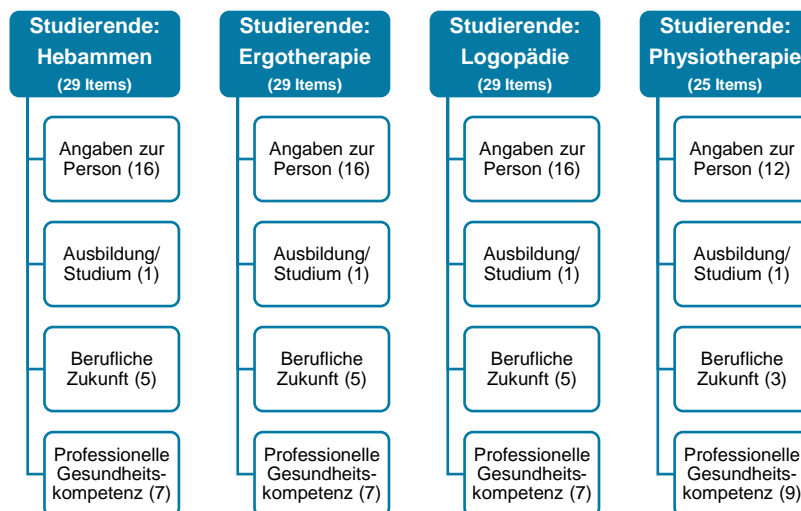


Abbildung 14 Studierende - Übersicht der erhobenen Inhalte und Anzahl der Fragen

Folgende Erhebungsinstrumente wurden in der HELPER-Studie verwendet:

- MacArthur Scale [121]
- Likert-Skalen
- Fragen mit Einfachwahl
- Fragen mit vorgegebener Mehrfachauswahl
- PROF-HL-Q [122]

Auf Fragen mit Freitextauswahl wurde größtenteils verzichtet.

3.3 Pretest

Die Fragebögen wurden für die verschiedenen Berufsgruppen jeweils einem Pretest unterzogen. Die Kontaktaufnahme für den Pretest erfolgte über die Berufsverbände und bestehende Kontakte des Studienteams. Es wurden sowohl ambulant als auch klinisch tätige Probanden für den Pretest ausgewählt. Hierfür wurden Fragebögen in Papierform an die jeweilige Berufsgruppe versendet. Die Probanden, die sich am Pretest beteiligten, erhielten den Fragebogen, sowie einen adressierten und frankierten Rückumschlag, sodass sie die Fragebögen in anonymisierter Form zurückversenden konnten. Der Schüler- und Studierendenfragebogen wurde einem Pretest für alle Berufsgruppen unterzogen.

Der Rücklauf und die Zeiträume des Pretests in den einzelnen Berufsgruppen ist Tabelle 2 zu entnehmen:

Berufsgruppe	Versendete Fragebögen	Rücklauf	Zeitraum
Hebammen	25	22	Juli 2023
Ergotherapie	24	14	November 2023
Logopädie	20	17	Oktober 2023
Physiotherapie	20	13	Oktober 2023
Diätassistenten	4	3	August 2024
Podologen	3	2	August 2024
Schüler- / Studierendenfragebögen	33	30	Juli 2023

Tabelle 2 Pretests der Fragebögen

Die Auswertung der Pretests erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Auf Grundlage der Ergebnisse und Kommentare der Probanden wurden geringfügige Änderungen an den Fragebögen vorgenommen. Nach Abschluss des Pretests wurde der Fragebogen gemeinsam mit dem Auftraggeber finalisiert. Die Befragungsunterlagen sind im Anhang aufgeführt.

3.4 Digitalisierung der Fragebögen

Nach dem Pretest wurden die Fragebögen digital umgesetzt. Dies erfolgte in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Maschinelles Lernen und Datenanalytik der FAU Erlangen. Auf Basis der finalisierten Papierfragebögen wurde eine digitale Version der Fragebögen entwickelt. Dies erfolgte mittels der etablierten Digital Health-Plattform carecentive (carecentive.net). Kernfunktionen der Plattform sind unter anderem eine einfache Integration von Fragebögen-Logiken, hohe Datenschutzstandards sowie eine hohe Flexibilität bezüglich der Ausgestaltung von Fragebögen.

Serverseitig (sog. Backend) basiert die Anwendung auf Node.js. Die erhobenen Daten werden in einer relationalen MySQL-Datenbank abgespeichert. Für die Webseite und Benutzeroberfläche kam eine Web App auf Basis von Vue.js zum Einsatz. Der Server wurde durch das Regionale Rechenzentrum Erlangen (RRZE) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg bereitgestellt und regelmäßig gewartet. Es flossen Best Practices aus vorherigen Studien ein (z. B. Ausgestaltung der Oberfläche, Benutzerführung, Gestaltung der Fragebögen). Die Webseite war vollständig responsiv, konnte also auf allen Geräten (z. B. Handy, Tablets, Desktop-Computer) gleichermaßen verwendet werden.

Während der gesamten Studie wie auch in der technischen Umsetzung gilt das Prinzip der Datensparsamkeit. So werden keine Klarnamen, sondern lediglich Pseudonyme abgefragt. Passwörter der Benutzer müssen eine Mindestlänge besitzen. Die Verarbeitung erfolgt erst nach vorheriger Online-Einwilligung. Alle Nutzer-Passwörter werden ausschließlich gehasht in der Datenbank abgespeichert.

Die Registrierung und Anmeldung zur Studie samt Einverständniserklärung und Zustimmung der Nutzungsbedingungen erfolgte über die Projekt-Homepage. Aufgrund der Menge an Fragebogenitems wurde die Möglichkeit gegeben, den Fragebogen jederzeit zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt zu vervollständigen. Hierfür wurde ein von den Probanden selbst erstellter Studiencode und ein Passwort vergeben.

Die Fragebögen wurden im Rahmen eines agilen Entwicklungsprozesses implementiert und anschließend auf einer separaten und physisch getrennten Test-Umgebung durch die Projektbeteiligten überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Die Fragebogenitems wurden mittels Filterführung individualisiert an die berufliche Situation der Probanden angezeigt. Beispielsweise wurden Fragen zu ambulanter Tätigkeit oder Berufsaufgabe nur Probanden weiter angezeigt, die vorab entsprechende Angaben gemacht hatten.

Die Digitalisierung der Fragebögen erfolgte gestaffelt nach Berufsgruppen, begann im Winter 2023 mit dem Hebammenfragebogen und endete im September 2024 mit den Diätassistenten und Podologen.

Berufsgruppe	Zeitlicher Ablauf der Digitalisierung	Monate
Hebammen & Hebammenstudierende	Juli 2023 bis Oktober 2023	4
Logopäden & Schüler / Studierende	Dezember 2023 bis Februar 2024	3
Ergotherapeuten & Schüler / Studierende	Januar 2024 bis März 2024	3
Physiotherapeuten & Schüler / Studierende	Januar 2024 bis März 2024	3
Ernährungstherapeuten	September 2024	1
Podologen	September 2024	1

Tabelle 3 Digitalisierung der Fragebögen

Erst im Anschluss folgte in definierten Abständen eine Veröffentlichung auf dem Produktivsystem. Bereits ausgespielte Fragebögen wurden dabei nicht verändert, um die Validität der bereits gewonnenen Daten nicht zu verändern.

3.5 Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte über mehrere Wege. Über die Berufsverbände der jeweiligen Gesundheitsfachprofession wurden mittels Mailvorlagen und vorgefertigter Social-Media-Beiträge der Weblink zur Online-Befragung an ihre Mitglieder verteilt. Außerdem erfolgte der Aufruf zur Studienteilnahme im Rahmen von Newslettern und durch die jeweiligen Homepages der Berufsverbände. Unterstützt wurde das Projektteam durch den Bayerischen Hebammenlandesverband e.V., Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) – Landesgruppe Bayern e.V., Bundesverband für Podologie e.V., Deutschen Verband für Podologie (ZFD) – Landesverband Bayern e.V., Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V., Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs), Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD), LOGO Deutschland – Selbstständige in der Logopädie e.V., Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB) und den Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD).

Über das StMGP erfolgte ein Aufruf zur Studienteilnahme im Rahmen einer Pressemeldung zum Jahreswechsel 2023/2024, welche von mehreren Lokalzeitschriften aufgegriffen wurde.

Exemplarische Pressemeldungen sind dem Anhang beigelegt. Zudem wurden alle 71 staatlichen und fünf kommunalen Gesundheitsämter in Kooperation mit dem StMGP kontaktiert, welche die Unterlagen zur Studienteilnahme an die bei ihnen gemeldeten Hebammen und Heilmittelerbringer weiterleiteten. Eine Verteilung der Befragungsunterlagen über den GKV-Spitzenverband selbst scheiterte aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken. Über die öffentlich einsehbare Hebammenliste und über die Heilmittelerbringerliste wurden dort gemeldete Personen direkt mittels Mailvorlagen und Weblinks zur Befragung vom Studienteam kontaktiert. Darüber hinaus wurden Berufsfachschulen und Hochschulen für Hebammenwissenschaft, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie in Bayern kontaktiert. Ebenfalls wurden alle Geburtskliniken sowie Kliniken mit entsprechendem Leistungsangebot für Heilmittelerbringung kontaktiert sowie Informationsmaterialien zur Studie zugesandt.

Es erfolgte eine monatliche Auswertung des aktuellen Teilnehmerstandes, um zeitnahes Projektcontrolling zu ermöglichen. Aufgrund des unzureichenden Rücklaufes der Schüler- und Studierendenbefragung der Heilmittelerbringer wurde nach Rücksprache mit dem Mittelgeber auf die Schüler- und Studierendenbefragung in den Bereichen Ernährungstherapie und Podologie verzichtet.

3.6 Erhebungszeiträume

Aufgrund der gestaffelten Erstellung sowie Digitalisierung unterscheiden sich die Befragungszeiträume der Berufsgruppen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Erhebungszeiträume der einzelnen Berufsgruppen sowie Studierenden und Schülern.

Berufsgruppe	Beginn der Erhebung	Endpunkt	Zeitraum
Hebammen	01.11.2023	31.05.2024	7 Monate
Logopädie	24.02.2024	02.09.2024	6,5 Monate
Ergotherapie	14.03.2024	02.09.2024	5,5 Monate
Physiotherapie	14.03.2024	02.09.2024	5,5 Monate
Ernährungstherapie	23.09.2024	31.12.2024	3,5 Monate
Podologie	23.09.2024	31.12.2024	3,5 Monate
Hebammenstudierende	21.12.2023	31.05.2024	6,5 Monate
Schüler aus den Heilmittelberufen	27.03.2024	02.09.2024	5 Monate

Tabelle 4 Erhebungszeiträume der einzelnen Berufsgruppen

3.7 Rücklauf

Insgesamt haben 2294 Hebammen und Heilmittelerbringer an der HELPER-Studie teilgenommen.

Der Rücklauf an Studierenden und Auszubildenden der Heilmittelerbringer war mit insgesamt 93 Teilnehmenden, durchschnittlich 33 Therapeuten je Berufsgruppe, zu gering für eine aussagekräftige statistische Auswertung, weswegen diese in der weiteren Ergebnisdarstellung vernachlässigt werden.

3.8 Datenauswertung

Bereits während des Studienverlaufs wurde die Datenweiterverarbeitung etabliert. Dabei wurden die Daten mittels CSV-Dateien aus der relationalen Datenbank der Website exportiert und mit Python gemäß den Anforderungen der statistischen Auswertung aufbereitet (z. B. Überführung in Excel-Dateien, eine Spalte pro codierte Variable).

Jeder der zehn Fragebögen wurde einzeln ausgewertet. In diesem Sinne gibt es zehn verschiedene Studienkollektive: das Kollektiv der Hebammen, das Kollektiv der Studierenden der Hebammenwissenschaften, usw. Eine Person, die die Einschlusskriterien erfüllt, gehört genau dann zu einem Studienkollektiv, wenn sie mindestens eine Frage des zu ihrem Beruf gehörenden Fragebogens beantwortet.

Die Daten werden deskriptiv ausgewertet. Für kontinuierliche oder ganzzahlige, ordinale Merkmale (z. B. Alter) wird der Mittelwert und die Standardabweichung (standard deviation, SD) sowie der Median und der Interquartilsabstand (interquartile range, IQR, erstes und drittel Quartil) berechnet. Für kategoriale Merkmale wird die absolute Häufigkeit („N“) und die prozentuale Häufigkeit („%“) angegeben.

Bei Fragen mit sich gegenseitig ausschließenden Antwortmöglichkeiten beziehen sich Prozentangaben auf die Anzahl der Studienteilnehmer des entsprechenden Studienkollektivs, die die Frage beantwortet haben. Wenn etwa ein Studienkollektiv aus 200 Personen besteht, von denen 120 eine Frage mit „ja“ und 50 mit „nein“ beantworten, sowie 30 keine Antwort geben, dann haben $120/170 = 70,6\%$ mit „ja“ und $50/170 = 29,4\%$ mit „nein“ geantwortet.

Bei Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten beziehen sich Prozentangaben auf die Gesamtgröße des Studienkollektivs. Manche Merkmale werden auf verschiedene Arten dargestellt. Kontinuierliche oder ganzzahlige Merkmale werden zusätzlich kategorisiert.

Die Antwortmöglichkeiten und Ergebnisse der einzelnen Fragen der teilnehmenden Stichprobe werden tabellarisch und grafisch dargestellt.

Aufgrund des geringen Rücklaufes von Studierenden und Auszubildenden der Heilmittelerbringer wird nachfolgend auf eine Ergebnisdarstellung verzichtet. Ebenso wird bei den Familienhebammen auf eine Ergebnisdarstellung verzichtet, da ein Fehler der Filterführung des Fragebogens dazu geführt hat, dass die Korrektheit der Stichprobengröße nicht gewährleistet werden kann.

Die Ergebnisse der erhobenen Daten zur professionellen Gesundheitskompetenz werden gesondert im Rahmen eines Begleitprojektes in wissenschaftlichen Journals veröffentlicht, weshalb sie in dem vorliegenden Bericht nicht dargestellt werden.

Geographische Abbildungen

Grundlage der Analyse bildeten personenbezogene Datensätze, die im ersten Schritt entsprechend der verschiedenen Berufsgruppen konsolidiert wurden. Zur Sicherung der Datenintegrität wurden die zusammengeführten Datensätze anschließend in einem mehrstufigen Verfahren bereinigt. Unvollständige, fehlerhafte oder doppelt vorliegende Einträge sowie Fälle ohne gültige Postleitzahl (PLZ) wurden konsequent entfernt. Sämtliche Variablen wurden systematisch umcodiert, um eine konsistente und analytisch nutzbare Datenstruktur zu gewährleisten. Eine abschließende Plausibilitätsprüfung diente der Identifikation inhaltlicher Inkonsistenzen und potenzieller Ausreißer. Auffällige oder unplausible Fälle wurden entweder korrigiert oder, sofern dies nicht möglich war, ausgeschlossen.

Zur Verbesserung der räumlichen Vergleichbarkeit und zur Erhöhung der Fallzahlen pro Raumeinheit wurden die ursprünglich dreistellig erfassten Postleitzahlen auf die ersten beiden Ziffern reduziert, welche innerhalb des fünfstelligen Postleitzahlensystems Deutschlands die jeweilige Leitregion kennzeichnen. Mehrfachnennungen identischer Leitregionen innerhalb eines Personendatensatzes wurden in diesem Zuge bereinigt.

Im nächsten Schritt wurden die Datensatz mittels einer One-to-Many-Transformation restrukturiert. Die ursprünglich personenbezogene Datensätze wurden dabei in eine postleitzahlbezogene Struktur überführt, sodass für jede Kombination aus Person und Postleitzahl ein separater Eintrag generiert wurde. Personen, die mehrere Postleitregionen angegeben hatten, wurden entsprechend mehrfach berücksichtigt und jeweils den betreffenden Regionen zugeordnet. Die daraus resultierenden Datensätze bildete die Grundlage für die finalen deskriptiven Analysen, die mit Microsoft Excel durchgeführt wurden. Zur kartografischen Visualisierung der

Ergebnisse kam die Open-Source-Software QGIS in der Version 3.34 zum Einsatz. Ergebnisse für Postleitzahlgebiete mit weniger als fünf Nennungen wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie aufgrund der begrenzten Aussagekraft nicht dargestellt.

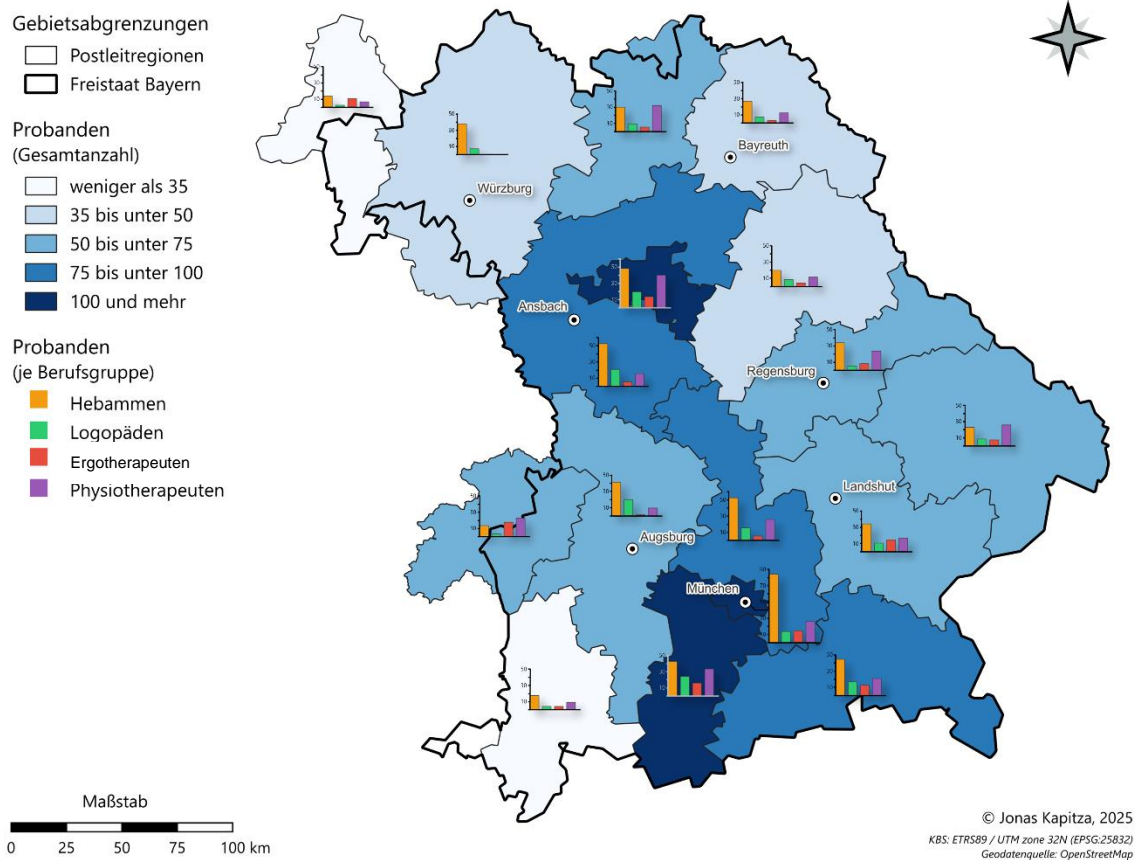
Aufgrund der geringen Fallzahlen in den Stichproben der Ernährungsfachkräfte und der Podologen wurde für diese Berufsgruppen keine geographischen Auswertungen durchgeführt.

3.9 Ethikvotum

Vor Befragungsbeginn wurde ein Antrag an die Ethik-Kommission der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zur Beurteilung der Studie gestellt (Antragsnummer 24-59-ANF). Es erfolgte ein Votum nach § 15 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns am 05.03.2024. Es besteht hinsichtlich der Verwendung von Daten ohne Personenbezug keine generelle Beratungspflicht durch eine Ethik-Kommission. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist die Verwendung vollständig anonymisierter Daten zu Forschungszwecken als unbedenklich einzustufen.

4 Deskriptive Darstellung der erzielten Ergebnisse

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung des Studienkollektivs innerhalb Bayerns einerseits in der Gesamtanzahl, sowie unterteilt nach Berufsgruppen. Die Studienbeteiligung war in den zwei Postleitregionen PLZ 82 und 90 am größten (100 und mehr Probanden). Eine geringe Beteiligung (weniger als 35) zeigte sich in den Postleitregionen PLZ 63 und 87. Die Teilnehmerzahl der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Postleitregionen war in ganz Bayern von den Hebammen am größten, gefolgt von den Physiotherapeuten.



Die Stichprobe unterteilt sich auf Basis der Fragen zur beruflichen Situation in Therapeuten, die entweder klinisch, ambulant oder in beiden Settings tätig sind. Entsprechend variiert die Anzahl der Teilnehmenden, die die jeweiligen Fragebögen ausgefüllt haben. Therapeuten, die ausschließlich klinisch tätig sind, wurde der Fragebogen zur ambulanten Tätigkeit nicht vorgelegt, ebenso wenig wie den ausschließlich ambulant tätigen Therapeuten der Fragebogen zur klinischen Tätigkeit. Folglich verändert sich die Gesamtanzahl der Stichprobe je nach ausgewertetem Setting. Die nachfolgenden Angaben beziehen sich auf vorliegende gültige Werte aus der Gesamtpopulation. Unterschiede resultieren aus fehlenden Werten.

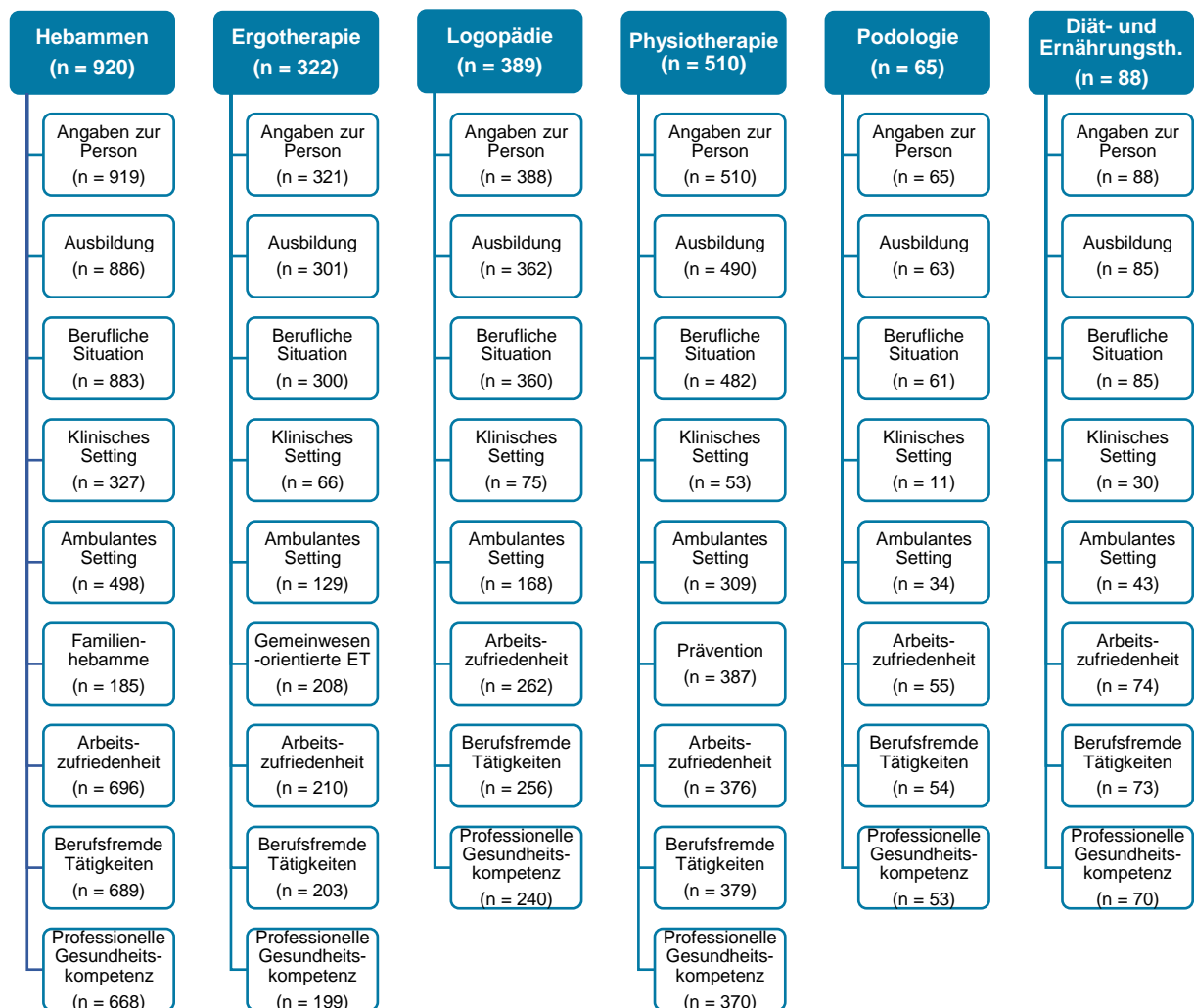
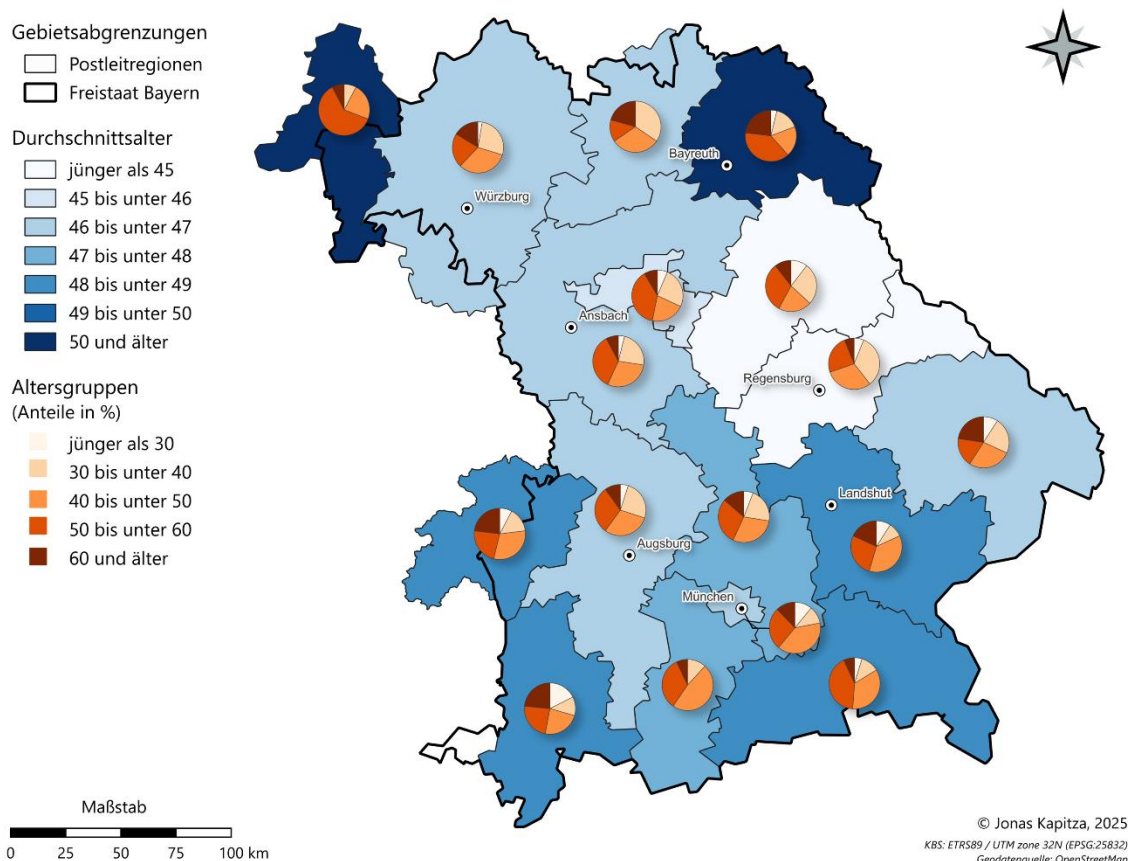


Abbildung 11 Darstellung der Stichproben der einzelnen Fragebögen

4.1 Ergebnisse – Befragung von Hebammen in Bayern

4.1.1 Soziodemografische Merkmale

An der Befragung haben 920 Hebammen teilgenommen, welche sich durch folgende soziodemografische Merkmale auszeichnen: Das durchschnittliche Lebensalter beträgt 44 Jahre (Median; IQR: 35; 54). Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der Studienteilnehmer in der Berufsgruppe der Hebammen innerhalb Bayerns. In den PLZ 63 und 95 liegt das Durchschnittsalter der Befragten über 50 Jahren. Der größte Anteil an Teilnehmern über 60 Jahren liegt in den PLZ 87 mit 23,5 % und 89 mit 23,1 %. PLZ 80 und 93 sind mit 43,2 Jahren und 43,6 Jahren die zwei Regionen mit dem jüngsten Durchschnittsalter. Der größte Anteil an Teilnehmern unter 30 Jahren liegt in den PLZ 80 mit 17,5 % und 87 mit 17,6 %.



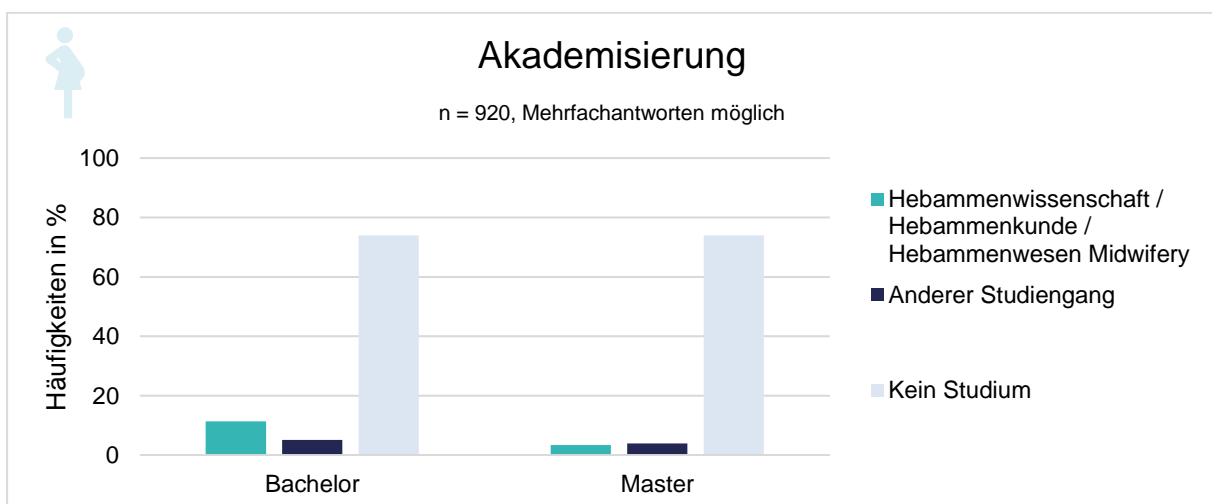
Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (99,7 %), während der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 0,3 % liegt. Der Familienstand zeigt, dass der größte Anteil der Teilnehmer verheiratet (66,1 %) ist. 9,8 % der Befragten sind ledig und 7,2 % geschieden.

Bezüglich der Sprachkenntnisse auf B2 Niveau gaben 79,6 % an, Deutsch fließend zu sprechen, gefolgt von 64% der Teilnehmer, die Englisch beherrschen. Weniger verbreitet sind Kenntnisse in Französisch, Italienisch oder Spanisch. 48,2 % der Befragten sprechen zwei Sprachen, 44 % sprechen nur eine Sprache. Die Hälfte (50,3 %) der Teilnehmenden haben die Hochschulreife bzw. das Abitur als höchsten allgemeinen Schulabschluss angegeben, während ein Drittel (29,5 %) die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss hat. Nur 11,1 % der Befragten sind pflegende Angehörige.

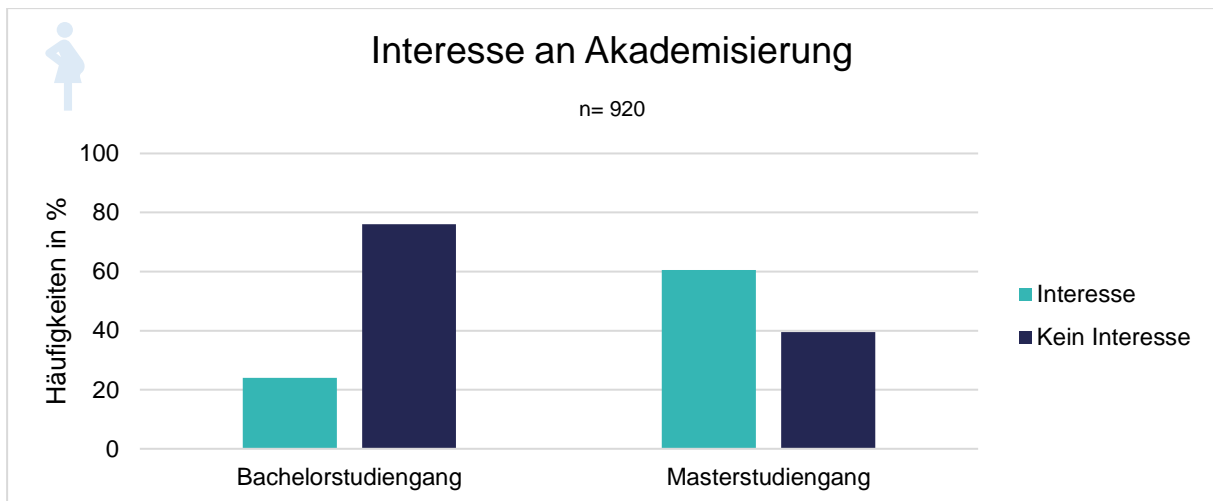
4.1.2 Ausbildungssituation

Die Mehrheit der Befragten (97 %) hat ihre Prüfung zur Hebamme in Deutschland absolviert. Der Zeitpunkt des bestandenen Examens variiert, wobei 26,7 % der Befragten das Examen vor 11 bis 20 Jahren abgelegt haben und 26 % vor 21 bis 30 Jahren. Nur 6,6 % der Befragten haben das Examen innerhalb der letzten zwei Jahre erworben.

Im Hinblick auf den akademischen Studienabschluss zeigt sich, dass 11,4 % der Befragten einen Bachelor in Hebammenwissenschaft / Hebammenkunde / Hebammenwesen Midwifery, während nur 3,4 % einen Master in Hebammenwissenschaft / Hebammenkunde / Hebammenwesen Midwifery abgeschlossen haben. Die Mehrheit der Befragten (74 %) hat kein akademisches Studium absolviert.

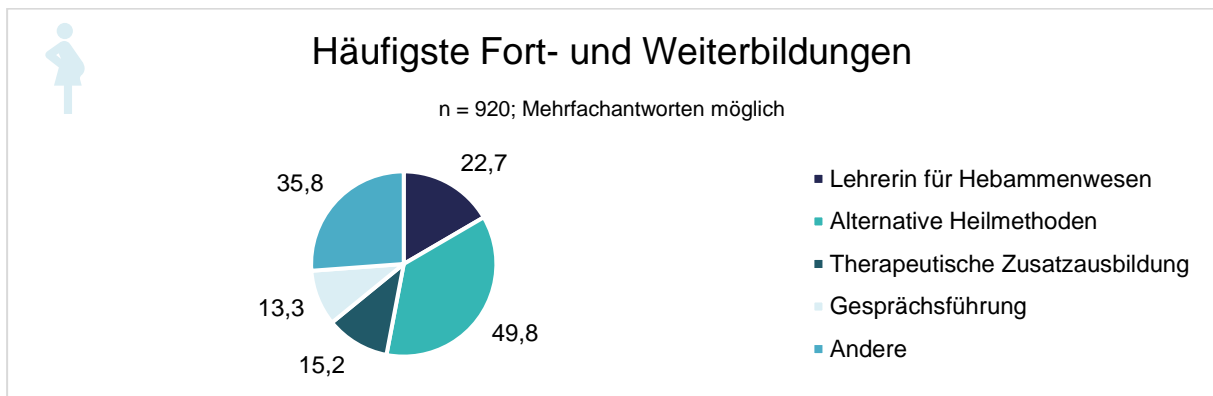


In Bezug auf das Interesse an einer akademischen Weiterqualifikation zeigt die Mehrheit der Befragten (76 %) kein Interesse an einem weiterqualifizierenden Bachelorstudium, während 24 % Interesse äußern. Für ein hebammenspezifisches Masterstudium interessieren sich 60,5 % der Befragten mit einem Bachelorabschluss, während 39,5 % es ablehnen.

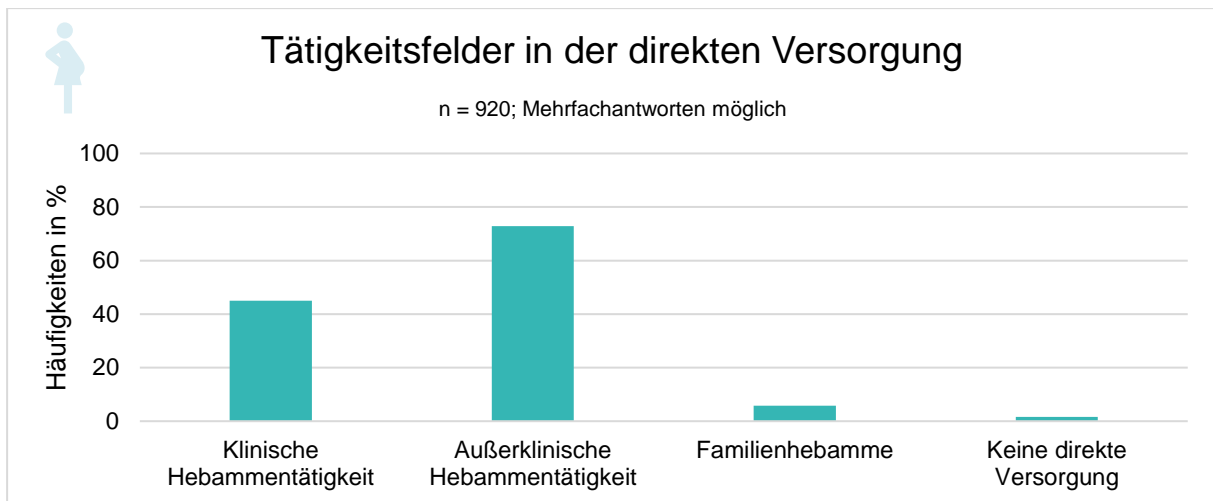


4.1.3 Berufliche Situation

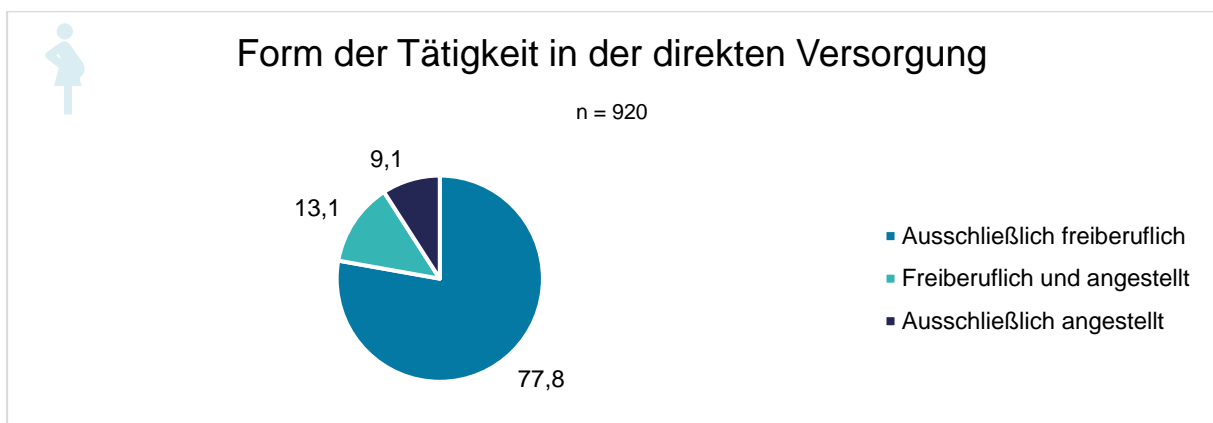
Die Berufserfahrung der Teilnehmer zeigt, dass 27,2 % 5 bis 15 Jahre und 24,1 % 15 bis 25 Jahre Erfahrung als Hebamme haben. Die Gruppe mit weniger als einem Jahr Erfahrung ist mit 4 % sehr klein. Der Großteil der Befragten hat also bereits langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich. Die Mehrheit der Befragten hat mindestens eine Fort- bzw. Weiterbildung zusätzlich zur Berufsausbildung absolviert. Die häufigsten Weiterbildungen sind: Alternative Heilmethoden (49,8 %) und Lehrerin für Hebammenwesen (22,7 %), gefolgt von einer therapeutischen Zusatzausbildung (15,2 %) und Gesprächsführung (13,3 %).



Im Folgenden wird die Verteilung der Tätigkeitsfelder und Arbeitsformen der 920 befragten Hebammen beschrieben. Im Bereich der direkten Versorgung zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten (72,8%) in der außerklinischen Hebammentätigkeit tätig ist, während 45 % im klinischen Setting arbeiten. Etwa 5,8 % sind Familienhebammen und 1,6 % sind nicht ausschließlich in der direkten Versorgung tätig.



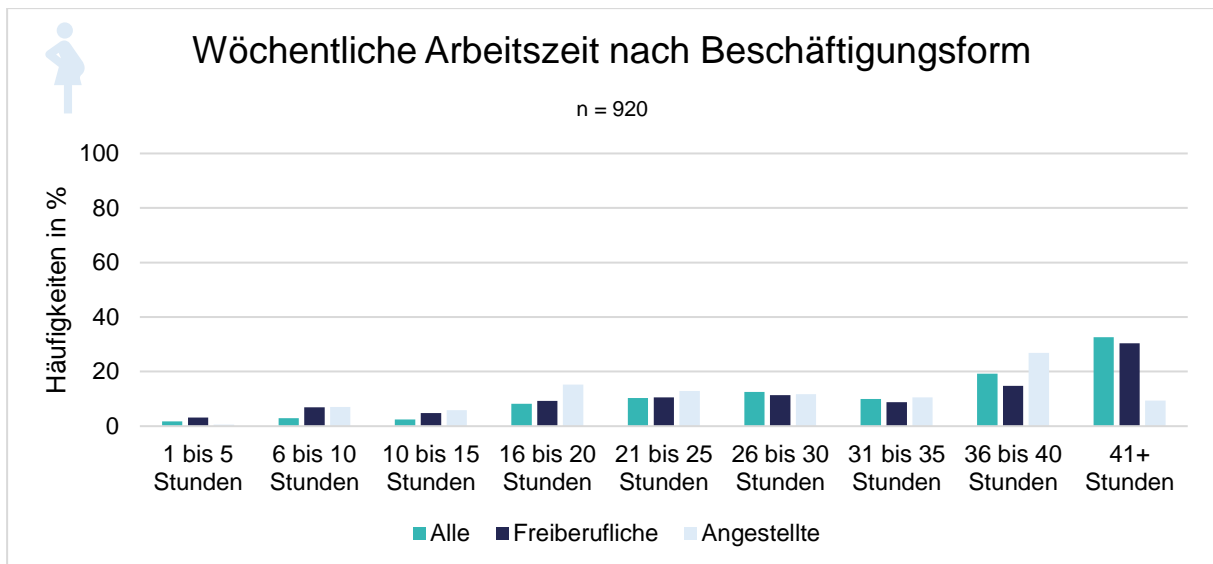
Hinsichtlich der Veränderung des Tätigkeitsfeldes gibt es nur geringe Bewegungen: Insgesamt gaben 12,2 % der Befragten an, ihre Tätigkeit in dem jeweiligen Bereich aufgegeben zu haben, während 74,8 % der Befragten keine Veränderung des Tätigkeitsfeldes hatten.



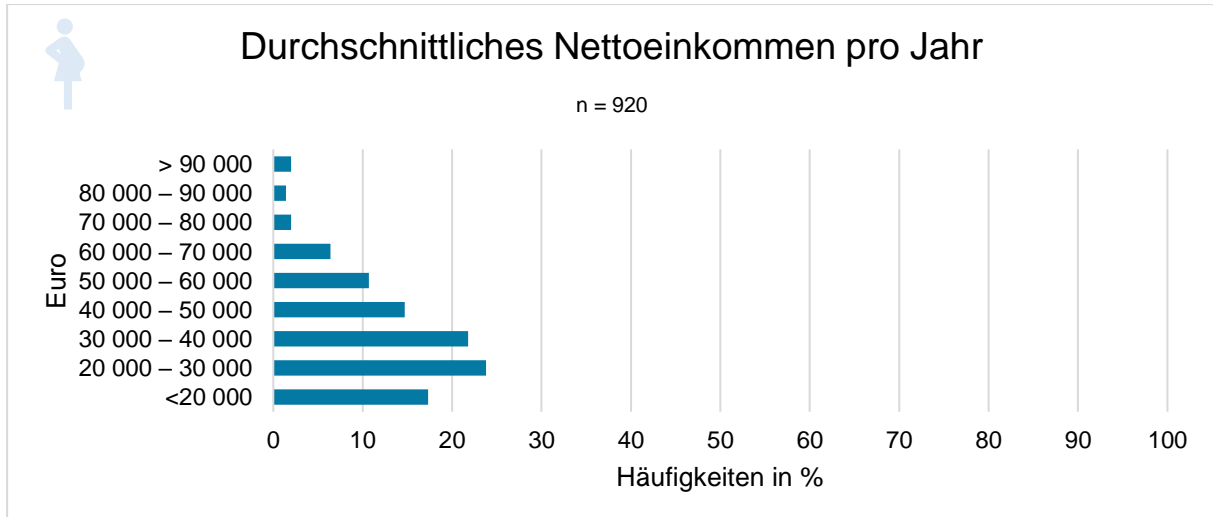
Bezüglich der Form der Tätigkeit zeigt sich, dass der größte Teil (77,8 %) ausschließlich freiberuflich arbeitet, während 13,1 % freiberuflich und angestellt tätig sind. Weniger häufig arbeiten die befragten Hebammen ausschließlich angestellt (9,1 %).

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für alle befragten Hebammen liegt bei 38 Stunden (Median; IQR: 25; 45). Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeiten in Abhängigkeit von der Beschäftigungsform (Angestellte, Freiberufliche) stellt sich folgendermaßen dar:

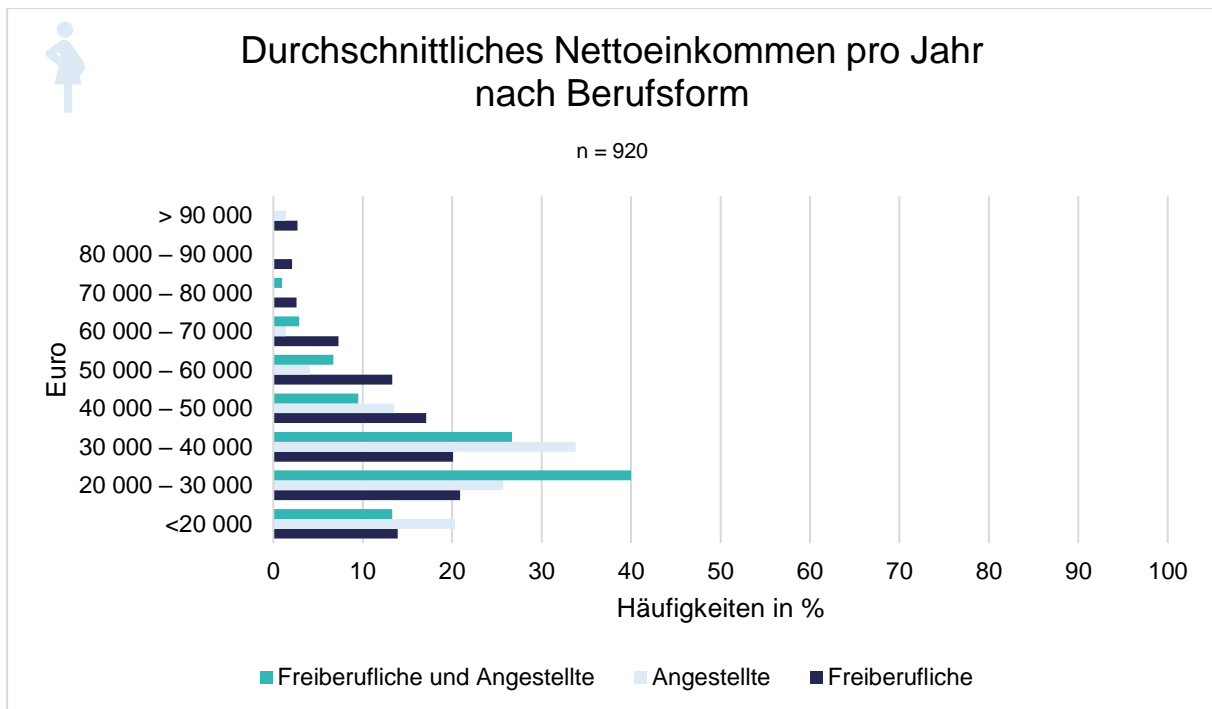
Bei den Angestellten ist die Arbeitszeit mit durchschnittlich 30 Stunden (Median; IQR: 20; 38,5) im Vergleich zu den freiberuflichen Hebammen etwas geringer. Überwiegend arbeiten sie zwischen 36 bis 40 Stunden pro Woche (26,9 %) oder 16 bis 20 Stunden pro Woche (15,2 %). Freiberuflich arbeiten Hebammen im Mittel 35 Stunden pro Woche (Median; IQR: 23; 45). Hier arbeitet der größte Anteil (30,4 %) mehr als 41 Stunden pro Woche, gefolgt von 36 bis 40 Stunden pro Woche (14,8 %).



Hinsichtlich der Verteilung des durchschnittlichen Nettoeinkommens befinden sich die meisten befragten Hebammen in der Einkommensgruppe von 20 000 bis 30 000 Euro (23,8 %), gefolgt von der Gruppe von 30 000 bis 40 000 Euro (21,8 %). 17,3 % der Befragten ordnen sich in der Einkommensgruppe von unter 20 000 Euro ein. Höhere Einkommensgruppen sind seltener aber durchaus vertreten: 40 000 bis 50 000 Euro (14,7 %) sowie 50 000 bis 60 000 Euro (10,7 %).



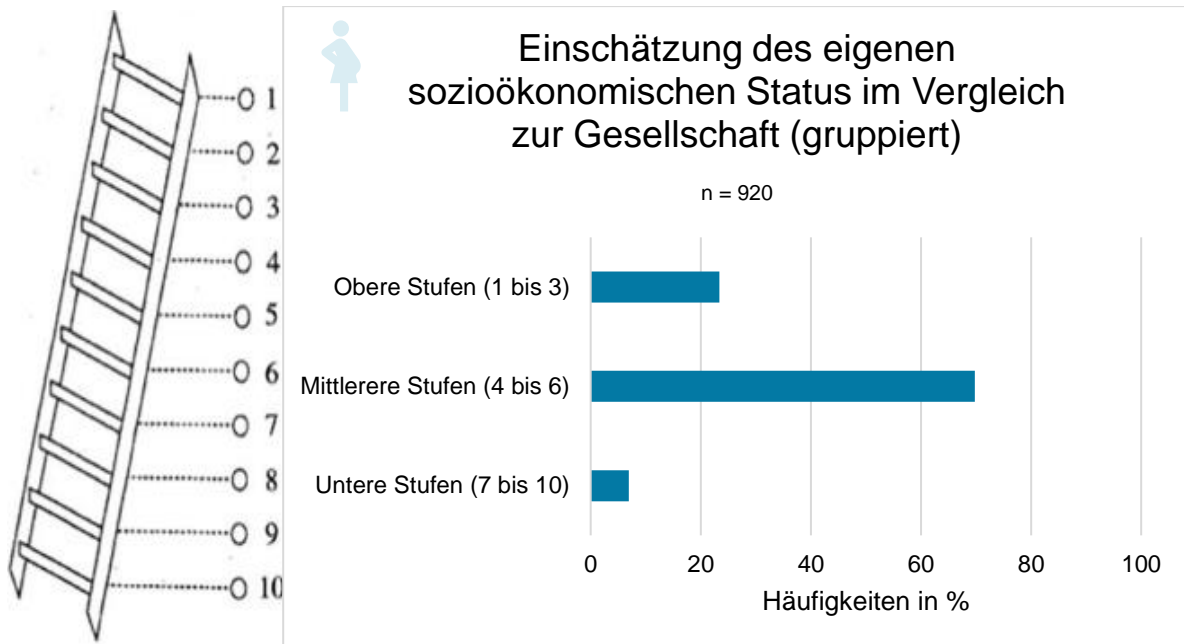
Die folgende Abbildung zeigt das durchschnittliche Nettoeinkommen im Jahr 2022 nach der Berufsform. Ein Drittel (33,8 %) der angestellten Hebammen verdient zwischen 30 000 und 40 000 Euro gefolgt von 25,7 %, welche sich der Gehaltsgruppe 20 000 bis 30 000 Euro zuordnen und 20,3 %, die weniger als 20 000 Euro verdienen. Die freiberuflich tätigen Hebammen sind ebenfalls überwiegend in den Gehaltsgruppen 20 000 bis 30 000 Euro (20,9 %) und 30 000 bis 40 000 Euro (20,1 %) vertreten, jedoch befinden sich deutlich mehr Freiberufliche in den höheren Gehaltsgruppen: 40 000 bis 50 000 Euro (17,1 %), 50 000 bis 60 000 Euro (13,3 %), sowie 60 000 bis 70 000 (7,3 %).



Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Hebammen über alle Berufsformen im Schnitt 24,60 €/h. Im Angestelltenverhältnis beträgt das Nettoeinkommen 18,90 €/h, in der Freiberuflichkeit 26,70 €/h. Die folgende Tabelle zeigt das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde in Abhängigkeit der Wochenarbeitszeit.

Wochenarbeitszeit (h)	Alle	Angestellte	Freiberufliche
1 - 10 h	103,8 €/h	28,8 €/h	106,2 €/h
11 - 20 h	28,1 €/h	26,0 €/h	28,2 €/h
21 - 30 h	23,9 €/h	22,5 €/h	24,9 €/h
31 - 39 h	21,4 €/h	18,1 €/h	23,2 €/h
40 h	20,3 €/h	13,2 €/h	23,1 €/h
41 - 50 h	17,7 €/h	15,5 €/h	18,3 €/h
51 + h	15,8 €/h	15,4 €/h	17,0 €/h

Die Einschätzung des eigenen sozioökonomischen Status erfolgte mit einem Leitermodell. Darin befinden sich oben (1) auf der Leiter Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Während im unteren Bereich der Leiter (10) sich Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs (bzw. ohne Job) einordnen. Betrachtet man die gruppierte Selbsteinschätzung der Hebammen, so zeigt sich die deutliche Mehrheit (69,8 %) im Bereich der mittleren Stufen. 6,9 % der Befragten ordnen sich im Bereich der unteren Stufen, also im Vergleich zur Gesellschaft einem schlechteren sozioökonomischen Status ein. 23,4 % schätzen ihren sozioökonomischen Status im Vergleich zur Gesellschaft als besser ein.



4.1.4 Klinische Hebammentätigkeiten

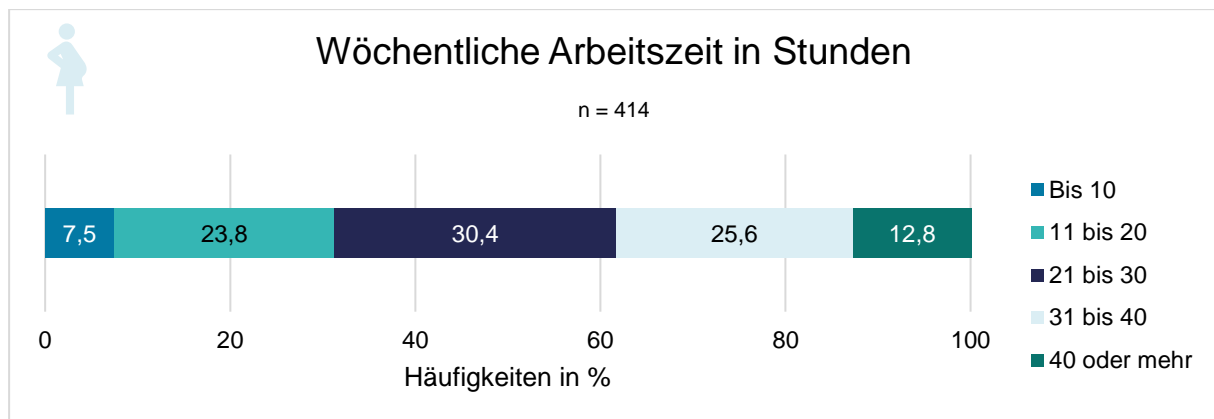
An der Befragung haben sich 414 im klinischen Setting tätige Hebammen beteiligt. Dabei handelt es sich um Hebammen, die sowohl angestellt als auch freiberuflich als Beleghebammen klinisch tätig sind. Die folgende Tabelle bildet die Verteilung der Versorgungsstufen der Klinik in der Studienpopulation ab:

Variable	n	%
Versorgungsstufe der Klinik		
Versorgungsstufe 1: Perinatalzentrum Level 1	144	44
Versorgungsstufe 2: Perinatalzentrum Level 2	33	10,1
Versorgungsstufe 3: Perinataler Schwerpunkt	27	8,3
Versorgungsstufe 4: Geburtsklinik	122	37,3
k. A.	88	

Die Anzahl der Geburten variiert je nach Versorgungsstufe der Klinik deutlich. In Perinatalzentren Level 1 entbinden 48,6 % der Kliniken zwischen 2001 und 3000 Geburten jährlich, während 29,9 % zwischen 1001 und 2000 Geburten betreuen. In Perinatalzentren Level 2 liegt der Schwerpunkt auf 1001 und 2000 Geburten pro Jahr (57,6 %) während 36,4 % zwischen 2001 und 3000 Geburten betreuen. Perinatale Schwerpunkte verteilen sich ähnlich: 55,6 % haben zwischen 1001 und 2000 Geburten, während 29,6% im Bereich von 501 bis 1000 Geburten liegen. Geburtskliniken haben überwiegend zwischen 501 und 1000 Geburten (61,5 %) oder 201 bis 500 Geburten (21,1 %).

Klinisch tätige Hebammen sind überwiegend im Kreißsaal (88,4 %) im Einsatz. 4,3 % arbeiten auf der Wochenbettstation und 2,8 % in der Ambulanz. 2,4 % der Befragten rotieren zwischen den Abteilungen.

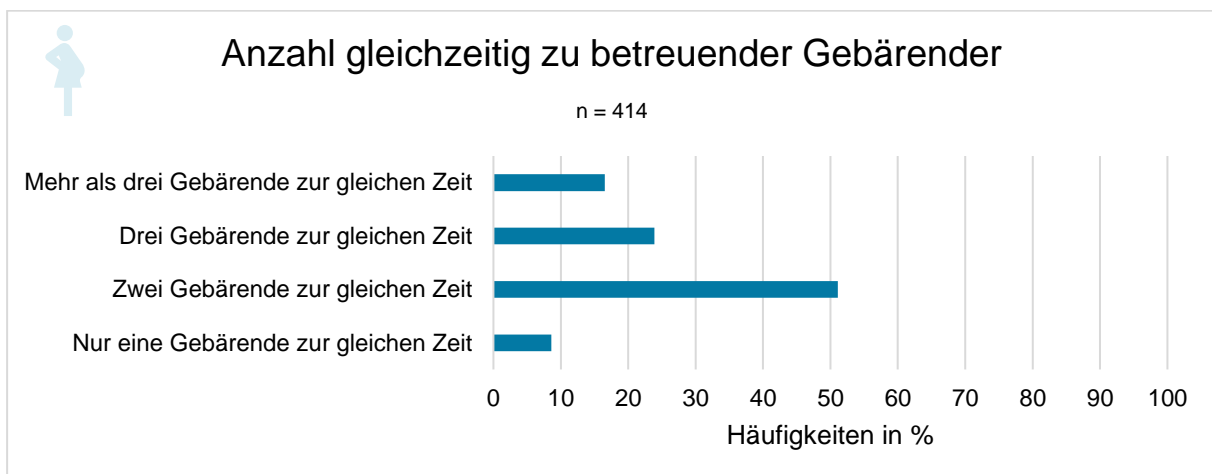
Ein Drittel (30,4 %) der klinisch tätigen Hebammen arbeitet zwischen 21 und 30 Wochenstunden, während 25,6 % 31 bis 40 Stunden und 23,8 % 11 bis 20 Stunden arbeiten. 12,8 % der Befragten arbeiten 40 oder mehr Wochenstunden in der Klinik. Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit geben die Befragten am Häufigsten an, dass sie zusätzlich in einem anderen Tätigkeitsbereich des Hebammenberufs arbeiten (35,9 %). Zudem nennen 24,4 % der befragten Hebammen familiäre Verpflichtungen als Hauptgrund für Teilzeitarbeit. 10,5 % der Befragten arbeiten in Teilzeit, da ihnen Erholungsphasen wichtig sind, da die Arbeit als Hebamme sie sehr fordere und 9,1 % befinden sich derzeit in Aus-/ Weiterbildung bzw. Studium.



39,8 % der befragten Hebammen geben an, dass sie manchmal (einmal pro Monat) gebeten werden einzuspringen bzw. Überstunden zu machen. Ein Drittel (33,3 %) wird häufig (einmal pro Woche) und 12,8 % sehr oft (mehrmals pro Woche) gebeten einzuspringen bzw. Überstunden zu machen. Nur 8,9 % werden selten (einmal in sechs Monaten) und 5,2 % werden nie gebeten einzuspringen oder Überstunden zu machen. Im Durchschnitt leisten Hebammen 10 Überstunden pro Monat (Median; IQR: 4; 15). Das Mittel der höchsten geleisteten Stundenzahl pro Monat liegt bei 120 Stunden (Median; IQR: 60; 160).

Rufbereitschaften sind mit 58,4 % weit verbreitet, mit einer durchschnittlichen Stundenzahl von 24 Stunden pro Monat (Median; IQR: 5; 50). Weniger verbreitet sind Bereitschaftsdienste mit 35,2 %, mit einer durchschnittlichen Stundenzahl von 24 Stunden pro Monat (Median; IQR: 4; 60). Die Mehrheit der befragten Hebammen (71,6 %) leistet Nachtdienste. Überwiegend arbeiten Hebammen im 2-Schicht (45,3 %) oder 3-Schicht (36,1 %) System. 8,9 % der Befragten geben an, in keinem Schichtmodell zu arbeiten, während 8,6 % im Mehrschichtsystem arbeiten.

Angestellte Hebammen betreuen pro Monat durchschnittlich 15 Geburten (Median; IQR: 6; 30), die begonnen und nicht vollendet wurden, während 10 Geburten vollendet werden (Median; IQR: 6; 20). Beleghebammen betreuen pro Monat durchschnittlich 20 Geburten (Median; IQR: 9,5; 45), welche begonnen und nicht vollendet werden, während 12 Geburten vollendet werden (Median; IQR: 8; 60). Die Hälfte der Befragten (51,1 %) betreut zwei Gebärende zur gleichen Zeit, während 23,9 % angeben drei Gebärende und 16,5 % mehr als drei Gebärende zur gleichen Zeit zu betreuen. 8,6 % der Hebammen haben die Möglichkeit nur eine Gebärende zur gleichen Zeit zu betreuen.



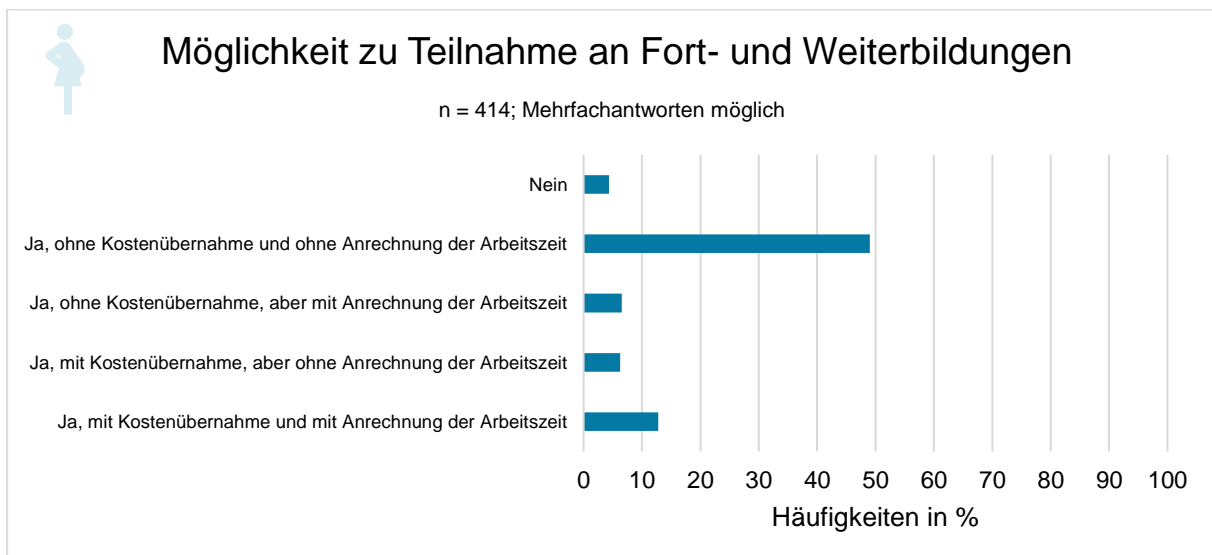
Die Hälfte der Befragten (56,3 %) gibt an, dass eine vorübergehende Schließung des Kreißsaals bzw. die Abweisung von Frauen nie notwendig ist. Dennoch ist bei einem Fünftel der Befragten (19,9 %) eine Schließung von 1-3-mal pro Jahr und bei 13,5 % sogar 4-12-mal pro Jahr notwendig. 5,5 % geben an, dass der Kreißsaal bzw. eine Abweisung von Frauen 25-mal oder häufiger pro Jahr (mehr als zweimal pro Monat) erfolgt. Als Häufigste Gründe für die vorübergehende Schließung des Kreißsaals bzw. das Abweisen von Frauen werden zu je ein Drittel die fehlenden Räumlichkeiten (33,6 %) und die fehlenden Kapazitäten in der Kinderklinik (29,5 %) genannt. 21,2 % geben als Grund das Fehlen von Hebammen an.

Die häufigsten zusätzlichen Tätigkeiten im klinischen Setting mit 20 % der wöchentlichen Arbeitszeit sind Verwaltungsaufgaben (Median; IQR: 10; 30). 10 % der Arbeitszeit machen Anleitung von Schülern bzw. Studierenden (Median; IQR: 5; 25) und 12 % logistische Arbeiten (Median; IQR: 10; 22,5) aus. 8 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median; IQR: 5; 11,5) werden mit Reinigungsarbeiten verbracht. Einen geringen Anteil an der wöchentlichen Arbeitszeit mit jeweils 5 % (Median) nehmen hingegen Fortbildungen (IQR: 2; 5) und Qualitätsmanagement (IQR: 2; 5) ein.

66,1 % der Befragten haben im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten betreut, während nur etwas mehr als ein Drittel (36,1 %) einen Studierenden der Hebammenwissenschaft in der praktischen Studienphase betreut hat. Durchschnittlich wurden vier Praktikanten (Median;

IQR: 2; 5) bzw. vier Studierende (Median; IQR: 2,2; 8) pro Jahr betreut. Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Ermächtigung bzw. Weiterbildung zur Praxisanleitung (24,6 %), ein zu hoher jährlicher Fortbildungsaufwand (16,7 %) und eine zu geringe Vergütung (13,8 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: die Vergütung für die Praxisanleitung erhöht (28,7 %), der jährliche Fortbildungsaufwand reduziert, sowie die jährlichen Fortbildungen als Arbeitszeit durch den Arbeitgeber finanziert werden (20,3 %).

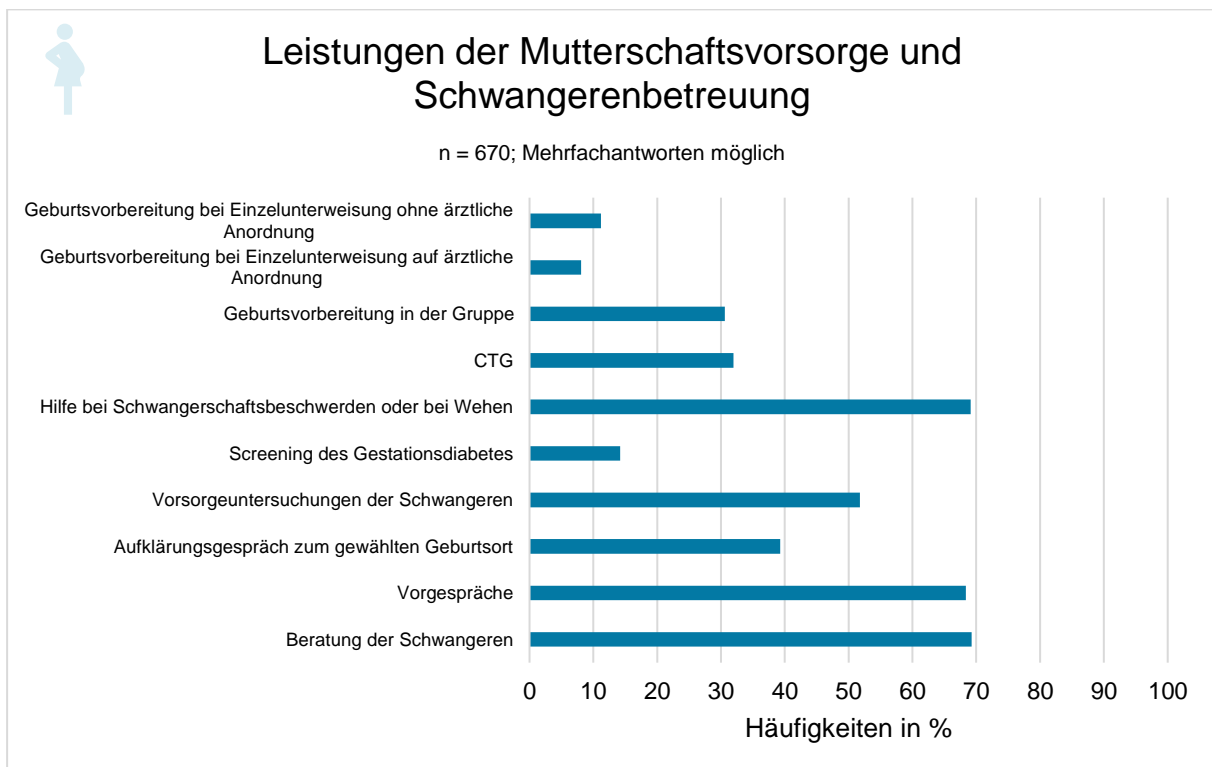
Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese ohne Kostenübernahme und ohne Anrechnung der Arbeitszeit (49 %) in Anspruch genommen. 12,8 % haben die Möglichkeit an diesen mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit teilzunehmen. Jeweils rund 6 % nehmen an Fortbildungen mit Kostenübernahme, aber ohne Abrechnung der Arbeitszeit bzw. ohne Kostenübernahme, aber mit Anrechnung der Arbeitszeit teil.



4.1.5 Außerklinische Hebammentätigkeiten

An der Befragung haben 670 außerklinisch tätige Hebammen teilgenommen.

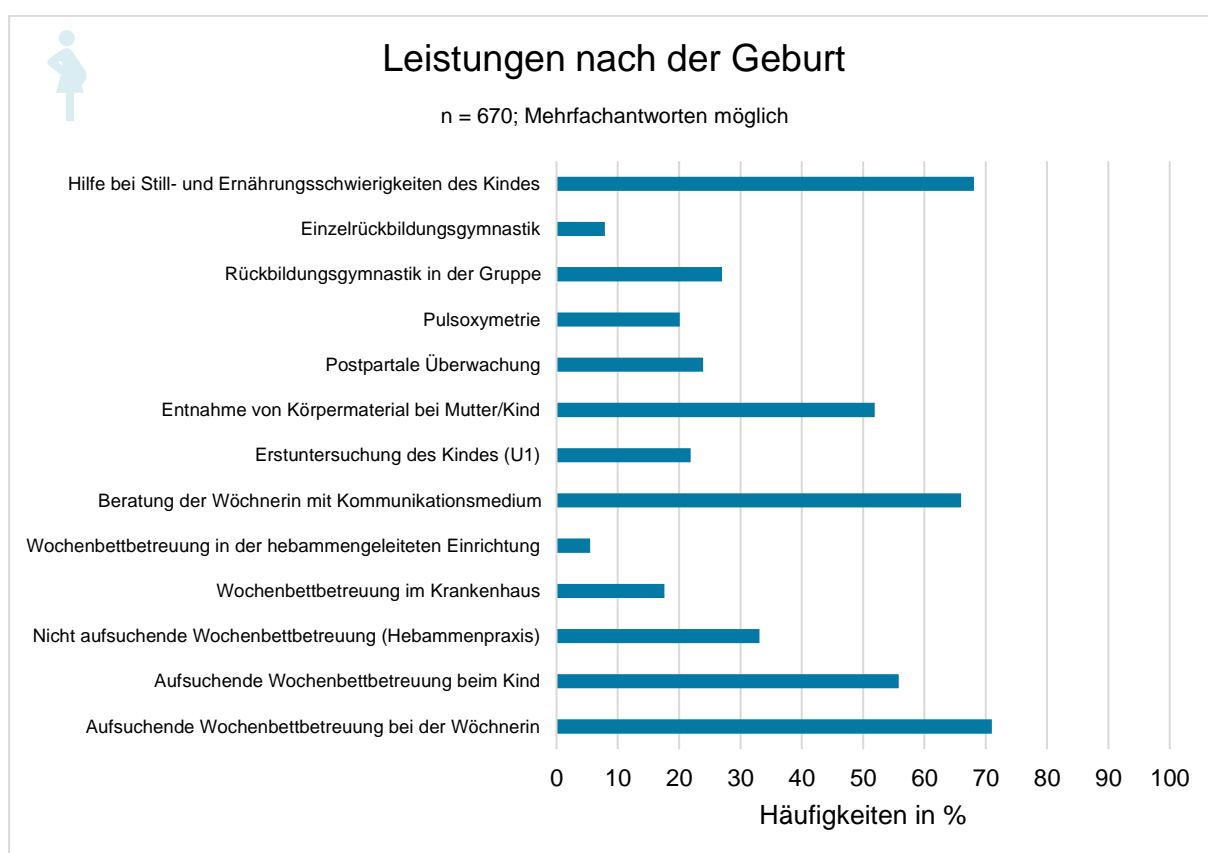
Die häufigste angebotene Leistung im Bereich der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung nach dem Vergütungsverzeichnis (§ 134a SGB V) ist mit 69,1 % die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen. Zudem werden ebenfalls häufig die Beratung der Schwangeren (69,3 %) und Vorgespräche (68,4 %) angeboten. Weitere häufig angebotene Leistungen sind: Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren (51,8 %), Aufklärungsgespräch zum Geburtsort (39,3 %), CTG-Untersuchungen (31,9 %) und Geburtsvorbereitung in der Gruppe (30,6 %). Seltener werden Leistungen wie Screenings auf Gestationsdiabetes (14,2 %), Geburtsvorbereitung bei Einzelanweisung auf ärztliche Anordnung (8,1 %) bzw. ohne ärztliche Anordnung (11,2 %) angeboten. Die Hälfte der Befragten (49,6 %) bietet mehr als sechs Leistungen in der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung an.



Im Jahr 2022 haben die befragten Hebammen im Schnitt fünf Geburtsvorbereitungskurse angeboten (Median; IQR: 4; 7). Davon gaben 60,4 % an, mehr als fünf Kurse pro Jahr anzubieten, während 17,3 % vier und 11,9 % drei Kurse pro Jahr anbieten. Die durchschnittliche Dauer der Kurse beträgt 14 Stunden (Median; IQR: 10; 14).

Angebotene Leistungen nach dem Vergütungsverzeichnis (§ 134a SGB V) nach der Geburt sind besonders häufig die aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin (71 %) sowie

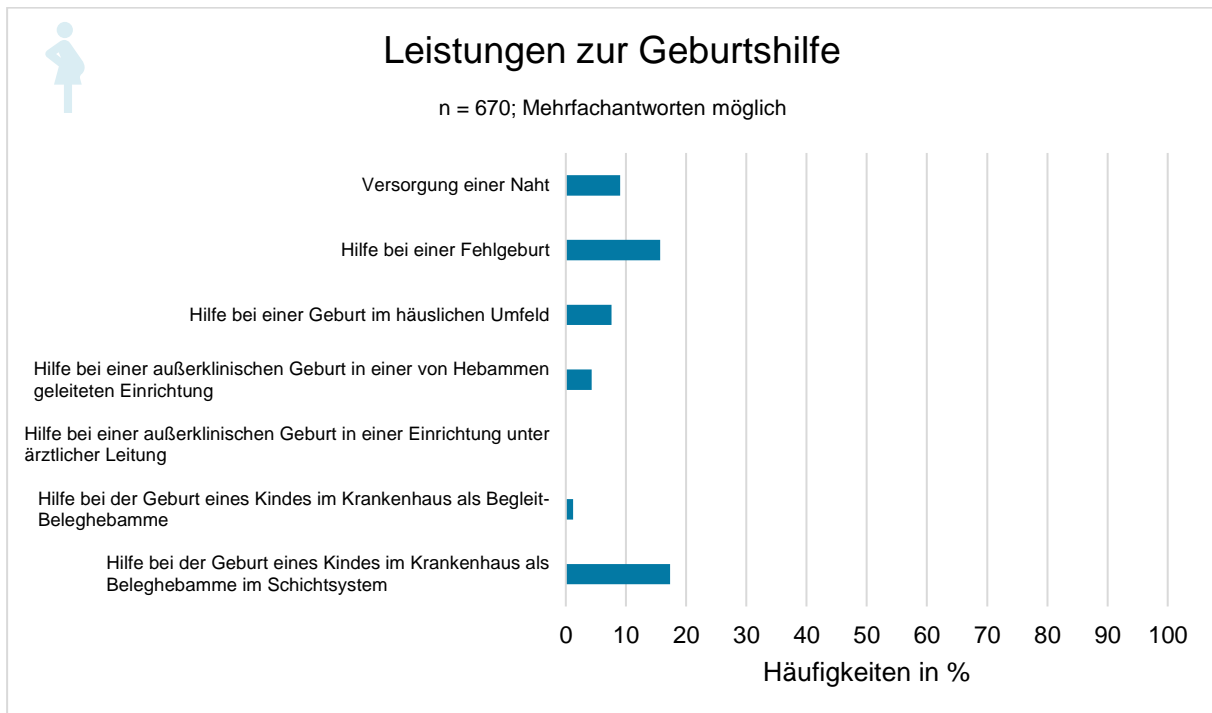
Hilfe bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Kindes (68,1 %) und die Beratung der Wöchnerin mit Kommunikationsmedium (66,0 %). Mehr als die Hälfte der befragten Hebammen bietet eine aufsuchende Wochenbettbetreuung beim Kind (55,8 %) sowie die Entnahme von Körpermaterial bei Mutter oder Kind (51,9 %) an. Die nicht aufsuchende Hebammenbetreuung in der Hebammenpraxis (33,1 %) und Rückbildungsgymnastik in der Gruppe (27 %) gehören für jeweils rund ein Drittel der Hebammen zum Leistungsangebot. Auch die postpartale Überwachung (23,9 %), die Erstuntersuchung des Kindes (U1) (21,9%), Pulsoxymetrie (20,1 %) und die Wochenbettbetreuung im Krankenhaus (17,6 %) werden angeboten. Deutlich seltener findet Wochenbettbetreuung in einer hebammengeleiteten Einrichtung (5,5 %) und Einzelrückbildungsgymnastik (7,9 %) statt.



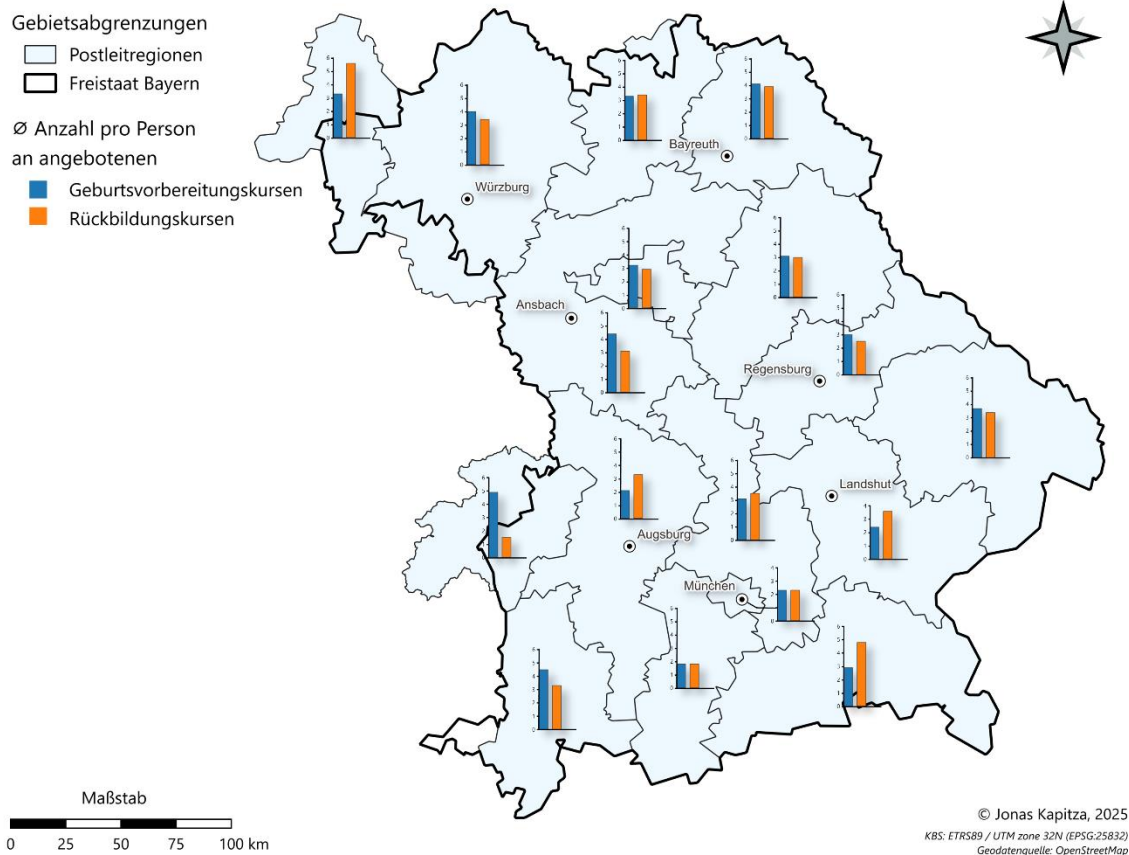
Im Jahr 2022 haben die befragten Hebammen im Schnitt sechs Rückbildungskurse (Median; IQR: 4; 8) angeboten. Davon gaben 37,4 % an, 6-10 Kurse pro Jahr anzubieten, während 26,2% 4-5 und 13,3 % mehr als 11 Kurse pro Jahr anbieten. Die durchschnittliche Dauer der Kurse beträgt 10 Stunden (Median; IQR: 8; 10).

Im Rahmen der Leistungen zur Geburtshilfe nach dem Vergütungsverzeichnis (§ 134a SGB V) bieten 17,3 % der befragten außerklinisch tätigen Hebammen Unterstützung bei der Geburt eines Kindes im Krankenhaus als Beleghebamme im Schichtsystem an. Die Hilfe bei einer Fehlgeburt wird von 15,7 % angeboten, während 9 % Nähte versorgen. Selten wird die Hilfe bei einer Geburt im häuslichen Umfeld (7,6 %), die Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in

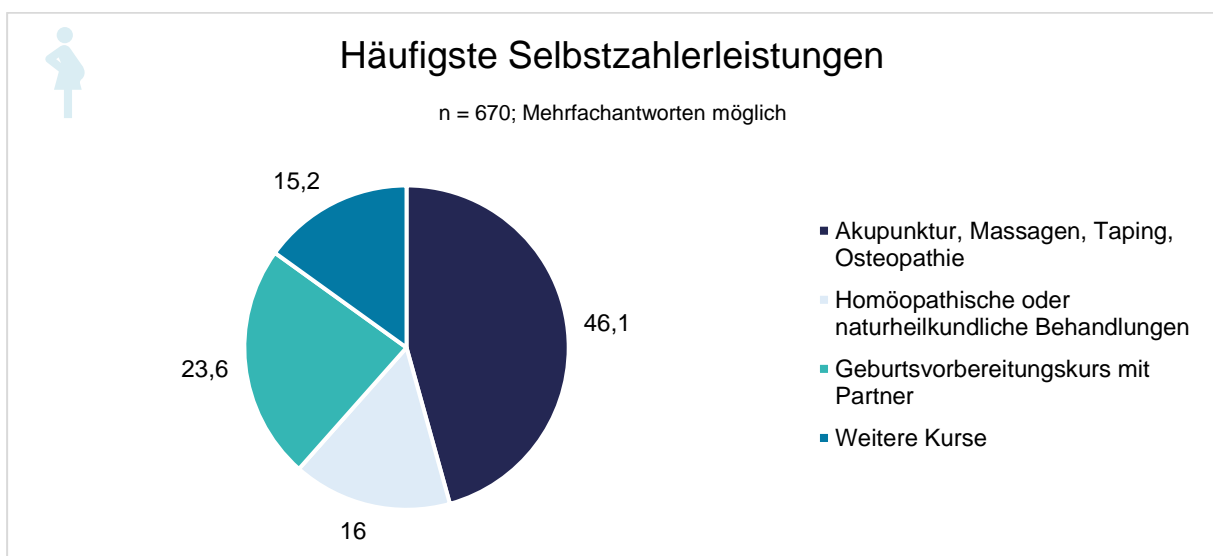
einer von Hebammen geleiteter Einrichtung (4,3 %) oder die Hilfe bei der Geburt eines Kindes im Krankenhaus als Begleit-Beleghebamme (1,2 %) angeboten. Bei mehr als 40 % der Befragten gehört keine dieser Leistungen ins Leistungsangebot.



Bei Betrachtung der bayernweiten Verteilung der durchschnittlichen Anzahl im Jahr 2022 angebotener Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse pro Hebamme zeigen sich durchaus Unterschiede je nach Postleitzahlregion. PLZ 89 und 87 sind mit durchschnittlich 4,9 bzw. 4,5 Geburtsvorbereitungskursen die Regionen mit der größten Anzahl an Kursen, während in PLZ 81 und 82 mit durchschnittlich 1,4 bzw. 1,8 Geburtsvorbereitungskursen die wenigsten Kurse durchgeführt werden. Die meisten Rückbildungskurse wurden mit durchschnittlich 5,6 Kursen in PLZ 63 und mit 4,8 Kursen in PLZ 83 durchgeführt. Die kleinste durchschnittliche Anzahl angebotener Rückbildungskurse befindet sich in PLZ 81 mit 1,4 Kursen und PLZ 89 mit 1,5 Kursen pro Hebamme im Jahr 2022.



Privat abrechenbare Leistungen sind weit verbreitet. Fast die Hälfte der Befragten bietet Akupunktur, Massagen, Taping und Osteopathie (46,1 %) an. Weitere häufig angebotene Leistungen, die privat abgerechnet werden sind: Geburtsvorbereitungskurse mit Partner (23,6 %), homöopathische oder naturheilkundliche Behandlungen (16,0 %) und weitere Kurse (15,2 %). Weniger verbreitet sind die präkonzeptionelle Beratung (4,6 %), Blutuntersuchungen (5,4 %), sowie Rufbereitschaft zu Geburt (8,4 %) oder Sportangebote (8,5 %).

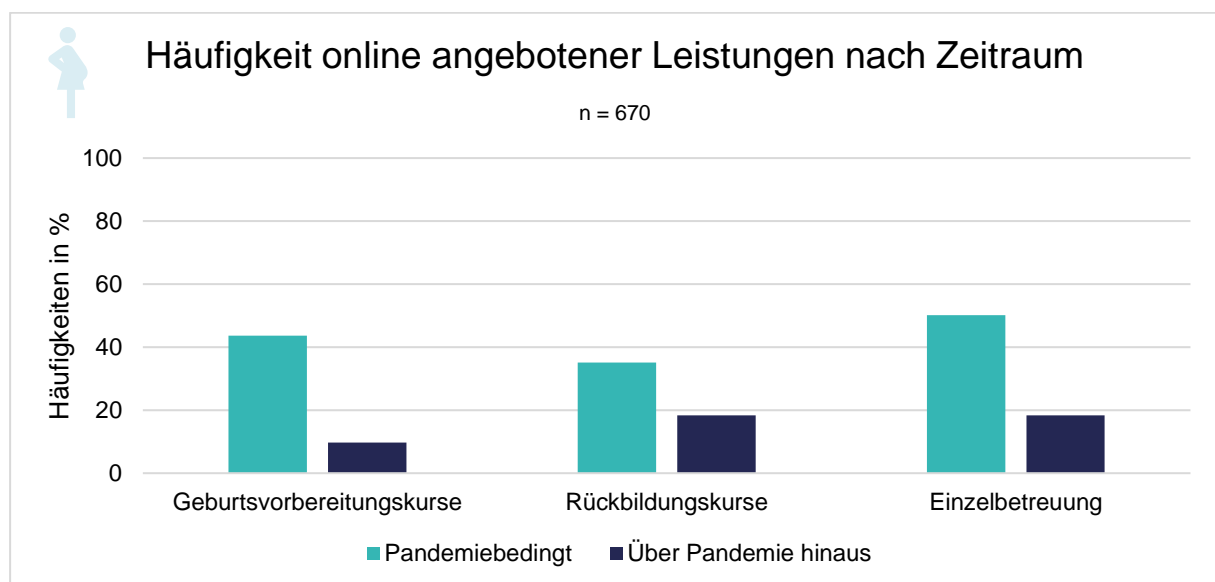


In einer hebammengeleiteten Einrichtung werden pro Monat durchschnittlich 16,5 Geburten (Median; IQR: 1,8; 51,5) begonnen und nicht vollendet, während 32,5 Geburten (Median; IQR: 15; 56,2) vollendet werden. Die Anzahl der betreuten Hausgeburten ist deutlich geringer. Pro Monat wurde eine Hausgeburt (Median; IQR: 0; 3) begonnen und nicht vollendet, während drei Hausgeburten (Median; IQR: 1; 10,5) vollendet wurden.

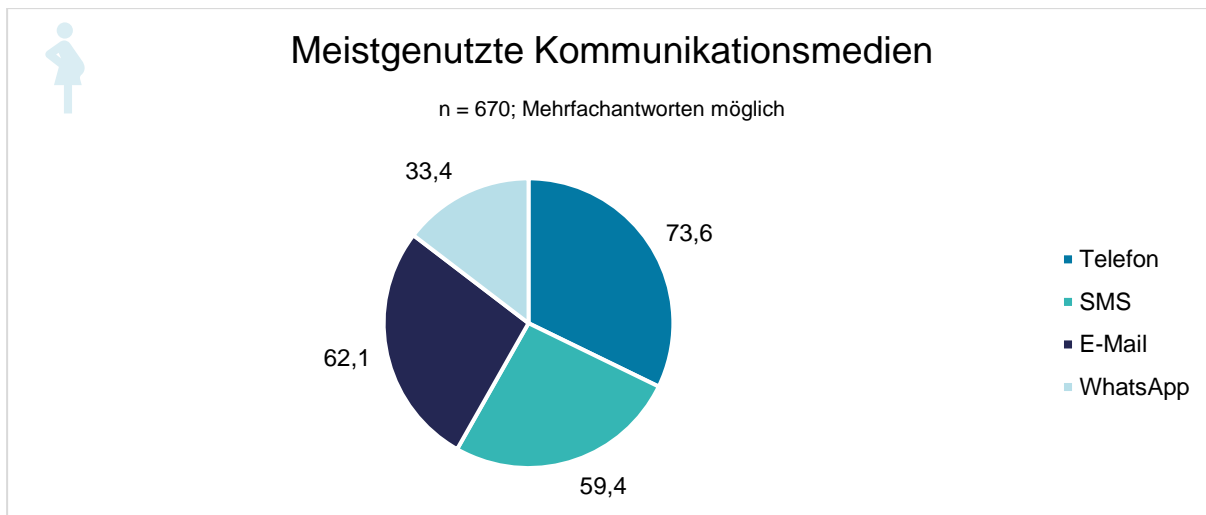
Die durchschnittliche Anzahl bezahlter Rufbereitschaft für Geburtsbetreuungen variiert sehr stark. Während der Mittelwert 230,4 (SD: 365,9) beträgt, liegt der Median bei 27 (IQR: 10, 250,5). Ein Drittel der Befragten (31,1 %) gab an mehr als 161 bezahlte Rufbereitschaften für Geburtsbetreuungen geleistet zu haben, während jeweils 14,9 % 81-160 bzw. 21-80 angaben.

Mehr als drei Viertel der Befragten haben im Jahr 2022 mindestens eine Frau mit Fehlgeburt betreut: 1-2 Frauen mit Fehlgeburt (27,8 %), 3-4 Frauen mit Fehlgeburt (25,2 %), 5-6 Frauen mit Fehlgeburt (13,9 %), mehr als sieben Frauen mit Fehlgeburt (11,3 %). 21,9 % gaben an, keine Frau mit Fehlgeburt betreut zu haben.

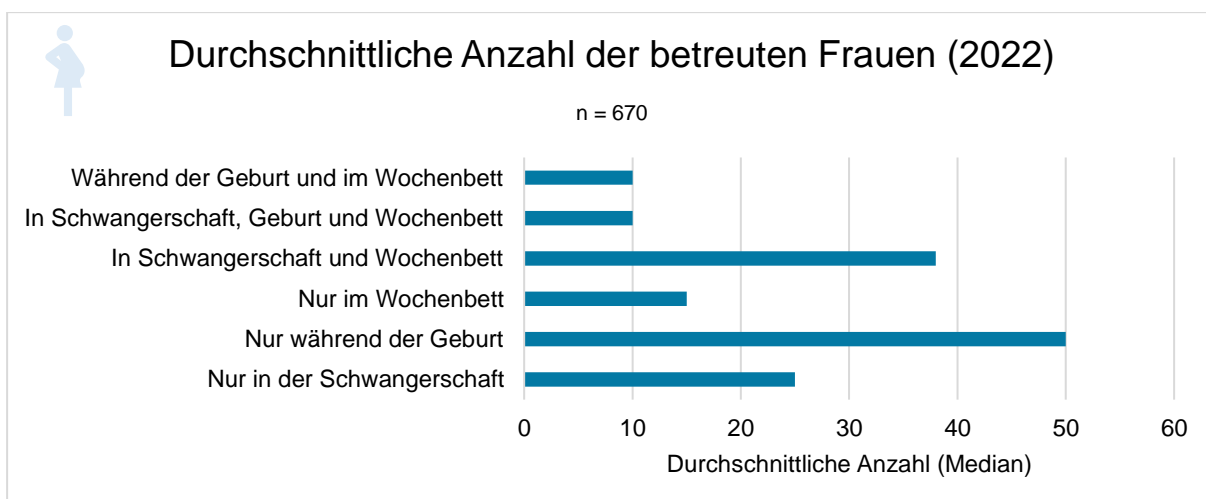
Die Mehrheit der Befragten bietet keine Leistungen online an. Etwa die Hälfte der Befragten hat digitale Leistungen pandemiebedingt online angeboten (Einzelbetreuung: 50,1 %, Geburtsvorbereitungskurse: 43,6% und Rückbildungskurse: 35,1 %). Diese wurden jedoch zu einem deutlich geringeren Anteil über diesen Zeitraum hinaus genutzt (Einzelbetreuung: 18,4 %, Rückbildungskurse: 18,4 % und Geburtsvorbereitungskurse: 9,7 %)



Die meistgenutzten Kommunikationsmedien für Hebammen sind das Telefon (73,6 %), E-Mail (62 %) und SMS (59,4 %). 33,4% der Befragten nutzten regelmäßig WhatsApp, um mit ihren Patienten in Kontakt zu treten. Seltener werden Skype / Zoom / Webex (14,2 %) und zertifizierte Tools (11,5 %), genutzt.



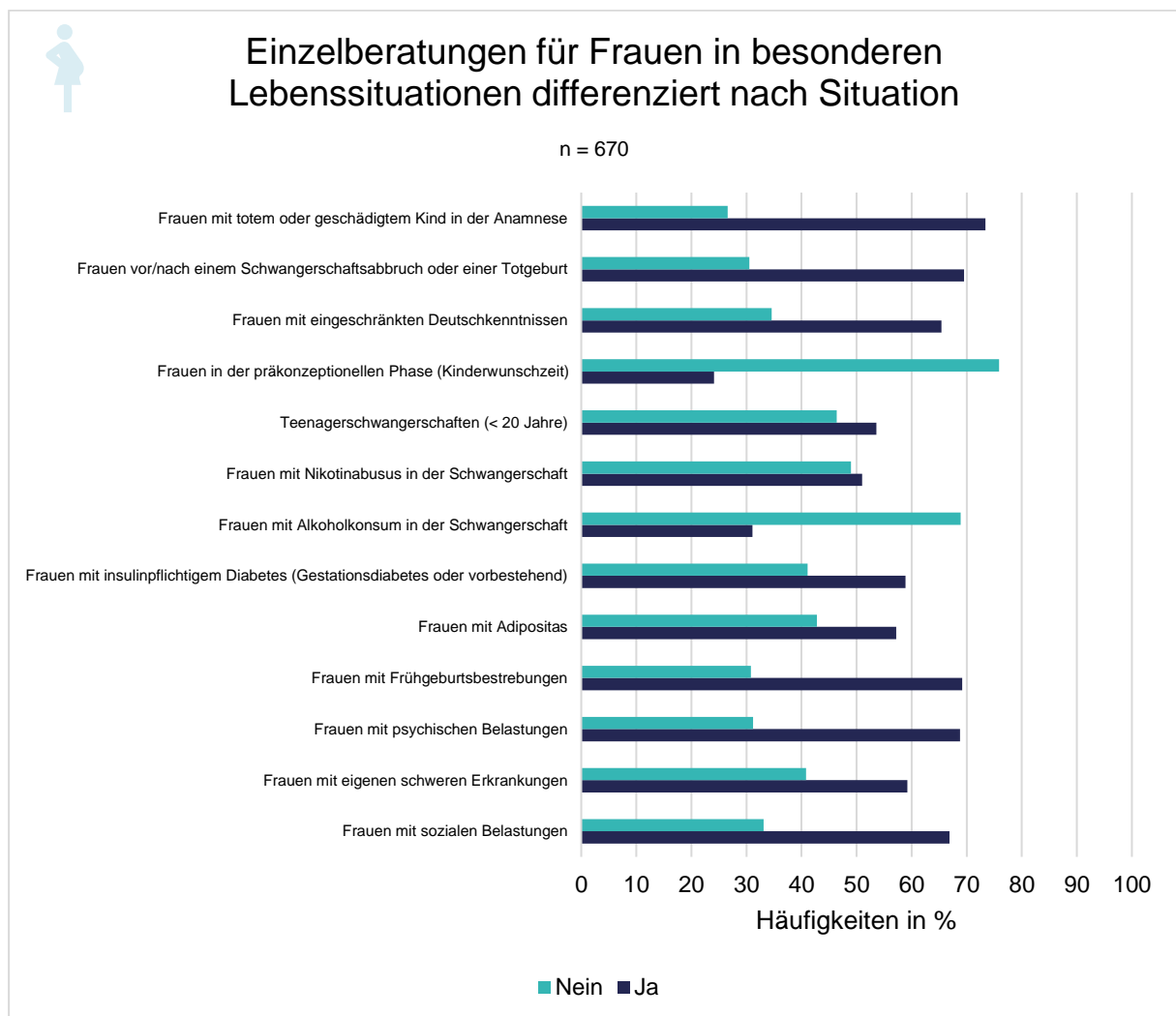
Die durchschnittliche Anzahl der betreuten Frauen im Jahr 2022 variiert je nach Leistungsangebot. Die durchschnittliche Anzahl nur während der Geburt betreuter Frauen beträgt 50 (Median; IQR: 20,2; 70). Dabei betreut die Mehrheit der Befragten (55,7 %) mehr als 41 Frauen, während ein Viertel (25,7 %) maximal 20 Frauen versorgt. Nur in der Schwangerschaft werden im Schnitt 25 Frauen (Median; IQR: 5;20) begleitet. Für die Betreuung im Wochenbett liegt die durchschnittliche Anzahl der Frauen bei 15 (Median; IQR: 5; 42). Sowohl im Wochenbett als auch in der Schwangerschaft werden durchschnittlich 38 Frauen (Median; IQR: 15; 60) von den Befragten begleitet. Werden Frauen durchgehend in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreut, liegt die durchschnittliche Anzahl bei 10 Frauen (Median; IQR: 3,8; 29,2). Eine vergleichbare Anzahl von 10 Frauen (Median; IQR: 2,5; 30) wird auch während der Geburt und im anschließenden Wochenbett betreut.



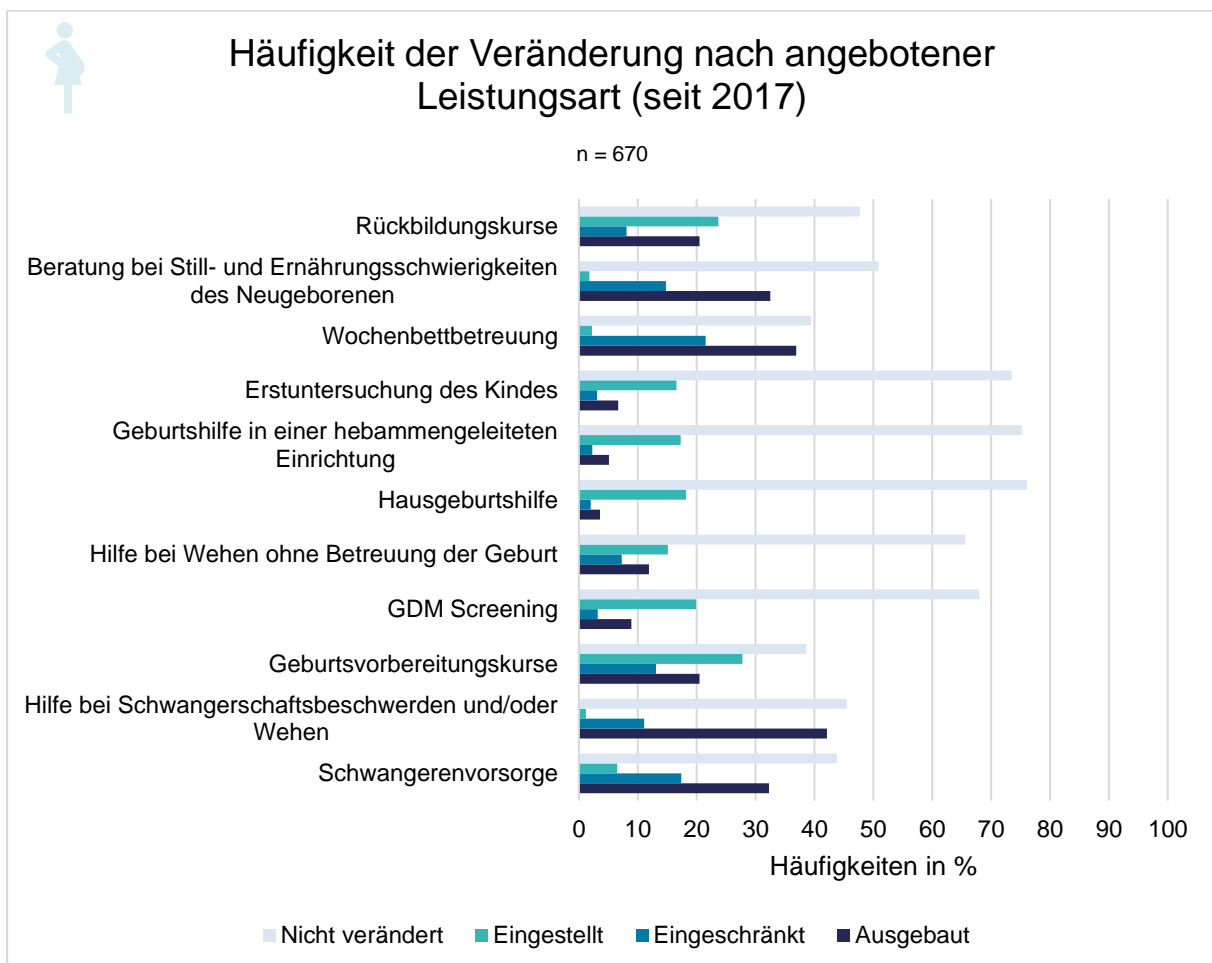
Während der Schwangerschaft erhalten die betreuten Frauen im Durchschnitt vier Besuche (Median; IQR: 3; 5) und 12 Besuche im Wochenbett (Median; IQR: 10; 15). Zudem erfolgen durchschnittlich fünf telefonische Beratungen (Median; IQR: 3; 8) während der Schwangerschaft und sechs im Wochenbett (Median; IQR: 5; 10).

Die durchschnittliche Dauer der Einzelberatungen beträgt während der Wochenbettbetreuung rund 50 Minuten (Median; IQR: 45; 60). Dabei liegt bei der Mehrheit der Befragten (80,5 %) die Dauer zwischen 31 und 60 Minuten. Bei 9,4 % der Befragten dauert die Beratung mehr als 60 Minuten. Die Beratungsdauer für Hilfe bei Beschwerden oder Wehen sowie bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten beträgt im Durchschnitt 45 Minuten (Median; IQR: 40; 60). Eine Einzelberatung im Rahmen der Schwangerenvorsorge dauert im Schnitt 30 Minuten (Median; IQR: 20; 45).

Einzelberatungen für Frauen in besonderen Lebenssituationen bzw. individuellen Bedarfen werden häufig angeboten. Besonders häufig erhielten diese Beratungen Frauen mit totem oder geschädigtem Kind in der Anamnese (73,4 %), Frauen vor/nach einem Schwangerschaftsabbruch oder einer Totgeburt (69,5 %), Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen (69,2 %) und Frauen mit psychischen Belastungen (68,8 %).



Weiter wurde erfragt, inwiefern sich das Leistungsangebot der Hebammen seit 2017 verändert hat. In den meisten Bereichen sind die Leistungen unverändert geblieben. Die Bereiche mit den größten Anteilen an Ausbau waren die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und/oder Wehen (42,1 %), die Wochenbettbetreuung (36,9 %), die Beratung bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Neugeborenen (32,5 %) und die Schwangerenvorsorge (32,3 %). Die Wochenbettbetreuung wurde von 21,5 % der Befragten verringert. Ebenso wurde die Schwangerenvorsorge von 17,4 % und die Geburtsvorbereitungskurse von 11,1 % der Befragten verringert. 27,8 % gaben sogar an, Geburtsvorbereitungskurse komplett eingestellt zu haben.



Die zeitintensivsten zusätzlichen Tätigkeiten im ambulanten Setting sind mit durchschnittlich 10 % (Median) der wöchentlichen Arbeitszeit Verwaltungsaufgaben (IQR: 5; 20) und logistische Arbeiten (IQR: 5; 20), sowie die Anleitung von Schülern bzw. Studierenden (IQR: 2; 20). Jeweils 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median) machen Qualitätsmanagement (IQR: 2; 5), Reinigungsarbeiten (IQR: 2; 5) und Fortbildungen (IQR: 2; 5) aus.

Ein Drittel der Befragten (34,7 %) hat im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten betreut. Im Durchschnitt waren es zwei Praktikanten (Median; IQR: 1; 3). Hebammenschüler im Externat wurden 2022 von 30,3 % der Befragten betreut, wobei die mittlere Anzahl bei zwei (Median;

IQR: 1; 4) lag. Etwa ein Viertel der Befragten (25,5 %) hat im Jahr 2022 mindestens einen Hebammenstudierenden aus kooperierenden Universitäten bzw. Hochschulen im Externat betreut. Im Schnitt wurden zwei Hebammenstudierende (Median; IQR: 2; 4) betreut. Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Ermächtigung bzw. Weiterbildung zur Praxisanleitung (27,9 %) und dass der jährliche Fortbildungsaufwand zu hoch sei (16,1 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müsste der Arbeitsausfall für Fort- & Weiterbildung finanziell gefördert (32,2%) und die Vergütung für die Praxisanleitung erhöht werden (28,4 %).

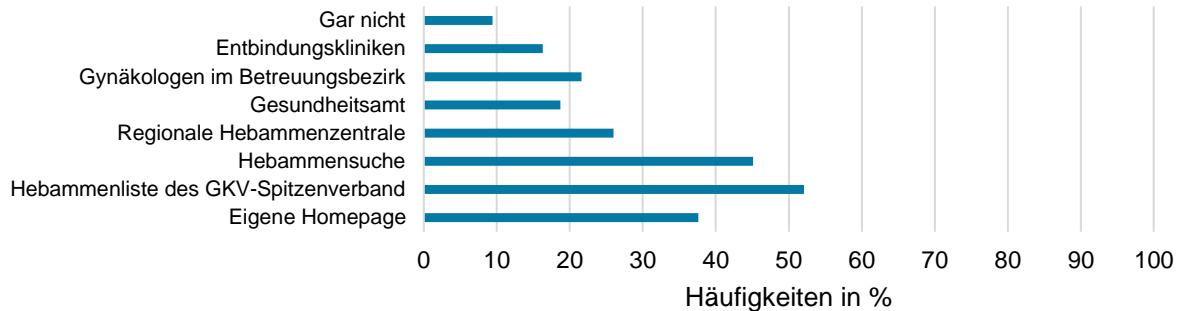
Etwa ein Drittel der Befragten gibt an, keine geregelte Urlaubsvertretung zu haben (32,5 %), während 24,3 % durch das Team oder durch Kollegen (19,1 %) vertreten werden. Durchschnittlich werden 25 Tage pro Jahr Urlaub genommen (Median; IQR: 15,2; 30). Fast ein Fünftel der Befragten (17,3 %) nimmt nie die Vertretung durch eine andere Hebamme in Anspruch. 57,2 % lassen sich 1-3-mal pro Jahr vertreten und 21,1 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr. Die Frage nach der Schwierigkeit eine kurze oder längere Vertretung zu finden, gestaltet sich problematisch: 44,8 % der Befragten fanden es nicht schwierig eine kurze Vertretung zu finden (sehr einfach: 16,6 %; eher einfach: 28,2 %), während 35,4 % durchaus Probleme damit hatten (eher schwer: 17 %; sehr schwer: 19,3 %; unmöglich: 9,1 %). Noch schwieriger gestaltet sich die Suche nach einer längeren Vertretung: 32,3 % der Befragten fanden es nicht schwierig eine längere Vertretung zu finden (sehr einfach: 11,2 %; eher einfach: 21,1 %), während 46,9 % der Befragten Schwierigkeiten damit hatten (eher schwer: 21,1 %; sehr schwer: 13,8 %; unmöglich: 12 %). 29,3 % der Befragten geben an, keinen Bedarf nach zusätzlicher Entlastung zu haben, während 39,4 % 1-3-mal pro Jahr und 23,4 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr den Bedarf nach einer zusätzlichen Entlastung bzw. Vertretung haben.

Soziale Medien nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, um auf Angebote aufmerksam zu machen. Häufig genutzte Kanäle und Medien sind: die Hebammenliste des GKV-Spitzenverband (52,1 %), Hebammensuche (45,1 %) und eine eigene Homepage (37,6%). 9,4 % der Befragten machen gar nicht auf ihre Angebote aufmerksam.



Meist verwendete Kanäle, um auf Angebote aufmerksam zu machen

n = 670; Mehrfachantworten möglich

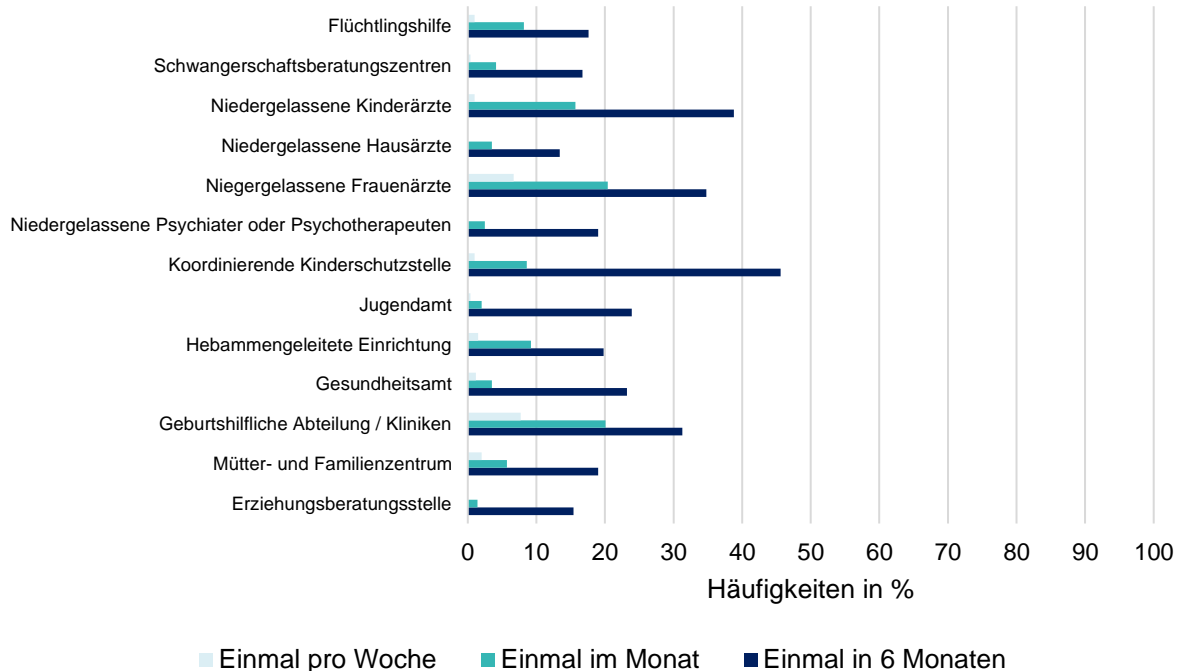


Im Folgenden wird auf die häufigsten Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen außerklinisch tätiger Hebammen eingegangen. Die häufigsten Kontakte, mit denen Hebammen einmal pro Woche im Austausch stehen, sind: Geburtshilfliche Abteilungen/Kliniken (7,7%), niedergelassene Frauenärzte (6,7%) und hebammengeleitete Einrichtungen (1,5 %). Am häufigsten erfolgt der Austausch monatlich mit niedergelassenen Frauenärzten (20,4 %), geburtshilflichen Abteilungen/Kliniken (20,1 %) und niedergelassenen Kinderärzten (15,7 %). Die häufigsten halbjährlichen Kontakte sind: Koordinierende Kinderschutzstellen (45,6 %), niedergelassene Kinderärzte (38,8 %), niedergelassene Frauenärzte (34,8 %) und geburtshilfliche Abteilungen/Kliniken (31,3 %).



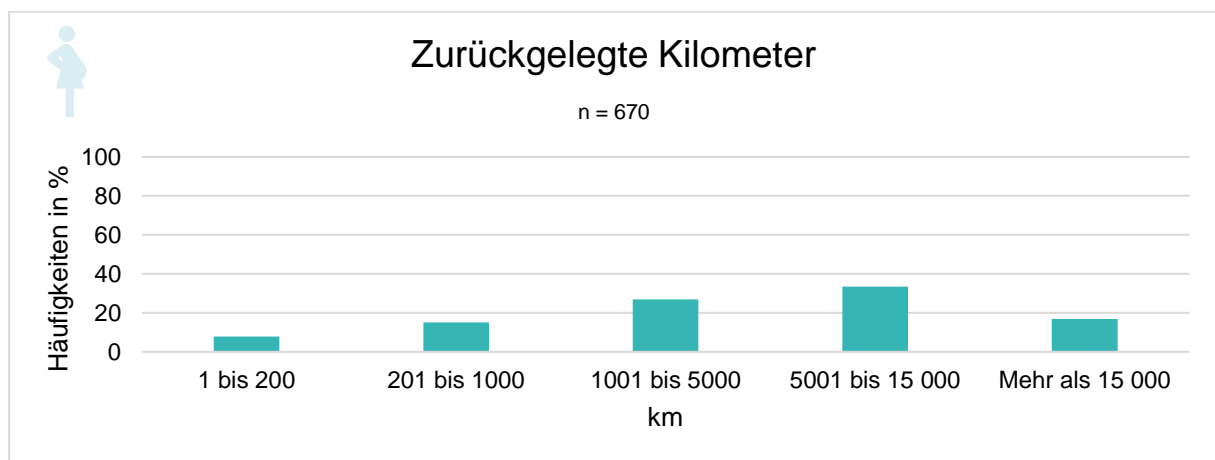
Häufigkeit der Kontakte nach Einrichtungsart

n = 670

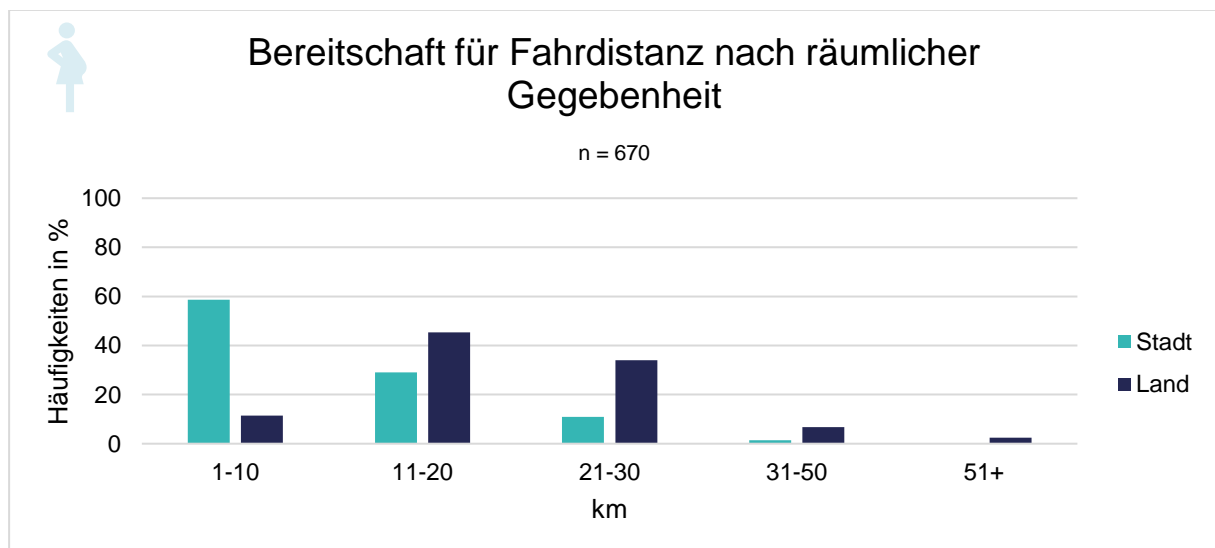


Die regionalen und strukturellen Bedingungen für die Durchführung von Leistungen zeigen Unterschiede in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten und die zurückgelegten Fahrdistanzen. Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, in denen die angebotenen Leistungen stattfinden, zeigen sich folgende Verteilungen: 24,7 % der Leistungen werden in Großstädten erbracht, 20,9 % in Mittelstädten, 23,5 % in Kleinstädten und 30,9 % in ländlichen Gebieten.

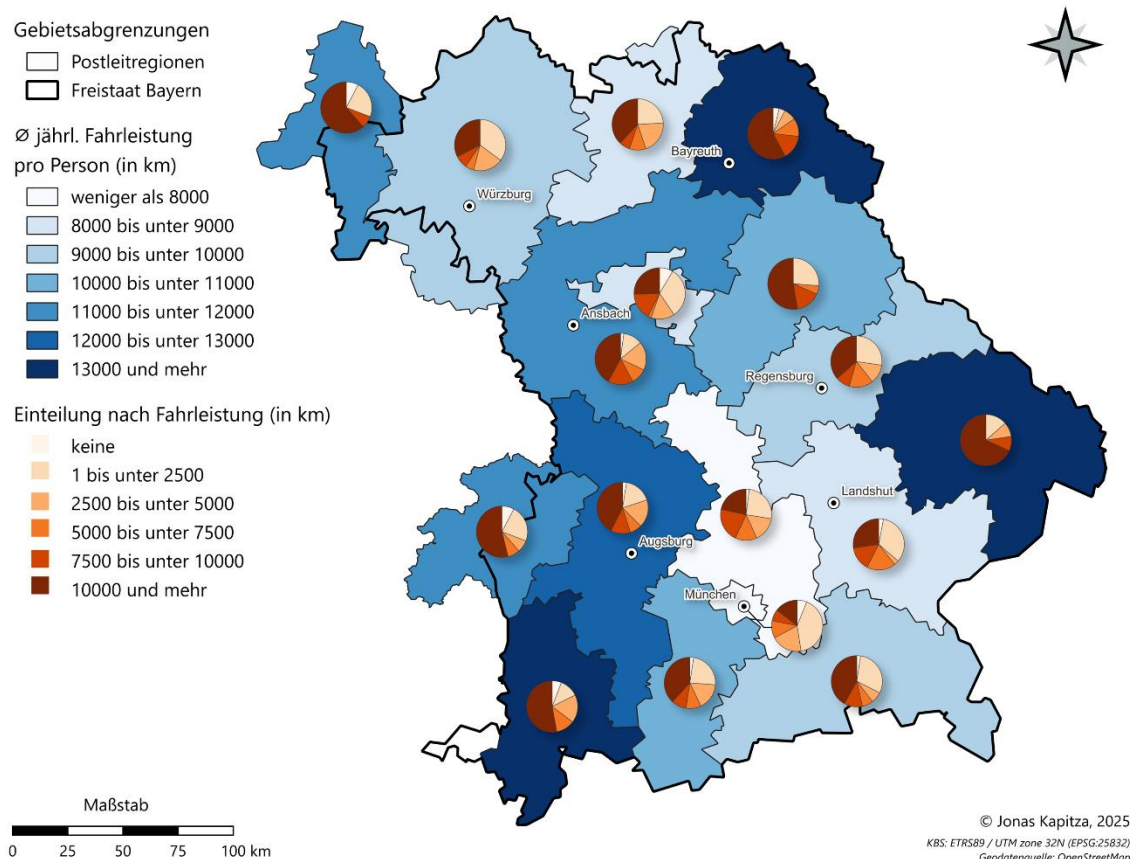
Die beruflich zurückgelegten Kilometer zu Erfüllung der Hausbesuche zeigen eine breite Streuung. Der Mittelwert der zurückgelegten Kilometer im Jahr 2022 beträgt 8595,4 km, mit einer Standardabweichung von 9431,5 km. Der Median liegt bei 5150 km (IQR: 1460; 12900). 26,8 % der Teilnehmer haben 1001 bis 5000 km zurückgelegt, während ein Drittel der Teilnehmer (33,4 %) 5001 bis 15 000 km zurücklegte.



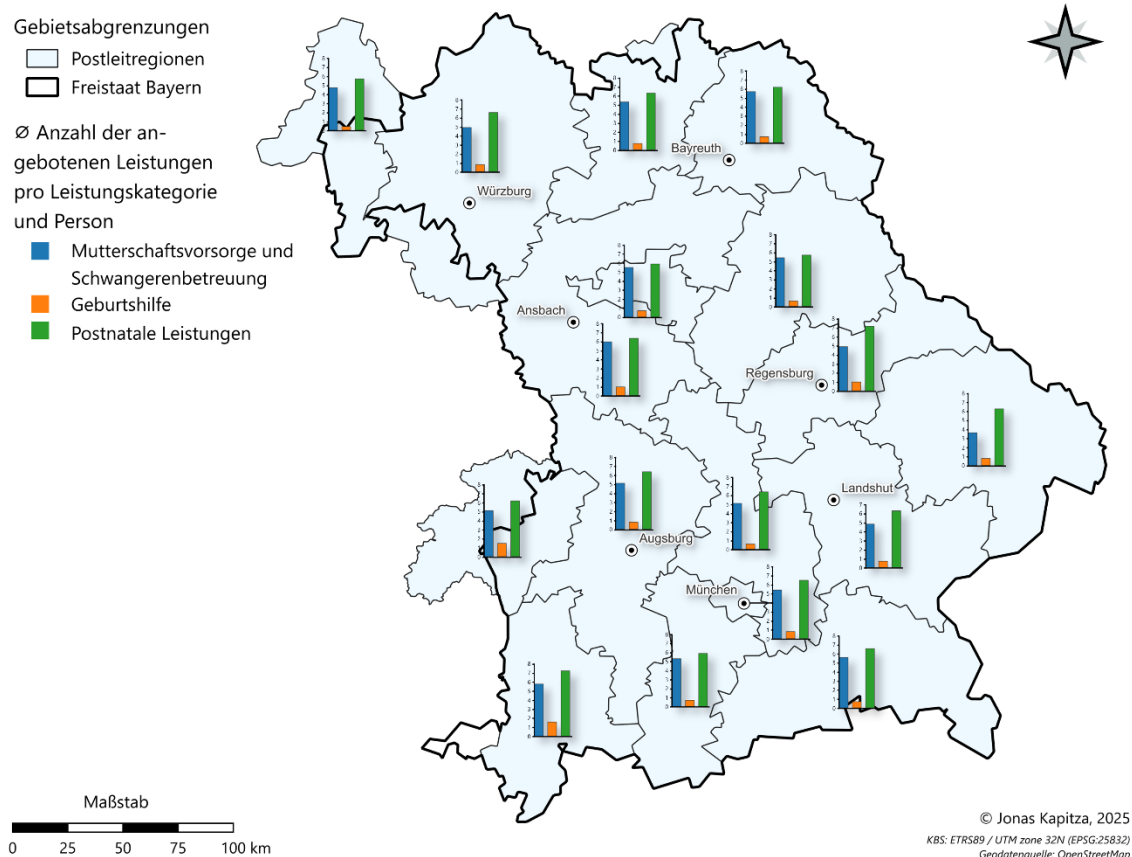
Die Bereitschaft für Fahrten variiert ebenfalls. Innerhalb von Stadtgebieten liegt der Median der maximalen akzeptierten Fahrdistanz bei durchschnittlich 10 km (IQR: 5; 20), wobei 58,6 % der Befragten maximal 10 km bereit sind zu fahren. Bei Überlandfahrten beträgt der Median 20 km (IQR: 15; 25), wobei ungefähr die Hälfte der Teilnehmenden (45,4 %) maximal 20 km akzeptiert.



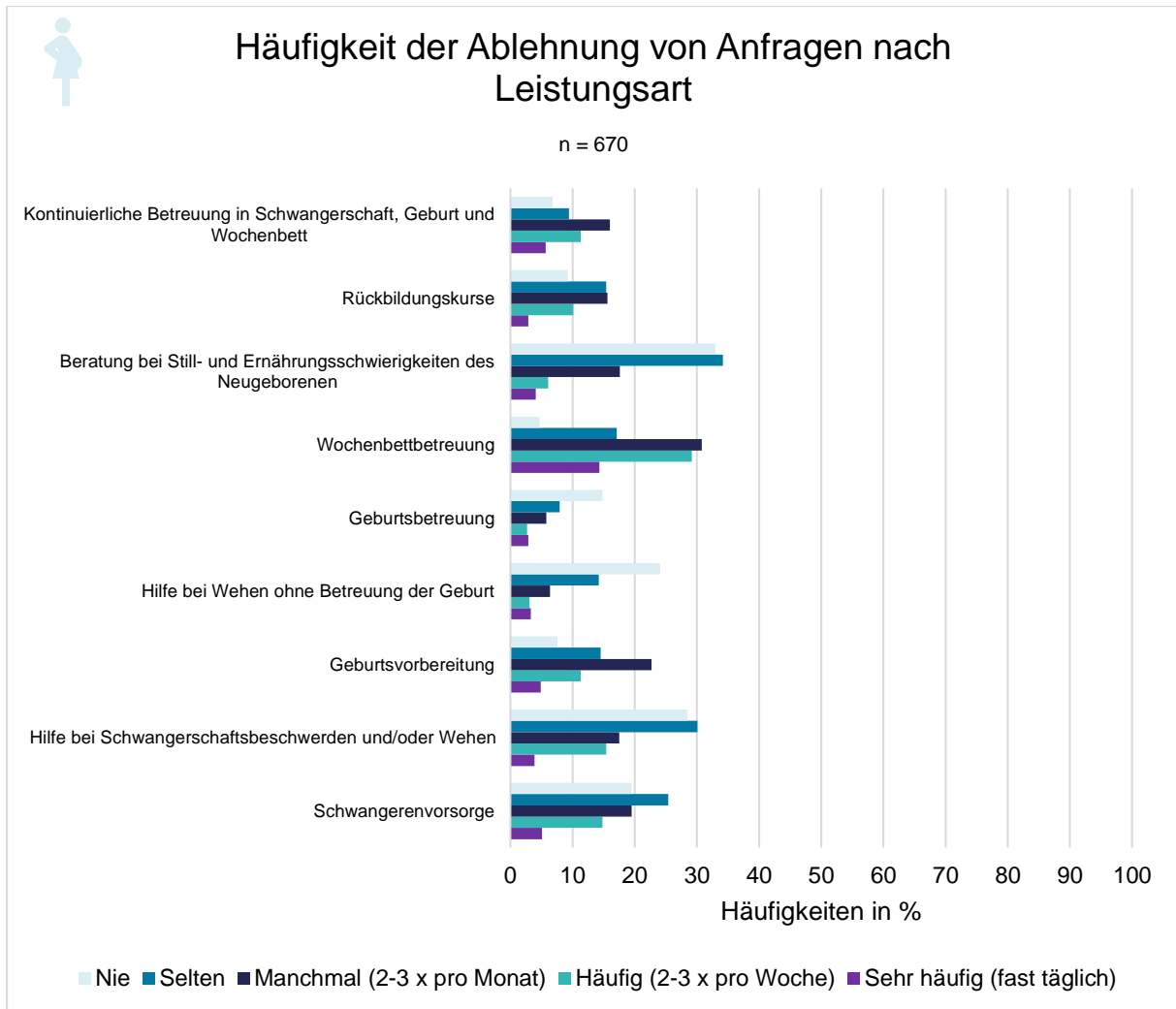
Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der durchschnittlichen jährlichen Fahrleistung pro (außerklinisch tätiger) Hebamme in ganz Bayern. Es zeigt sich, dass die durchschnittliche, jährliche Fahrleistung stark variiert, von weniger als 8000 km in den PLZ 80, 81 und 85 bis mehr als 13 000 km pro Jahr in den PLZ 87, 94 und 95. Auch innerhalb der Postleitregionen ist die Streuung groß. Mehrheitlich werden mehr als 10 000 km gefahren (68,2 % in PLZ 94, 61,5 % in PLZ 63, 57,7 % in PLZ 95, 53,8 % in PLZ 89 und 52,6 % in PLZ 92). Der Anteil ohne Fahrleistung in den PLZ 90 mit 8,5 % am größten.



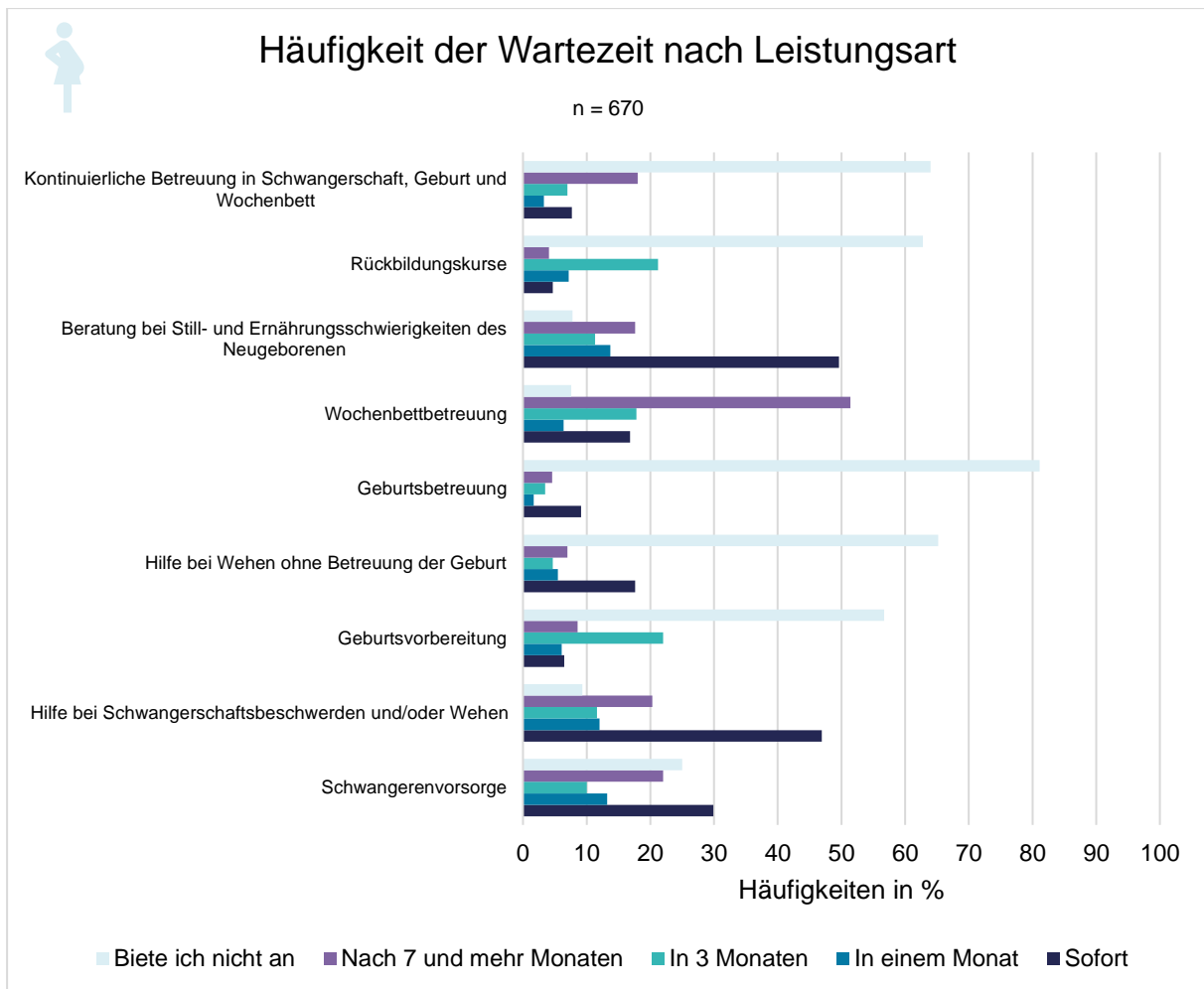
Die Verteilung der durchschnittlichen Anzahl der angebotenen Leistungen pro Person ist in ganz Bayern recht einheitlich und zeigt, dass Geburtshilfe sehr selten von außerklinisch tätigen Hebammen geleistet wird. Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung sowie postnatale Leistungen werden hingegen in allen Regionen sehr häufig angeboten.



Abhängig von der angebotenen Leistung, kommt es durchaus vor, dass Hebammen Anfragen ablehnen müssen. Die häufigsten Ablehnungen erfolgen manchmal (2-3 x pro Monat) bei den folgenden Leistungen: Wochenbettbetreuung (30,8 %), Geburtsvorbereitung (22,7 %), sowie Schwangerenvorsorge (19,5 %). Häufig (2-3 x pro Woche) müssen folgende Leistungen abgelehnt werden: Wochenbettbetreuung (29,2 %), Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und/oder Wehen (15,4 %) und Schwangerenvorsorge (14,8 %). Sehr häufig (fast täglich) werden Hebammenleistungen in Form von Wochenbettbetreuung (14,3 %) und kontinuierlicher Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (5,7 %) abgelehnt. Der häufigste Grund für die Ablehnung ist die Auslastung der Hebammen (80,7 %), gefolgt von der Entfernung zur Frau (13,7 %) und Krankheit/Urlaub der Hebamme (3,9 %).



Bis auf Ausnahmen können viele verschiedene Hebammenleistungen, sofern das Angebot grundsätzlich existiert, sofort angeboten werden: Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und/oder Wehen (46,9 %), Beratung bei Still- und Ernährungsschwierigkeiten des Neugeborenen (49,6 %), Schwangerenvorsorge (29,9 %), Hilfe bei Wehen ohne Betreuung der Geburt (17,6 %), sowie Geburtsbetreuung (9,1 %). Mit einer Wartezeit von drei Monaten ist laut einem Fünftel der Befragten bei Geburtsvorbereitung (22 %) und Rückbildungskursen (21,2 %) zu rechnen. Sogar sieben und mehr Monate dauert es laut der Hälfte der Befragten (51,4 %), bis sie eine Wochenbettbetreuung anbieten können. Ebenso lang ist die Wartezeit auf eine kontinuierliche Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett laut 18 % der Befragten.



4.1.6 Arbeitszufriedenheit

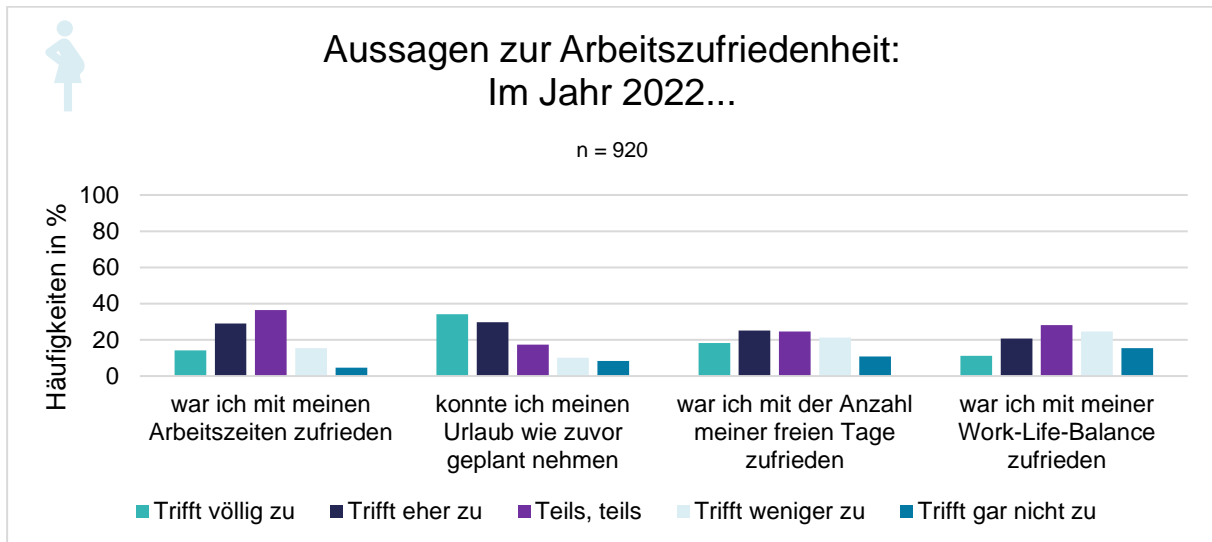
Zur Arbeitszufriedenheit wurden 920 Hebammen befragt. Die Variablen zur Arbeitszufriedenheit umfassen Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, dem Urlaubsanspruch, der Anzahl der freien Tage und der Work-Life-Balance.

Fast die Hälfte der Befragten ist mit ihren Arbeitszeiten zufrieden (14,2 % „trifft völlig zu“, 29 % „trifft eher zu“). Mehr als ein Drittel (36,5 %) nimmt eine neutrale Haltung dazu ein. Ein Fünftel der Befragten ist eher unzufrieden mit den Arbeitszeiten (15,5 % eher unzufrieden, 4,7 % sehr unzufrieden).

Die Mehrheit der Befragten konnte ihren Urlaub wie geplant nehmen (34,2 % „trifft völlig zu“, 29,7 % „trifft eher zu“). Lediglich ein Fünftel der Befragten äußerte Unzufriedenheit zur Urlaubssituation, da sie ihren Urlaub nicht wie geplant nehmen konnten (10,1 % „trifft weniger zu“, 8,3 % „trifft gar nicht zu“).

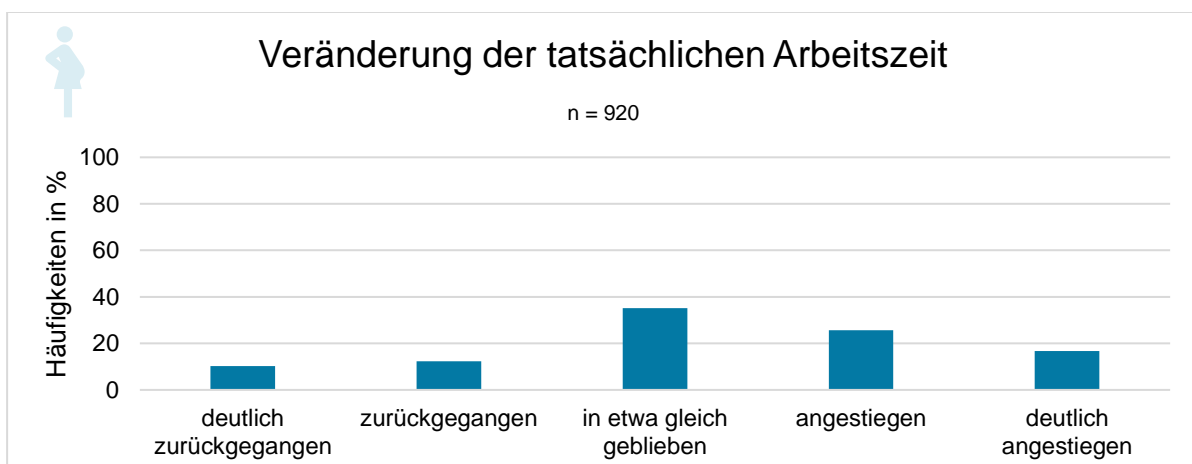
Fast die Hälfte der Befragten ist mit der Anzahl der freien Tage zufrieden (18,2 % „trifft völlig zu“, 25,1 % „trifft eher zu“). Ein Drittel der Befragten ist jedoch unzufrieden mit der Anzahl der freien Tage (21,3 % „trifft weniger zu“, 10,8 % „trifft gar nicht zu“).

In Bezug auf die Work-Life-Balance nimmt fast ein Drittel der Befragten (28,2 %) eine neutrale Haltung ein, während ein weiteres Drittel zufrieden mit der Work-Life-Balance ist (11,1 % „trifft völlig zu“, 20,8 % „trifft eher zu“). 40 % der Befragten sind hingegen unzufrieden mit der Work-Life-Balance (24,6 % „trifft weniger zu“, 15,4 % „trifft gar nicht zu“).



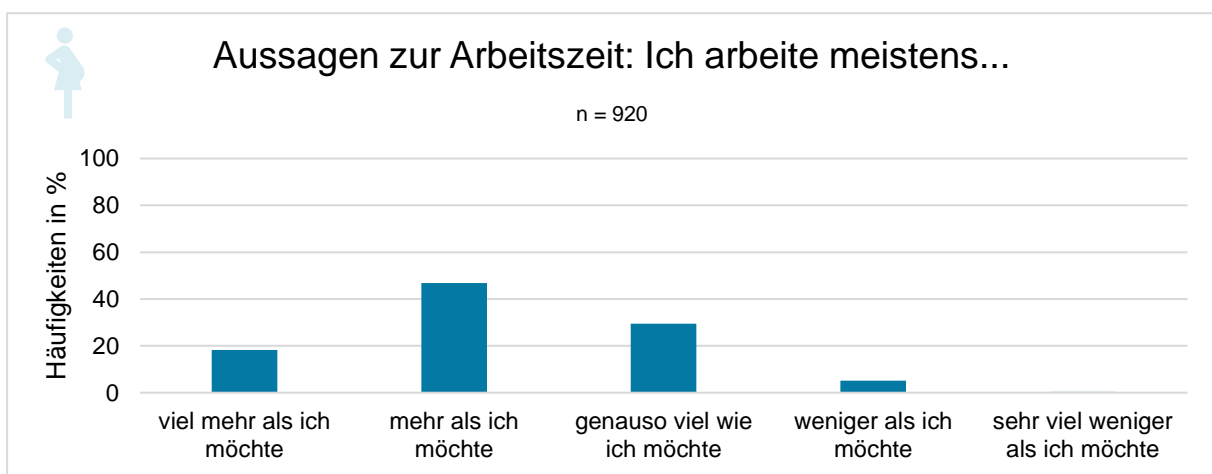
Im Folgenden wird auf die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit von Hebammen im Zeitraum von 2017 bis heute eingegangen und die Gründe für diese Veränderungen, sowie den Vergleich zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit beschrieben.

Während 35,1 % der Teilnehmer ihre Wochenarbeitszeit als unverändert beschreiben, berichten 25,7 % von einem Anstieg der Arbeitszeit und oder sogar einem deutlichen Anstieg (16,7 %). Nur 12,3 % berichten, dass ihre Arbeitszeit zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen (10,2 %) ist.

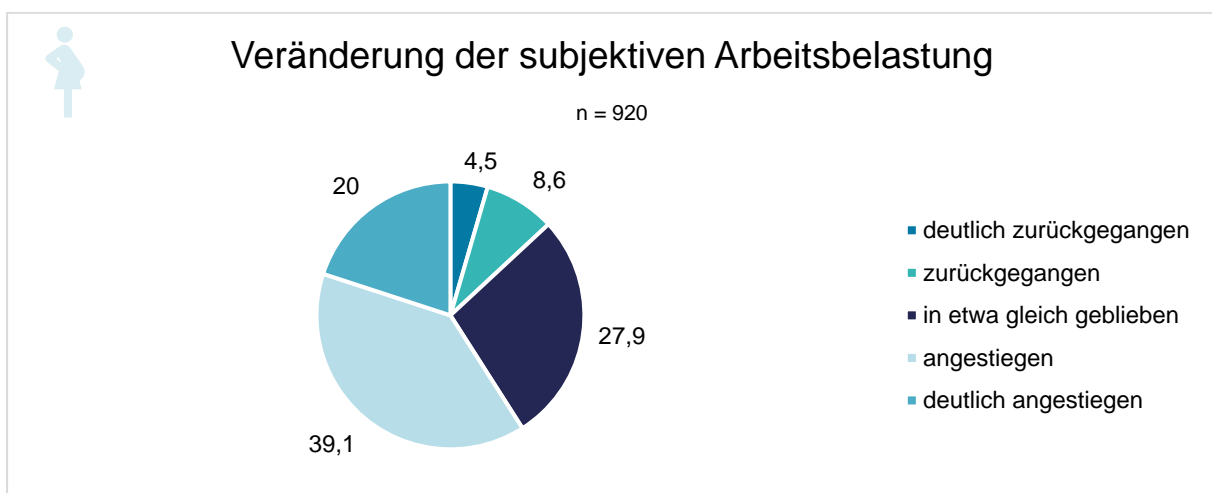


Die häufigsten Gründe für die Veränderung der Arbeitszeit sind: Veränderungen des eigenen Tätigkeitsspektrums / Angebots (16,7 %) sowie finanzielle Gründe (13 %). 11,6 % der Befragten geben Veränderungen der Zahl der freiberuflichen Kollegen im selben Tätigkeitsgebiet an. Weitere Gründe sind: Veränderungen der Geburtenzahl/Nachfrage (11,2 %) und Wirtschaftliche Gründe (9 %).

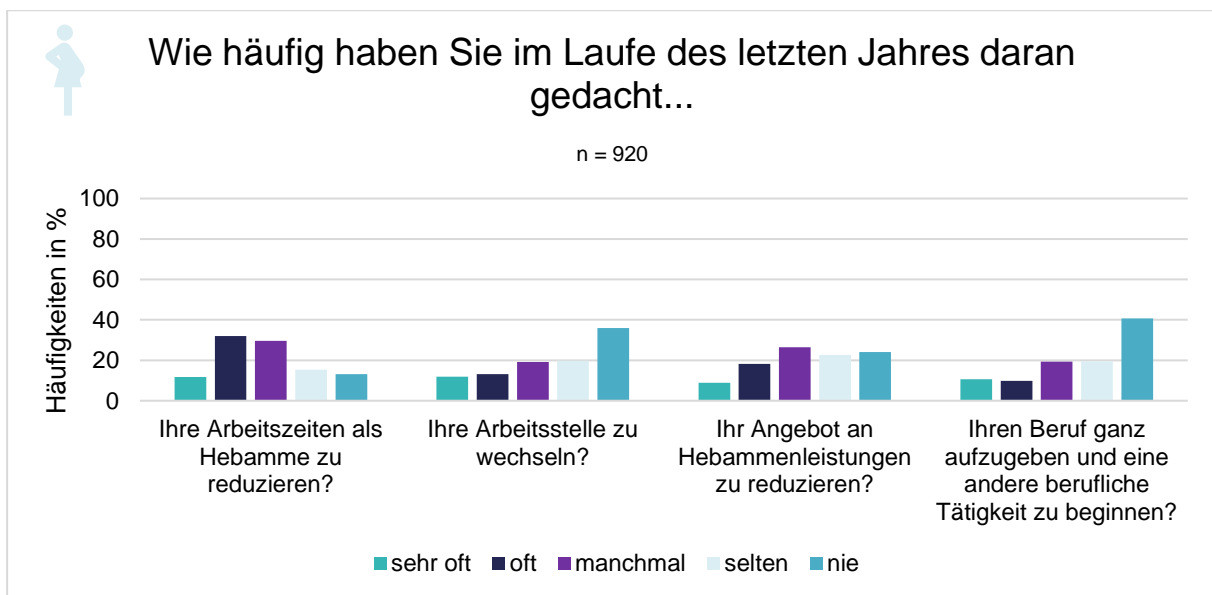
Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der gewünschten Arbeitszeit zeigt mehr als die Hälfte der Befragten arbeitet mehr als sie möchte (18,2 % „viel mehr als ich möchte“, 46,8 % „mehr als ich möchte“). Fast ein Drittel der Befragten (29,5 %) ist mit der Arbeitszeit zufrieden und arbeitet genauso viel, wie sie möchten. Lediglich 5,2 % der Befragten arbeiten weniger als gewünscht.



Insgesamt ist die subjektive Arbeitsbelastung innerhalb der letzten fünf Jahre bei der Mehrheit der Befragten (59,1 %) angestiegen (39,1 % „angestiegen“, 20 % „deutlich angestiegen“). Bei 27,9 % ist die subjektive Arbeitsbelastung in etwa gleich geblieben. Nur 8,6 % gaben an, dass ihre Arbeitsbelastung zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen ist (4,5 %).

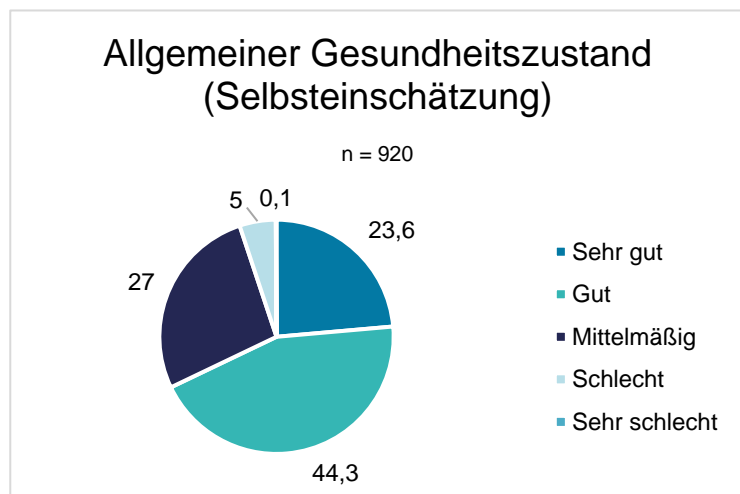


Zur Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und dem Wunsch nach Veränderung wurden die befragten Hebammen gebeten, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu Aussagen auf vier zentrale Bereiche zu treffen: Reduzierung der Arbeitszeiten, einen Stellenwechsel, Reduzierung des Angebotes an Leistungen und Aufgabe des Berufes. Die Mehrheit der befragten Hebammen ist mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden und überlegt nie bzw. selten den Beruf als Hebamme aufzugeben (60,2 %). Nichtsdestotrotz denken nicht wenige oft bzw. sehr oft darüber nach, ihre Arbeitsstelle zu wechseln (25,1 %) oder ihren Beruf ganz aufzugeben (20,4 %). Ein Großteil der Befragten überlegt manchmal bis sehr oft seine Arbeitszeiten als Hebamme zu reduzieren (73,4 %) oder das Angebot an Hebammenleistungen (53,4 %) zu reduzieren.

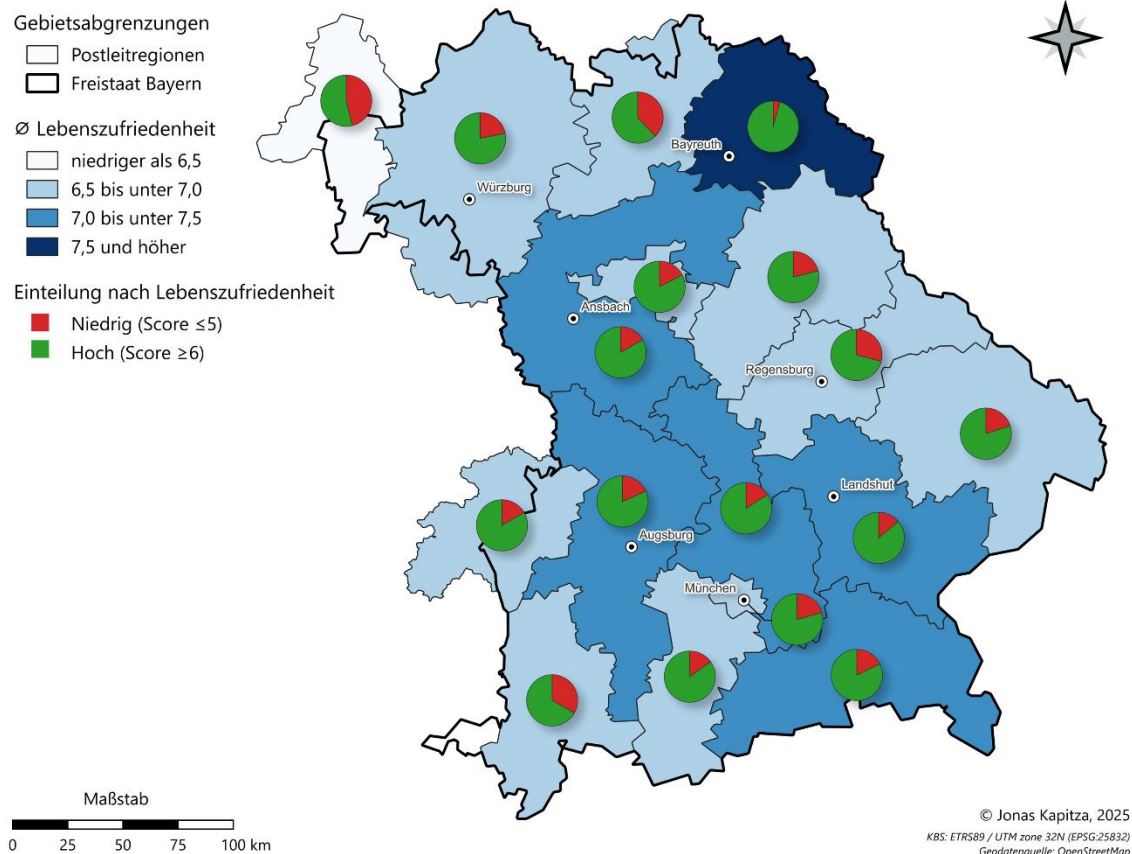


Die häufigsten Gründe, weshalb über eine Veränderung oder Aufgabe der Tätigkeit als Hebamme nachgedacht wird, sind: zu hohe Arbeitsbelastung (29,2 %), zu geringes Einkommen (28,7 %) und zu hohe Sozialabgaben (26,4 %). Weitere Gründe sind: Zu hoher Verwaltungsaufwand (23,8 %) und Unvereinbarkeit mit Privatleben/Familie (23,2 %).

Ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen die befragten Hebammen mehrheitlich als gut (44,3 %) oder sehr gut (23,6 %) ein. 27 % der Befragten schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mittelmäßig ein. Ein geringer Anteil hat einen schlechten (5 %) allgemeinen Gesundheitszustand.



Mehrheitlich sind die befragten Hebammen mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden. Auf einer Skala von 0 bis 10 wählen 79,7 % einen hohen Score (6 - 10) für hohe Zufriedenheit. Am größten ist die Zufriedenheit in den PLZ 95 (95,7 %), 84 (86,2 %) und 82 (85 %). Die PLZ mit der größten Unzufriedenheit sind 63 (46,2 %), 96 (37,9 %) und 87 (33,3 %).



4.1.7 Hebammenfremde Tätigkeit und Ruhestand

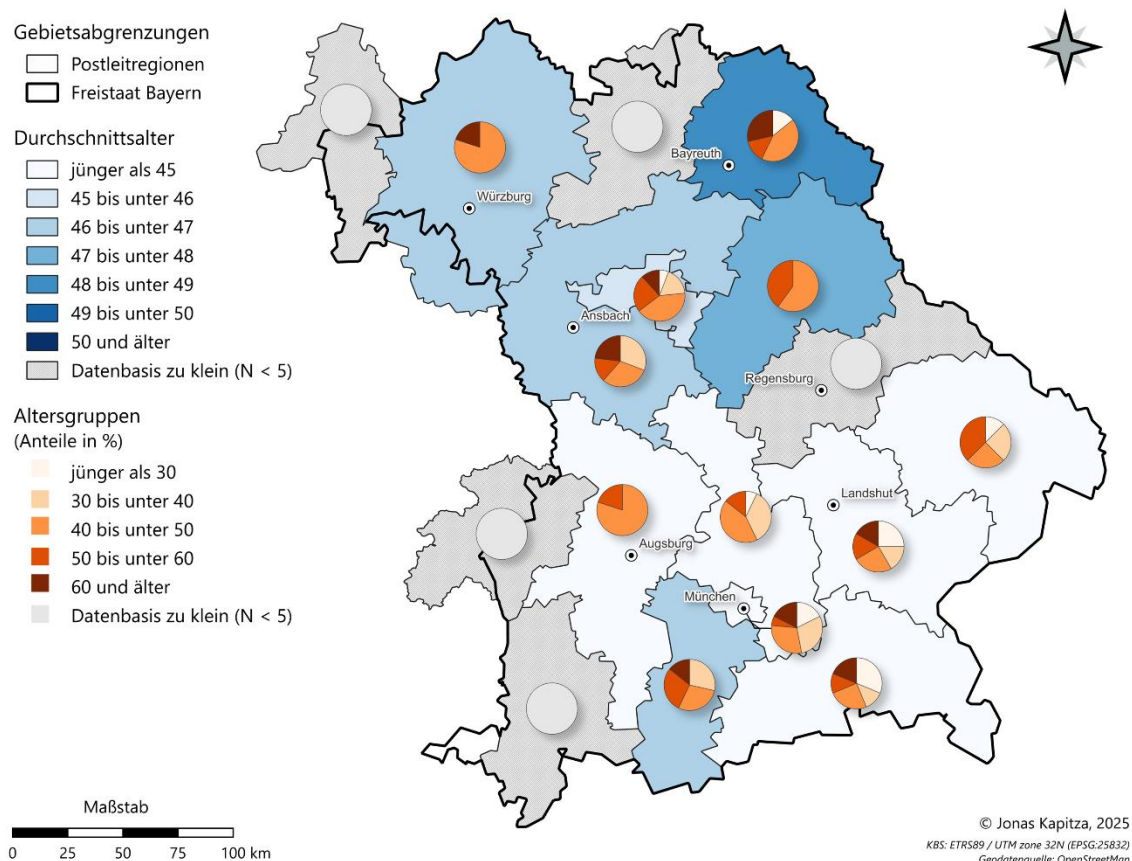
Ein Sechstel der Befragten (16,7 %) geht neben der Hebammentätigkeit einer oder mehreren nebenberuflichen Tätigkeit(en) nach. Der zeitliche Umfang dieser Tätigkeiten beträgt etwa zwei Stunden pro Tag (Median; IQR: 1; 2) an drei Tagen im Monat (Median; IQR: 1; 20) als freie Mitarbeiter.

16,1 % der Befragten planen in den nächsten 5 Jahren bzw. 27,6 % in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. 28,9 % dieser Hebammen planen eine Tätigkeit in der Rente als freiberufliche Hebamme im außerklinischen Bereich und weitere 0,5 % in einem Anstellungsverhältnis im klinischen Setting. 25,1 % der in den Ruhestand gehenden Hebammen möchten im Ruhestand nicht mehr im Hebammenbereich arbeiten. Etwa die Hälfte (45,5 %) kann dazu noch keine Aussage treffen.

4.2 Ergebnisse - Befragung von Ergotherapeuten in Bayern

4.2.1 Soziodemografische Merkmale

An der Befragung haben 322 Ergotherapeuten teilgenommen, welche sich durch folgende soziodemografische Merkmale auszeichnen: Der Durchschnitt des Lebensalters beträgt 41 Jahre (Median; IQR: 32; 51). Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der Studienteilnehmer in der Berufsgruppe Ergotherapie innerhalb Bayerns. In keiner Postleitregion liegt das Durchschnittsalter der Befragten über 50 Jahren. Der größte Anteil an Teilnehmern über 60 Jahren liegt in den PLZ 80 und 95 mit 30 % bzw. 28,6 %. PLZ 81 ist mit 39,3 Jahren die Region mit dem jüngsten Durchschnittsalter. Der größte Anteil an Teilnehmern unter 30 Jahren liegt in den PLZ 84 und 80 mit 25 % bzw. 20 %.



Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (85,7 %), während der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 14 % liegt, nur 0,3 % gaben sich als divers an. Der Familienstand zeigt, dass der größte Anteil der Teilnehmer verheiratet (49,5 %) ist, gefolgt von denjenigen, die in einer Partnerschaft leben (22,7 %), während 21,2 % ledig sind. 46,4 % der Teilnehmer haben keine Kinder, während 53,7 % mindestens ein Kind haben.

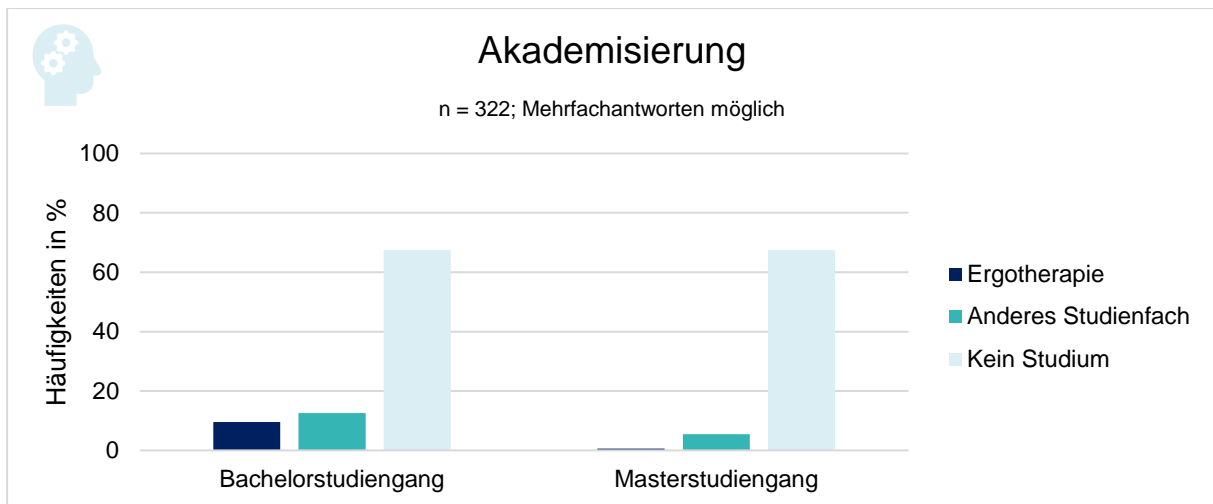
Bezüglich der Sprachkenntnisse auf B2 Niveau gaben 84,5 % an, Deutsch fließend zu sprechen, gefolgt von 63 % der Teilnehmer, die Englisch beherrschen. Weniger verbreitet sind Kenntnisse in Französisch, Italienisch oder Spanisch. Die Hälfte der Befragten (50,6%) spricht zwei Sprachen, 42,6 % sprechen nur eine Sprache. Zwei Drittel (60,1 %) der Teilnehmenden haben die Hochschulreife bzw. das Abitur als höchsten allgemeinen Schulabschluss angegeben, während 38,2 % die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss haben. Nur 11,8 % der Befragten sind pflegende Angehörige.

4.2.2 Ausbildungssituation

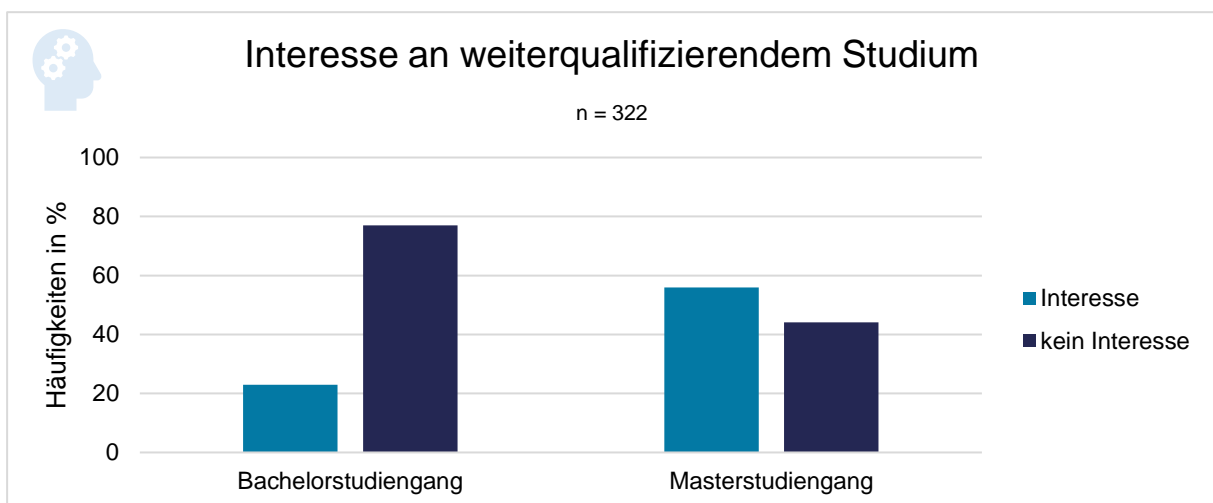
Die Mehrheit der Befragten (99 %) hat ihre Prüfung zum Ergotherapeuten in Deutschland abgelegt, wobei der größte Anteil (68,1 %) die Prüfung in Bayern abgelegt hat. Andere Bundesländer wie Baden-Württemberg (8,6 %) und Sachsen (6,5 %) sind ebenfalls vertreten, jedoch mit weitaus geringeren Anteilen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer hat eine Berufsausbildung in einer Berufsfachschule für Ergotherapie ohne Ausbildungsvergütung (78 %) absolviert. Der Zeitpunkt des abgelegten Examens variiert, wobei 32,6 % der Befragten das Examen vor 11 bis 20 Jahren abgelegt haben und 24,3 % vor 21 bis 30 Jahren. Nur 8 % der Befragten haben das Examen innerhalb der letzten zwei Jahre abgelegt.

Im Hinblick auf den akademischen Studienabschluss zeigt sich, dass 9,6 % der Befragten einen Bachelor in Ergotherapie / Ergotherapiewissenschaft / Occupational Therapy, während nur 0,6 % einen Master in Ergotherapie abgeschlossen haben. Weitere akademische Abschlüsse, welche von einigen Teilnehmenden erworben wurden bzw. werden sind Gesundheitswissenschaften oder Public Health (2,5 % Bachelor, 0,3 % Master), Gesundheitsmanagement (0,9 % Bachelor, 0,9 % Master) oder Neurorehabilitation (0,9 % Bachelor, 0,9 % Master), darüber hinaus gibt es auch Studiengänge wie Musiktherapie und Gesundheitstourismus mit wenigen Absolventen. Die Mehrheit der Befragten (67,4 %) hat kein akademisches Studium absolviert.

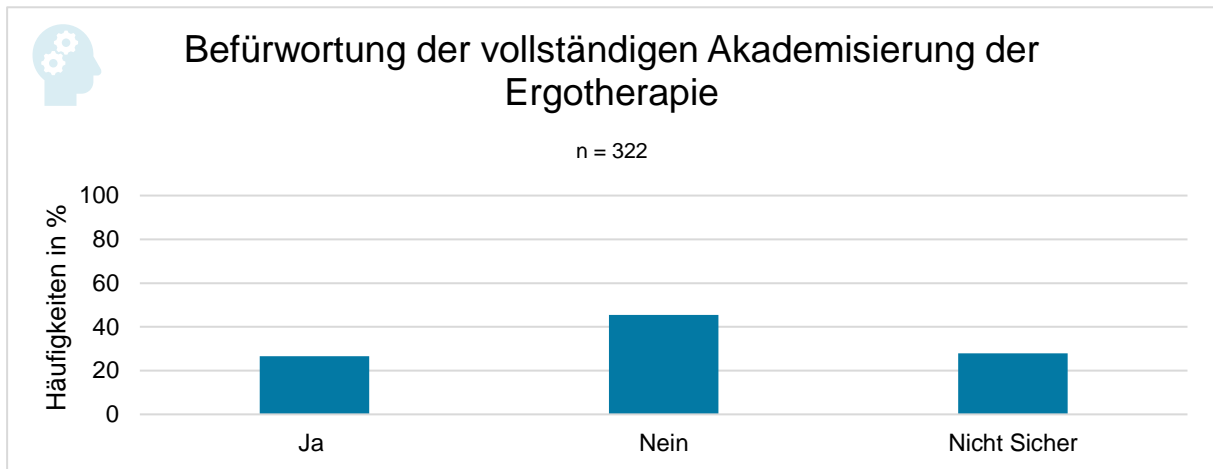
Bezüglich des Studienortes wurden überwiegend Studienabschlüsse in Deutschland erzielt, wobei Bayern (42,9 % Bachelor, 37,5 % Master) und Baden-Württemberg (17,1 % Bachelor, 12,5 % Master) die häufigsten Bundesländer sind. Einige wenige Teilnehmer haben ihr Studium in Österreich oder den Niederlanden abgeschlossen.



In Bezug auf das Interesse an einer akademischen Weiterqualifikation zeigt die Mehrheit der Befragten (77 %) kein Interesse an einem weiterqualifizierenden Bachelorstudium. Dennoch äußern 23 % Interesse, wobei die favorisierten Studiengänge überwiegend in Ergotherapie bzw. Ergotherapiewissenschaft (9 %) und Motorischer Neurorehabilitation (5,6 %) liegen. Weitere Studienrichtungen wie Gesundheitsmanagement und Prävention sind ebenfalls von Interesse. Für ein ergotherapiespezifisches Masterstudium interessieren sich 55,9 % der Befragten mit Bachelorabschluss, während 44,1 % es ablehnen.

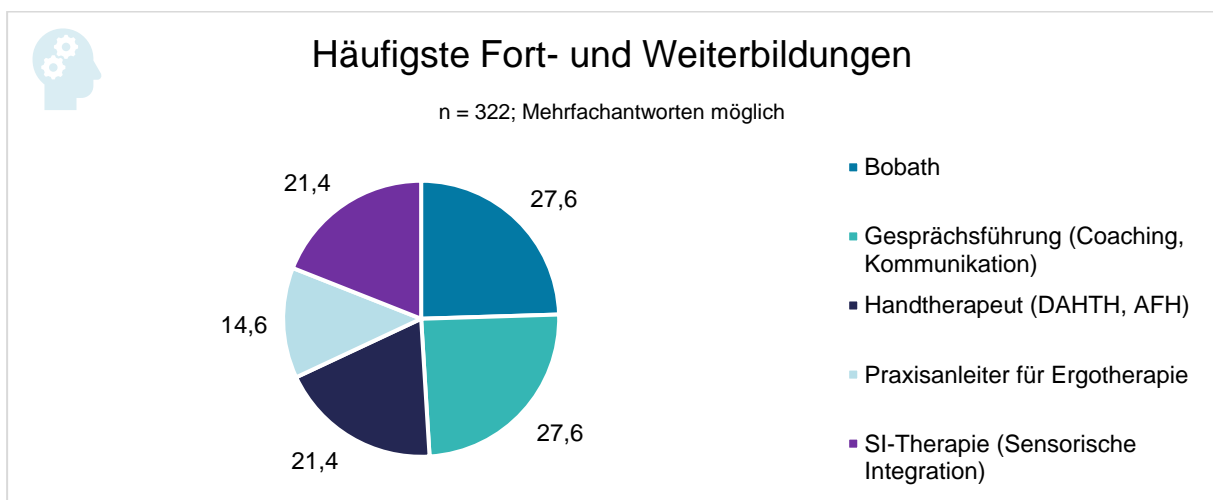


Schließlich zeigt sich bei der Frage nach der Haltung zur vollständigen Akademisierung der Ergotherapie, dass 26,6 % der Befragten diese Idee befürworten, 45,5 % dagegen sind und 27,9 % unsicher bleiben. Dies verdeutlicht eine geteilte Meinung innerhalb der Berufsgruppe.



4.2.3 Berufliche Situation

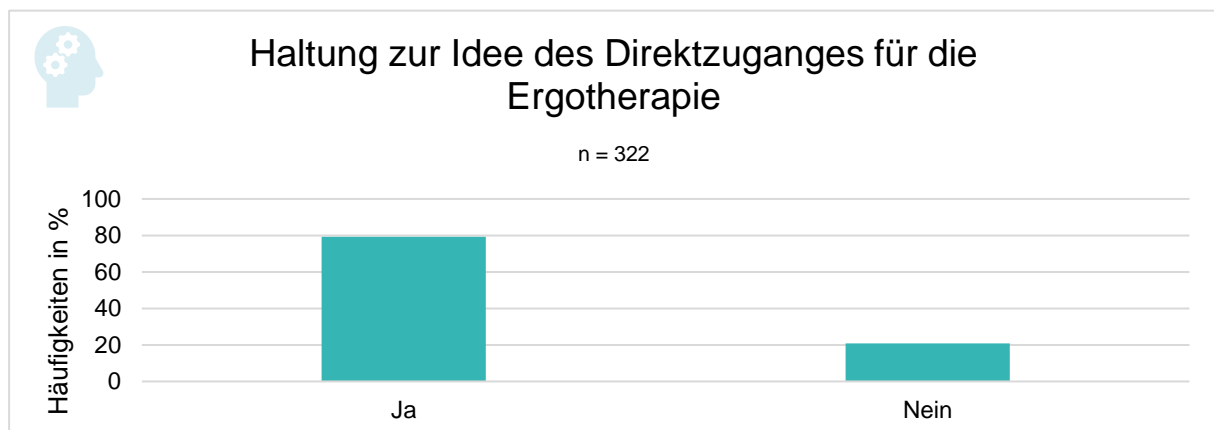
Die Berufserfahrung der Teilnehmer zeigt, dass 32,7 % zwischen 5 und 15 Jahre und 30,7 % 15 bis 25 Jahre Erfahrung in der Ergotherapie haben. Die Gruppe mit weniger als ein Jahr Erfahrung ist mit 3,7 % sehr klein. Der Großteil der Befragten hat also bereits langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich. Die Mehrheit der Befragten (90,1 %) hat mindestens eine Fort- bzw. Weiterbildung zusätzlich zur Berufsausbildung absolviert. Die häufigsten Weiterbildungen sind mit knapp einem Drittel Bobath (27,6%) und Gesprächsführung (27,6 %), gefolgt von Handtherapie (21,4 %), SI-Therapie (Sensorische Integration) (21,4 %) und Praxisanleiter für Ergotherapie (14,6 %).



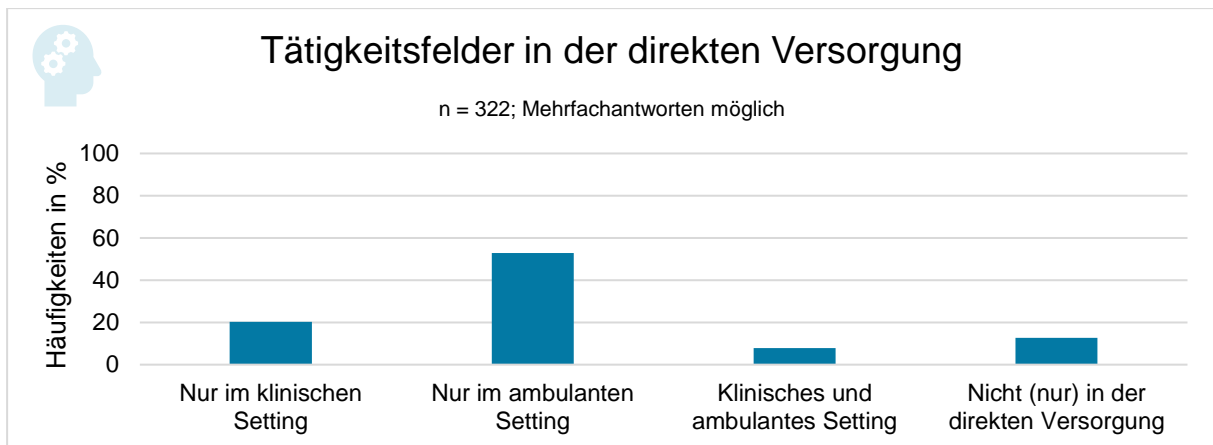
In Bezug auf die Mitgliedschaften in Berufs- oder Interessensverbänden ist der Deutsche Verband Ergotherapie (DVE) mit 50,3 % der häufigste Verband, dem die Befragten angehören.

Der Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland e.V. (BED) folgt mit 8,1 %. Ein erheblicher Anteil (37,3 %) der Befragten ist jedoch keinem ergotherapiespezifischen Verband zugehörig.

Im Folgenden wird auf das Interesse der 322 Befragten an der Möglichkeit eines Direktzuges zur Ergotherapie sowie die jeweiligen Begründungen für ihre Antworten eingegangen. Ein erheblicher Anteil der Befragten, nämlich 79,2 %, befürwortet die Möglichkeit eines Direktzuges. Die häufigsten Begründungen dafür sind: schnellere therapeutische Versorgung (59,6 %), die freie Wahl der Heilmittel, der Dauer und der Frequenzen (63,7 %) sowie die finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems (36,3 %). Zudem sehen viele eine höhere Motivation der Klienten (43,2 %) als Vorteil des Direktzuges. Auf der anderen Seite lehnen 20,8 % der Befragten den Direktzugang ab. Die häufigsten Begründungen hierfür sind Unsicherheit wegen der hohen medizinischen Verantwortung (9,9 %) und Unsicherheit im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsverantwortung (9,3 %). Ein weiterer Grund ist das fehlende Interesse an einer ggf. erforderlichen Nachqualifikation (3,7 %).

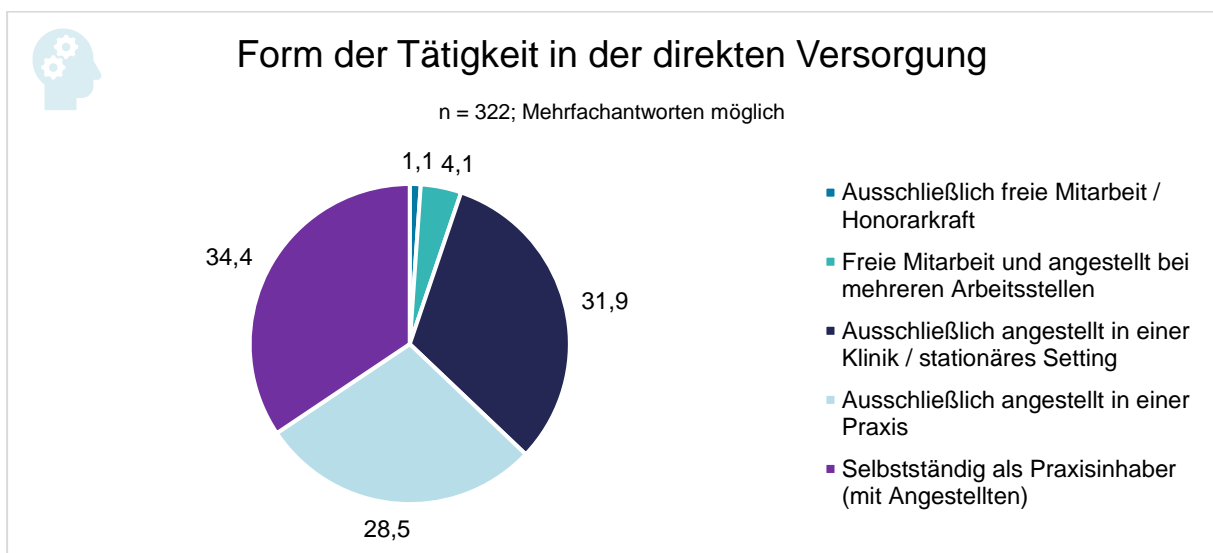


Im Folgenden wird die Verteilung der Tätigkeitsfelder und Arbeitsformen der 322 Befragten in der Ergotherapie beschrieben. Im Bereich der direkten Versorgung zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten (52,8 %) ausschließlich im ambulanten Setting tätig ist, während 20,2 % nur im klinischen Setting arbeiten. Etwa 7,8 % sind sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting tätig. 12,7 % waren nicht ausschließlich in der direkten Versorgung tätig, was auf eine Vielzahl von anderen Tätigkeitsfeldern hinweist, wie etwa in Berufsfachschulen (5,6 %), Fort- und Weiterbildungen (2,5 %) oder im Management/Leitung (4,7 %).



Hinsichtlich der Veränderung des Tätigkeitsfeldes gibt es nur geringe Bewegungen: 1,9 % der Befragten gaben an, ihre klinische Tätigkeit oder ambulante Tätigkeit aufgegeben zu haben. Auch die Aufgabe der Tätigkeit außerhalb der direkten Versorgung betrifft nur 1,9 % der Teilnehmer.

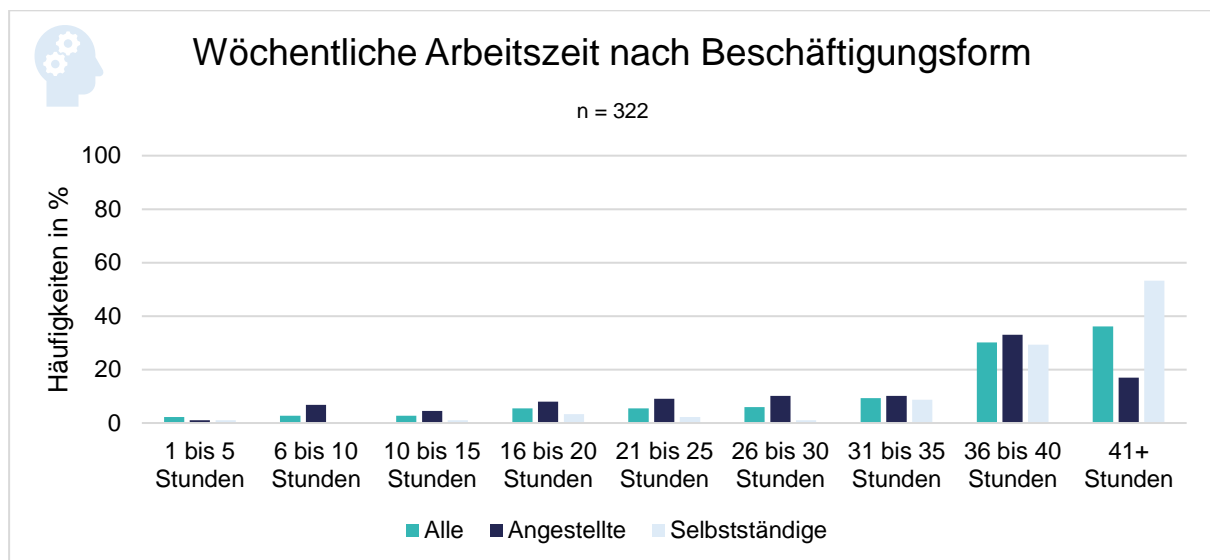
Bezüglich der Form der Tätigkeit zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten entweder angestellt in einer Klinik (31,9 %) oder angestellt in einer Praxis (28,5 %) arbeitet. Ein erheblicher Anteil ist auch selbstständig als Praxisinhaber (34,4 %). Weniger häufig arbeiten die Teilnehmenden ausschließlich als freie Mitarbeitende / Honorarkräfte (1,1 %) oder in einer Kombination aus freier Mitarbeit und mehreren angestellten Stellen (4,1 %).



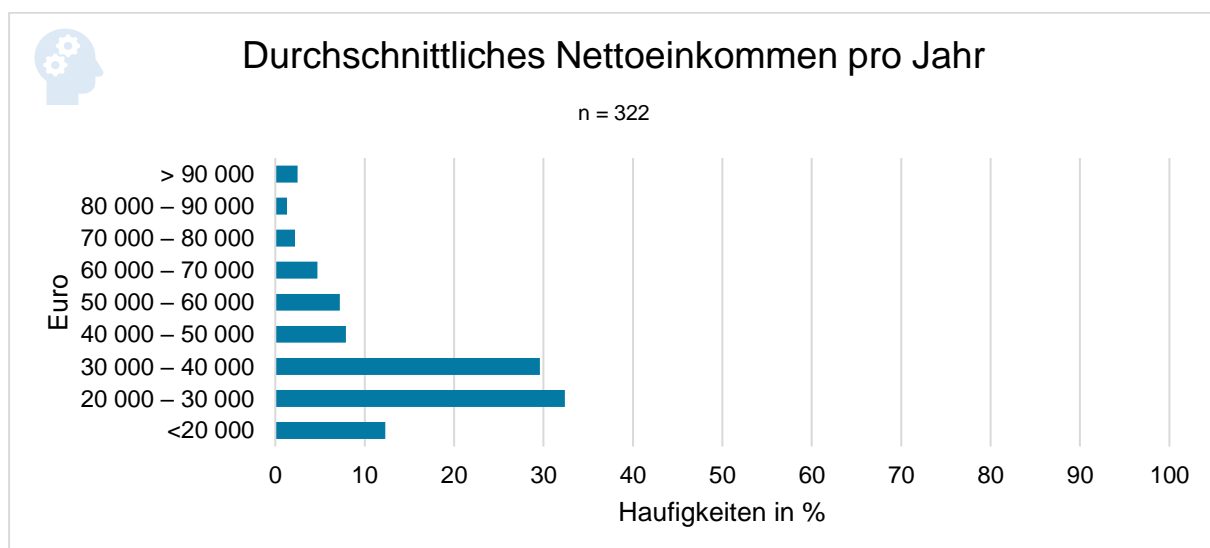
Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für alle befragten Ergotherapeuten liegt bei 40 Stunden (Median; IQR: 32,5; 45). Überwiegend arbeiten Ergotherapeuten mehr als 41 Stunden (36,1 %) oder 36 bis 40 Stunden (30,1 %). Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeiten in Abhängigkeit von der Beschäftigungsform (Angestellte, Selbstständige) stellt sich folgendermaßen dar:

Bei den Angestellten ist die Arbeitszeit im Vergleich zu den Selbständigen deutlich geringer. Die durchschnittliche Arbeitszeit von angestellten Ergotherapeuten beträgt 35,5 Stunden (Median; IQR: 24,8; 40). Ein Drittel (33 %) der befragten Angestellten arbeitet 36 bis 40 Stunden, während 17 % mehr als 41 Stunden pro Woche arbeiten.

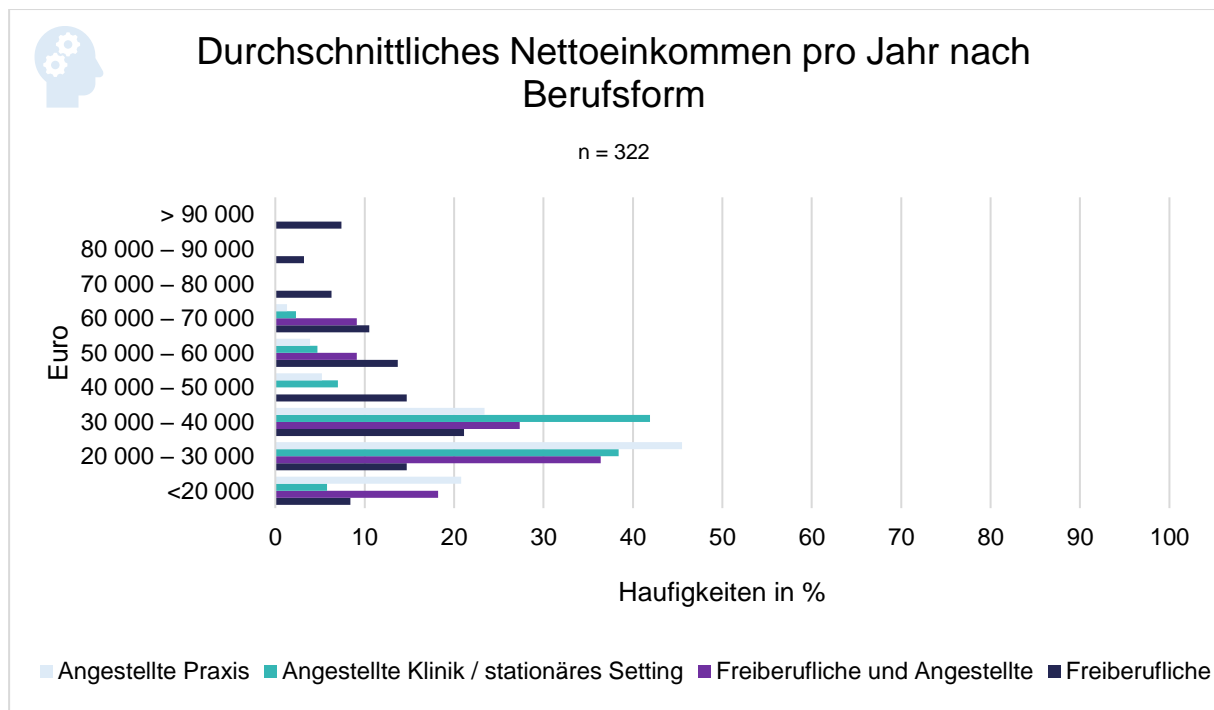
Die Selbstständigen liegen mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 45 Stunden (Median; IQR: 40; 50) in einem höheren Bereich. Bei den Selbstständigen arbeitet die Hälfte der Befragten (53.3 %) mehr als 41 Stunden pro Woche, ein weiteres Drittel (29,3 %) arbeitet zwischen 36 und 40 Stunden pro Woche.



Hinsichtlich der Verteilung des jährlichen Nettoeinkommens befinden sich die meisten befragten Ergotherapeuten in der Einkommensgruppe von 20 000 bis 30 000 Euro (32,4 %), gefolgt von der Gruppe von 30 000 bis 40 000 Euro (29,6 %). Weniger verbreitet sind die Einkommensgruppen von unter 20 000 Euro (12,3 %), zwischen 40 000 und 50 000 Euro (7,9 %) sowie 50 000 und 60 000 Euro (7,2 %).



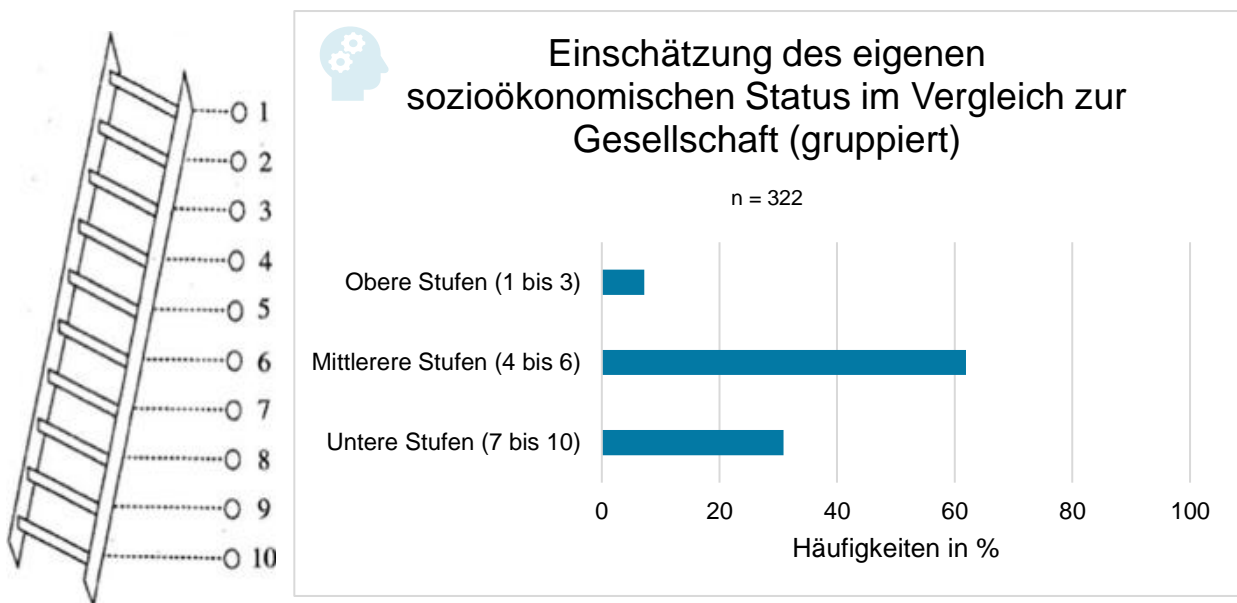
Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass in der Praxis angestellte Ergotherapeuten im Vergleich zu anderen Berufsformen überwiegend in den niedrigen Verdienstgruppen vertreten sind. 20,8 % der in der Praxis angestellten Ergotherapeuten verdienen weniger als 20 000 Euro bzw. 45,5 % zwischen 20 000 und 30 000 Euro. In der Klinik angestellte Ergotherapeuten sind mit 41,9 % die größte Gruppe in der Gehaltgruppe von 30 000 bis 40 000 Euro. In den höheren Gehaltsgruppen sind fast ausschließlich Freiberufliche und Selbstständige vertreten, diese jedoch auch zu einem geringen Prozentsatz.



Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Ergotherapeuten über alle Berufsformen im Schnitt 22,70 €/h. Im Angestelltenverhältnis beträgt das Nettoeinkommen 19,60 €/h, in der Freiberuflichkeit 25,50 €/h. Die folgende Tabelle zeigt das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde in Abhängigkeit der Wochenarbeitszeit.

Wochenarbeitszeit (h)	Alle	Angestellte	Freiberufliche
1 - 10 h	85,0 €/h	59,4 €/h	136,2 €/h
11 - 20 h	25,8 €/h	18,2 €/h	43,7 €/h
21 - 30 h	17,6 €/h	16,9 €/h	23,9 €/h
31 - 39 h	20,6 €/h	17,2 €/h	25,9 €/h
40 h	21,5 €/h	16,1 €/h	24,5 €/h
41 - 50 h	15,6 €/h	12,7 €/h	17,0 €/h
51 + h	17,2 €/h	12,5 €/h	17,9 €/h

Die Einschätzung des eigenen sozioökonomischen Status erfolgte mit einem Leitermodell. Darin befinden sich oben (1) auf der Leiter Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Während im unteren Bereich der Leiter (10) sich Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs (bzw. ohne Job) einordnen. Betrachtet man die gruppierte Selbsteinschätzung der Ergotherapeuten, so zeigt sich die deutliche Mehrheit (61,9 %) im Bereich der mittleren Stufen. Etwa ein Drittel (30,9 %) ordnet sich im Bereich der unteren Stufen, also im Vergleich zur Gesellschaft einem schlechteren sozioökonomischen Status ein. Lediglich 7,2 % schätzen ihren sozioökonomischen Status im Vergleich zur Gesellschaft als besser ein.



4.2.4 Klinisches Setting

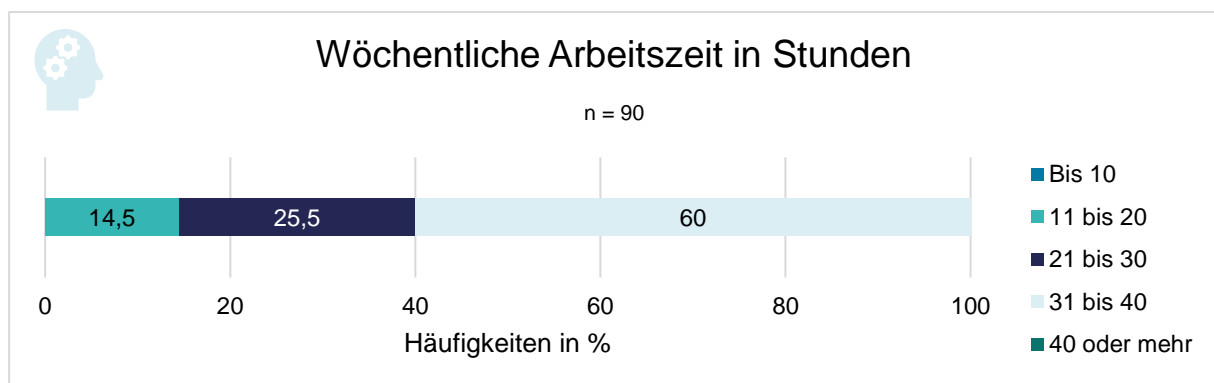
An der Befragung haben sich 90 im klinischen Setting tätige Ergotherapeuten beteiligt. Die folgende Tabelle bildet die Verteilung der Versorgungsstufen der Klinik in der Studienpopulation ab:

Variable	n	%
Versorgungsstufe der Klinik		
Krankenhaus Versorgungsstufe I	6	9,1
Krankenhaus Versorgungsstufe II	3	4,5
Krankenhaus Versorgungsstufe III	10	15,2
Universitätsklinik	3	4,5
Fachkrankenhaus	11	16,7
Rehabilitationsklinik	23	34,8
Überregionaler Klinikverbund	1	1,5
Sonstige	9	13,6
k. A.	24	

Der Standort der Kliniken verteilt sich zu je einem Drittel auf Großstadt (28,8 %), Mittelstadt (31,8 %) und Kleinstadt (28,8 %), lediglich 10,6 % befindet sich in ländlichen Gebieten.

Klinisch tätige Ergotherapeuten sind überwiegend in den Abteilungen der Psychiatrie (25,6 %) und der Neurologie (25 %) bzw. Stroke Unit (14,4 %) im Einsatz. Etwa 18 % arbeiten in den Bereichen der Geriatrie/Gerontologie und 11 % in der Orthopädie. Seltener sind Ergotherapeuten in klinischen Abteilungen der Pädiatrie, der Beruflichen Wiedereingliederung und der Chirurgie/Traumatologie mit jeweils 4,4 % vertreten.

Überwiegend (60 %) arbeiten Ergotherapeuten in der Klinik 31 bis 40 Stunden pro Woche. 40 % der Befragten sind als Teilzeitkräfte tätig (25,5 %: 21 bis 30 Stunden, 14,5 %: 11 bis 20 Stunden). Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit werden familiäre Verpflichtungen (44,8 %) und eine weitere Arbeitsstelle in einem anderen Tätigkeitsbereich als Ergotherapeut (13,8 %) genannt. Des Weiteren haben 13,8 % angegeben Teilzeit zu arbeiten, da ihnen Erholungsphasen wichtig seien, da die Arbeit als Ergotherapeut sie sehr fordere.

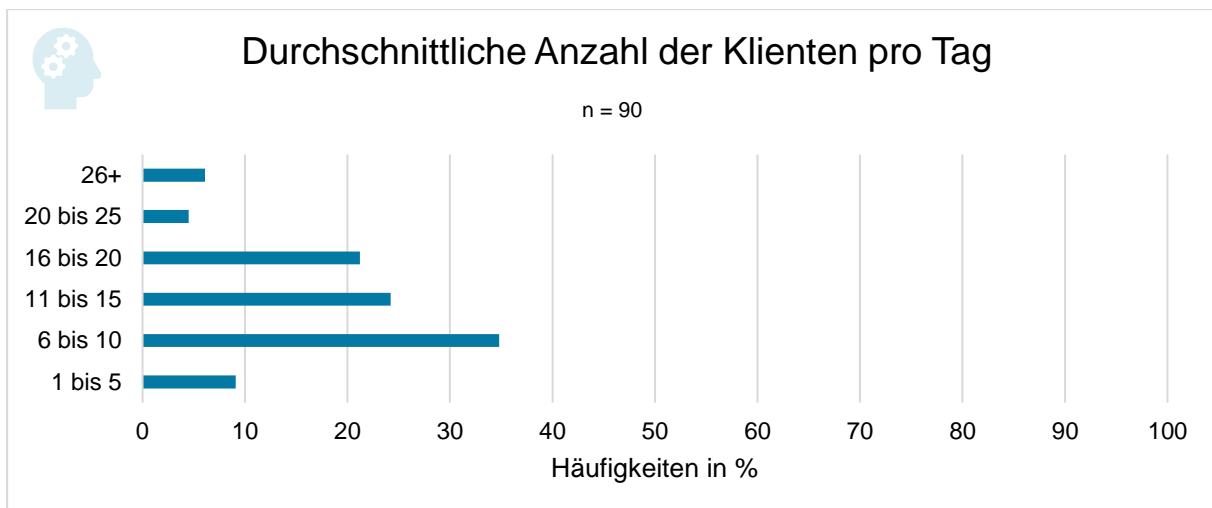


Ergotherapeuten im klinischen Setting leisten im Durchschnitt acht Überstunden pro Monat (Median; IQR: 4,5; 10). Etwa ein Drittel (30,3 %) gibt an einmal pro Monat gebeten zu werden Überstunden zu machen. 19,7 % der Befragten werden einmal pro Woche und 9,1 % sogar mehrmals pro Woche gebeten Überstunden zu machen. Ein Großteil wird einmal in sechs Monaten (22,7 %) oder sogar nie (18,2 %) gebeten Überstunden zu machen. Rufbereitschaften sind mit 13,6 % eher selten. Etwas häufiger sind Wochenend- und Feiertagsdienste mit knapp 40 bzw. 30 %. 34,4 % leisten keine Wochenend- und Feiertagsdienste.

Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl und der zeitliche Umfang von Therapieeinheiten, die Ergotherapeuten im klinischen Setting durchgeführt haben, unterteilt nach verschiedenen Therapiesettings (Einzel-, Co-Therapie-, Gruppen-Setting, Diagnostik und Sonstige Einheiten) beschrieben. Am häufigsten wurden Therapien im Einzel-Setting mit einem Medianwert von 80 Therapieeinheiten (12; 153) pro Monat durchgeführt. Mehr als die Hälfte der Befragten (62,7 %) gab an, mehr als 21 Therapien durchzuführen. Der zeitliche Umfang betrug

im Median 20 Stunden (IQR: 5,5; 97). Im Co-Therapie-Setting wurden durchschnittlich 12 Therapieeinheiten (Median; IQR: 12; 45) pro Monat, mit einem zeitlichen Umfang von neun Stunden (Median; IQR: 1,8; 23) durchgeführt. Im Gruppen-Setting wurden durchschnittlich 20 Therapieeinheiten (Median; IQR: 6,5; 39) pro Monat, mit einem zeitlichen Umfang von 15 Stunden (Median; IQR: 3,5; 40) durchgeführt. Vergleichbar ist die Aufwendung für Diagnostik mit einem Medianwert von 14,5 Einheiten pro Monat (IQR: 8,5; 27,5) und einem zeitlichen Umfang von 10 Stunden (IQR: 3,2; 15).

Durchschnittlich behandeln Ergotherapeuten im klinischen Setting 12 Klienten pro Tag (Median; IQR: 7; 17,5). 34,8 % behandeln zwischen 6 und 10 Klienten pro Tag. Etwa ein Viertel (24,2 %) behandelt 11 bis 15 Klienten, während 21,2 % der Befragten 16 bis 20 Klienten pro Tag behandeln.



Neben den Angaben zu den eigentlichen Therapien, sollten die Ergotherapeuten aufzählen, welche zusätzlichen Tätigkeiten sie durchführen und wie viel Prozent ihrer wöchentlichen Arbeitszeit diese Tätigkeiten einnehmen.

Die häufigsten zusätzlichen Tätigkeiten im klinischen Setting sind Verwaltungsaufgaben mit durchschnittlich 10 % (Median; IQR: 4,5; 15) der wöchentlichen Arbeitszeit, Teambesprechungen mit durchschnittlich 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median; IQR: 2,7; 10) und Anleitung von Lernenden der Ergotherapie, was 3 % der Arbeitszeit ausmacht (Median; IQR: 0; 5).

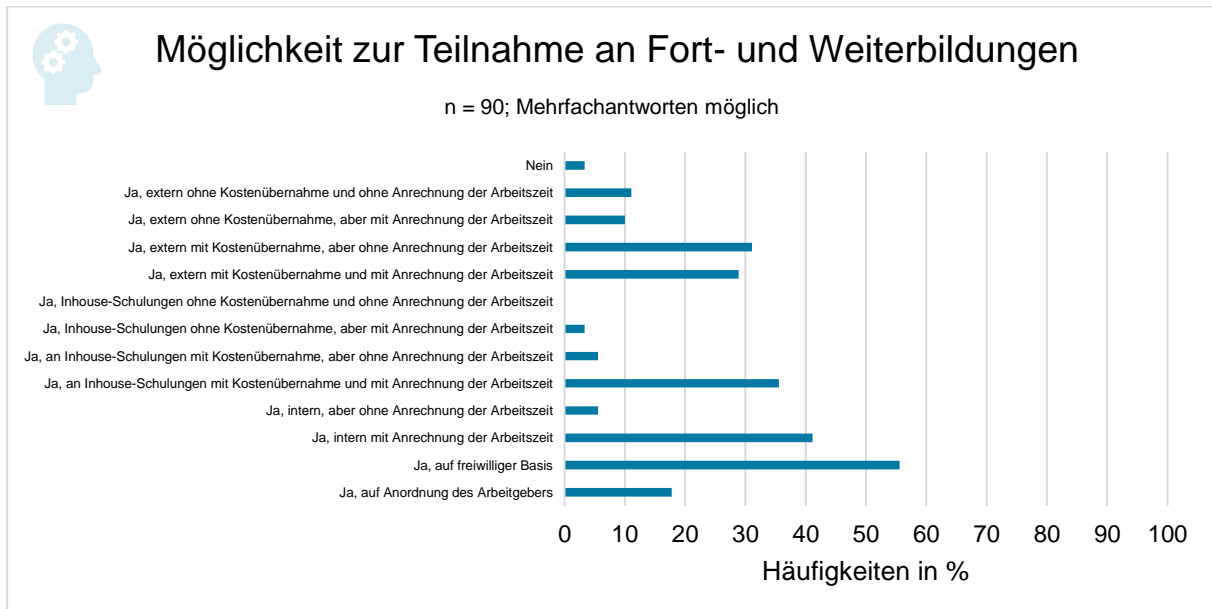
Einen geringen Anteil an der wöchentlichen Arbeitszeit nehmen hingegen Qualitätsmanagement (1,5 % Median; IQR: 0; 5), Fortbildungen (1 % Median; IQR: 0; 3) und die Beratung bzw. Anleitung von Angehörigen (0,9 % Median; IQR: 0; 3,5) ein.

Etwa die Hälfte der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten (53 %) bzw. Lernende der Ergotherapie mit einer (kooperierenden) Berufsfachschule (51,6 %) betreut.

Im Durchschnitt wurden zwei Praktikanten (Median; IQR: 1; 3,8) und zwei Lernende der Ergotherapie (Median; IQR: 1; 3) betreut.

Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Kapazitäten, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden (8,9 %), keine Anfrage(n) von Lernenden der Ergotherapie (6,6 %) und ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Lernenden der Ergotherapie (5,6 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: eine gesonderte Vergütung für die Praxisanleitung eingeführt bzw. etabliert werden (15,6 %), die Finanzierung der jährlichen Fortbildungen durch den Arbeitgeber finanziert werden (14,4 %), sowie mehr organisatorische und fachliche Unterstützung durch die Berufsfachschulen geleistet werden (11,1 %).

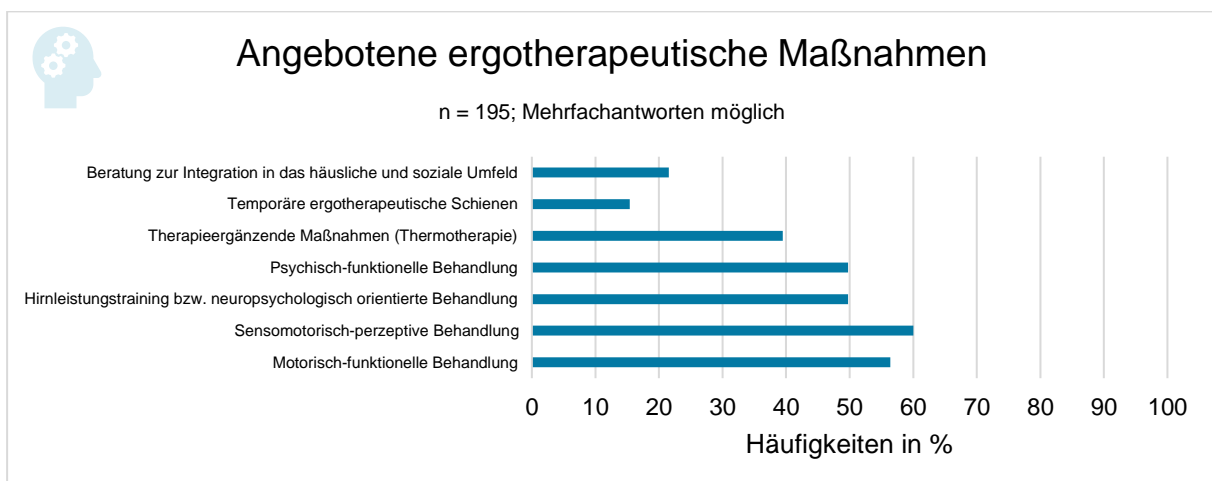
Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (55,6 %) in Anspruch genommen, während 17,8 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (41,3 %), aber auch zu einem großen Anteil ohne Anrechnung der Arbeitszeit (35,6 %). Aber auch externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme werden von etwa einem Drittel mit Anrechnung der Arbeitszeit (28,9 %) bzw. ohne Anrechnung der Arbeitszeit (31,1 %) besucht.



4.2.5 Ambulantes Setting

An der Befragung haben sich 195 im ambulanten Setting tätige Ergotherapeuten beteiligt. Folgend wird ein Überblick über die verschiedenen ergotherapeutischen Maßnahmen, medizinischen Fachbereiche, Behandlungssettings sowie die Häufigkeit der angebotenen Leistungen im Jahr 2022, basierend auf dem Heilmittelkatalog nach § 125 Abs. 1 SGB V gegeben.

Die am Häufigsten angebotene Maßnahme ist mit 60 % die sensomotorisch-perzeptive Behandlung, gefolgt von der motorisch-funktionellen Behandlung (56,4 %). Neuropsychologisch orientierte Behandlungen (Hirnleistungstraining) sowie psychisch-funktionelle Behandlungen wurden jeweils von 49,7 % der Befragten zur Verfügung gestellt. Therapieergänzende Maßnahmen, wie Thermotherapie, wurden bei 39,5 % der Behandlungsangebote angewendet. Temporäre ergotherapeutische Schienen und Beratungsleistungen zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld fanden in 15,4 % bzw. 21,5 % der Fälle Anwendung.



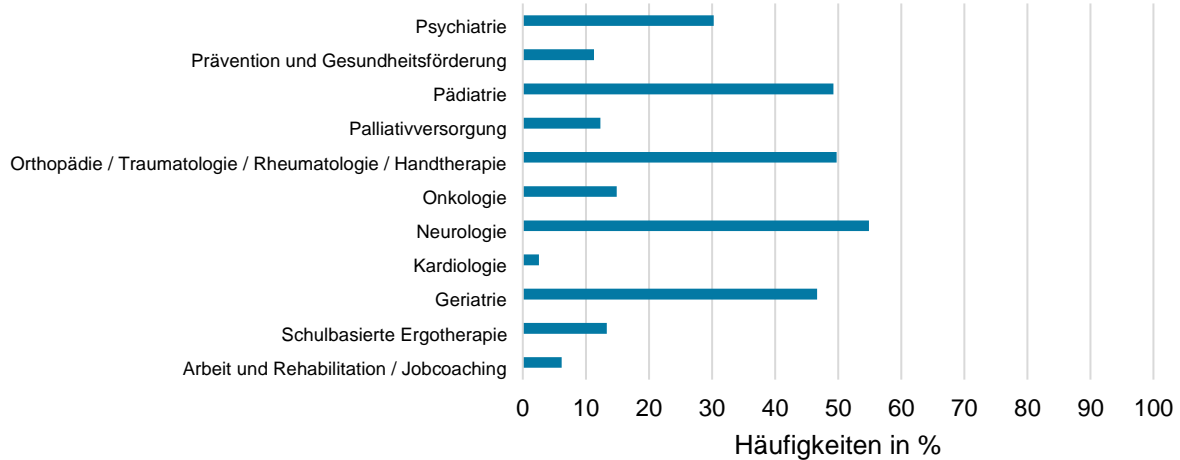
Ein Drittel der Anbieter (30,5 %) bot fünf oder mehr verschiedene Maßnahmen an. Eine geringe Anzahl von Anbietern (6,2 %) gab an, keine dieser Leistungen zu erbringen.

Bezüglich der Fachbereiche entfiel der größte Anteil der Behandlungen auf die Neurologie (54,9 %) und die Orthopädie / Traumatologie / Rheumatologie (49,7 %). Weitere häufige Fachbereiche waren die Pädiatrie (49,2 %) und die Geriatrie (46,7 %). Weniger häufig vertreten sind die Fachbereiche Kardiologie (2,6 %) und Onkologie (14,9 %).

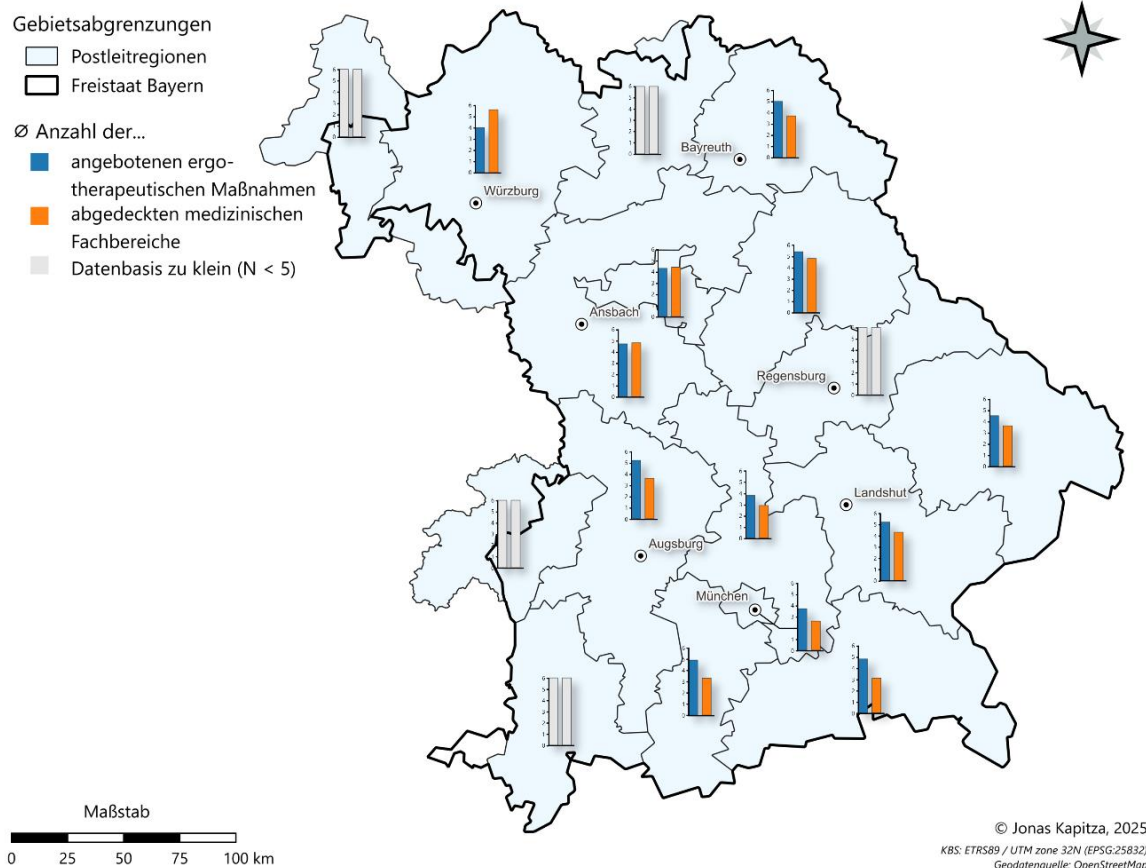


Medizinische Fachbereiche

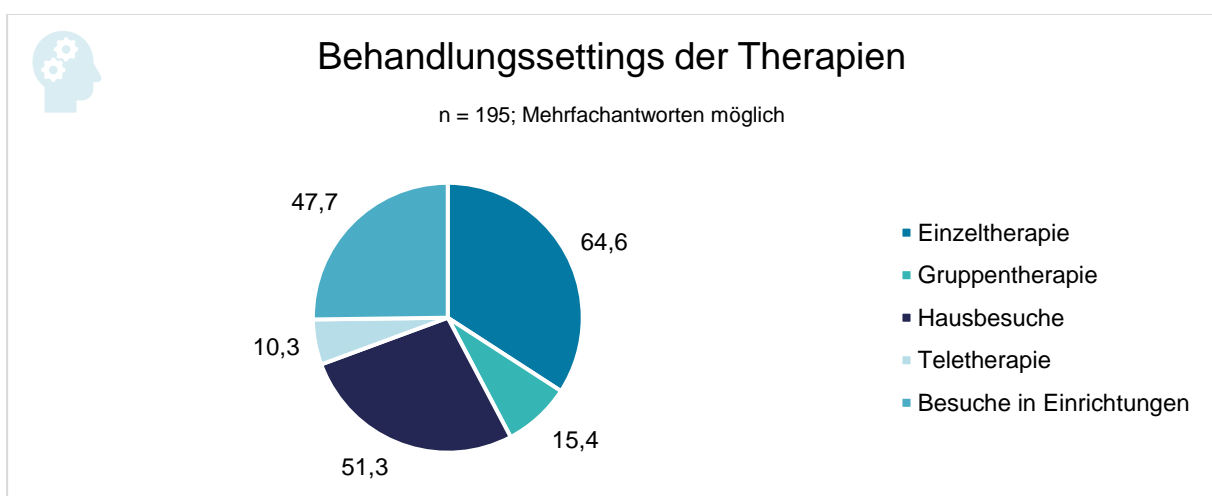
n = 195; Mehrfachantworten möglich



Die Verteilung der durchschnittlichen Anzahl im Jahr 2022 angebotener ergotherapeutischer Maßnahmen und medizinischer Fachbereiche variiert leicht innerhalb Bayerns. Die Postleitzonen mit der größten Anzahl an verschiedenen ergotherapeutischen Maßnahmen sind PLZ 92 mit durchschnittlich 5,4 Maßnahmen, sowie PLZ 86 und 84 mit jeweils 5,2 Maßnahmen. Am wenigsten ergotherapeutische Maßnahmen werden in PLZ 80 (3,6) und 85 (3,8) angeboten. Am meisten medizinische Fachbereiche werden in PLZ 97 (5,6), sowie 92 und 91 (jeweils 4,8) abgedeckt. Am wenigsten medizinische Fachbereiche werden in PLZ 81 (2,3) und 80 (2,8) abgedeckt.

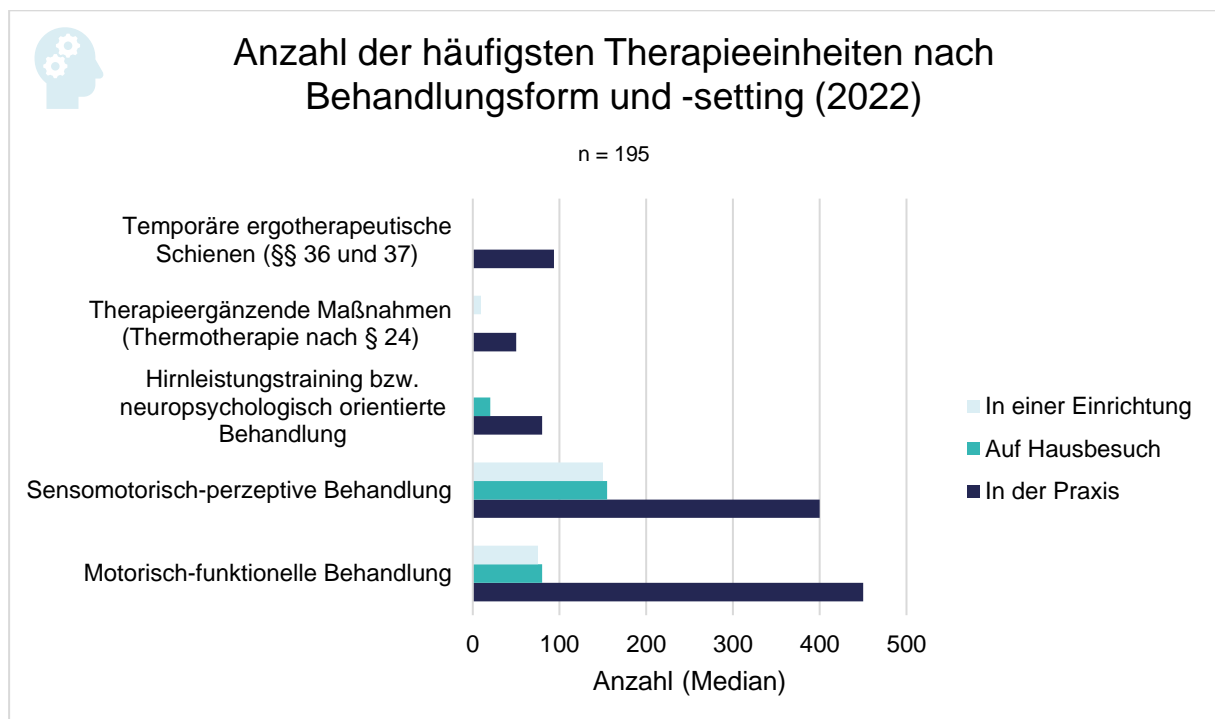


Die Mehrheit der Therapien wurde in Form von Einzeltherapien durchgeführt (64,6 %). Hausbesuche fanden bei 51,3 % der Behandlungsangebote statt, während Gruppentherapien und Teletherapien seltener angewendet wurden (jeweils 15,4 % bzw. 10,3 %). Besuche in Einrichtungen (z. B. Pflegeheimen) wurden von 47,7 % der Befragten durchgeführt.



Die meisten Ergotherapeuten gaben an, dass ihre Leistungen im gesamten Jahr 2022 erbracht wurden (93 %). Durchschnittlich behandeln Ergotherapeuten im ambulanten Bereich neun Klienten (Median; IQR = 7; 10,5) pro Tag. Die Mehrheit (61,3 %) behandelt zwischen 6 und 10 Klienten pro Tag, gefolgt von 20,7 %, welche 11 bis 15 Klienten pro Tag behandeln.

Im Folgenden wird ein detaillierter Überblick über die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten nach Behandlungsform und -setting pro Jahr gegeben. Die meisten Therapien finden unabhängig von der Behandlungsform in der Praxis statt, gefolgt von Hausbesuchen und Behandlungen in einer Einrichtung. Teletherapie findet praktisch keine Anwendung.



Die motorisch-funktionelle Behandlung (MF) zeigt die höchsten Werte in der Praxis mit durchschnittlich 450 Behandlungen (Median; IQR: 120; 950), gefolgt von Hausbesuchen mit 80 Behandlungen (Median; IQR: 10; 192,5) pro Jahr. Behandlungen in Einrichtungen und Teletherapien finden deutlich seltener statt.

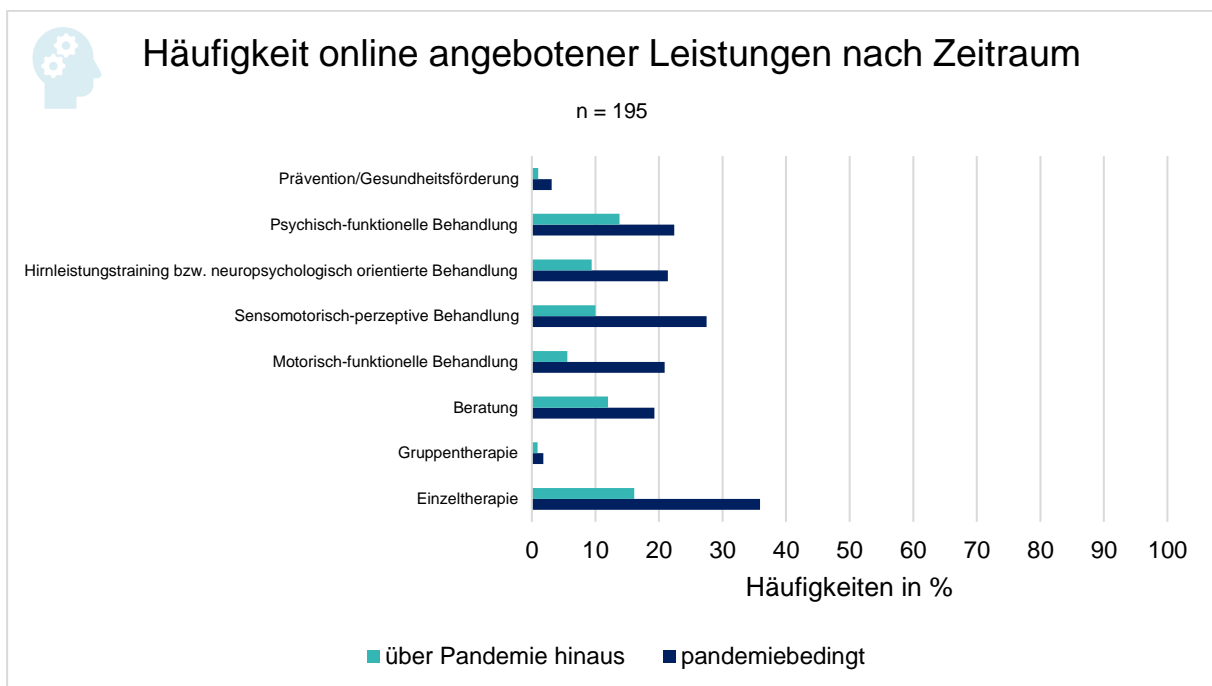
Ebenso werden sensomotorisch-perzeptive Behandlung (SP) mit durchschnittlich 400 Therapien (Median; IQR: 100; 660) pro Jahr überwiegend in der Praxis durchgeführt. Gefolgt von Hausbesuchen mit 155 Einheiten (Median; IQR: 50; 353) und 150 Behandlungen in Einrichtungen (Median, IQR: 39,5; 340).

Beim Hirnleistungstraining (HLT) bzw. der neuropsychologisch orientierten Behandlung (NP) ist die Praxisbehandlung mit durchschnittlich 80 Einheiten (Median; IQR: 30; 150) wieder dominant. Pro Jahr finden etwa 20 Hausbesuche für Hirnleistungstraining statt (Median; IQR: (0; 60).

Ebenso finden hauptsächlich Praxisbehandlungen bei psychisch-funktionellen Therapien (50 Einheiten) (Median; IQR: 20; 200), sowie bei Thermotherapie (93,5 Einheiten) (Median; IQR: 20; 325) statt.

Ein Drittel der befragten Ergotherapeuten (29,1 %) gab an, fünf verschiedene Indikationen zu behandeln, während jeweils etwa ein Viertel der Befragten angab, mehr als sechs Indikationen (24,3 %) bzw. vier verschiedene Indikationen (21,4 %) zu behandeln.

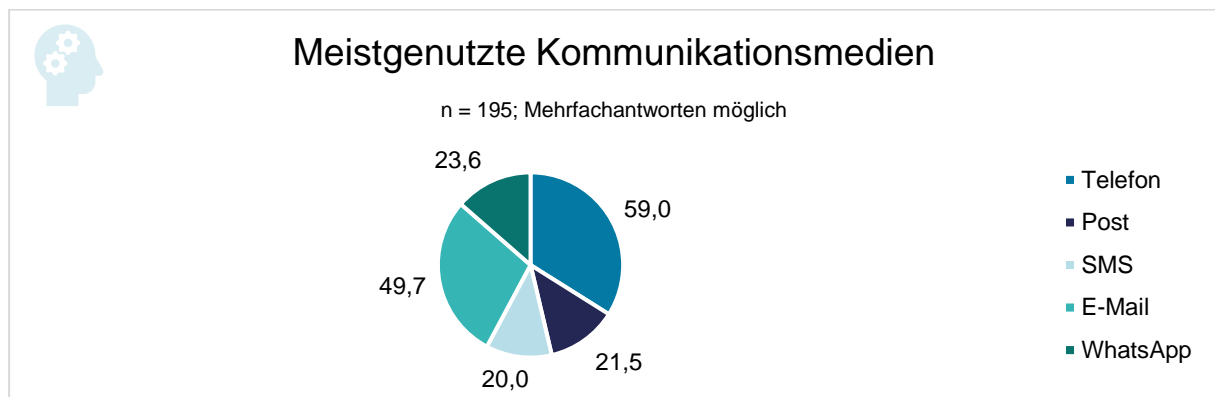
Auch wenn die Mehrheit der Befragten keine ergotherapeutischen Leistungen online anbietet, war die Möglichkeit dazu zumindest während der Corona-Pandemie von Relevanz. Die folgende Abbildung zeigt verschiedene online angebotene Leistung mit der Unterscheidung nach dem Zeitraum des Angebots (pandemiebedingt in den Jahren 2020-2022 oder über diesen Zeitraum hinaus).



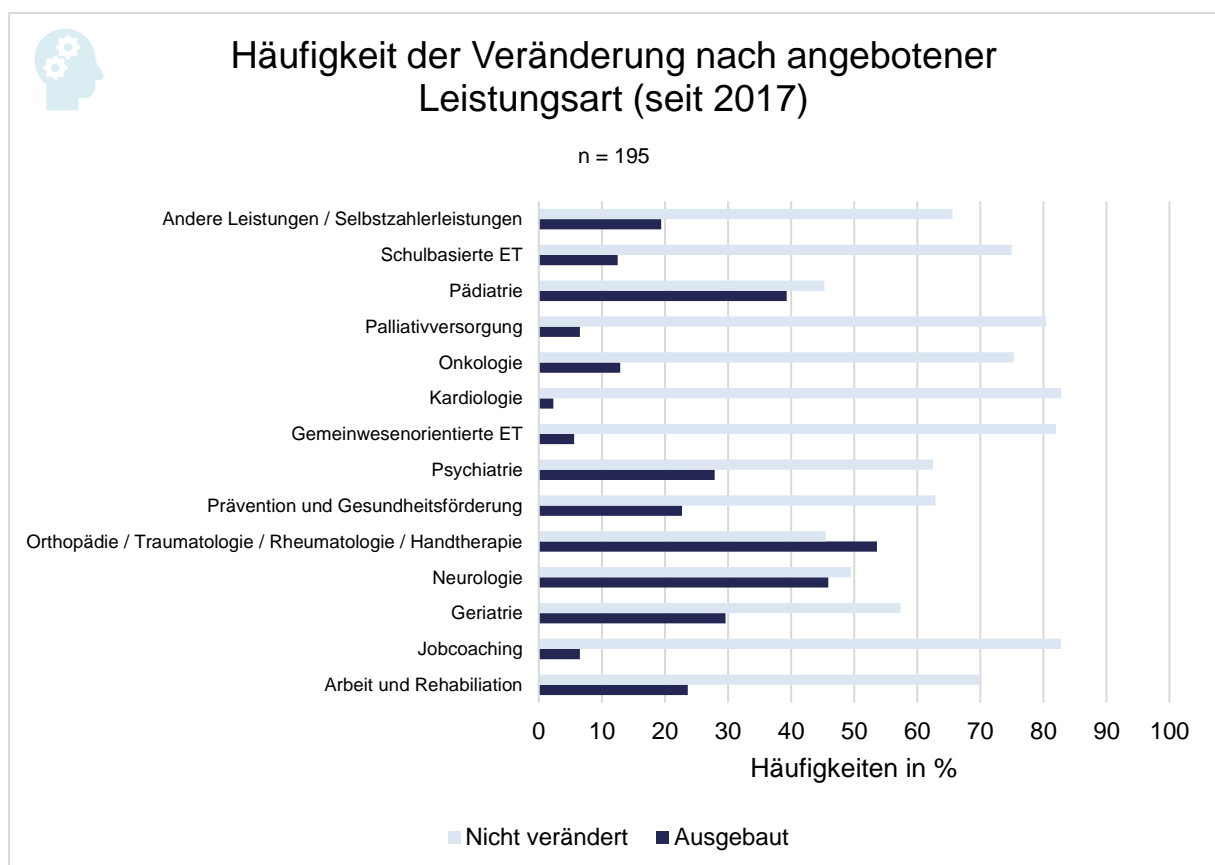
Es wird deutlich, dass die digitalen Leistungen vor allem pandemiebedingt angeboten wurden und selten über diesen Zeitraum hinaus genutzt werden. Die häufigsten online angebotenen Leistungen waren pandemiebedingt die Einzeltherapie (35,9 %), die sensomotorisch-perzeptive Behandlung (27,5 %) und die psychisch-funktionelle Behandlung (22,4 %). Durchschnittlich wurden im Jahr 2022 fünf Klienten (Median; IQR: 2; 24,5) über Teletherapie von den Teilnehmenden betreut. Als häufigste Gründe für den Einsatz von Teletherapie wurden und das Infektionsrisiko (10,7 %) und die Nachfrage von Klienten (6,3 %) genannt.

Die meistgenutzten Kommunikationsmedien für Ergotherapeuten sind mit Abstand das Telefon (59 %) und E-Mail (49,7 %). Etwa ein Viertel der Befragten nutzt regelmäßig den Postweg

(21,5 %) sowie Whats-App (23,6 %). 20 % treten per SMS mit ihren Klienten in Kontakt. Sel-
tener werden zertifizierte Tools, welche von der Arbeitsstelle zur Verfügung gestellt werden
(8,7 %), Fax (8,2 %), Threema (3,1 %), Signal (10,3 %) oder Facebook (3,1 %) genutzt.



Weiter wurde erfragt, inwiefern sich das ergotherapeutische Leistungsangebot seit 2017 ver-
ändert hat. In den meisten Bereichen sind die Leistungen unverändert geblieben. Die Bereiche
mit den größten Anteilen an Ausbau waren Orthopädie, Traumatologie, Rheumatologie, Hand-
therapie (53,6%), Neurologie (45,9%) und Pädiatrie (39,3 %). Eine sehr geringe Anzahl an
Teilnehmenden gab an, das Leistungsangebot seit 2017 verringert oder eingestellt zu haben.



Eine kleine Teilnehmerzahl bietet Leistungen an, die nicht im Vergütungsverzeichnis abgebildet werden bzw. privat abgerechnet werden, darunter befinden sich beispielsweise Taping (7,2 %) und Entspannungstechniken (5,1 %).

Variable	n	%
Angebote Selbstzahlerleistungen*		
Präventionskurse	5	2,6
Entspannungstechniken, z. B. Progressive Muskelrelaxation, autogenes Training	10	5,1
Taping	14	7,2
Coachings oder Trainings, z. B. Arbeitsplatz- bzw. Wohnraumanpassung	10	5,1
Homöopathische oder naturheilkundliche Behandlungen (Heilpraktiker)	2	1,0
Gruppenangebote, z. B. Yoga, Wassergymnastik, Nordic Walking	2	1,0
Sonstige Leistungen	11	5,6

Die zeitintensivsten zusätzlichen Tätigkeiten im ambulanten Setting sind mit jeweils durchschnittlich 10 % der wöchentlichen Arbeitszeit Verwaltungsaufgaben (Median; IQR: 5; 20) und die Fahrzeiten zu Hausbesuchen (Median; IQR: 5; 20). Die Anleitung von Lernenden der Ergotherapie macht 6,8 % (Median; IQR: 3,9; 10) der wöchentlichen Arbeitszeit aus. Jeweils durchschnittlich fünf % der wöchentlichen Arbeitszeit machen Teambesprechungen (Median; IQR: 2,3; 10), logistische Arbeiten (Median; IQR: 2; 9), Qualitätsmanagement (Median; IQR: 2; 5) und Beratung / Anleitung von Angehörigen (Median; IQR: 2; 10) aus.

Etwa die Hälfte der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten (53 %) bzw. Lernende der Ergotherapie mit einer (kooperierenden) Berufsfachschule (51,6 %) betreut. Im Durchschnitt wurden zwei Praktikanten (Median; IQR: 1; 3,8) und zwei Lernende der Ergotherapie (Median; IQR: 1; 3) betreut.

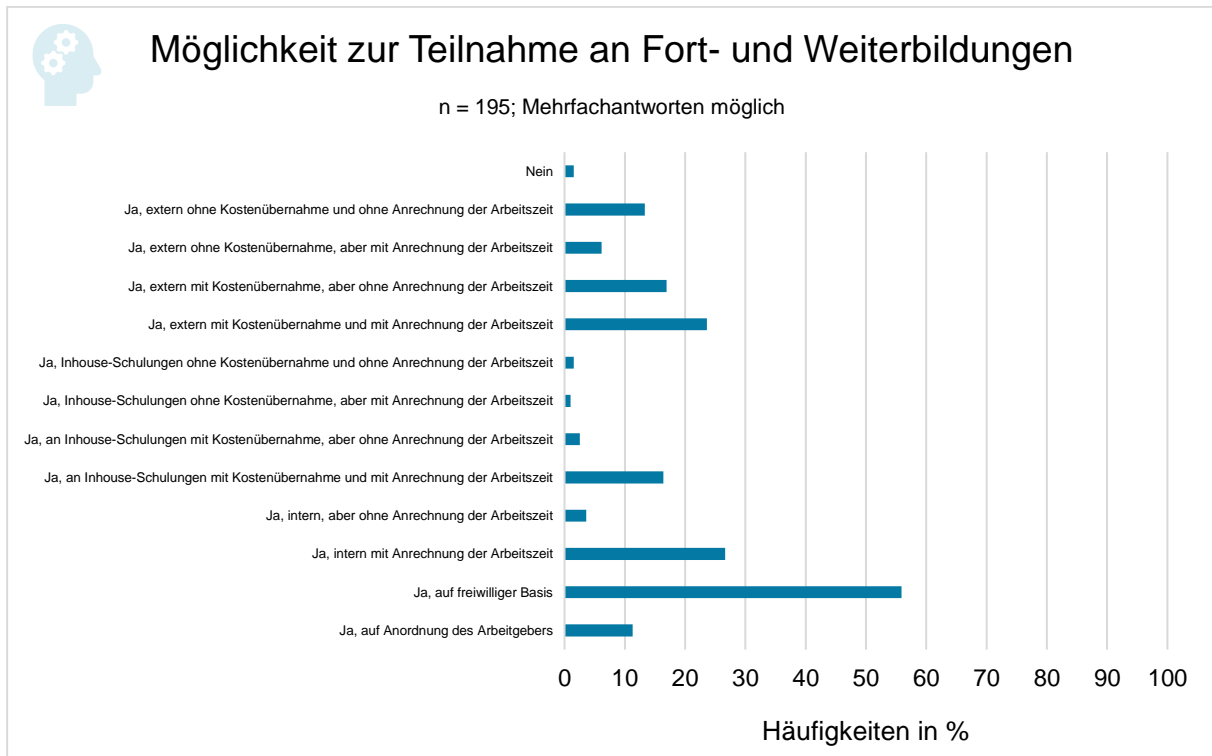
Etwa die Hälfte der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten (48,8 %) bzw. Lernende der Ergotherapie mit einer (kooperierenden) Berufsfachschule (44,2 %) betreut. Im Durchschnitt wurden zwei Praktikanten (Median; IQR: 1; 3) und zwei Lernende der Ergotherapie (Median; IQR: 1; 3) betreut.

Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Lernenden der Ergotherapie (15,9 %), keine Anfrage(n) von Lernenden der Ergotherapie (12,3 %) und ein zu hoher Dokumentationsaufwand für die Betreuung (10,3 %).

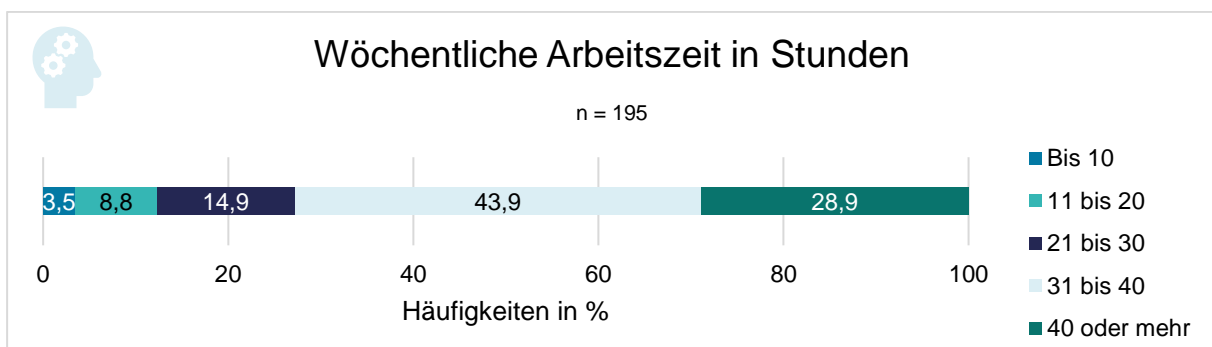
Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: eine gesonderte Vergütung für die Praxisanleitung einführt bzw. etabliert werden (21 %) und mehr organisatorische und fachliche Unterstützung durch die Berufsfachschulen geleistet werden (11,8 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (55,9 %) in Anspruch genommen,

während 11,3 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (26,7 %), nur sehr selten ohne Anrechnung der Arbeitszeit (3,6 %). Aber auch externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme werden von einem Großteil mit Anrechnung der Arbeitszeit (23,6 %) bzw. ohne Anrechnung der Arbeitszeit (16,9 %) besucht.



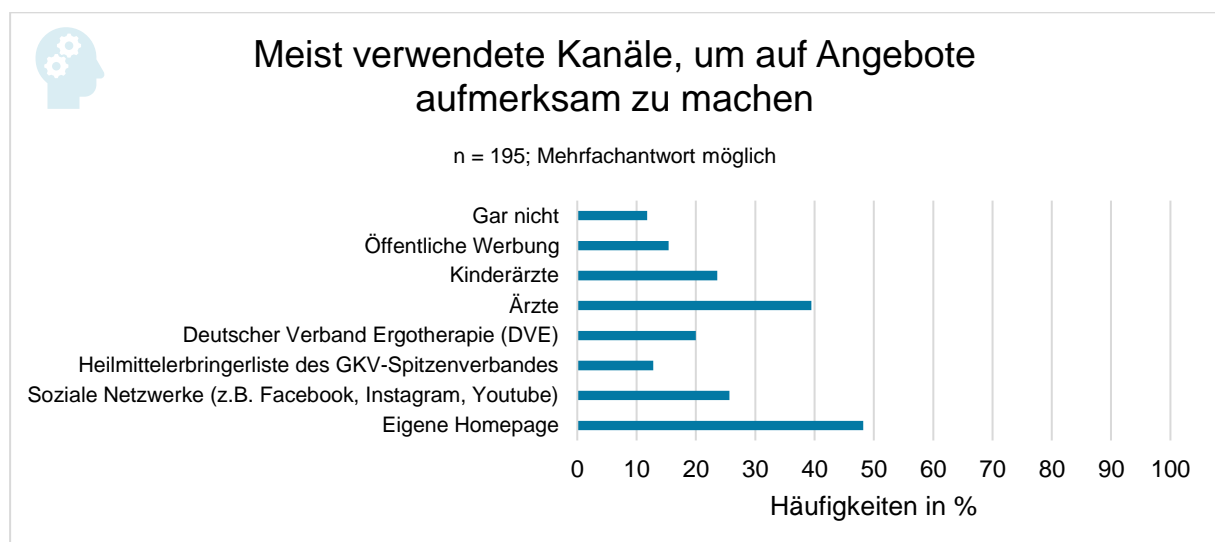
43,9 % der ambulant tätigen Ergotherapeuten arbeiten 31 bis 40 Wochenstunden. Ein Drittel (28,9 %) arbeitet mehr als 41 Stunden in der ambulanten Tätigkeit. Etwa ein weiteres Drittel arbeitet in Teilzeit (14,9 %: 21 bis 30 Stunden, 8,8 %: 11 bis 20 Stunden, 3,5 %: bis 10 Stunden). Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit werden familiäre Verpflichtungen (31,9 %) genannt. Des Weiteren haben 19,1 % angegeben Teilzeit zu arbeiten, da ihnen Erholungsphasen wichtig seien, da die Arbeit als Ergotherapeut sie sehr fordere.



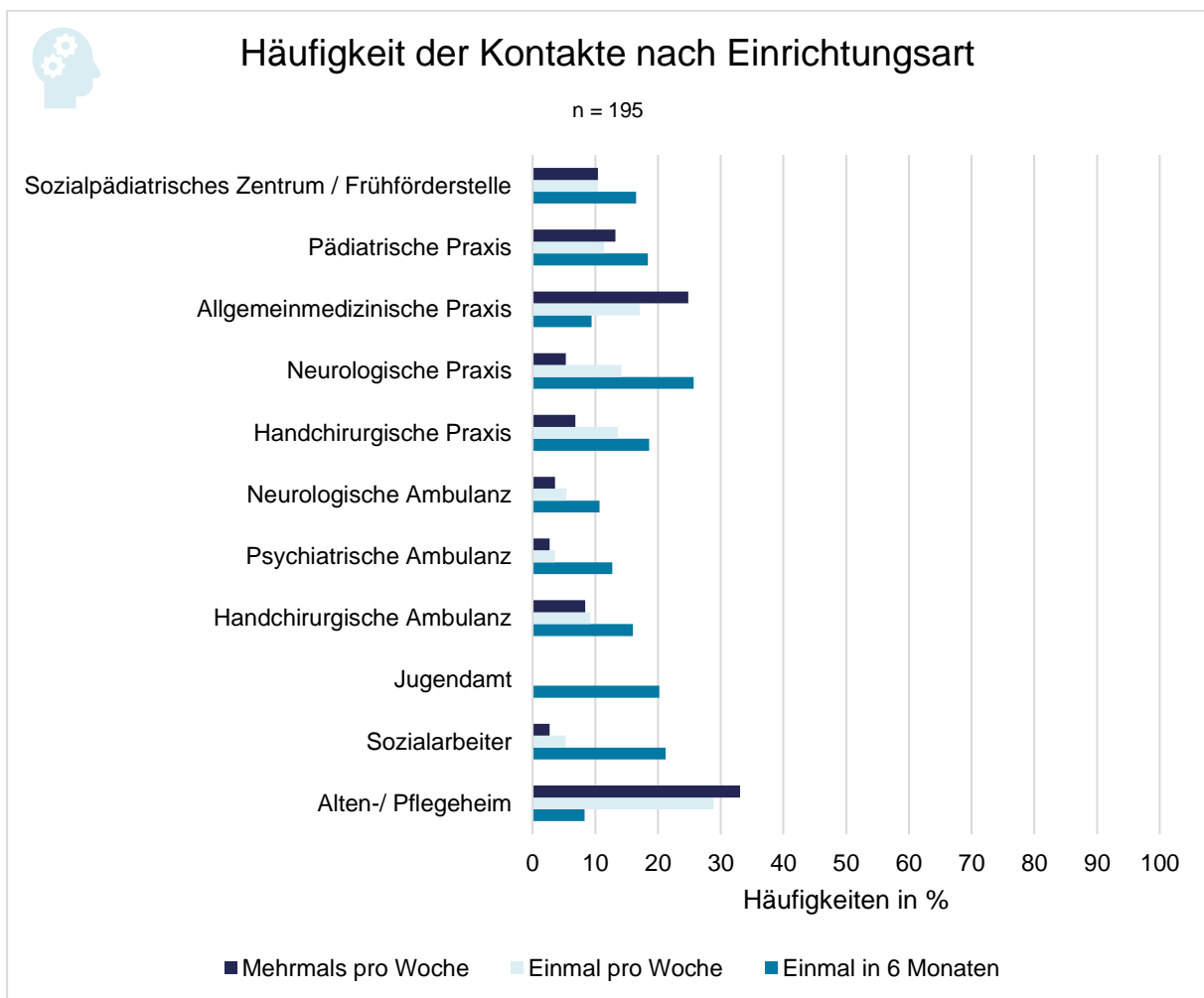
Ergotherapeuten im ambulanten Setting sind entweder angestellt (49,6 %) oder selbständig als Praxisinhaber (48,1 %). Die Organisationsformen der selbständigen Ergotherapeuten sind Praxisinhaber (mit Angestellten) (67,7 %) oder Einzelpersonen (24,6 %). Durchschnittlich haben sie vier Ergotherapeuten (Median; IQR: 2;7) angestellt, in Voll- und Teilzeit gleichermaßen, sowie durchschnittlich 13,5 weitere Mitarbeiter (Median; IQR: 8; 27,5). 62,8 % verfügen über eine zusätzliche Verwaltungs- oder Rezeptionskraft in ihrer Einrichtung.

Die Hälfte der Befragten gibt an, keine geregelte Urlaubsvertretung zu haben (48,1 %), während 34,1 % durch das Team oder durch Kollegen (17,1 %) vertreten werden. Durchschnittlich werden 30 Tage pro Jahr Urlaub genommen (Median; IQR: 24; 30). Etwa ein Drittel nimmt nie die Vertretung durch einen anderen Ergotherapeuten in Anspruch. 36,4 % lassen sich 1-3-mal pro Jahr vertreten und 24 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr. Die Frage nach der Schwierigkeit eine kurze oder längere Vertretung zu finden, gestaltet sich problematisch: 63 % der Befragten hatten Probleme eine kurze (eher schwer: 20,7 %; sehr schwer: 12,6 %; unmöglich: 10,3 %) oder längere (eher schwer: 26,4 %; sehr schwer: 16,1 %; unmöglich: 20,7 %) Vertretung zu finden. Lediglich ein Drittel der Befragten hatte keine Probleme damit eine kurze (sehr einfach: 8 %; eher einfach: 20,7 %) bzw. ein Viertel der Befragten (sehr einfach: 4,6 %; eher einfach: 14,9 %) eine längere Vertretung zu finden. Ein Drittel der Befragten (33,3 %) gibt an, keinen Bedarf nach zusätzlicher Entlastung zu haben, während ein weiteres Drittel (27,9 %) 1-3-mal pro Jahr und 23,3 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr den Bedarf nach einer zusätzlichen Entlastung bzw. Vertretung haben.

Soziale Medien nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, um auf Angebote aufmerksam zu machen. Häufig genutzte Kanäle und Medien sind: eigene Homepage (48,2 %) und soziale Netzwerke, wie Facebook, Instagram, Youtube (25,6 %). Aber auch der Kontakt zu Ärzten (39,5 %) und Kinderärzten (23,6 %) ist von großer Relevanz. 11,8 % der Befragten machen gar nicht auf ihre Angebote aufmerksam.



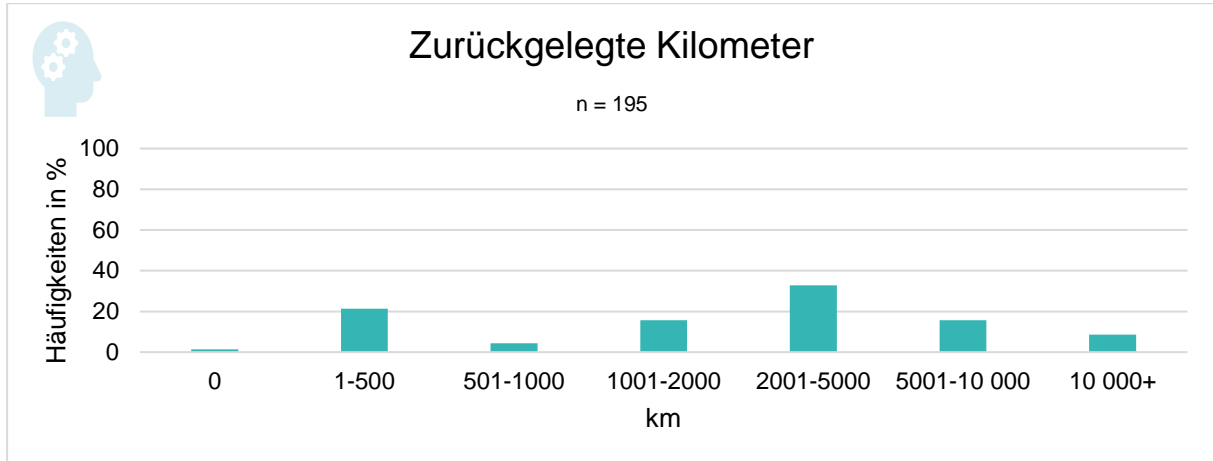
Im Folgenden wird auf die häufigsten Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen ambulant tätiger Ergotherapeuten eingegangen. Die häufigsten Kontakte, mit denen Ergotherapeuten mehrmals pro Woche im Austausch stehen, sind: Alten-/ Pflegeheime (33,1 %), Allgemeinmedizinische Praxis (24,8 %) und Pädiatrische Praxis (13,2 %). Wöchentliche Kontakte beschreiben Ergotherapeuten mit folgenden Einrichtungen: Alten-/ Pflegeheimen (28,9 %), sowie mit allgemeinmedizinischen (17,1 %), neurologischen (14,2 %) und handchirurgischen (13,6 %) Praxen. Die häufigsten halbjährlichen Kontakte sind: Neurologische Praxis (25,7 %), Rheumatologische Praxis (22,9 %), Sozialarbeiter (21,2 %) und Jugendamt (20,2 %).



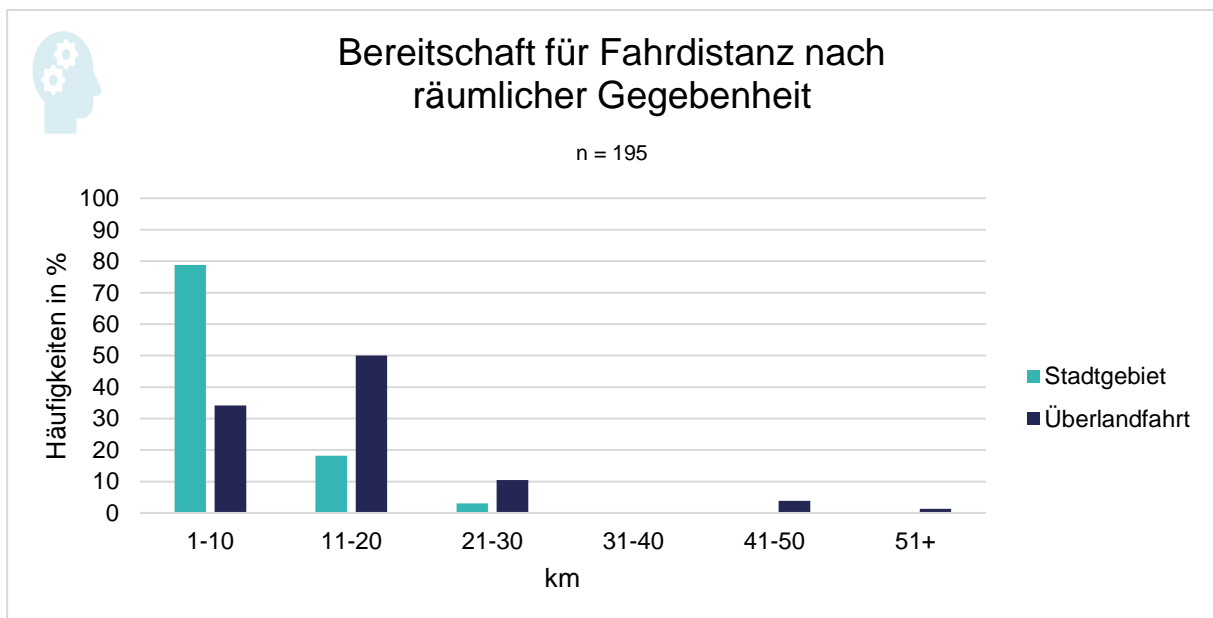
Die regionalen und strukturellen Bedingungen für die Durchführung von Leistungen zeigen Unterschiede in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten und die zurückgelegten Fahrdistanzen. Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, in denen die angebotenen Leistungen stattfinden, zeigen sich folgende Verteilungen: 17,1 % der Leistungen werden in Großstädten erbracht, 26,4 % in Mittelstädten, 36,4 % in Kleinstädten und 20,2 % in ländlichen Gebieten.

Die Durchführung von Hausbesuchen ist weit verbreitet, wobei 79,7 % der Befragten angeben, regelmäßig Hausbesuche durchzuführen. Lediglich 20,3 % der Befragten verzichten darauf.

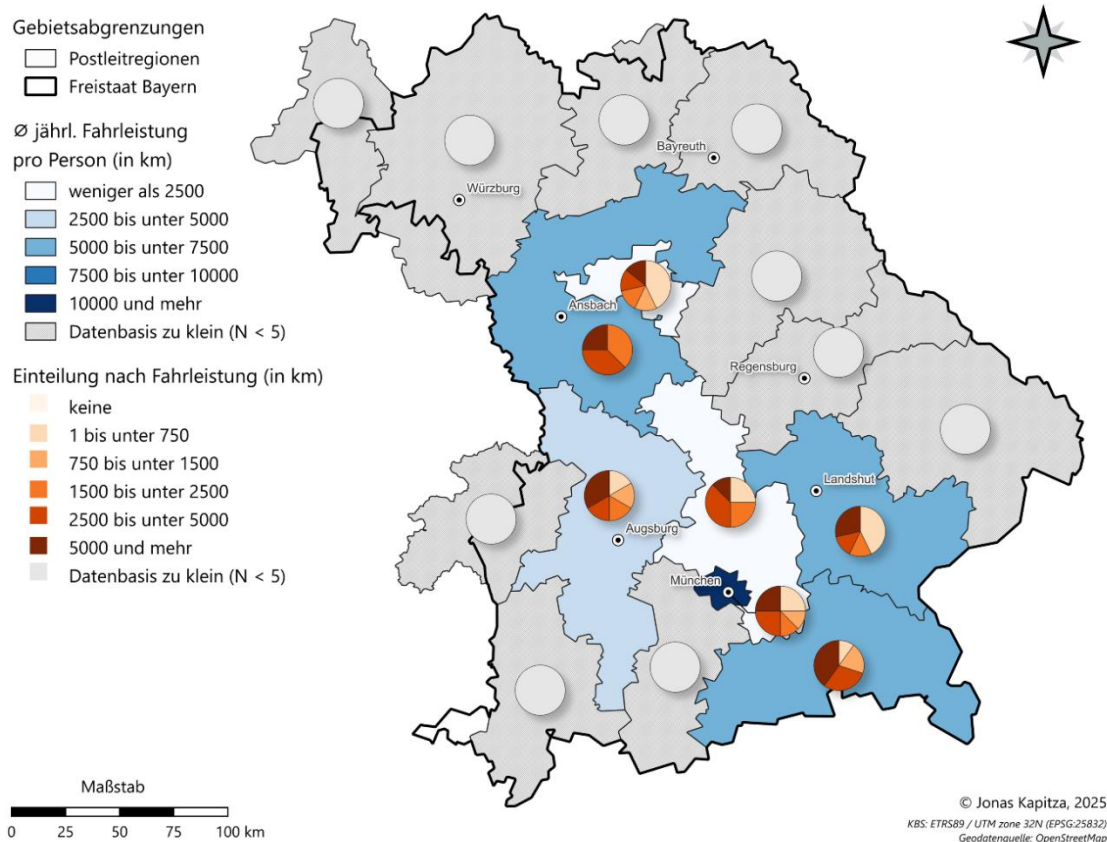
Die im Jahr 2022 beruflich zurückgelegten Kilometer zeigen eine breite Streuung. Der Mittelwert der zurückgelegten Kilometer beträgt 4843,4 km, mit einer Standardabweichung von 7472,8 km. Der Median liegt bei 2500 km (IQR: 925; 5000). Ein Drittel der Teilnehmer (32,9 %) legte zwischen 2001 und 5000 km zurück.



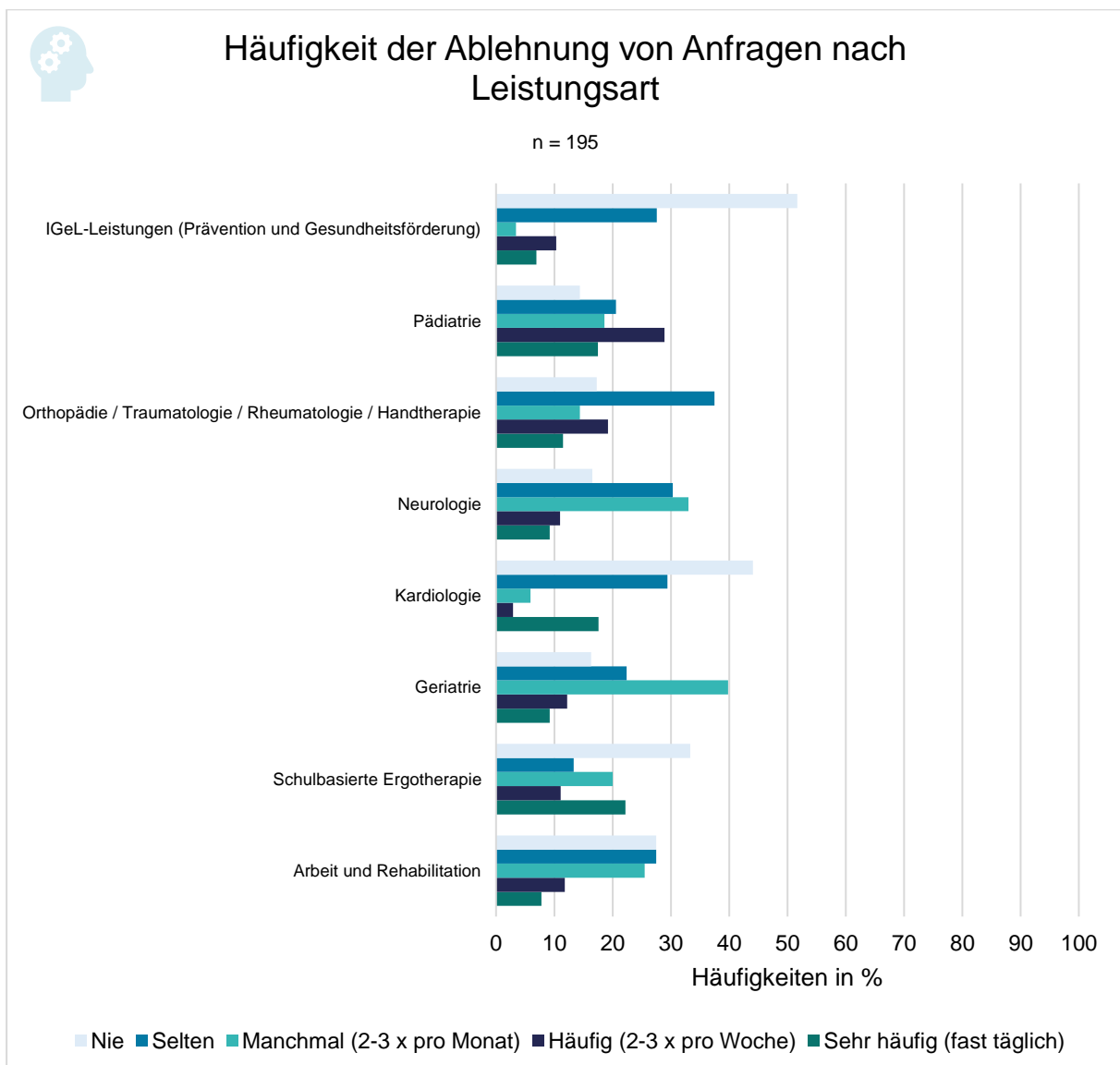
Die Bereitschaft für Fahrten variiert ebenfalls. Innerhalb von Stadtgebieten liegt der Median der maximalen akzeptierten Fahrdistanz bei 5 km (IQR: 4; 10), wobei 78,8 % der Befragten maximal 10 km bereit sind zu fahren. Bei Überlandfahrten beträgt der Median 15 km (IQR: 10; 20), wobei die Hälfte der Teilnehmer (50 %) maximal 20 km akzeptiert.



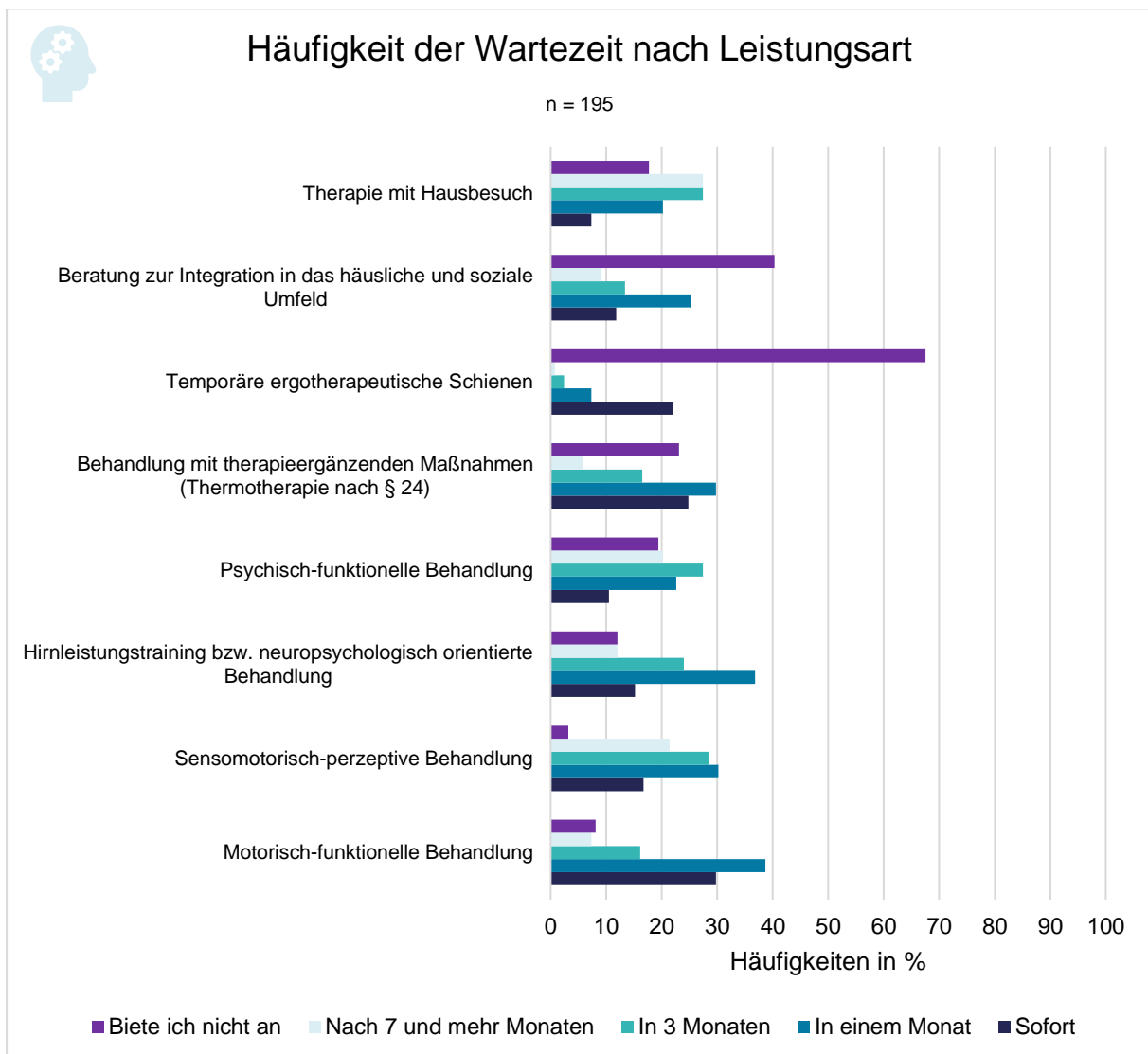
Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der durchschnittlichen jährlichen Fahrleistung pro (ambulant tätigem) Ergotherapeut in ganz Bayern. Die Datenauswertung beschränkt sich auf sieben Postleitregionen, da die Datenbasis bei den restlichen Bereichen zu klein ist. Es zeigt sich, dass die durchschnittliche, jährliche Fahrleistung relativ gering ist, mit weniger als 2500 km in den PLZ 85 und 90 bis zwischen 5000 und 7500 km pro Jahr in den PLZ 83, 84 und 91. Lediglich in der kombinierten Postleitregion 80/81 fahren die befragten Ergotherapeuten 10 817,5 km pro Jahr. Der Anteil zwischen 5000 und 7500 km ist in den PLZ 83 und 86 mit jeweils 40 % am größten. Der Anteil mit einer Fahrleistung unter 750 km ist in den PLZ 84 und 90 mit 50 % bzw. 42,9 % am größten.



Insgesamt lässt sich fachübergreifend feststellen, dass ergotherapeutische Leistungen überwiegend selten bis nie abgelehnt werden müssen. Die häufigsten Ablehnungen erfolgen manchmal (2-3 x pro Monat) in den Fachbereichen Geriatrie (39,8 %) und Neurologie (33 %). Häufig (2-3 x pro Woche) kommen Ablehnungen von einem Drittel (28,9 %) in der Pädiatrie und von 19,2 % in der Orthopädie / Traumatologie / Rheumatologie / Handtherapie vor. Sehr häufig (fast täglich) werden ergotherapeutische Leistungen in der Schulbasierten Ergotherapie (22,2 %), wie auch in der Kardiologie (17,6 %) und der Pädiatrie (17,5 %) abgelehnt. Der häufigste Grund für die Ablehnung ist die Auslastung der Therapeuten (48,6 %), gefolgt von fehlendem Personal (38,7 %).



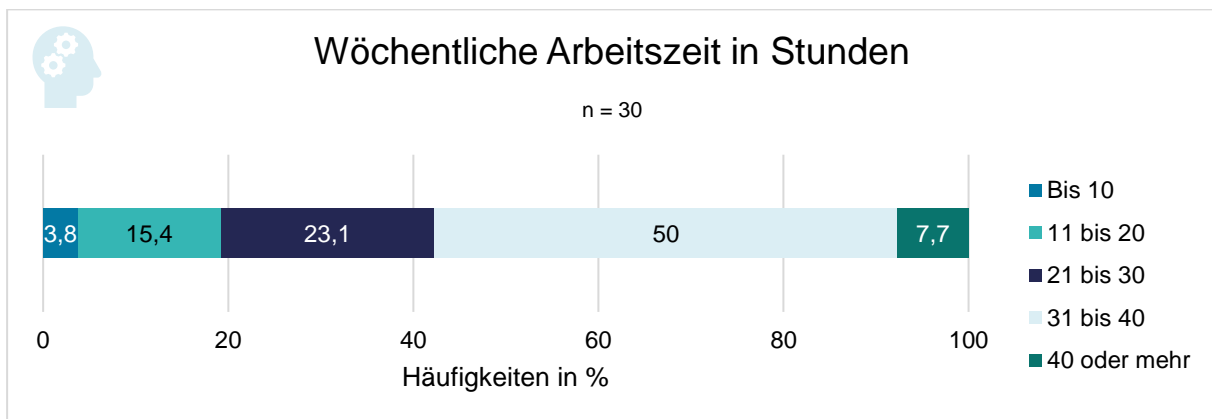
Überwiegend können die verschiedenen ergotherapeutischen Leistungen sofort oder innerhalb eines Monats angeboten werden. Mit einer Wartezeit von drei Monaten ist laut einem Drittel der Befragten bei sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen (28,6 %), sowie psychisch-funktionellen (27,4 %) und Therapien mit Hausbesuch zu rechnen (27,4 %). Sogar sieben und mehr Monate dauert es bei 27,4 % der Ergotherapeuten bis sie eine Therapie mit Hausbesuch anbieten können. Dies bestätigten 20,2 % bei psychisch-funktionellen Behandlungen und 21,4 % bei sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen. Temporäre ergotherapeutische Schienen wird von einem Großteil der befragten Ergotherapeuten (67,5 %) nicht angeboten. Weitere seltener angebotene Therapieformen sind: Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (40,3 %) und Behandlung mit therapieergänzenden Maßnahmen (Thermotherapie nach § 24) (23,1 %).



4.2.6 Gemeinwesenorientierte Ergotherapie

An der Befragung zur gemeinwesenorientierten Ergotherapie haben 30 Ergotherapeuten teilgenommen. Die Mehrheit der Befragten (63,3 %) ist bei einem öffentlichen Träger angestellt. Weitere 23,3 % sind bei einem freien Träger beschäftigt, während 26,7 % als selbstständige Praxisinhaber tätig sind. Freie Mitarbeit wird von 3,3 % der Befragten ausgeübt, und 10 % arbeiten in (Projekt-)Kooperationen. Eine andere Beschäftigungsform ist für 20 % der Teilnehmer relevant.

Die Hälfte (50 %) der Befragten arbeitet in der gemeinwesenorientierten Ergotherapie zwischen 31 und 40 Stunden pro Woche, während 7,7 % der Befragten mehr als 40 Wochenstunden und etwa ein Viertel (23,1 %) eine wöchentliche Arbeitszeit zwischen 21 und 30 Stunden hat. 15,4 % arbeiten 11 bis 20 Stunden, während 3,8 % der Befragten weniger als 10 Stunden pro Woche in der gemeinwesenorientierten Ergotherapie arbeiten.



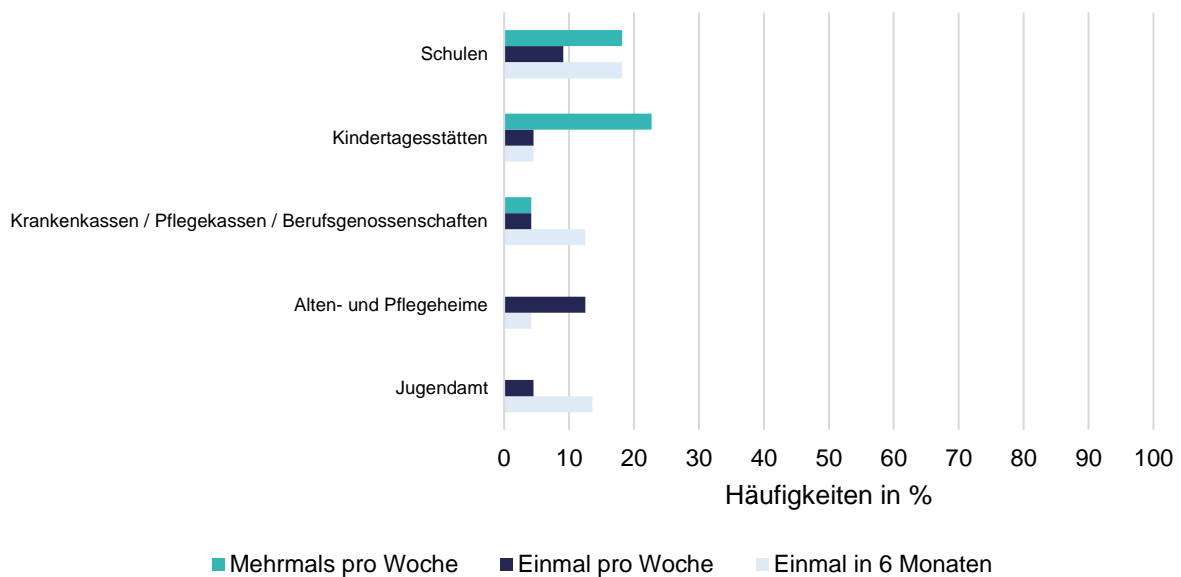
Die Hauptgründe für Teilzeitarbeit sind vor allem familiäre Verpflichtungen, die 33,3 % der Befragten angeben. Weitere 26,7 % geben an, dass ihnen Erholungsphasen wichtig seien, da der Beruf als Ergotherapeut sie sehr fordere. 13,3 % der Befragten bevorzugen Teilzeitarbeit aufgrund der Work-Life-Balance, sowie aufgrund von einer zusätzlichen Tätigkeit als Ergotherapeut in einem anderen Tätigkeitsbereich.

Die häufigsten Kontakte der gemeinwesenorientiert tätigen Ergotherapeuten zu Einrichtungen erfolgen mehrmals pro Woche zu Kindertagesstätten (22,7 %) und Schulen (18,2 %). Wöchentliche Kontakte bestehen zudem häufig zu Alten- und Pflegeheimen (12,2 %) und Schulen (9,1 %). Wichtige Kontakte halbjährliche Kontakte sind Schulen (18,2 %) und das Jugendamt (13,6 %), sowie Kranken-, Pflegekassen, Berufsgenossenschaften (12,5 %).



Häufigkeit der Kontakte nach Einrichtungsart

n = 30

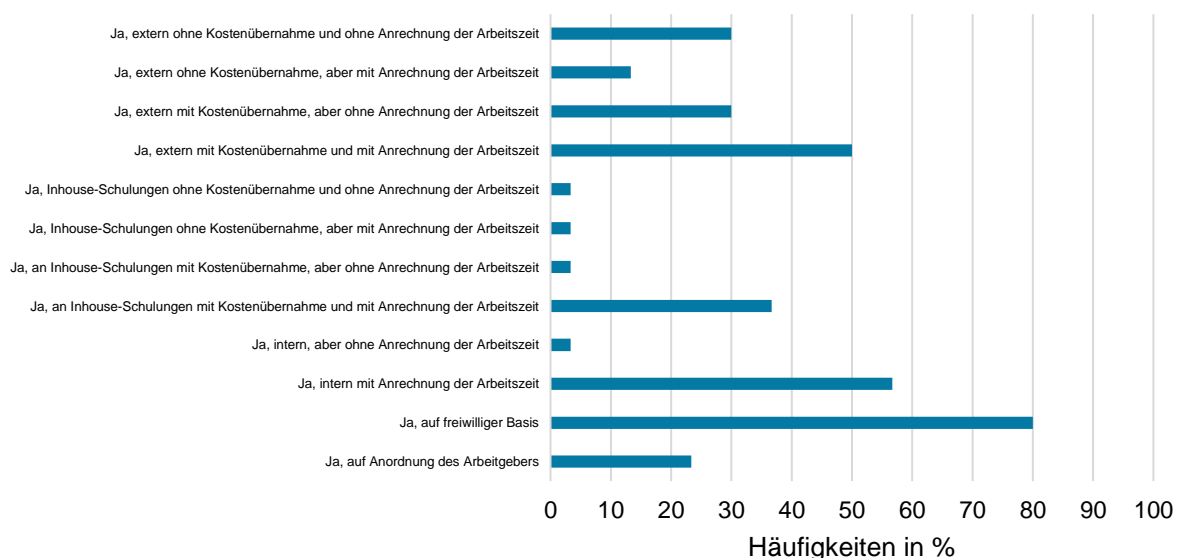


Die Mehrheit der Befragten in der gemeinwesenorientierten Ergotherapie hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (80 %) in Anspruch genommen, während 23,3 % sich auf Anordnung des Arbeitsgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (56,7 %), nur sehr selten ohne Anrechnung der Arbeitszeit (3,3 %). Aber auch externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme werden von einem Großteil mit Anrechnung der Arbeitszeit (50 %) bzw. ohne Anrechnung der Arbeitszeit (30 %) besucht.



Möglichkeit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

n = 30; Mehrfachantworten möglich



4.2.7 Arbeitszufriedenheit

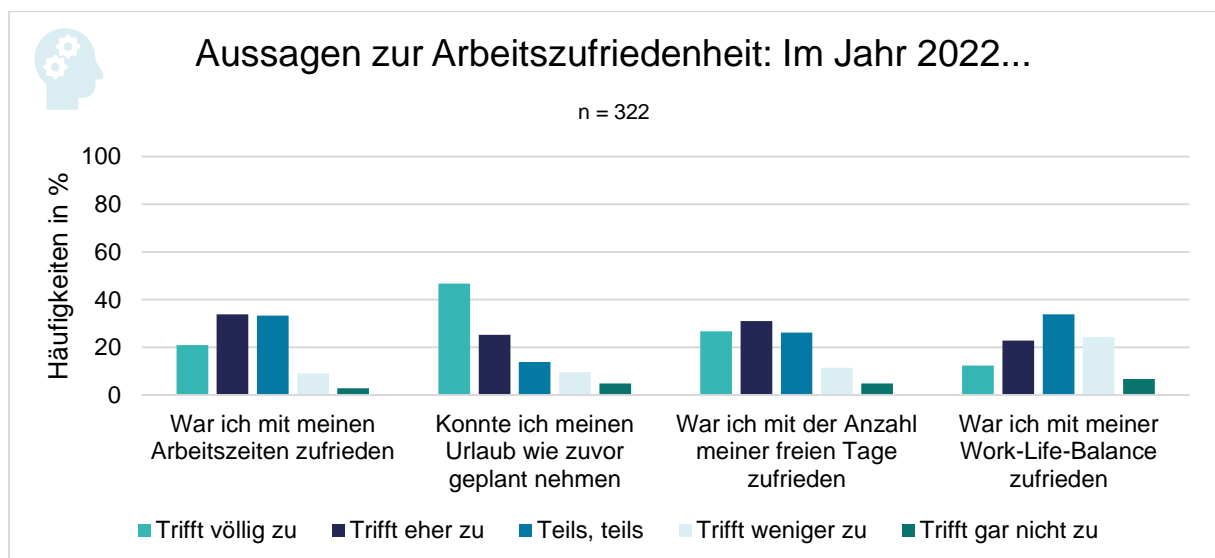
Zur Arbeitszufriedenheit im Jahr 2022 wurden 322 Ergotherapeuten befragt. Die Variablen zur Arbeitszufriedenheit umfassen Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, dem Urlaubsanspruch, der Anzahl der freien Tage und der Work-Life-Balance.

Die Hälfte der Befragten war mit ihren Arbeitszeiten im Jahr 2022 weitestgehend zufrieden: 21 % der Teilnehmenden waren vollständig mit ihren Arbeitszeiten zufrieden und 33,8 % wählten die Aussage „trifft eher zu“. Jedoch war ein Drittel der Befragten nur teilweise mit den Arbeitszeiten zufrieden (33,3 %). Unzufrieden mit den Arbeitszeiten ist ein kleiner Anteil von 9 % („trifft weniger zu“) bzw. 2,9 % („trifft gar nicht zu“).

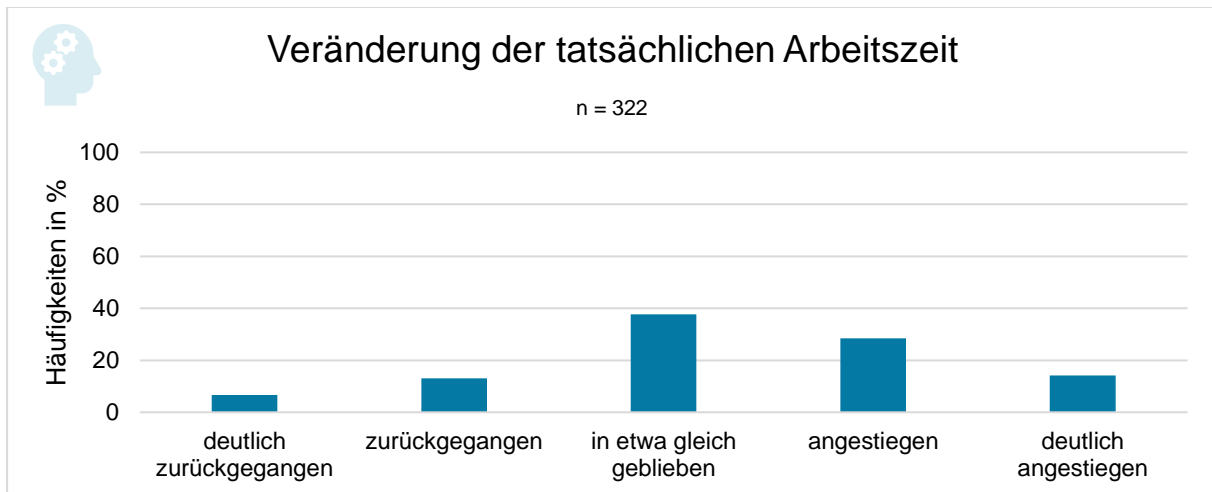
In Bezug auf die Urlaubsplanung gab etwa die Hälfte der Befragten an, ihren Urlaub wie geplant nehmen zu können (46,7 % stimmten „völlig zu“). Allerdings gab es auch Personen, die weniger zufrieden waren, da 9,5 % („trifft weniger zu“) bzw. 2,9 % („trifft gar nicht zu“) angaben, ihren Urlaub nicht wie gewünscht nehmen konnten.

Die Zufriedenheit mit der Anzahl der freien Tage war recht hoch. 26,7 % der Befragten waren völlig zufrieden, 31 % waren eher zufrieden und 26,2 % gaben an, teilweise zufrieden zu sein. 11,4 % der Teilnehmer waren eher unzufrieden und 4,8 % sehr unzufrieden mit der Anzahl ihrer freien Tage.

In Bezug auf die Work-Life-Balance zeigt sich eine größere Unzufriedenheit, da 24,3 % der Befragten angaben, dass sie weniger zufrieden mit ihrer Work-Life-Balance waren. Nur 12,4 % waren völlig zufrieden, während mehr als ein Drittel (33,8 %) eine neutrale Haltung einnahm.

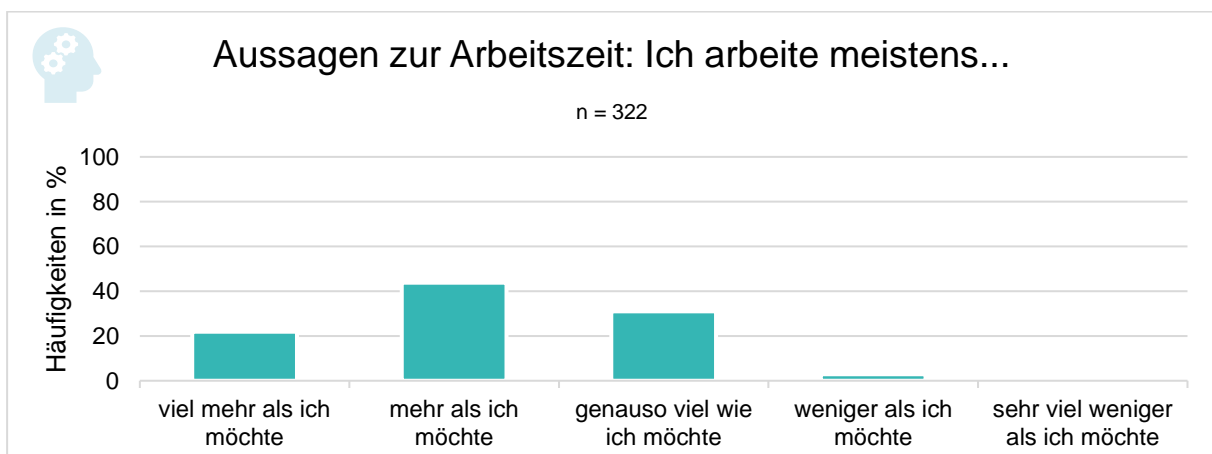


Im Folgenden wird auf die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit von Ergotherapeuten im Zeitraum von 2017 bis heute eingegangen und die Gründe für diese Veränderungen, sowie den Vergleich zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit beschrieben. Während 37,7 % der Teilnehmer ihre Wochenarbeitszeit als unverändert beschreiben, berichten 28,4 % von einem Anstieg der Arbeitszeit und oder sogar einem deutlichen Anstieg (14,2 %). Nur 13,1 % berichten, dass ihre Arbeitszeit zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen (6,6 %) ist.

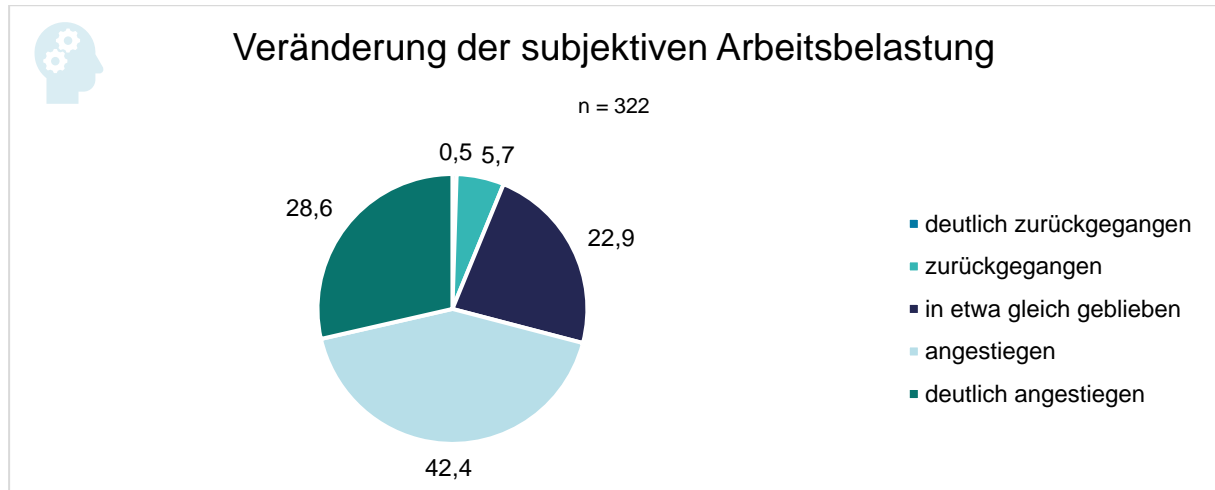


Die häufigsten Gründe für die Veränderung der Arbeitszeit sind: „Veränderung der Nachfrage nach Therapieplätzen“ (15,8 %), „Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz“ (9,6 %) und „Überstunden durch Krankheits- bzw. Urlaubsvertretungen“ (8,4 %). Weitere Gründe sind die „Unvereinbarkeit mit Privatleben / Familie“ (7,1 %) und die Schwierigkeit, eine Vertretung zu finden (6,2%).

Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der gewünschten Arbeitszeit zeigt: Fast die Hälfte der Befragten arbeitet „mehr als sie möchte[n]“ (43,8 %) oder sogar „viel mehr als sie möchte[n]“ (21,9 %). Ein Drittel der Befragten (31 %) ist mit der Arbeitszeit zufrieden. Lediglich 3,4% der Befragten arbeiten weniger als gewünscht.

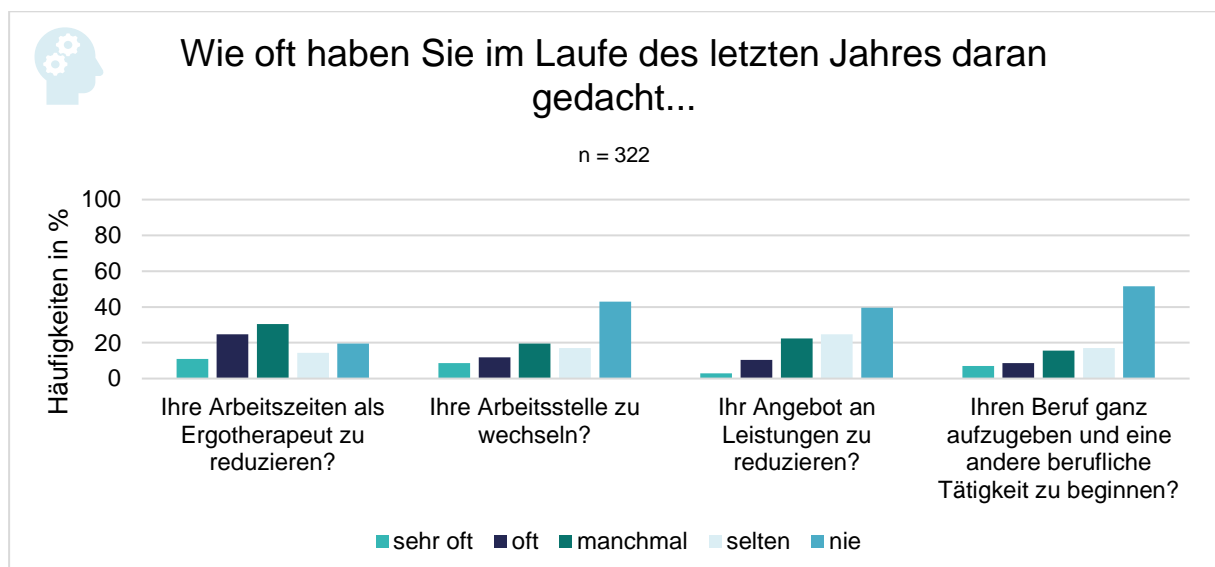


Insgesamt ist die subjektive Arbeitsbelastung innerhalb der letzten fünf Jahre bei fast der Hälfte der Befragten angestiegen (42,4%) oder sogar deutlich angestiegen (28,6 %). Bei 22,9 % der Befragten ist die subjektive Arbeitsbelastung in etwa gleich geblieben. Nur 5,7 % gaben an, dass die Arbeitsbelastung zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen ist (0,5 %).



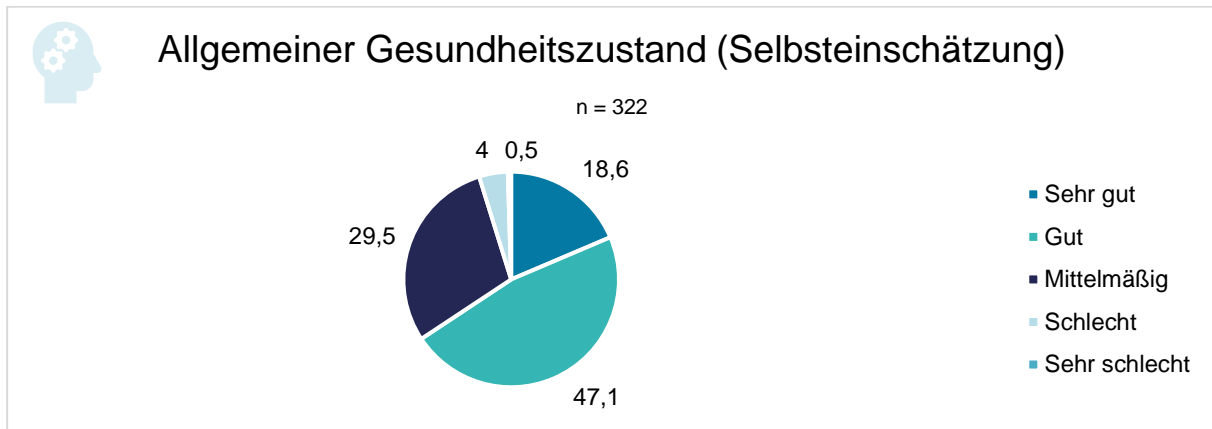
Zur Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und dem Wunsch nach Veränderung wurden die befragten Ergotherapeuten gebeten, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu Aussagen auf vier zentrale Bereiche zu treffen: Reduzierung der Arbeitszeiten, einen Stellenwechsel, Reduzierung des Angebotes an Leistungen und Aufgabe des Berufes.

Überwiegend sind die Befragten mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden und überlegen nie bzw. selten ihren Beruf aufzugeben (68,6 %), die Arbeitsstelle zu wechseln (60 %) oder ihr Angebot an Leistungen zu reduzieren (64,3 %). Nichtsdestotrotz haben nicht wenige den Wunsch ihr Angebot zu reduzieren (35,8 %), ihre Arbeitsstelle zu wechseln (40 %) oder sogar ihren Beruf ganz aufzugeben (31,4 %). Mehr als die Hälfte der Befragten (66,3 %) möchte ihre Arbeitszeit als Ergotherapeut reduzieren.

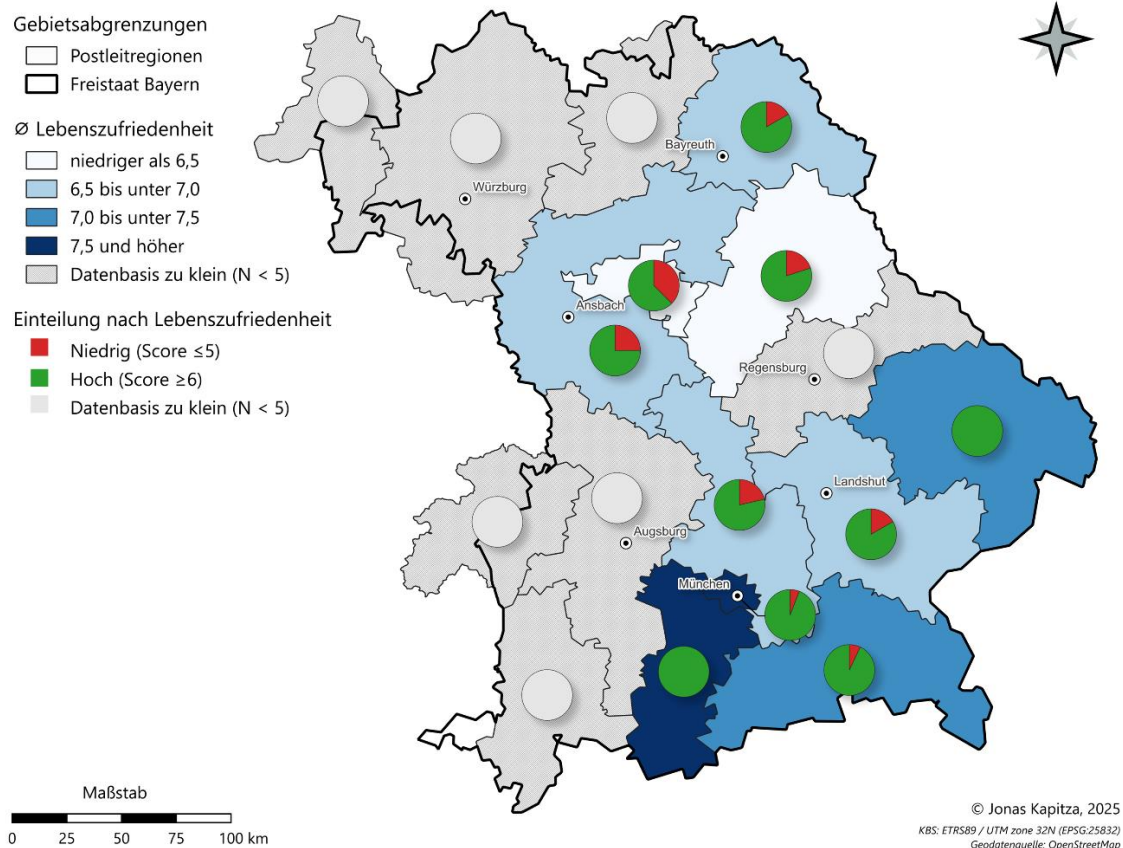


Die häufigsten Gründe, weshalb über eine Veränderung oder Aufgabe der Tätigkeit als Ergotherapeut nachgedacht wird, sind: zu hohe Arbeitsbelastung (21,7 %), zu geringes Einkommen (18,3 %) und Personalmangel (17,7 %).

Ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen die Befragten mehrheitlich als gut (47,1 %) oder sehr gut (18,6 %) ein. Immerhin ein Drittel empfindet seinen allgemeinen Gesundheitszustand lediglich als mittelmäßig (29,5 %). Ein geringer Anteil hat einen schlechten (4,3 %) oder sehr schlechten (0,5 %) allgemeinen Gesundheitszustand.



Mehrheitlich sind die befragten Ergotherapeuten mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden. Auf einer Skala von 0 bis 10 wählen 85,7 % einen hohen Score (6 - 10) für hohe Zufriedenheit. Am größten ist die Zufriedenheit in den PLZ 80, 82 und 94 (jeweils 100 %). Die PLZ mit der größten Unzufriedenheit sind 90 (37,5 %), 91 (25 %) und 85 (21,5 %).



4.2.8 Tätigkeiten außerhalb der Ergotherapie und Ruhestand

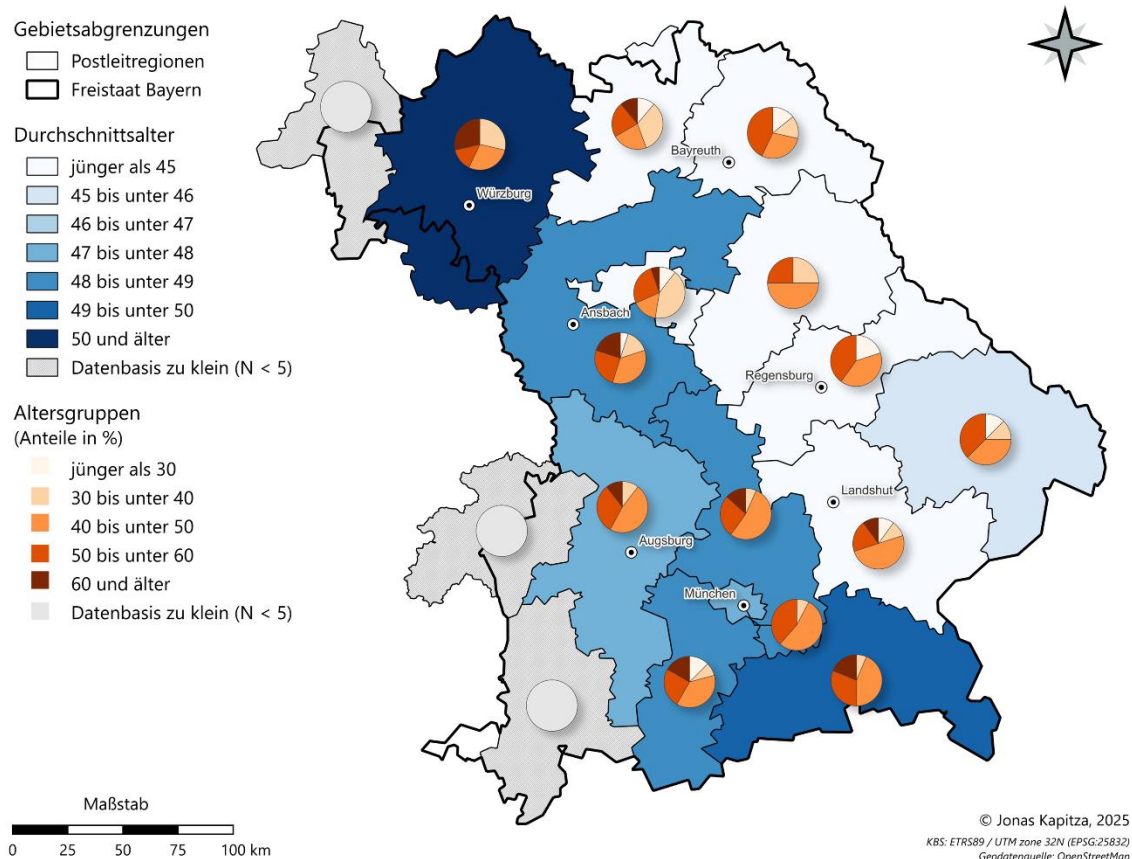
Ein Fünftel der Befragten (20,7 %) geht neben der Ergotherapie einer oder mehreren nebenberuflichen Tätigkeit(en) nach. Der zeitliche Umfang dieser Tätigkeiten beträgt etwa vier Stunden pro Tag (Median; IQR: 2; 7,5) an 3,5 Tagen im Monat (Median; IQR: 1; 4) im Angestelltenverhältnis. Als freier Mitarbeiter (Honorartätigkeit) beträgt der zeitliche Umfang entsprechend sechs Stunden pro Tag (Median; IQR: 5; 8) an fünf Tagen im Monat (Median; IQR: 4; 12).

Etwa 9,1 % der Befragten planen in den nächsten fünf Jahren bzw. 21,9 % in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. Ein Drittel (32,6 %) dieser Therapeuten möchte im Ruhestand nicht mehr in der Ergotherapie arbeiten. Die Hälfte (54,3 %) kann dazu noch keine Aussage treffen. 13 % der in den Ruhestand gehenden Therapeuten planen eine Tätigkeit als freier Mitarbeiter / Honorartätigkeit im ambulanten Setting.

4.3 Ergebnisse - Befragung von Logopäden in Bayern

4.3.1 Soziodemografische Merkmale

Insgesamt haben sich 389 Logopäden an der Befragung beteiligt, welche sich durch folgende soziodemografische Merkmale auszeichnen: Durchschnittlich sind die teilnehmenden Logopäden 45 Jahre (Median; IQR: 35,5; 52,5) alt. Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der Studienteilnehmer in der Berufsgruppe Logopäden innerhalb Bayerns. In den PLZ 80 und 97 liegt das Durchschnittsalter der Befragten bei 50 Jahren oder älter. Der größte Anteil an Teilnehmern über 60 Jahren liegt in den PLZ 97 mit 28,6 % und 91 mit 20 %. PLZ 90 und 92 sind mit 41,4 Jahren und 43,5 Jahren die zwei Regionen mit dem jüngsten Durchschnittsalter. Der größte Anteil an Teilnehmern unter 30 Jahren liegt in den PLZ 93 mit 20 % und 95 mit 14,3 %.



Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (93,3 %), während der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 6,7 % liegt. Der Familienstand zeigt, dass der größte Anteil der Teilnehmer verheiratet (63,1 %) ist, gefolgt von denjenigen, die in einer Partnerschaft leben (16,2 %).

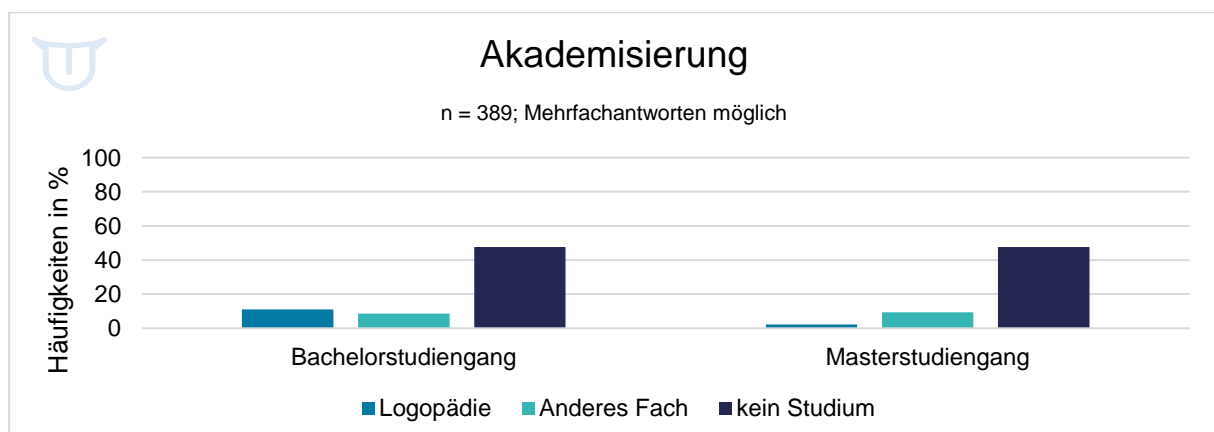
12,6 % der Befragten sind ledig und 4,9 % geschieden. Zudem haben 37,3 % der Teilnehmer keine Kinder, während 62,8 % mindestens ein Kind haben.

Bezüglich der Sprachkenntnisse auf Stufe B2 Niveau sind neben der englischen Sprache (61,2 %) auch Französisch (7,5 %) und Sonstige (5,9 %), wie unter anderem Schwedisch, Ukrainisch, Kurdisch vorhanden. Die Hälfte der Befragten (47,8 %) spricht mehr als eine Sprache. 86,5 % der Teilnehmenden haben die Hochschulreife bzw. das Abitur als höchsten allgemeinen Schulabschluss angegeben. Die Pflege Angehöriger übernehmen 11,3 % der teilnehmenden Therapeuten.

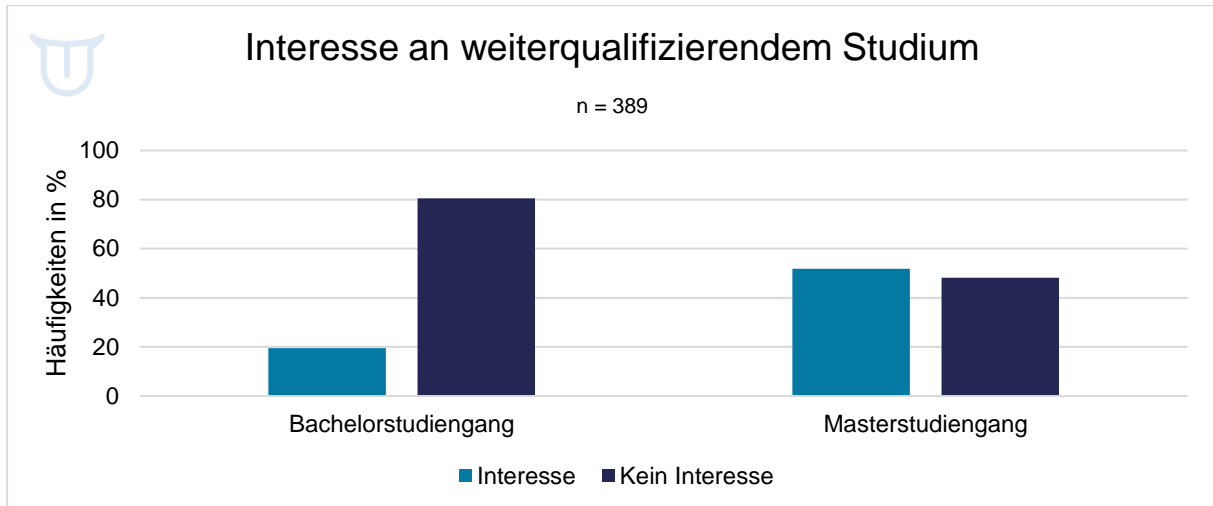
4.3.2 Ausbildungssituation

Die Mehrheit der Befragten (98,1 %) hat ihre Prüfung zum Logopäden in Deutschland abgelegt, wobei der größte Anteil (68 %) die Prüfung in Bayern abgelegt hat. 55 % der Befragten gaben an, ihren beruflichen Abschluss an einer Berufsfachschule ohne Ausbildungsvergütung erworben zu haben, während 4,6 % eine Berufsfachschule mit Ausbildungsvergütung besuchten. Der Zeitpunkt des abgelegten Examens variiert, wobei 37,1 % der Befragten das Examen vor 11 bis 20 Jahren abgelegt haben und 26,6 % vor 21 bis 30 Jahren. Nur 4,5 % der Befragten haben das Examen innerhalb der letzten zwei Jahre abgelegt.

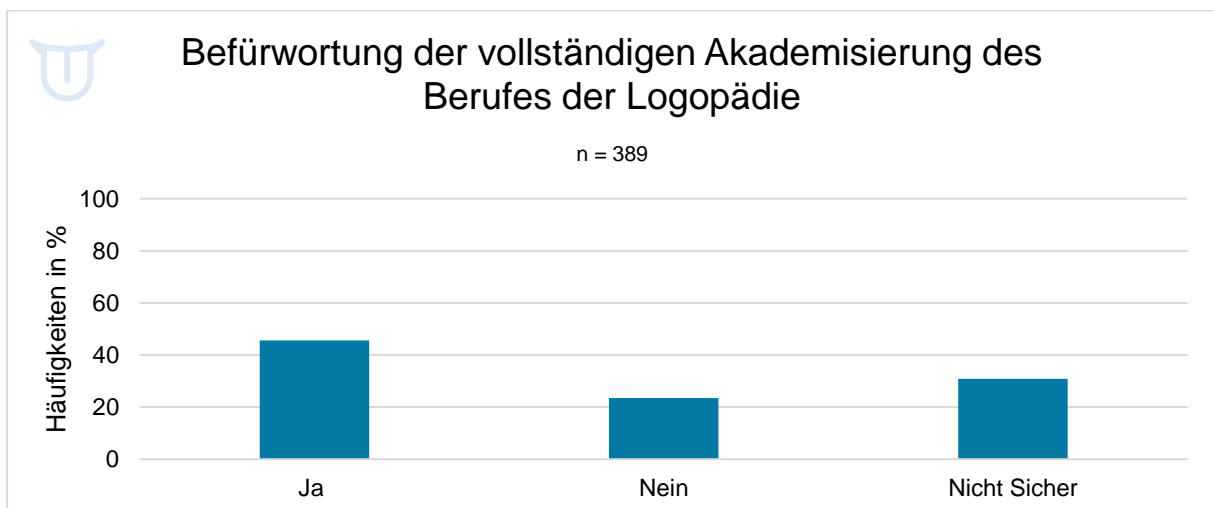
Im Hinblick auf den akademischen Studienabschluss zeigt sich, dass 11,1 % der Befragten einen Bachelor in Logopädie und 2,3 % einen Master bzw. 1,3 % ein Diplom/Magister in Logopädie abgeschlossen haben. Weitere akademische Abschlüsse, welche von einigen Teilnehmenden erworben wurden bzw. werden sind Akademische Sprachtherapie (2,1 % Bachelor, 2,8 % Master, 1,8 % Diplom/Magister) oder Sprachheilpädagogik (11,8 % Diplom/Magister). Insgesamt haben 19,7 % der Befragten einen Bachelor- und 11,6 % einen Masterabschluss. Das Studium wurde mehrheitlich in Deutschland absolviert. Einige wenige Teilnehmer studierten in den Niederlanden, in Österreich, oder in der Schweiz. Die Hälfte der Befragten (47,6 %) hat kein akademisches Studium absolviert.



In Bezug auf das Interesse an einer akademischen Weiterqualifikation zeigt die Mehrheit der Befragten (80,5 %) kein Interesse an einem weiterqualifizierenden Bachelorstudium, 19,5 % äußern jedoch ihr Interesse. Für ein logopädienspezifisches Masterstudium interessieren sich 51,8 % der Befragten mit Bachelorabschluss, während 48,2 % es ablehnen.



Die Möglichkeit der Akademisierung der Logopädie ist ein kontrovers diskutiertes Thema. 45,6% der befragten Logopäden sind für eine vollständige Akademisierung der Logopädie, während 23,5 % dagegen sind und 30,9 % keine eindeutige Position beziehen.

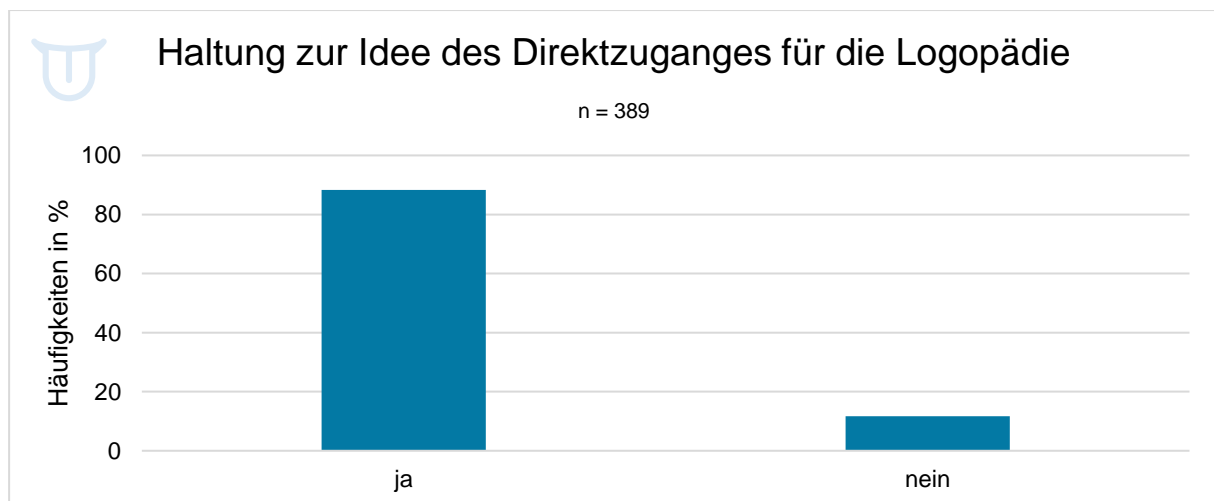


4.3.3 Berufliche Situation

Die Berufserfahrung der befragten Logopäden variiert von weniger als einem Jahr (1,4 %) bis zu mehr als 25 Jahren (19,2 %). 40,6 % der Befragten haben zwischen 15 und 25 Jahren Erfahrung als Logopäde und ein Drittel (27,2 %) zwischen 5 und 15 Jahren. Der Großteil der Befragten hat also bereits langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich.

66,9 % der befragten Logopäden gaben an, Mitglied in einem oder mehreren Berufs- oder Interessensverbänden zu sein. Hier sind der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (28,8 %) und der Deutsche Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs) (21,1 %) am häufigsten vertreten. Mehr als die Hälfte der Befragten (62,2 %) ist jedoch keinem logopädie-spezifischen Verband zugehörig.

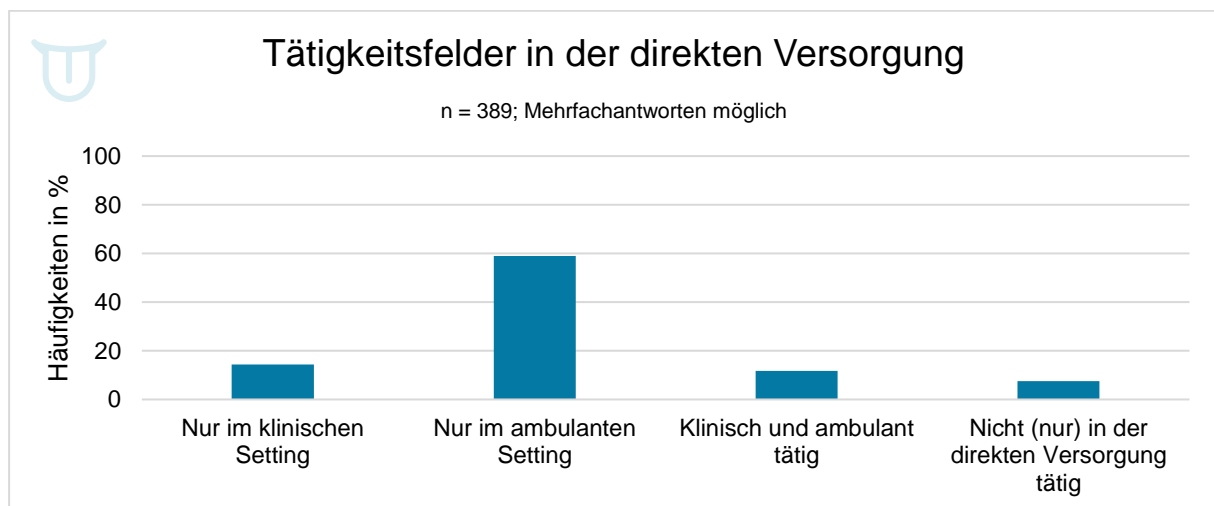
Im Folgenden wird auf das Interesse der 389 Befragten an der Möglichkeit eines Direktzuges zur Logopädie sowie die jeweiligen Begründungen für ihre Antworten eingegangen. Ein erheblicher Anteil der Befragten, nämlich 88,3 %, befürwortet die Möglichkeit eines Direktzuges. Die häufigsten Begründungen dafür sind: schnellere therapeutische Versorgung (75,8 %) und die gesteigerte Therapiefreiheit (53 %). 40,4 % der Befragten sind der Meinung, dass durch den Direktzugang das Gesundheitssystem finanziell entlastet werden kann. Zudem erhoffen sich 33,7 % eine höhere Motivation der Patienten dadurch.



Auf der anderen Seite lehnen 11,7 % der Befragten den Direktzugang ab. Die häufigsten Begründungen hierfür sind die hohe Budgetverantwortlichkeit (6,7 %) und der Ausschluss von Kontraindikationen (6,3 %).

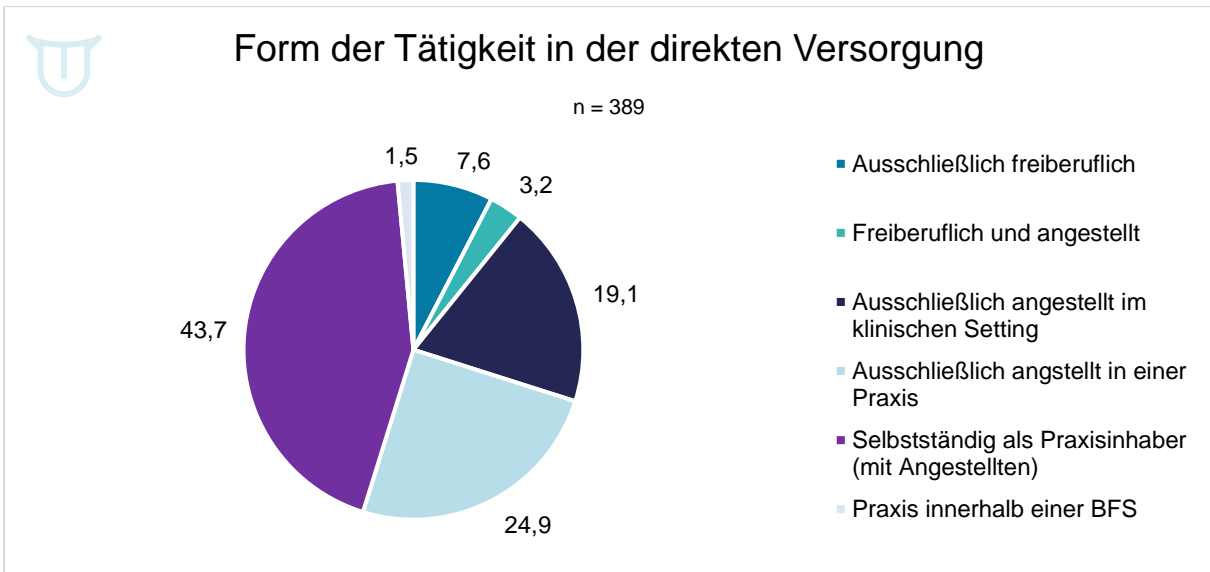
Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Interesse am Direktzugang groß ist, vor allem aufgrund der Vorteile in der Therapieorganisation und der potenziellen Entlastung des Gesundheitssystems. Die Ablehnung beruht hauptsächlich auf Bedenken bezüglich der Verantwortung.

Im Folgenden wird die Verteilung der Tätigkeitsfelder und Arbeitsformen der 389 Befragten in der Logopädie beschrieben. Im Bereich der direkten Versorgung zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Befragten (58,9 %) ausschließlich im ambulanten Setting tätig ist, während 14,4 % nur im klinischen Setting arbeiten. Etwa 11,8 % sind sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting tätig. Im Jahr 2022 waren 7,5 % der Befragten auch außerhalb der direkten Versorgung tätig. Diese Tätigkeitsfelder beinhalten die Arbeit unter anderem in Universitäten/Hochschulen (1,8 %), Berufsfachschulen (1,5 %), sowie in Fort- und Weiterbildungen (1,5 %).



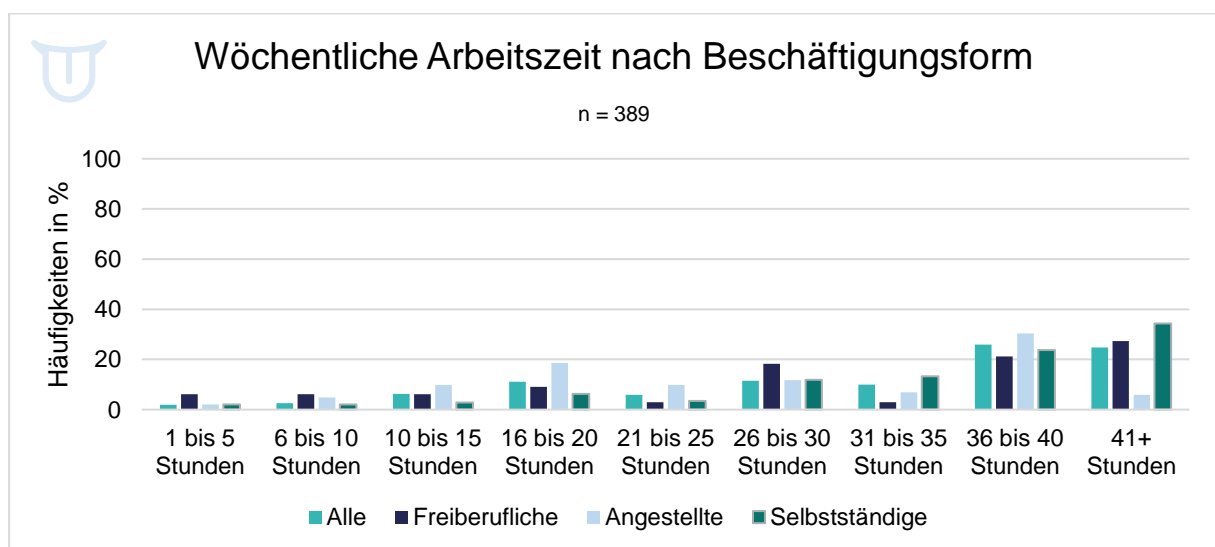
Hinsichtlich der Veränderung des Tätigkeitsfeldes gibt es nur geringe Bewegungen: 4,4 % der Befragten gaben an, ihre klinische Tätigkeit oder ambulante Tätigkeit aufzugeben zu haben. Auch die Aufgabe der Tätigkeit außerhalb der direkten Versorgung betrifft nur 0,8 % der Teilnehmer.

Bezüglich der Form der Tätigkeit zeigt sich, dass fast die Hälfte der Befragten selbständig als Praxisinhaber (mit Angestellten) tätig ist (43,7). 24,9 % sind in einer Praxis angestellt, während 19,1 % in einer Klinik angestellt sind. 7,6 % der Befragten arbeiten ausschließlich freiberuflich.

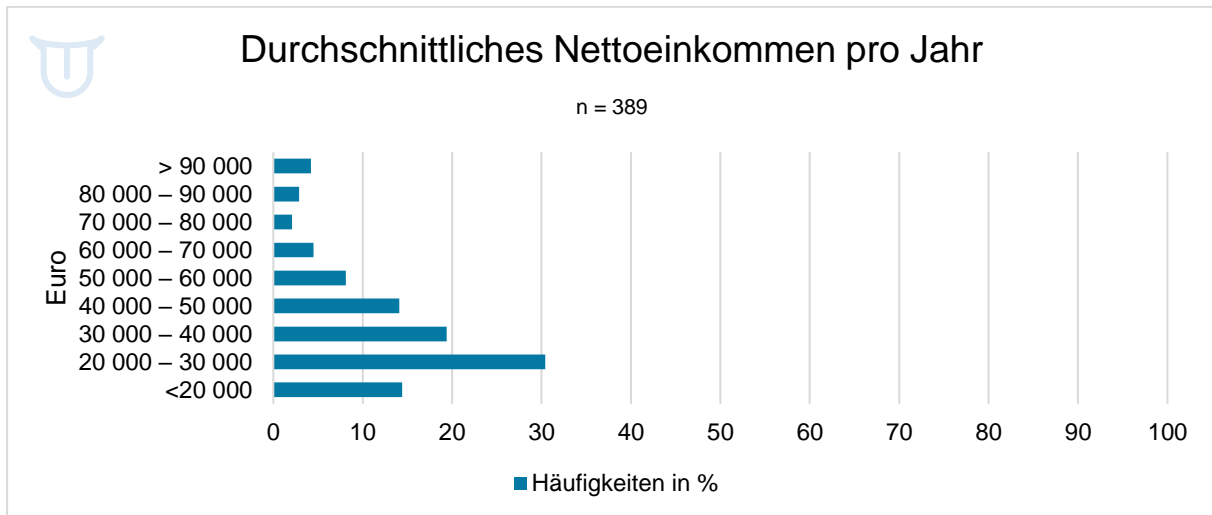


Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für alle befragten Logopäden liegt bei 36 Stunden (Median; IQR: 24; 40). Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeiten in Abhängigkeit von der Beschäftigungsform (Angestellte, Freiberufliche, Selbstständige) stellt sich folgendermaßen dar:

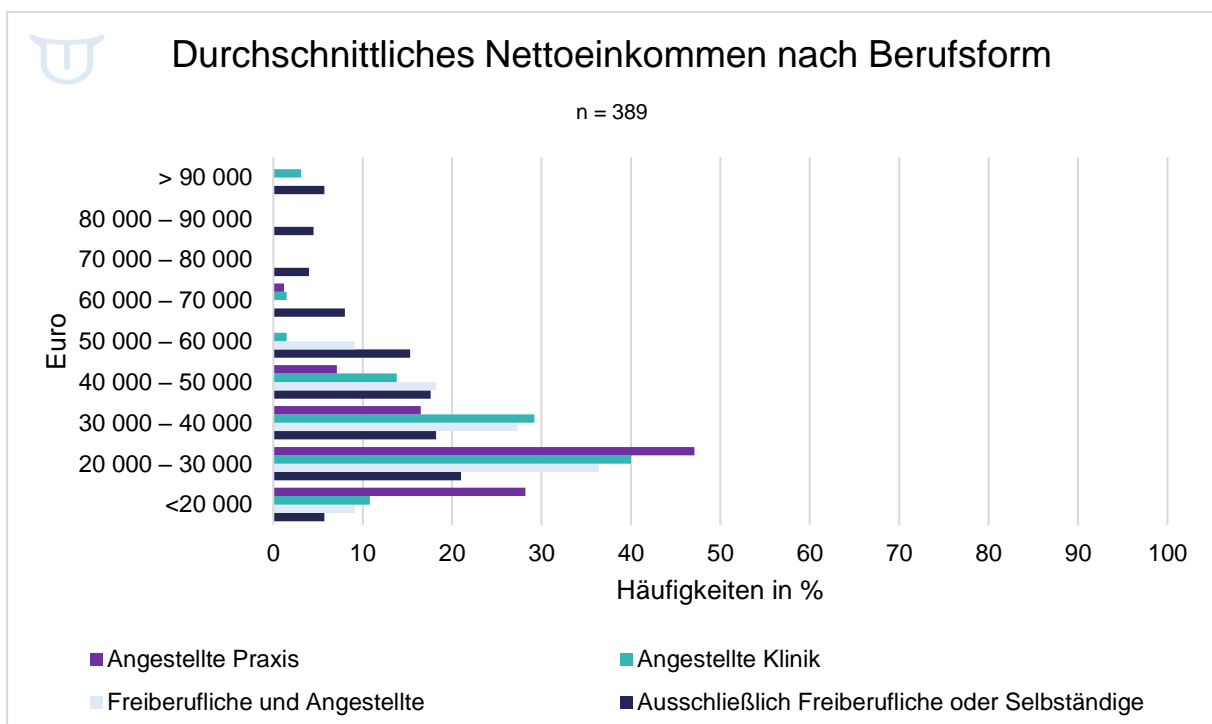
Bei den Angestellten ist die Arbeitszeit mit 30 Wochenstunden (Median, IQR: 20; 38) geringer als bei den selbstständigen Logopäden mit 38,5 Wochenstunden (Median, IQE: 30; 45). Freiberuflich tätige Logopäden befinden sich mit 32 Wochenstunden (Median, IQR: 20; 42) dazwischen. Bei Betrachtung der prozentualen Häufigkeiten der Stundenverteilung in Abhängigkeit von der jeweiligen Berufsform wird deutlich, dass Angestellte (30,4 %) im Vergleich zu den anderen Berufsformen (Selbstständige: 23,8 %, Freiberufliche: 21,2 %) häufiger 36 bis 40 Stunden arbeiten, während in der Gruppe derjenigen, die mehr als 41 Stunden pro Woche arbeiten, vor allem Selbstständige (34,3 %) und Freiberufliche (27,8 %) vertreten sind.



Hinsichtlich der Verteilung des jährlichen Nettoeinkommens befindet sich ein Drittel der befragten Logopäden in der Einkommensgruppe von 20 000 bis 30 000 Euro (30,4 %), gefolgt von der Gruppe von 30 000 bis 40 000 Euro (19,4 %). Jeweils etwa 14 % der Befragten befinden sich in den Gruppen unter 20 000 Euro sowie 40 000 bis 50 000 Euro. Weniger verbreitet sind die höheren Einkommensgruppen.



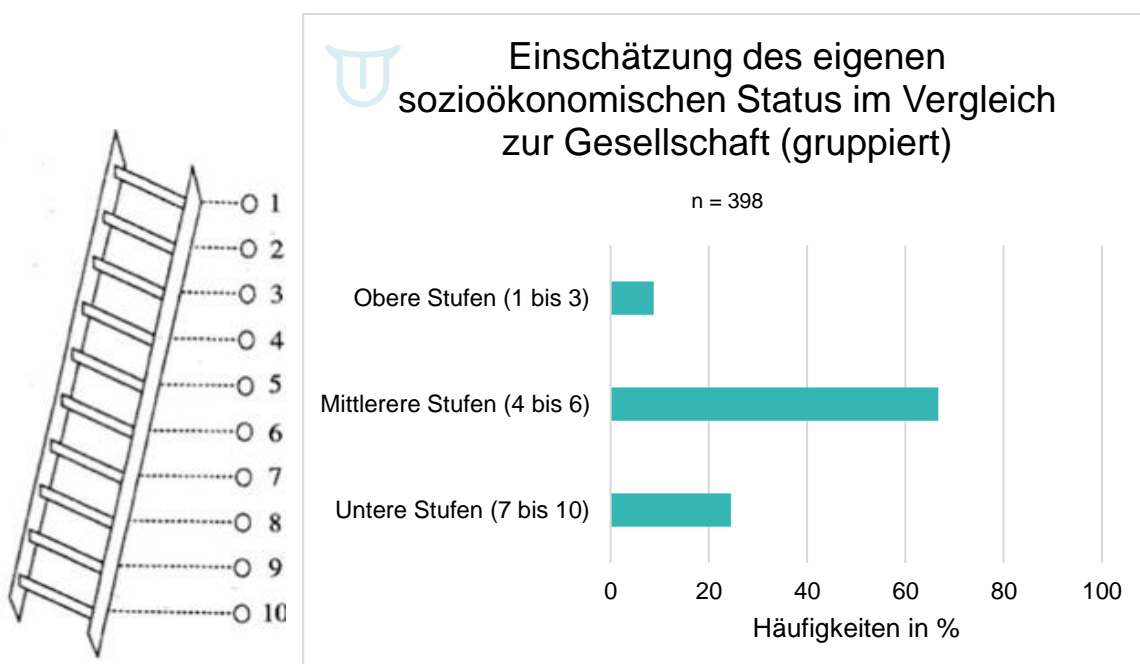
Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass in der Praxis Angestellte überwiegend in den niedrigen Verdienstgruppen vertreten sind. 28,2 % der in der Praxis angestellten Logopäden verdienen weniger als 20 000 Euro bzw. 47,1 % zwischen 20 000 und 30 000 Euro. Mit 29,2 % sind in der Klinik angestellte Logopäden die größte Gruppe in der Gehaltsgruppe 30 000 bis 40 000 Euro. In den höheren Gehaltsgruppen sind fast ausschließlich Freiberufliche und Selbstständige vertreten.



Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Logopäden über alle Berufsformen im Schnitt 26,20 €/h. Im Angestelltenverhältnis beträgt das Nettoeinkommen 20,80 €/h, in der Freiberuflichkeit 20,90 €/h, als Selbstständige 31,50 €/h. Die folgende Tabelle zeigt das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde in Abhängigkeit der Wochenarbeitszeit.

Wochenarbeitszeit (h)	Alle	Angestellte	Freiberufliche	Selbstständig
1 - 10 h	102,1 €/h	63,5 €/h	96,2 €/h	135,1 €/h
11 - 20 h	31,0 €/h	22,3 €/h	20,1 €/h	54,0 €/h
21 - 30 h	21,4 €/h	18,3 €/h	21,5 €/h	23,7 €/h
31 - 39 h	22,1 €/h	16,6 €/h	16,0 €/h	27,0 €/h
40 h	19,3 €/h	15,8 €/h	12,0 €/h	22,5 €/h
41 - 50 h	21,2 €/h	12,1 €/h	18,1 €/h	24,1 €/h
51 + h	18,0 €/h	7,4 €/h	13,1 €/h	20,3 €/h

Die Einschätzung des eigenen sozioökonomischen Status erfolgte mit einem Leitermodell. Darin befinden sich oben (1) auf der Leiter Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Während im unteren Bereich der Leiter (10) sich Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs (bzw. ohne Job) einordnen. Betrachtet man die gruppierte Selbsteinschätzung der Logopäden, so zeigt sich die deutliche Mehrheit (66,7 %) im Bereich der mittleren Stufen. 24,5 % der Befragten ordnen sich im Bereich der unteren Stufen, also im Vergleich zur Gesellschaft einem schlechteren sozioökonomischen Status ein. Lediglich 8,8 % schätzen ihren sozioökonomischen Status im Vergleich zur Gesellschaft als besser ein.



4.3.4 Klinisches Setting

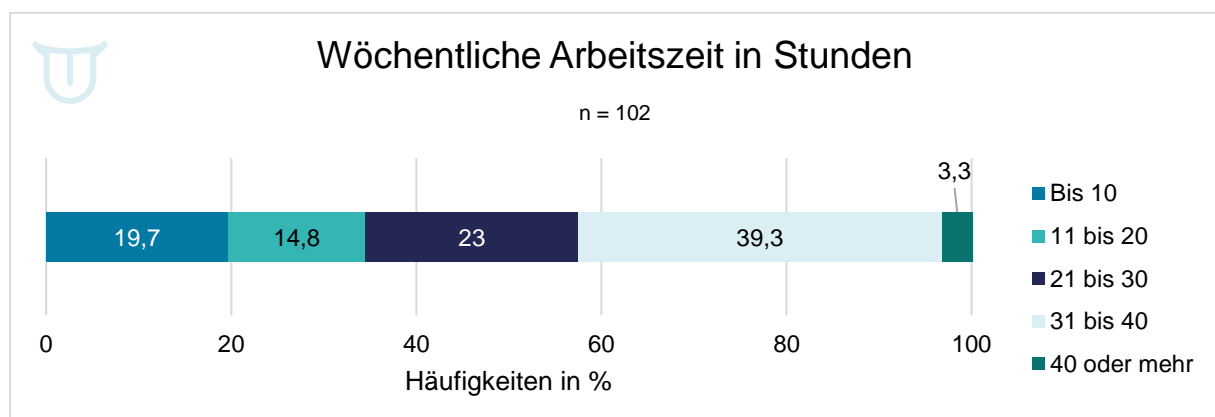
An der Befragung haben sich 90 im klinischen Setting tätige Logopäden beteiligt. Die folgende Tabelle bildet die Verteilung der Versorgungsstufen der Klinik in der Studienpopulation ab:

Variable	n	%
Versorgungsstufe der Klinik		
Krankenhaus Versorgungsstufe I	25	33,3
Krankenhaus Versorgungsstufe II	4	5,3
Krankenhaus Versorgungsstufe III	6	8
Universitätsklinik	12	16
Fachkrankenhaus	3	4
Rehabilitationsklinik	19	25,3
Überregionaler Klinikverbund	1	1,3
Sonstige	5	6,7
k. A.	27	

Der Standort der Klinik verteilt sich zu auf Großstadt (25,3 %), Mittelstadt (37,3 %) und Kleinstadt (28 %), lediglich 9,3 % befindet sich in ländlichen Gebieten.

Klinisch tätige Logopäden sind überwiegend in den Abteilungen der Neurologie (40,2 %) und der Intensivstation (37,3 %) bzw. Stroke Uni (35,3 %) im Einsatz. Etwa 31,4 % arbeiten in den Bereichen der Geriatrie, gefolgt von den Bereichen: Palliativ (16,7 %), Innere Medizin (15,7 %) und HNO (13,7 %). Seltener sind Logopäden in klinischen Abteilungen der Orthopädie (1 %), sowie der Chirurgie, Onkologie oder Psychiatrie mit jeweils 4,9 % vertreten.

39,3 % der klinisch tätigen Logopäden arbeiten wöchentlich zwischen 31 und 40 Stunden, während mehr als die Hälfte als Teilzeitkräfte tätig sind. 14,8 % der Befragten arbeiten zwischen 21 und 30 Stunden wöchentlich und 19,7 % bis zu 10 Stunden in der Woche.

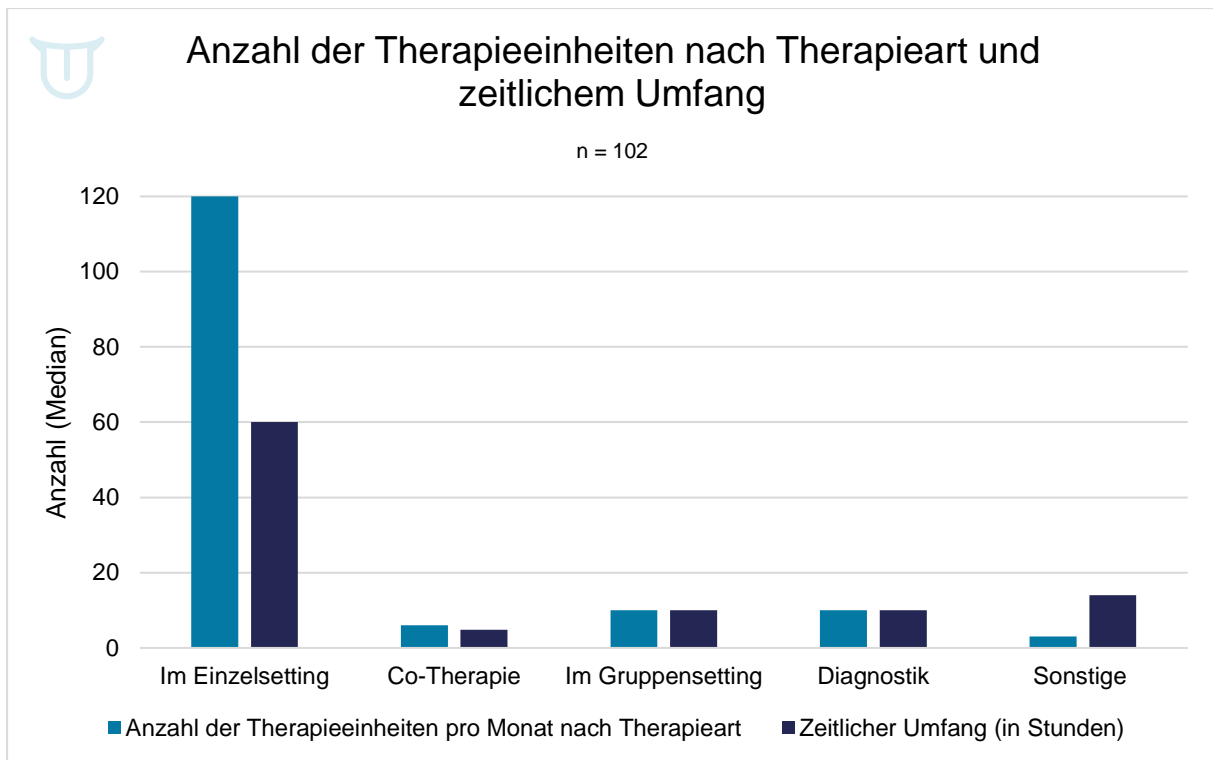


35,7 % der Teilzeitkräfte gaben an, aufgrund von familiären Verpflichtungen in Teilzeit tätig zu sein. Weitere 19 % arbeiten auch in einem anderen Tätigkeitsbereich der Logopädie oder befinden sich in einer Aus-/ Weiterbildung bzw. Studium (11,9 %). Jeweils 7,1 % gaben an, Teilzeitarbeit zu bevorzugen und Erholungsphasen zu benötigen, da der logopädische Beruf sehr fordernd ist.

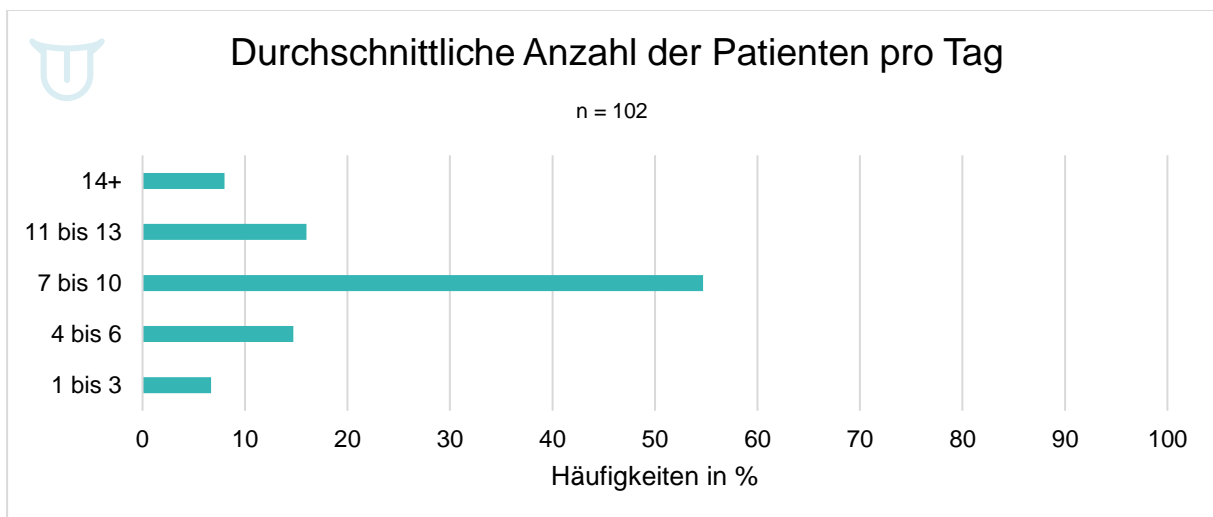
Logopäden im klinischen Setting leisten im Durchschnitt fünf Überstunden pro Monat (Median; IQR: 2; 13). Etwa ein Drittel (29,3 %) gibt an einmal pro Monat gebeten zu werden Überstunden zu machen. 24 % der Befragten werden einmal in sechs Monaten gebeten einzuspringen bzw. Überstunden zu machen oder sogar nie (21,3 %). Mehrmals pro Woche (14,7 %) bzw. einmal pro Woche (10,7 %) wird ein Viertel der Befragten gebeten Überstunden zu machen.

Es werden durchschnittlich sechs Stunden (Median; IQR: 5,8; 8) Rufbereitschaft pro Monat von 22,7 % der Befragten geleistet. Fast die Hälfte der Befragten leistet Wochenend- (42,2 %) bzw. Feiertagsdienste (46,1 %) mit durchschnittlich sechs Stunden (Median; IQR: 4; 11) am Wochenende und drei Stunden (Median; IQR: 2; 5) an Feiertagen pro Monat. 22,5 % leisten keine Wochenend- und Feiertagsdienste.

Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl und der zeitliche Umfang von Therapieeinheiten, die Logopäden im klinischen Setting durchgeführt haben, unterteilt nach verschiedenen Therapiesettings (Einzel-, Co-Therapie-, Gruppen-Setting, Diagnostik und Sonstige Einheiten) beschrieben. Am häufigsten wurden Therapien im Einzel-Setting mit einem Medianwert von 120 Therapieeinheiten (IQR: 32; 175) pro Monat durchgeführt. Der zeitliche Umfang betrug im Median 60 Stunden (IQR: 24; 96,8) pro Monat. Im Gruppen-Setting sowie für Diagnostik wurden jeweils 10 Einheiten pro Monat (Median; IQR Gruppe: 5,8; 16, IQR Diagnostik: 5; 20) aufgewendet. Der zeitliche Umfang betrug ebenfalls jeweils 10 Stunden pro Monat (Median; IQR Gruppe: 4; 13, IQR Diagnostik: 5,4; 22). Im Co-Therapie-Setting wurden durchschnittlich sechs Therapieeinheiten (Median; IQR: 4; 10) pro Monat, mit einem zeitlichen Umfang von 4,8 Stunden (Median; IQR: 2,4; 5,2) durchgeführt.



Im Durchschnitt behandeln Logopäden im klinischen Setting acht Patienten pro Tag (Median; IQR: 7; 10). Mehr als die Hälfte (54,7 %) behandelt zwischen 7 und 10 Patienten pro Tag. 16 % behandeln 11 bis 13 Patienten, während 14,7 % der Befragten 4 bis 6 Patienten pro Tag behandeln.



Neben den Angaben zu den eigentlichen Therapien, sollten die Logopäden benennen, welche zusätzlichen Tätigkeiten sie durchführen und wie viel Prozent ihrer wöchentlichen Arbeitszeit diese Tätigkeiten einnehmen.

Die häufigsten zusätzlichen Tätigkeiten im klinischen Setting sind Verwaltungsaufgaben mit durchschnittlich 10 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median; IQR: 8; 20), sowie mit einem Anteil von jeweils 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit Teambesprechungen (Median; IQR: 3,8; 10) und Beratung / Anleitung von Angehörigen (Median; IQR: 1,2; 10).

Einen geringen Anteil an der wöchentlichen Arbeitszeit nehmen mit jeweils 2 % der wöchentlichen Arbeitszeit hingegen Fortbildungen (Median; IQR: 1; 5) und Reinigungsarbeiten (Median; IQR: 1; 5) ein.

Im Jahr 2022 wurde von den Befragten durchschnittlich ein Studierender (Median; IQR: 0; 3) der Logopädie betreut. 37,7 % Teilnehmende betreuten keine Studierenden, während 18,8 % zwei und 14,5 % einen Studierenden betreuten.

Die häufigsten Gründe, weshalb keine Studierenden betreut wurden, sind: keine Anfrage(n) von Praktikanten (12,7 %) und keine Kapazitäten (10,8 %), außerdem ist der organisatorische Aufwand der Praktikantenbetreuung zu hoch (4,9 %).

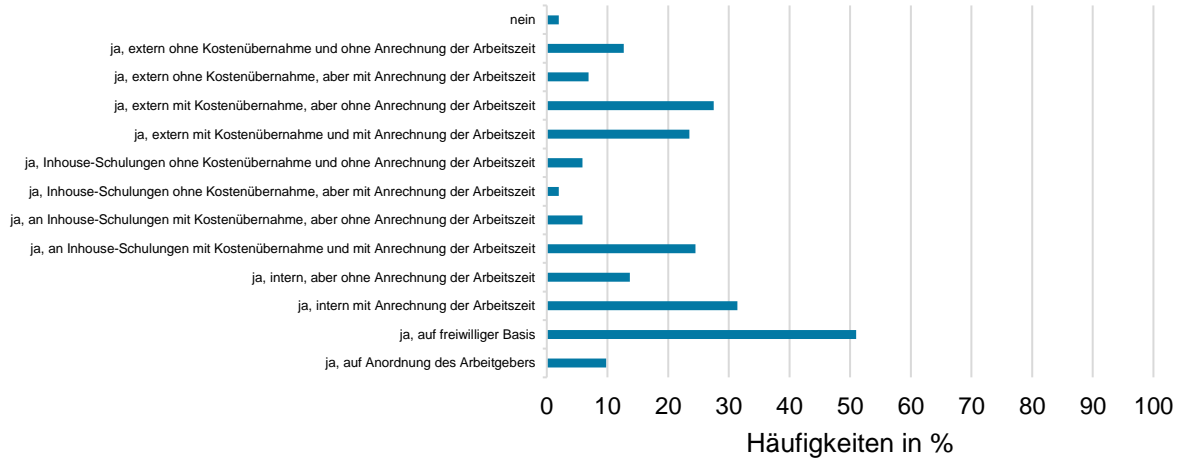
Folgende Voraussetzungen wünschen sich die Teilnehmenden, damit sie Studierende im Praktikum betreuen: Vergütung für die Praktikantenbetreuung erhöhen (5,9 %), mehr organisatorische und fachliche Unterstützung der Berufsfach- sowie Hochschulen (4,9 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (51 %) in Anspruch genommen, während 9,8 % sich auf Anordnung des Arbeitsgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (31,4 %), sowie an inhouse-Schulungen mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit (24,5 %). 13,7 % der Befragten bilden sich über interne Weiterbildungen ohne Anrechnung der Arbeitszeit fort. Externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme, aber ohne Anrechnung der Arbeitszeit werden von 27,5 % bzw. mit Anrechnung der Arbeitszeit von 23,5 % der Befragten besucht. 12,7 % der Befragten gaben an, externe Weiterbildungen ohne Kostenübernahme und ohne Anrechnung der Arbeitszeit wahrzunehmen.



Möglichkeit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

n = 102; Mehrfachantworten möglich



4.3.5 Ambulantes Setting

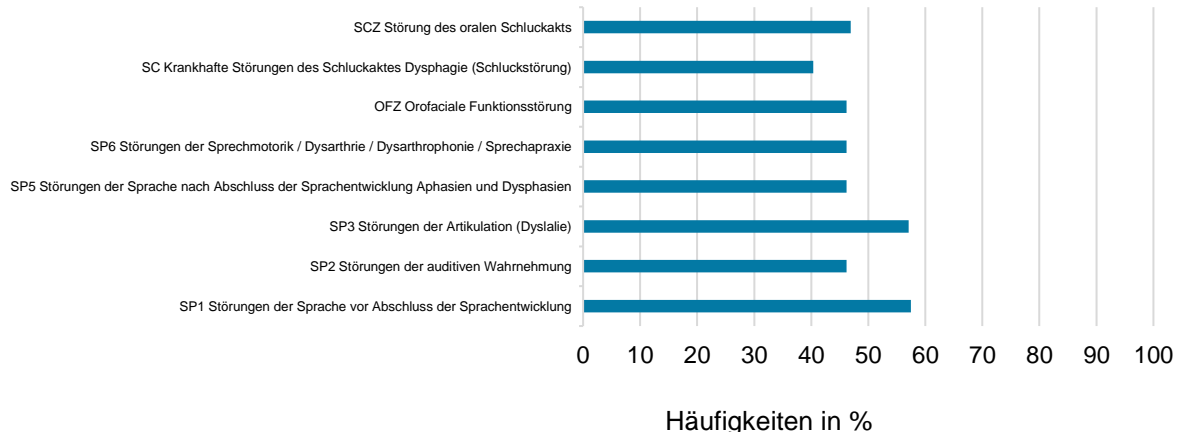
An der Befragung haben sich 275 im ambulanten Setting tätige Logopäden beteiligt. Folgend wird ein Überblick über die verschiedenen (Einzel-) Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie basierend auf dem Heilmittelkatalog nach § 125 Abs. 1 SGB V und deren Behandlungssettings gegeben.

Die häufigsten Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind: Therapiebericht (60,4 %), Diagnostik (60 %), Sprachtherapie (59,6 %), Sprechtherapie (55,6 %), sowie Schlucktherapie. Die häufigsten Einzelleistungen nach § 125 Abs. 1 SGB V sind in der folgenden Abbildung dargestellt.



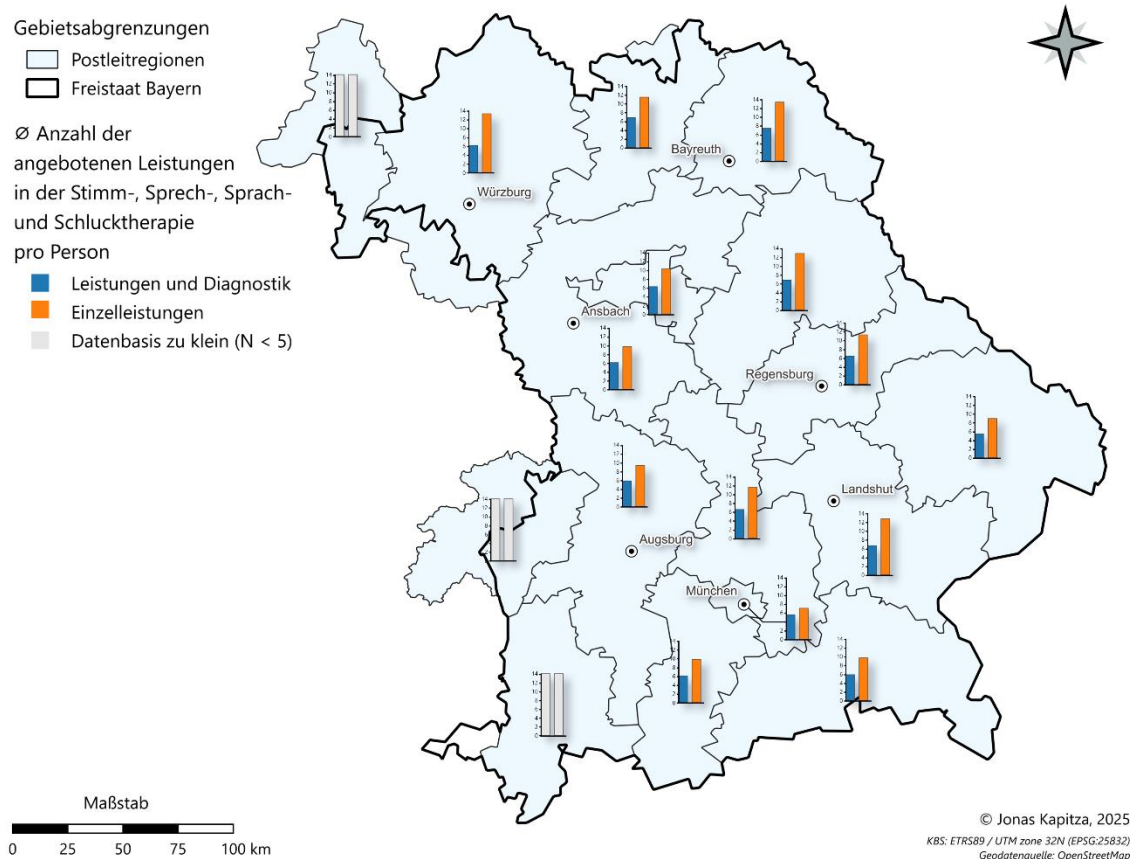
Einzelleistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen

n = 275; Mehrfachantworten möglich

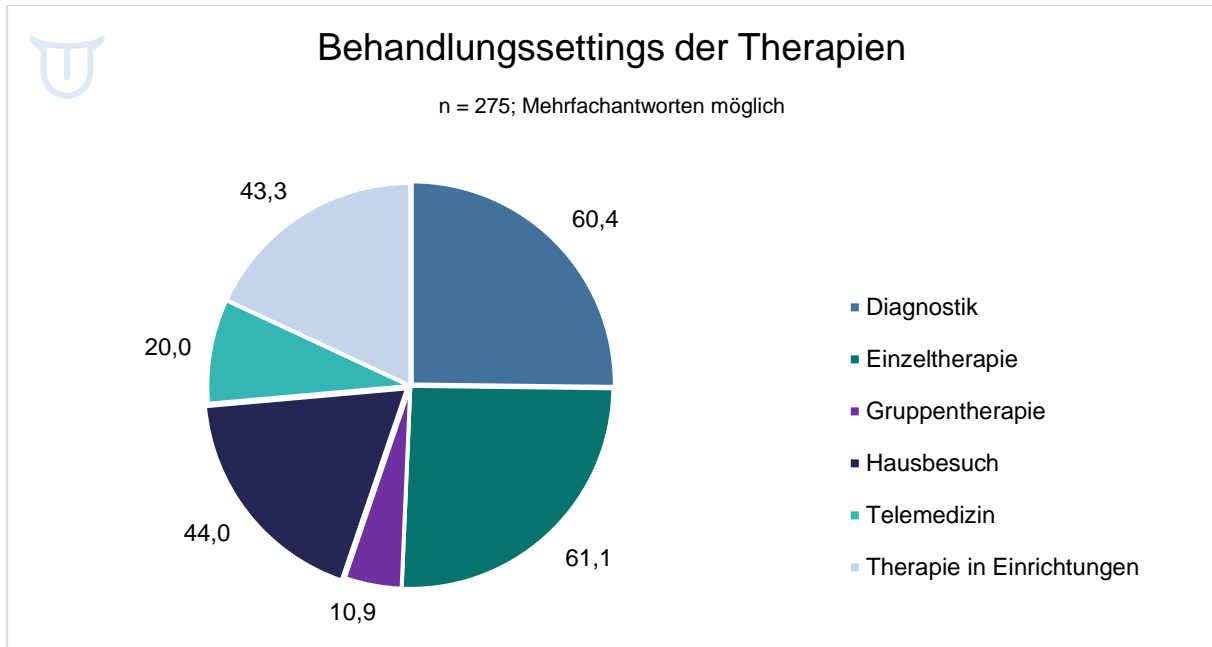


Mit je etwa 57 % werden Therapien für den Indikationsschlüssel SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung und SP3 Störungen der Artikulation (Dyslalie) am häufigsten angeboten. Weiter häufige Leistungen sind: SP2 Störungen der auditiven Wahrnehmung (46,2 %), SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung Aphasien und Dysphasien (46,2 %), SP6 Störungen der Sprechmotorik / Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie (46,2 %), OFZ Orofaciale Funktionsstörung (46,2 %) und SCZ Störung des oralen Schluckakts (46,9 %). Von einem Viertel (24,4 %) werden 10 bis 12 Leistungen pro Person angeboten, gefolgt von 4 bis 6 Leistungen pro Person (20,2 %).

Die Verteilung der durchschnittlichen Anzahl im Jahr 2022 angebotener logopädischer Leistungen und Einzelleistungen variiert leicht innerhalb Bayerns. Die Postleitregionen mit der größten Anzahl an verschiedenen logopädischen Leistungen und Diagnostik sind PLZ 95 mit durchschnittlich 7,4 Leistungen, sowie PLZ 96 und 92 mit jeweils 6,8 Leistungen. Am wenigsten logopädische Leistungen und Diagnostik werden in PLZ 81 und 94 mit jeweils 5,4 Leistungen angeboten. Die meisten Einzelleistungen werden in PLZ 95 und 97 (jeweils 13,3) erbracht. Die wenigsten Einzelleistungen werden in PLZ 81 (6,4) und 80 (8) erbracht.

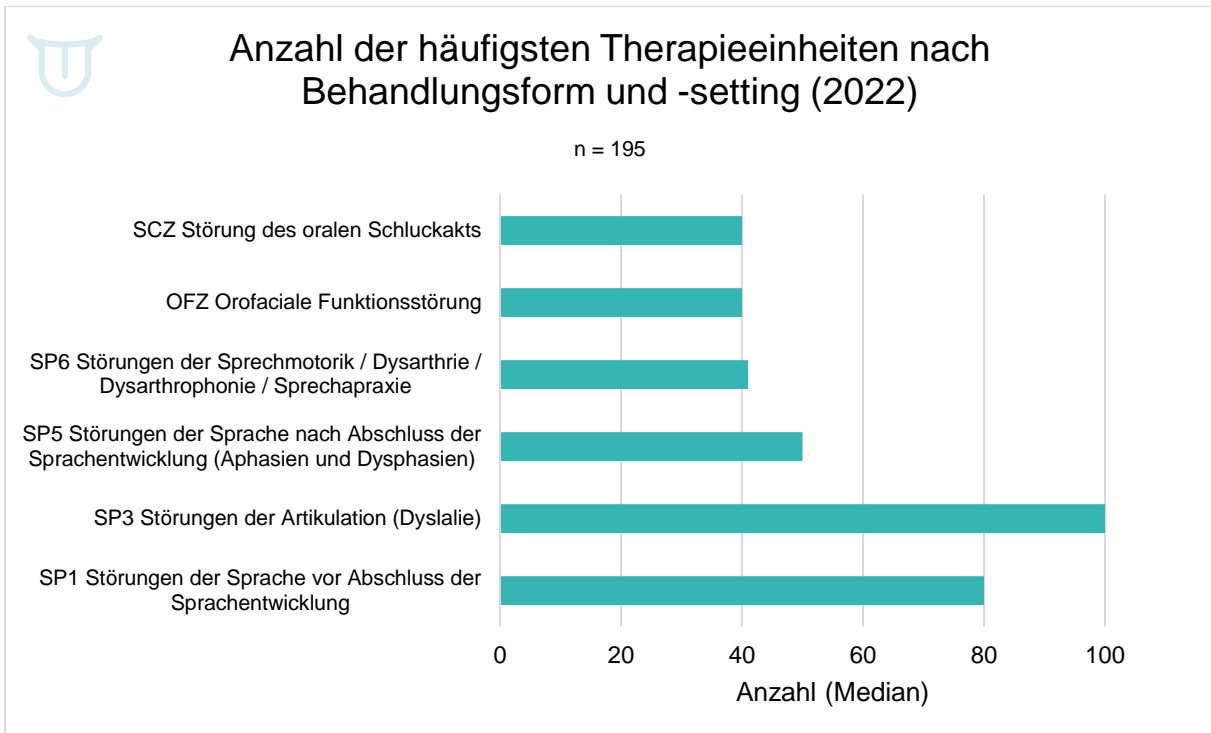


Die Mehrheit der Therapien wurde in Form von Einzeltherapien durchgeführt (61,1 %). Diagnostik fand bei 60,4 % der Behandlungsangebote statt. 43,3 % der Therapien finden in Einrichtungen statt, 44 % im Hausbesuch erfolgen. Selteneres Behandlungssettings sind Gruppentherapien (10,9 %).



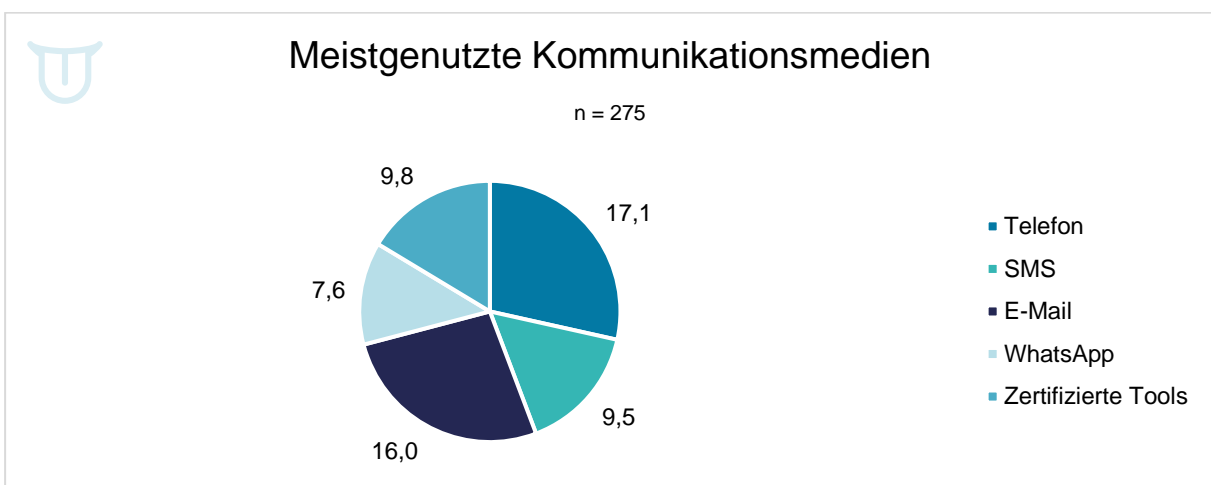
Die meisten Logopäden gaben an, dass ihre Leistungen im gesamten Jahr 2022 erbracht wurden (98,2 %). Durchschnittlich behandeln Logopäden im ambulanten Bereich acht Patienten (Median; IQR = 6; 8) pro Tag. Die Mehrheit (64,4 %) behandelt zwischen 7 und 10 Patienten pro Tag, gefolgt von 26,7 %, welche 4 bis 6 Patienten pro Tag behandeln.

Im Folgenden wird ein Überblick über die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten nach Behandlungsform im Jahr 2022 gegeben. Die häufigste Behandlungsform ist SP3 Störungen der Artikulation (Dyslalie) mit 100 Therapieeinheiten (Median, IQR: 32; 200), gefolgt von SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung mit 80 Therapieeinheiten (Median; IQR: 30; 200). 50 Einheiten (Median; IQR: 10; 147,5) erfolgten bei SP5 Störungen der Sprache nach Abschluss der Sprachentwicklung (Aphasien und Dysphasien), gefolgt von 41 Einheiten (Median; IQR: 10; 115) SP6 Störungen der Sprechmotorik / Dysarthrie / Dysarthrophonie / Sprechapraxie, sowie jeweils 40 Therapieeinheiten OFZ Orofaciale Funktionsstörung (Median; IQR: 4,5; 62,5) und SCZ Störung des oralen Schluckakts (Median; IQR: 9; 80) im Jahr 2022.



Auch wenn die Mehrheit der Befragten keine logopädischen Leistungen online anbietet, war die Möglichkeit dazu zumindest während der Corona-Pandemie von Relevanz. Die folgende Abbildung zeigt verschiedene online angebotene Leistung mit der Unterscheidung nach dem Zeitraum des Angebots (pandemiebedingt in den Jahren 2020-2022 oder über diesen Zeitraum hinaus).

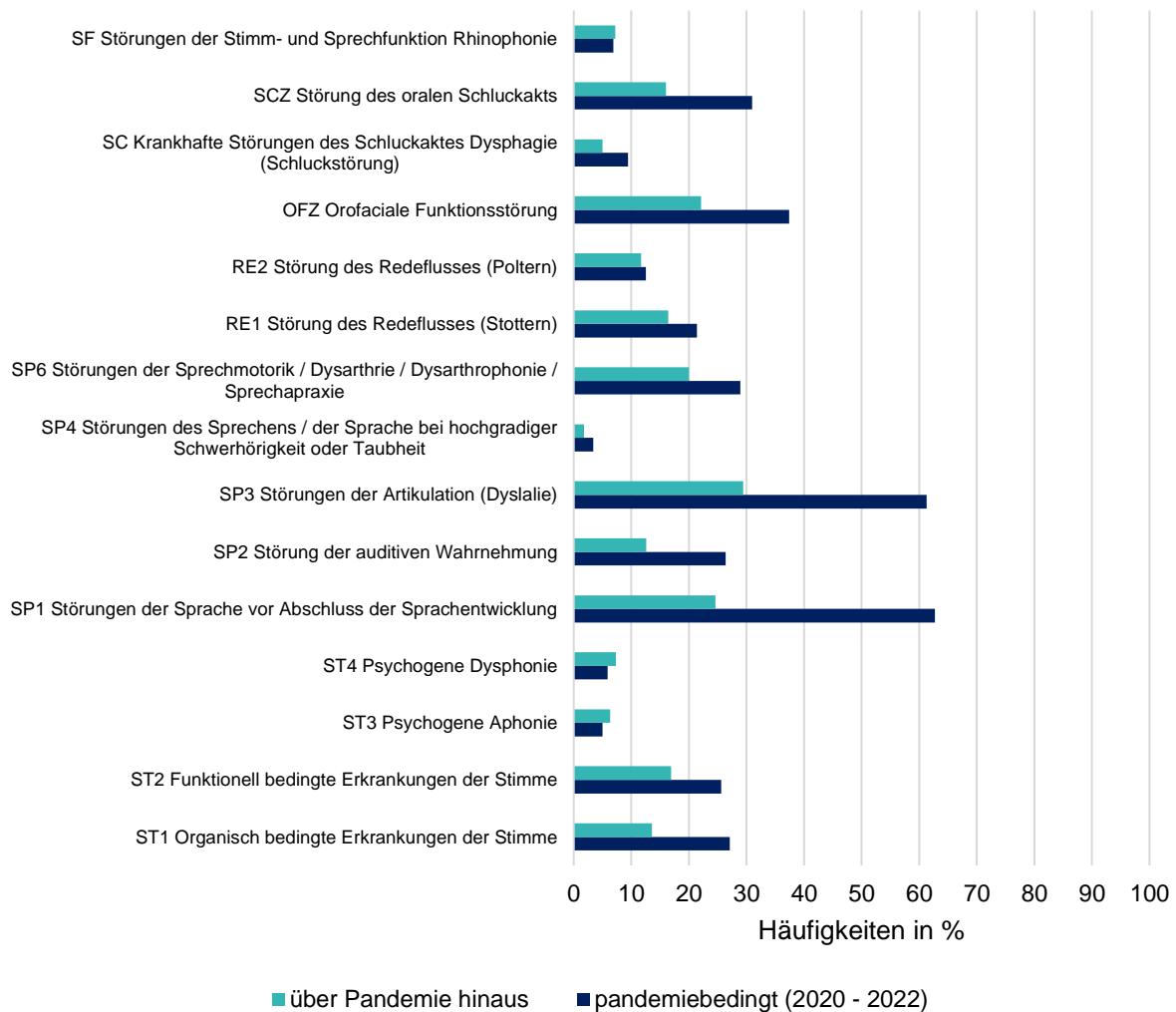
Die meistgenutzten Kommunikationsmedien für Logopäden sind das Telefon (17,1 %) und E-Mail (16 %). Knapp 10 % der Befragten nutzten regelmäßig jeweils SMS oder zertifizierte Tools um mit ihren Patienten in Kontakt zu treten. Seltener werden WhatsApp (7,6 %), Zoom / Skype / Webex (6,9 %) oder Signal/Threema (4,4 %) genutzt.





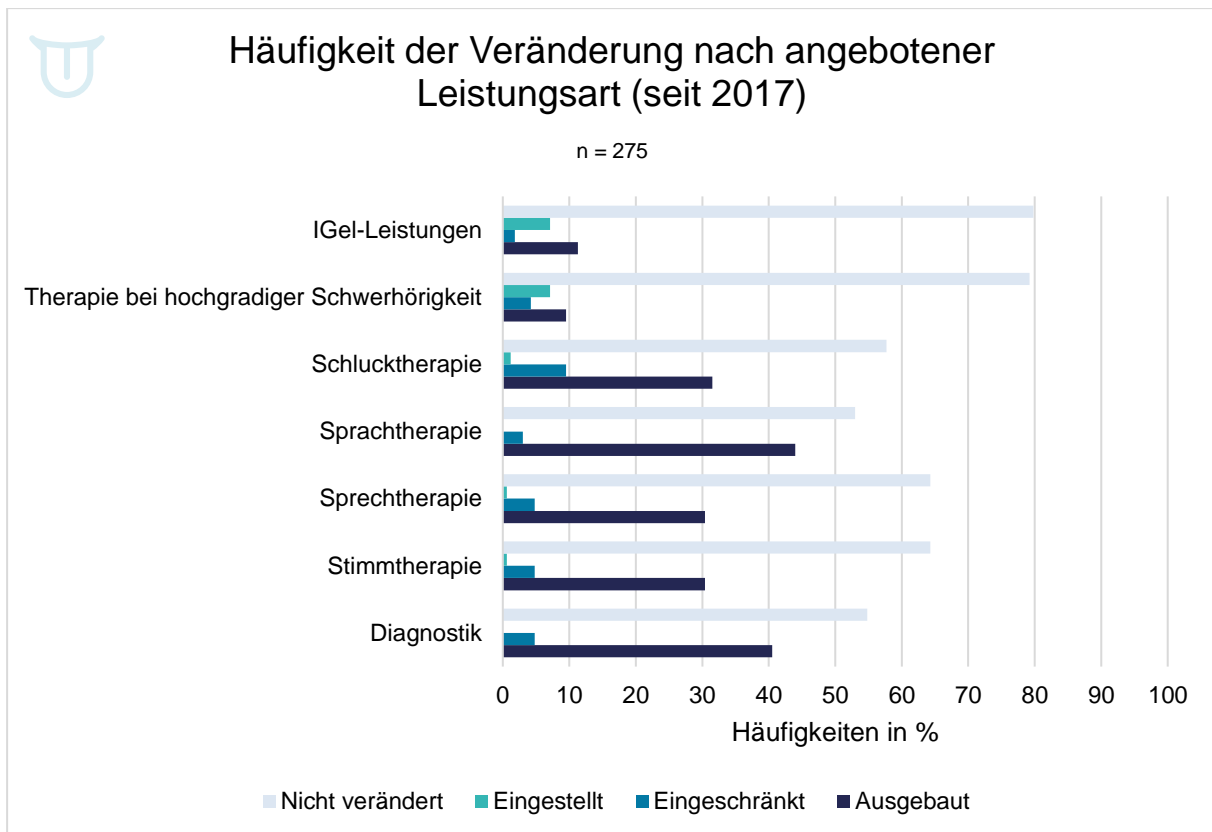
Häufigkeit online angebotener Leistungen nach Zeitraum

n = 275



Es wird deutlich, dass die digitalen Leistungen vor allem pandemiebedingt angeboten wurden und weniger über diesen Zeitraum hinaus genutzt werden. Die häufigsten online angebotenen Leistungen waren pandemiebedingt SP1 Störungen der Sprache vor Abschluss der Sprachentwicklung (62,7 %) und SP3 Störungen der Artikulation (Dyslalie) (61,3 %). Durchschnittlich wurden im Jahr 2022 10 Patienten (Median; IQR: 3,5; 27,5) über Teletherapie von den Teilnehmenden betreut. Als häufigste Gründe für den Einsatz von Teletherapie wurden die Nachfrage von Patienten (15,3 %) und das Infektionsrisiko (15,3 %) genannt.

Weiter wurde erfragt, inwiefern sich das logopädische Leistungsangebot seit 2017 verändert hat. In den meisten Bereichen sind die Leistungen unverändert geblieben. Die Bereiche mit den größten Anteilen an Ausbau sind Sprachtherapie (44 %), Diagnostik (40,5 %), Schlucktherapie (31,5 %) sowie mit jeweils 40 % Stimm- und Sprechtherapie. Eine sehr geringe Anzahl an Teilnehmenden gab an, das Leistungsangebot seit 2017 verringert oder eingestellt zu haben.



20,8 % der Befragten gaben an, Leistungen anzubieten, die nicht im Vergütungsverzeichnis abgebildet werden bzw. privat abgerechnet werden, wie beispielsweise, Coaching, Therapie bei Lese-Rechtschreibschwäche und Stimmbildung.

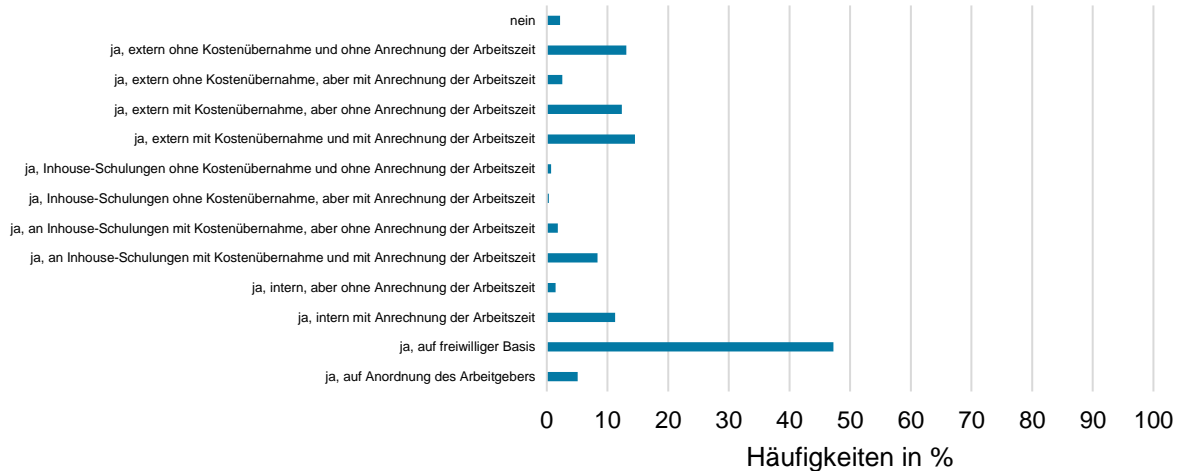
Die zeitintensivsten zusätzlichen Tätigkeiten im ambulanten Setting sind mit durchschnittlich 10 % der wöchentlichen Arbeitszeit Verwaltungsaufgaben (Median; IQR: 5; 20) und die Beratung / Anleitung von Angehörigen (Median; IQR: 3,5; 10). Jeweils durchschnittlich 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit machen Teambesprechungen (Median; IQR: 2; 9,5) sowie die Fahrtzeiten zu Hausbesuchen (Median; IQR: 3; 10) aus. Etwa die Hälfte der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten (49,4 %) betreut. Im Durchschnitt wurden zwei Studierende (Median; IQR: 1; 2) betreut. Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Anfrage(n) von Lernenden der Logopädie (18,2 %) und fehlende Kapazitäten (11,3 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (47,3 %) in Anspruch genommen, während 5,13 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen extern mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit (14,5 %) sowie ohne Anrechnung der Arbeitszeit (12,5 %).



Möglichkeit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

n = 275; Mehrfachantworten möglich

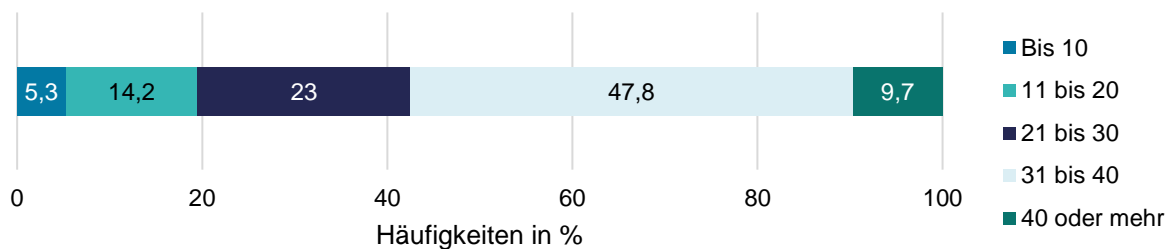


Etwa die Hälfte (47,8 %) der ambulant tätigen Logopäden arbeitet 31 bis 40 Wochenstunden. Nur 9,7 % der Befragten arbeiten 40 Stunden oder mehr. Fast die Hälfte der Befragten aus dem ambulanten Setting arbeitet Teilzeit (23 %: 21 bis 30 Stunden, 14,2 %: 11 bis 20 Stunden, 5,3 %: bis 10 Stunden). Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit werden familiäre Verpflichtungen (46,2 %) genannt. Des Weiteren haben 12,3 % der Befragten angegeben Teilzeit zu arbeiten, da ihnen Erholungsphasen wichtig seien, da die Arbeit als Logopäde sie sehr fordere.



Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

n = 275

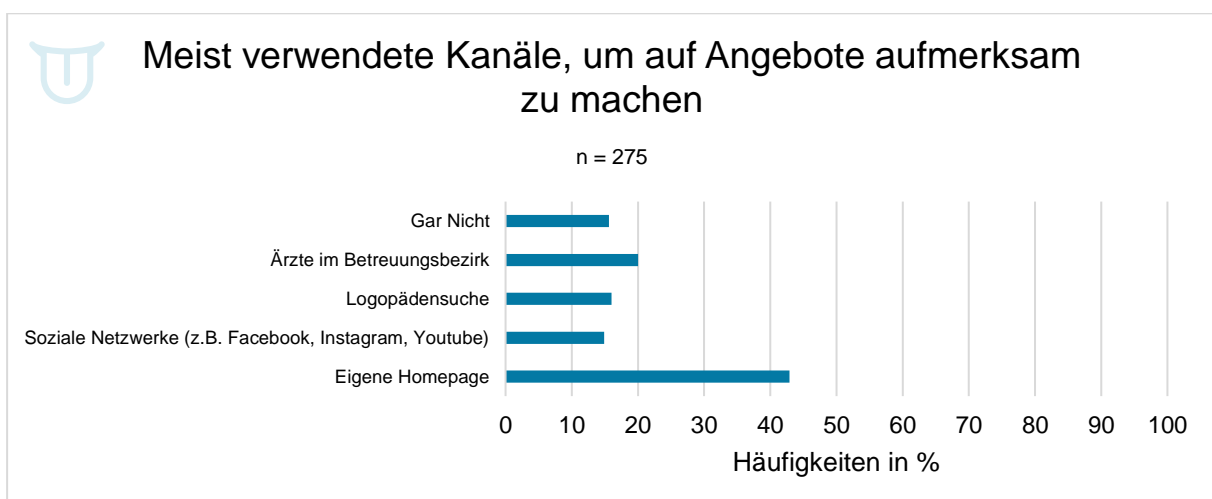


Mehr als die Hälfte der Logopäden, die im ambulanten Setting arbeiten, sind selbstständig als Praxisinhaber (mit Angestellten), während ein Drittel (29,8 %) angestellt ist. 8,9 % der Befragten arbeiten ausschließlich freiberuflich und 1,8 % sind sowohl freiberuflich als auch angestellt bei mehreren Arbeitsstellen tätig. Die selbstständigen Logopäden ist mehrheitlich als Einzelperson organisiert (70,7 %), während 22 % mit einem Kollegen zusammen z. B. eine Gemeinschaftspraxis gründeten. Durchschnittlich haben sie zwei Logopäden (Median, IQR: 3; 0) angestellt, sowie durchschnittlich 10 weitere Mitarbeiter (Median; IQR: 4,2; 26,2).

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, keine geregelte Urlaubsvertretung zu haben (65,5 %), während 30,4 % durch das Team oder durch Kollegen (3,6 %) vertreten werden. Durchschnittlich werden 30 Tage pro Jahr Urlaub genommen (Median; IQR: 25; 30). 57,7 % nehmen nie die Vertretung durch einen anderen Logopäden in Anspruch. Die Frage nach der Schwierigkeit eine kurze oder längere Vertretung zu finden ist breit gestreut: 41,5 % der Befragten fanden es nicht schwierig eine kurze (sehr einfach: 28,6 %; eher einfach: 12,9 %) zu finden, während weitere 41,4 % durchaus Probleme damit hatten (eher schwer: 11,4 %; sehr schwer: 20 %; unmöglich: 10 %). Ein wenig leichter gestaltet sich die Suche nach einer längeren Vertretung: 62,2 % der Befragten fanden es nicht schwierig eine längere Vertretung zu finden (sehr einfach: 36,4 %; eher einfach: 25,8 %), während 21,2 % der Befragten Schwierigkeiten damit hatten (eher schwer: 10,6 %; sehr schwer: 9,1 %; unmöglich: 1,5 %).

25 % lassen sich 1-3-mal pro Jahr vertreten und 13,1 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr. Die Hälfte der Befragten (46,4 %) gibt an, keinen Bedarf nach zusätzlicher Entlastung zu haben. 22 % haben 1-3-mal pro Jahr den Bedarf nach einer Vertretung und 17,9 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr.

Soziale Medien nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, um auf Angebote aufmerksam zu machen. So nutzten 42,9 % der Befragten eine eigene Homepage und soziale Netzwerke, wie Facebook, Instagram, Youtube (14,9 %). Aber auch der Kontakt zu Ärzten im Betreuungsbezirk (20 %) ist von Relevanz. 15,6 % der Befragten machen gar nicht auf ihre Angebote aufmerksam.



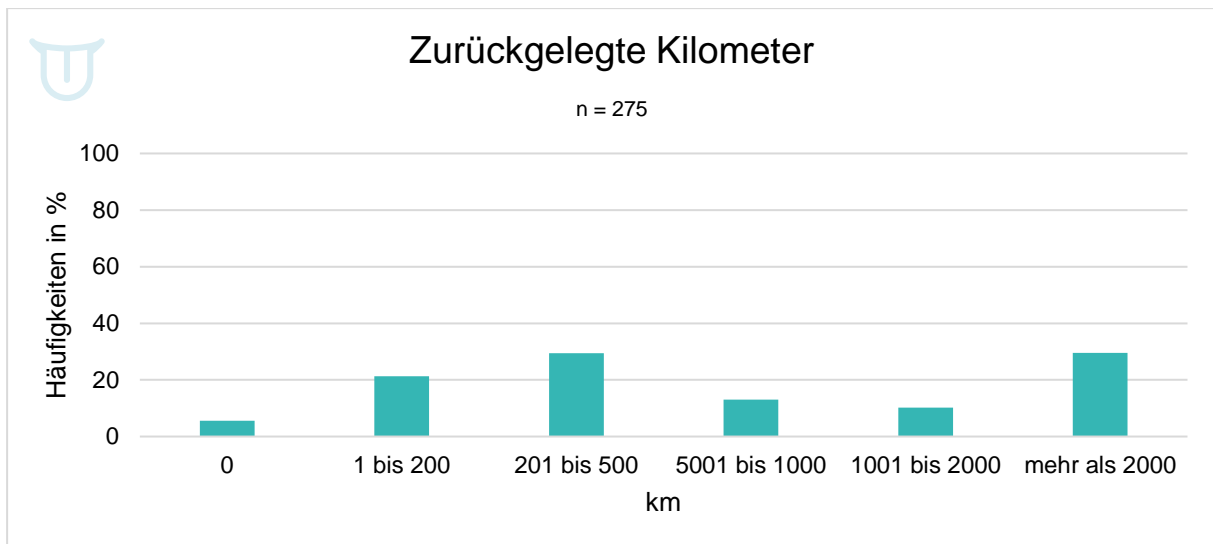
Im Folgenden wird auf die häufigsten Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen ambulant tätiger Logopäden eingegangen. Die häufigsten Kontakte, mit denen Logopäden mehrmals pro Woche im Austausch stehen, sind: Frühförderstellen (27,3 %), Alten- / Pflegeheime (26,2 %) und Praxen für Kinder- und Jugendmedizin (20,1 %). Häufige wöchentliche Kontakte beschreiben Logopäden mit folgenden Einrichtungen: Alten-/ Pflegeheimen (18,9 %), sowie Praxen für

HNO-Heilkunde (15,1 %). Die häufigsten halbjährlichen Kontakte sind: Praxen für Kinder- und Jugendpsychologie (38,3 %), wie auch für Kieferorthopädie (36 %), Sozialpädiatrisches Zentrum (35,6 %), sowie Phoniatrie und Pädaudiologie (33,6 %).

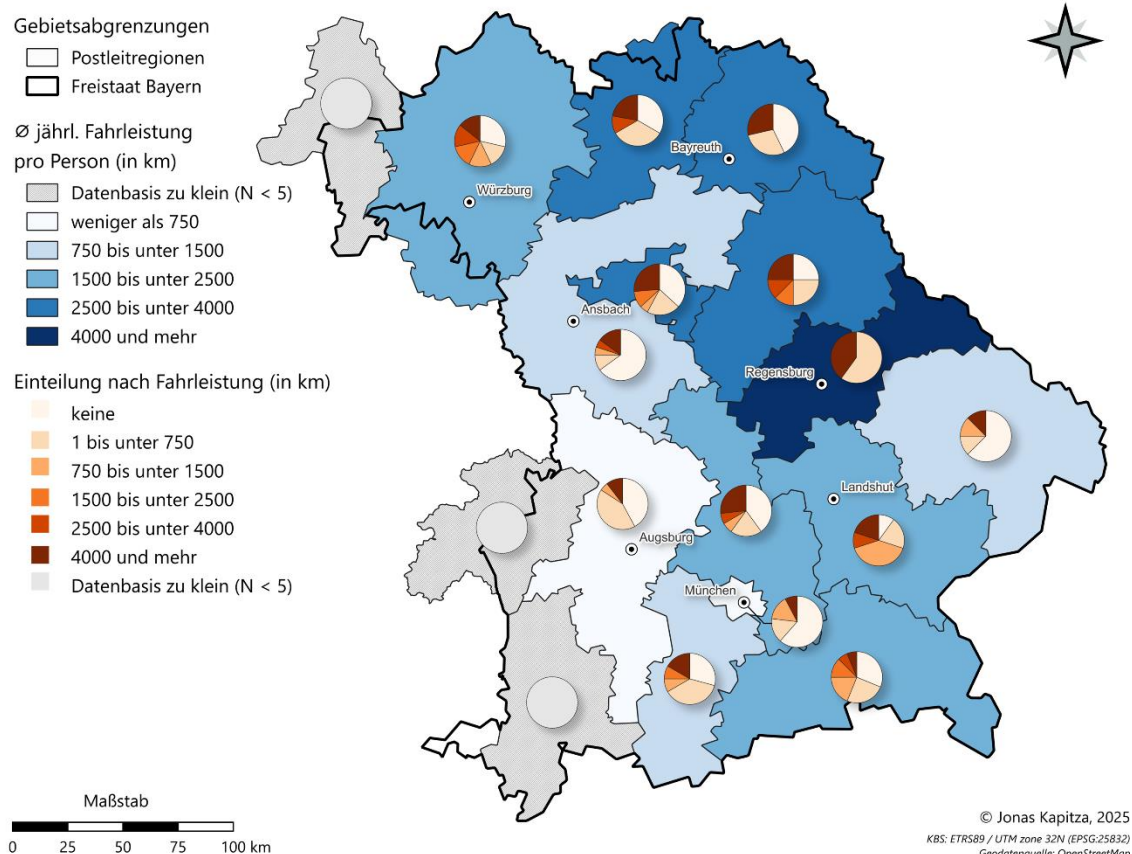


Die regionalen und strukturellen Bedingungen für die Durchführung von Leistungen zeigen Unterschiede in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten und die zurückgelegten Fahrdistanzen. Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, in denen die angebotenen Leistungen der Befragten stattfinden, zeigen sich folgende Verteilungen: 32,7 % der logopädischen Leistungen werden in Mittelstädten erbracht, 26,2 % in Kleinstädten, 21,4 % in Großstädten und 19,6 % in ländlichen Gebieten.

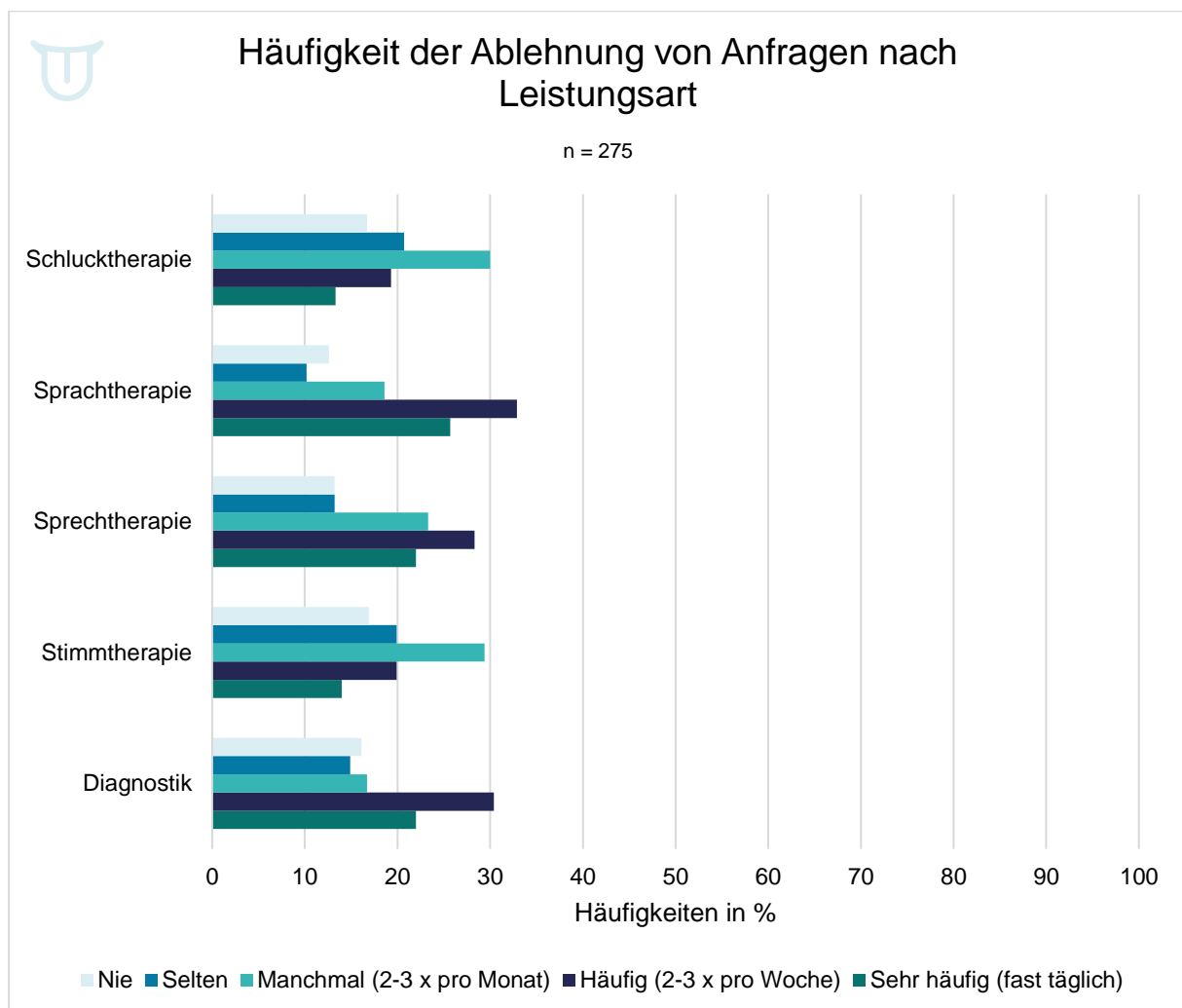
Die beruflich zurückgelegten Kilometer zeigen eine breite Streuung. Der Mittelwert der zurückgelegten Kilometer beträgt 2862 km mit einer Standardabweichung von 5671,6 km. Der Median liegt bei 720 km (Median; IQR: 190; 3000). Ein Drittel der Teilnehmer (29,6 %) legte im Jahr 2022 mehr als 2000 km zurück, während ein weiteres Drittel zwischen 201 bis 500 km zurücklegte.



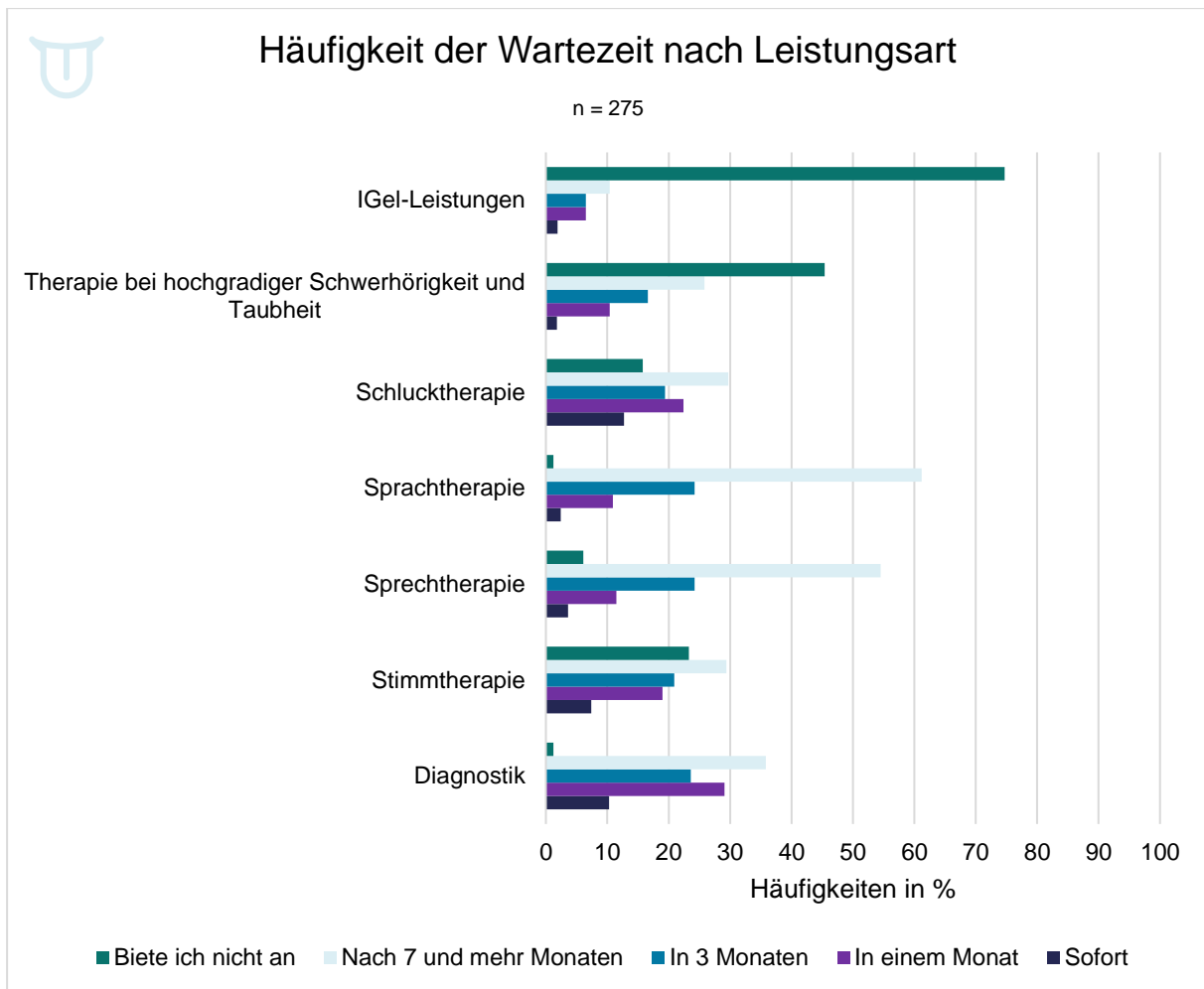
Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der durchschnittlichen jährlichen Fahrleistung pro (ambulant tätigem) Logopäden in ganz Bayern. Die durchschnittliche, jährliche Fahrleistung variiert von weniger als 750 km in PLZ 80 und 86 bis mehr als 4000 km pro Jahr in PLZ 93. Innerhalb der Postleitregionen ist den Anteil ohne Fahrleistung in den PLZ 91 (65 %), 81 und 94 (jeweils 62,5 %) und 80 (60 %) überwiegend. Der Anteil mit einer hohen Fahrleistung (4000 und mehr) ist gering und in den PLZ 93 (40 %), 95 (28,6 %) und 85 (26,7 %) am größten.



Häufig (2-3 x pro Woche) müssen Anfragen zur logopädischen Diagnostik laut einem Drittel der Befragten (30,4 %) abgelehnt werden, gefolgt von Ablehnungen von Sprach- (32,9 %), Sprech- (28,3 %), Stimm- (19,9 %) und Schlucktherapie (19,3 %). Sehr häufig (fast täglich) werden Anfragen zur Sprachtherapie (25 %), Diagnostik (22 %) oder Sprechtherapie (22 %) abgelehnt. Die häufigsten Gründe für die Ablehnung ist die Auslastung der Therapeuten (54,2 %), gefolgt von fehlendem Personal (29,7 %).



Dementsprechend ergeben sich Wartezeiten auf verschiedene logopädische Leistungen. Ein Großteil der Leistungen kann erst nach sieben oder mehr Monaten angeboten werden: Sprachtherapie (61,2 %), Sprechtherapie (54,5 %) und Diagnostik (35,8 %). Mit einer Wartezeit von drei Monaten ist bei knapp einem Viertel der Befragten bei Sprach- (24,2 %) und Sprechtherapie (24,2 %) sowie für Diagnostik (23,6 %) zu rechnen. IGeL-Leistungen werden von einem Großteil der befragten Logopäden (74,7 %) nicht angeboten. Ebenso bietet die Hälfte der Befragten (45,4 %) Therapie bei hochgradiger Schwerhörigkeit und Taubheit nicht an.



4.3.6 Arbeitszufriedenheit

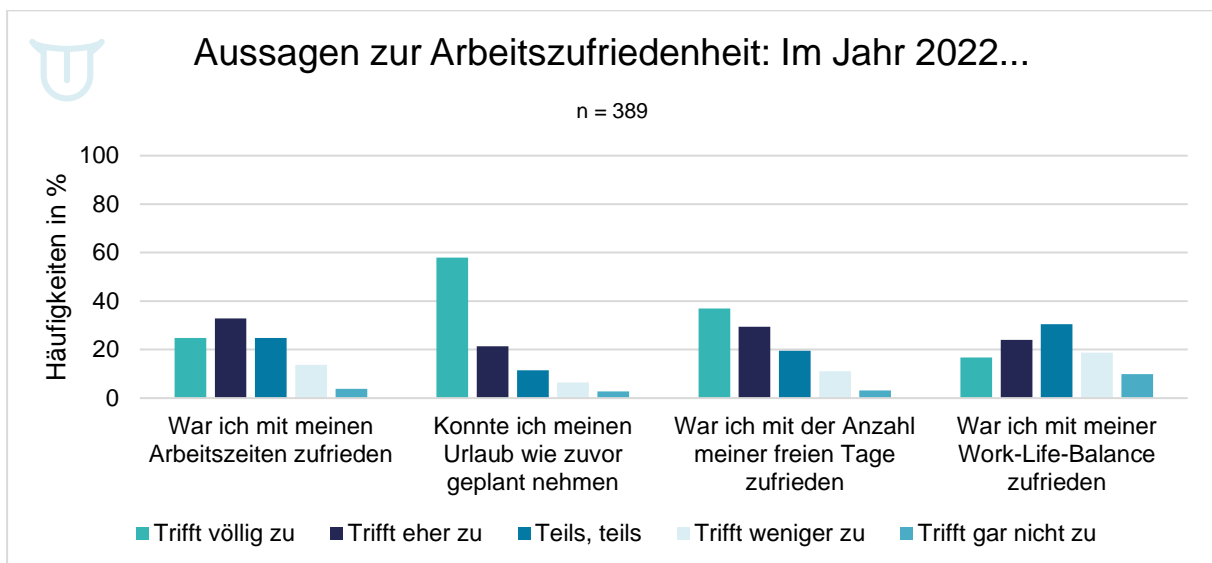
Zur Arbeitszufriedenheit im Jahr 2022 wurden 389 Logopäden befragt. Die Variablen zur Arbeitszufriedenheit umfassen Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, dem Urlaubsanspruch, der Anzahl der freien Tage und der Work-Life-Balance.

Die Hälfte der Befragten war mit ihren Arbeitszeiten im Jahr 2022 weitestgehend zufrieden, da ein Viertel (24,8 %) der Teilnehmenden angab vollständig mit den Arbeitszeiten zufrieden zu sein und 32,8% die Aussage „trifft eher zu“ wählten. Jedoch gab es auch eine erhebliche Anzahl von Personen, die weniger zufrieden waren, da 24,8 % die Aussage „trifft teils, teils“ wählten. Etwa ein Sechstel der Befragten ist unzufrieden mit den Arbeitszeiten (13,7 % stimmten „weniger zu“; 3,8 % stimmten „gar nicht zu“).

In Bezug auf die Urlaubsplanung gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass sie ihren Urlaub wie geplant nehmen konnten (58 % stimmten „völlig zu“). Allerdings gab es auch Personen, die weniger zufrieden waren, da 6,5% („trifft weniger zu“) bzw. 2,7 % („trifft gar nicht zu“) angaben, ihren Urlaub nicht wie gewünscht nehmen zu können.

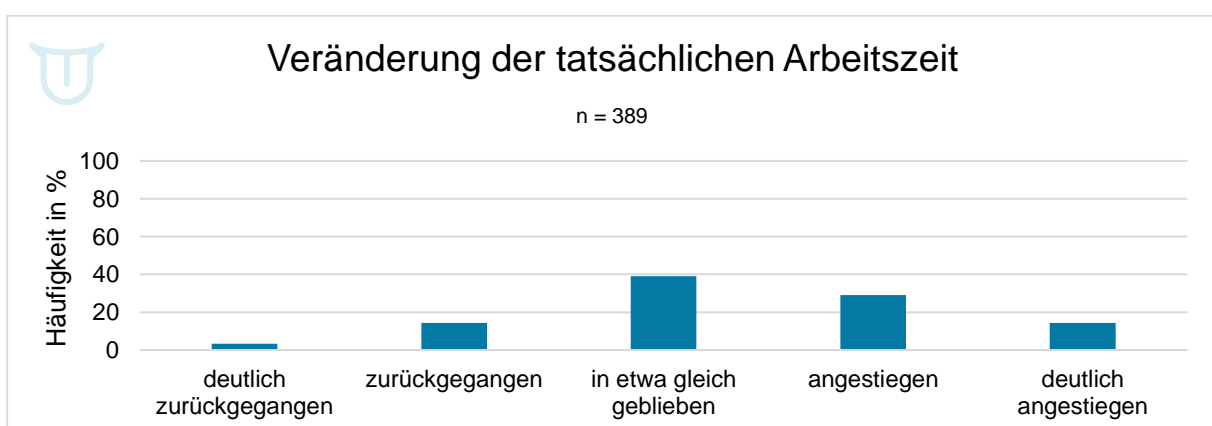
Die Zufriedenheit mit der Anzahl der freien Tage war recht hoch. 37 % der Befragten waren völlig zufrieden, 29,4 % waren eher zufrieden und 19,4 % gaben an, teilweise zufrieden zu sein. 11,1 % der Teilnehmer waren eher unzufrieden und 3,1 % sehr unzufrieden mit der Anzahl ihrer freien Tage.

In Bezug auf die Work-Life-Balance zeigt sich eine größere Unzufriedenheit, da 18,7 % bzw. 9,9 % der Befragten angaben, dass sie weniger bzw. gar nicht zufrieden mit ihrer Work-Life-Balance waren. Nur 16,8 % waren völlig zufrieden, während mehr als ein Drittel (30,5 %) eine neutrale Haltung einnahm.



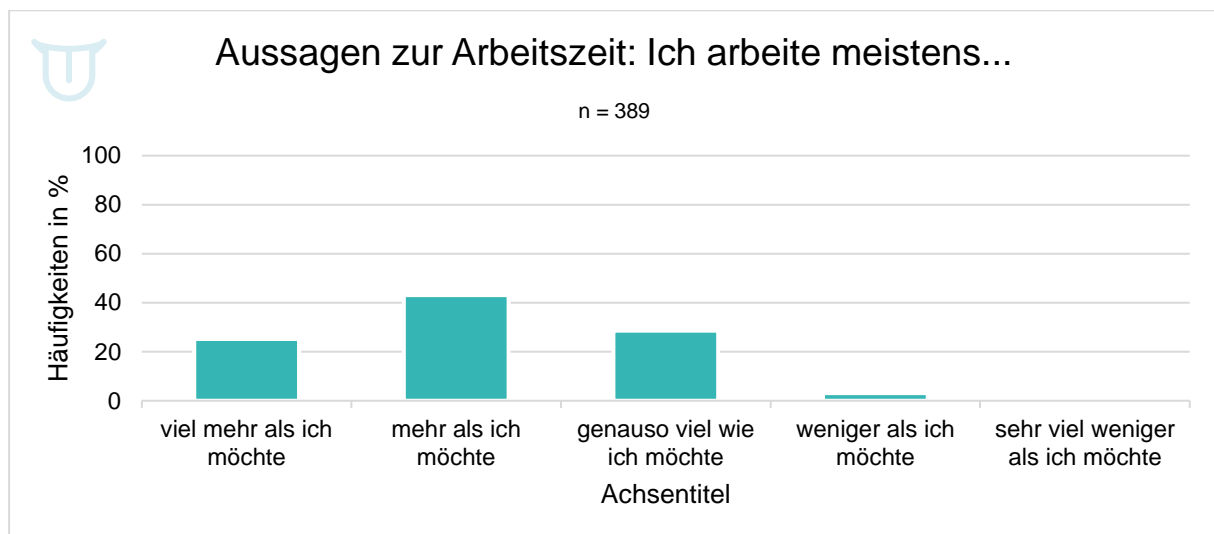
Im Folgenden wird auf die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit von Logopäden im Zeitraum von 2017 bis heute eingegangen und die Gründe für diese Veränderungen, sowie den Vergleich zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit beschrieben.

Während 39,1 % der Teilnehmer ihre Wochenarbeitszeit als unverändert beschreiben, berichten 43,3 % von einem Anstieg der Arbeitszeit (29 % „angestiegen“, 14,3 % „deutlich angestiegen“). 17,7 % berichten, dass ihre Arbeitszeit zurückgegangen ist (14,3 % „zurückgegangen“, 3,4 % „deutlich zurückgegangen“).

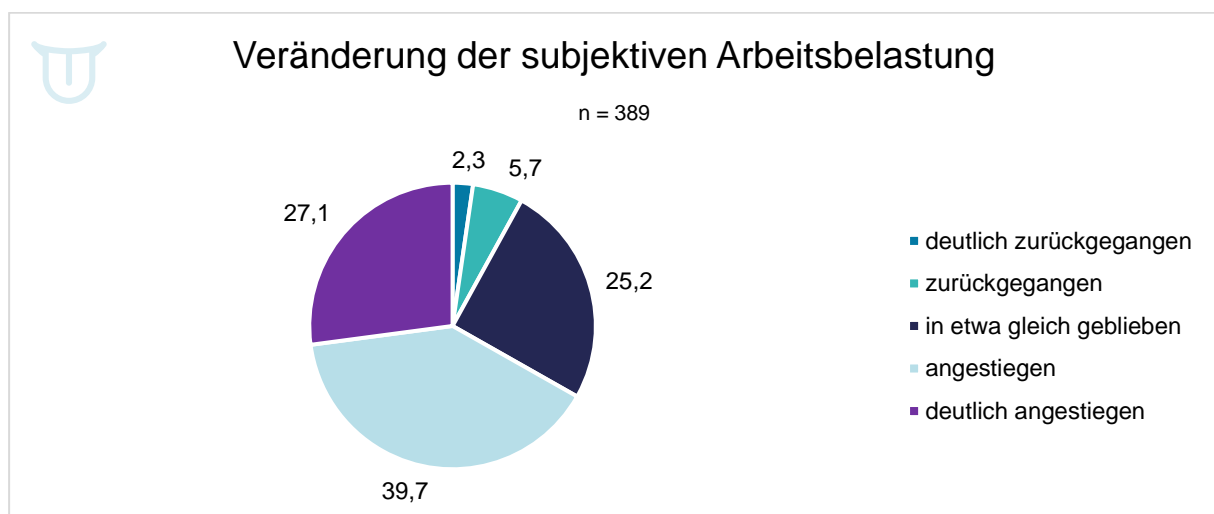


Die häufigsten Gründe für die Veränderung der Arbeitszeit sind: „Veränderung der Nachfrage nach Therapieplätzen“ (14,7 %), „Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz“ (10,5 %) und „Finanzielle Gründe“ (6,2 %). Weitere Gründe sind die „Unvereinbarkeit mit Privatleben / Familie“ (6,7 %) und die Schwierigkeit, eine Vertretung zu finden“ (6,2 %).

Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der gewünschten Arbeitszeit zeigt: Fast die Hälfte der Befragten arbeitet „mehr als sie möchte[n]“ (43,1 %) oder sogar „viel mehr als sie möchte[n]“ (25,2 %). Ein knappes Drittel der Befragten (28,6 %) ist mit der Arbeitszeit zufrieden. Lediglich 3,1 % der Befragten arbeiten weniger als gewünscht.



Insgesamt ist die subjektive Arbeitsbelastung innerhalb der letzten fünf Jahre bei mehr als der Hälfte der Befragten gestiegen (39,7 % wählten „angestiegen“, 27,1 % wählten „deutlich angestiegen“). Bei einem Viertel der Befragten (25,2 %) ist die subjektive Arbeitsbelastung in etwa gleich geblieben. Nur 5,7 % gaben an, dass die Arbeitsbelastung zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen ist (2,3 %).



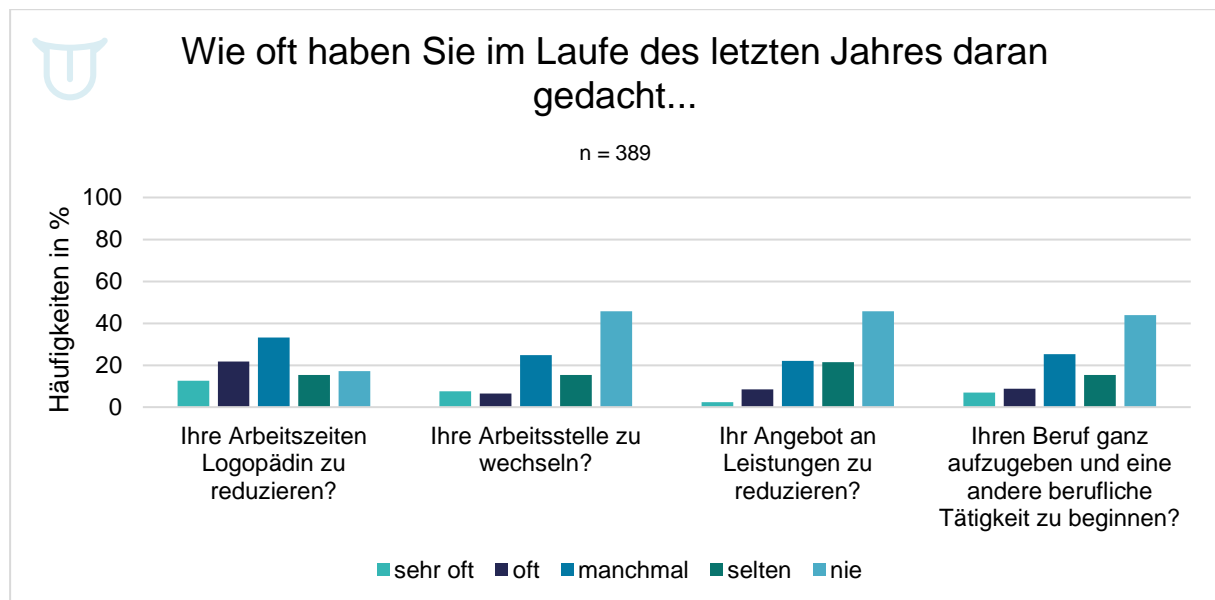
Zur Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und dem Wunsch nach Veränderung wurden die befragten Logopäden gebeten, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu Aussagen auf vier zentrale Bereiche zu treffen: Reduzierung der Arbeitszeiten, einen Stellenwechsel, Reduzierung des Angebotes an Leistungen und Aufgabe des Berufes.

Weniger als die Hälfte der Befragten (43,9 %) überlegt nie ihren Beruf als Logopäde aufzugeben. Ein Viertel aller Befragten überlegt dies manchmal (25,2 %) und 8,8 % sogar oft bzw. 6,9 % sehr oft.

Insbesondere die Arbeitszeiten führen zur Unzufriedenheit. Dementsprechend denkt ein Drittel der Befragten manchmal daran die Arbeitszeit zu reduzieren (33,2 %). Ein weiteres Drittel denkt sogar oft (21,8 %) bzw. sehr oft (12,6 %) über eine Reduktion nach.

Dennoch möchte die Mehrheit der Befragten ihre Arbeitsstelle behalten und denkt nie (45,8 %) bzw. selten (15,3 %) darüber nach, die Arbeitsstelle zu wechseln. Ein Viertel der Befragten zieht einen Jobwechsel immerhin manchmal in Erwägung (24,8 %).

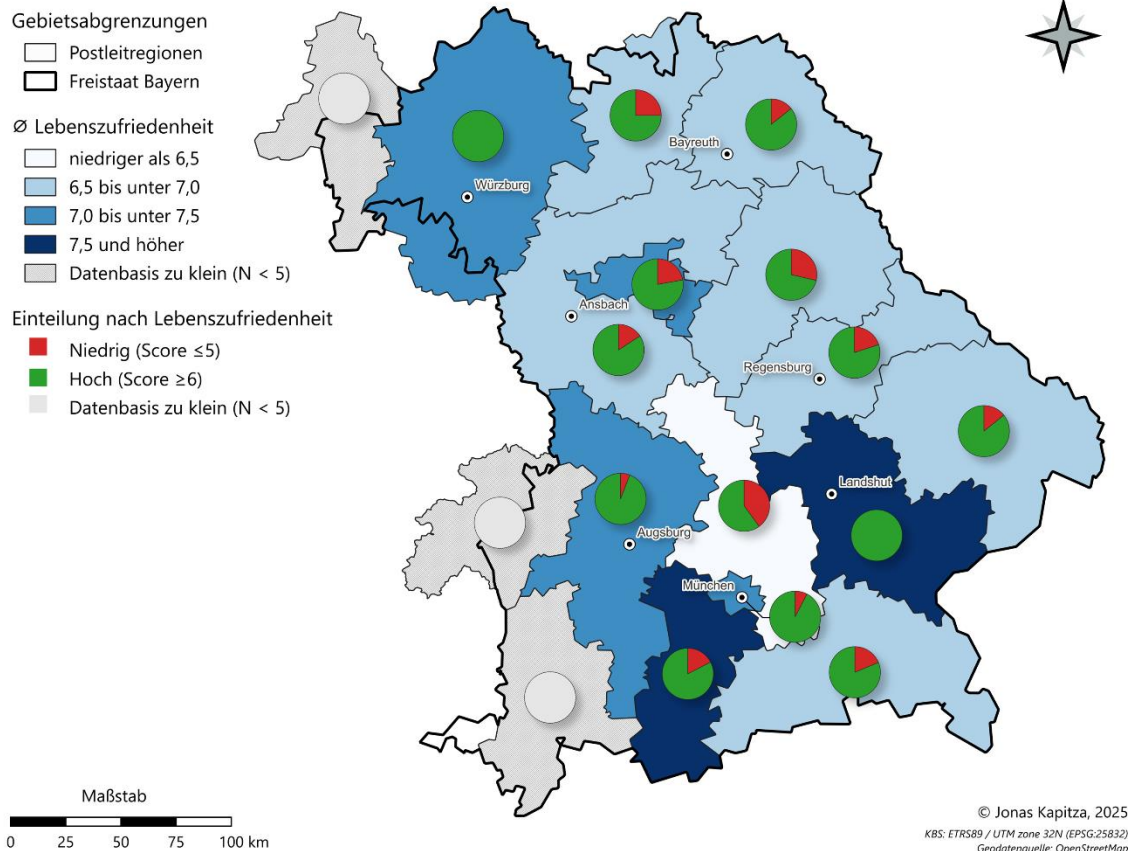
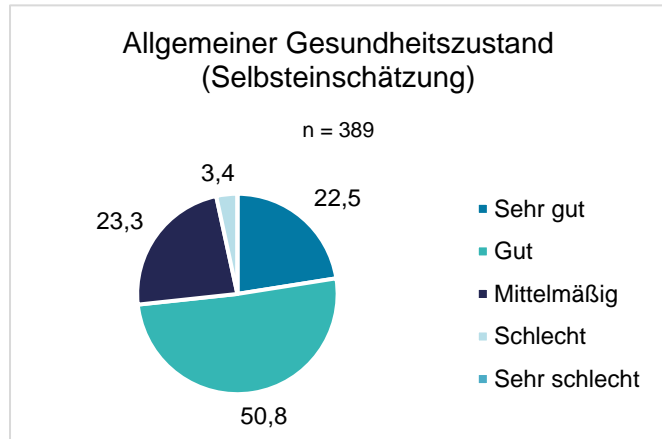
Ähnlich gestaltet es sich die Frage nach der Reduktion des Leistungsangebotes: 45,8 % denken nie darüber nach das Leistungsangebot zu reduzieren, 21,4 % selten und 22,1 % manchmal.



Die häufigsten Gründe, weshalb über eine Veränderung oder Aufgabe der Tätigkeit als Logopäde nachgedacht wurde, sind: zu hohe Arbeitsbelastung (25,2 %), zu geringes Einkommen (19,8 %) und Personalmangel (17 %).

Ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen die Befragten mehrheitlich als gut (50,8 %) oder sehr gut (22,5 %) ein. 23,3 % der Befragten empfinden ihren allgemeinen Gesundheitszustand lediglich als mittelmäßig (23,3 %). Ein geringer Anteil hat einen schlechten (3,4 %) allgemeinen Gesundheitszustand.

Mehrheitlich sind die befragten Logopäden mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden. Auf einer Skala von 0 bis 10 wählen 85,2 % einen hohen Score (6 - 10) für hohe Zufriedenheit. Am größten ist die Zufriedenheit in den PLZ 80, 84 und 97 (jeweils 100 %). Die PLZ mit der größten Unzufriedenheit sind 85 (40 %), 92 (28,6 %) und 96 (25 %).



4.3.7 Tätigkeiten außerhalb der Logopädie und Ruhestand

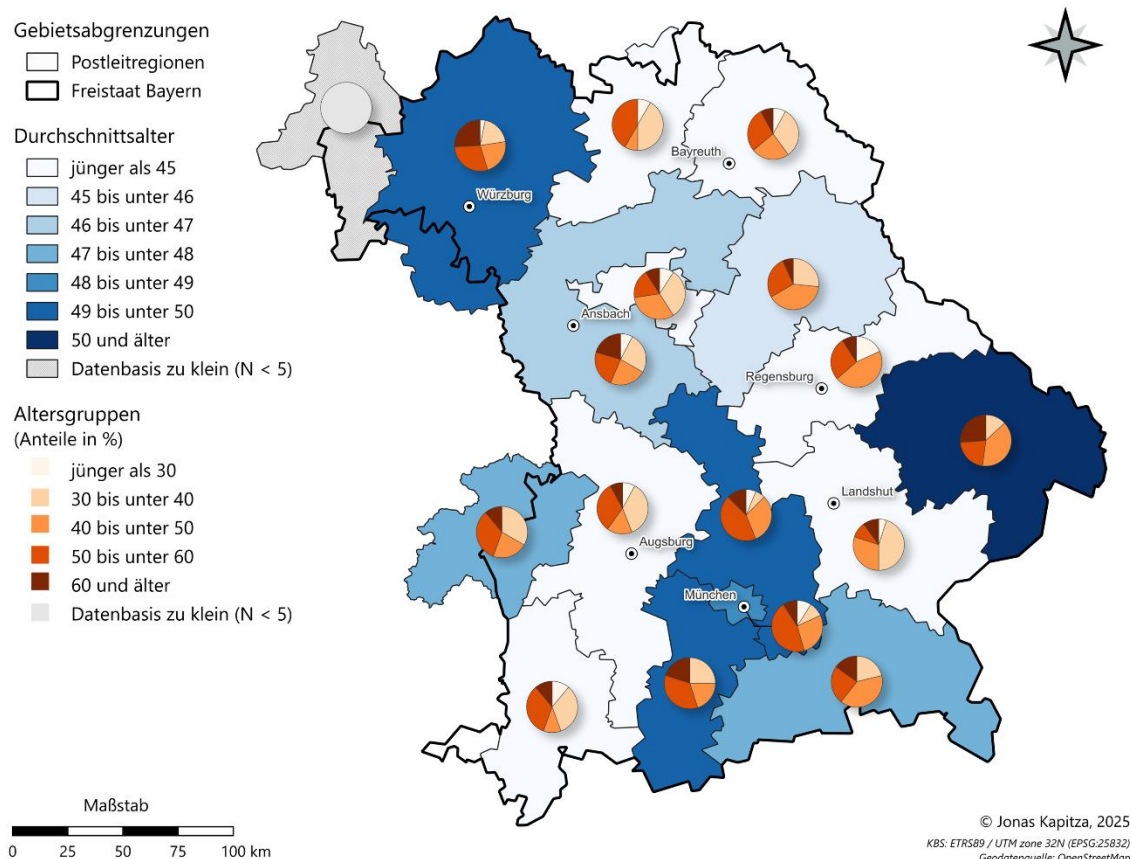
16,8 % der Befragten gehen neben der Logopädie einer oder mehreren nebenberuflichen Tätigkeit(en) nach. Der zeitliche Umfang dieser Tätigkeiten beträgt etwa 3,8 Stunden pro Tag (Median; IQR: 2; 7,2) an drei Tagen im Monat (Median; IQR: 2; 6) als Freiberufliche. Im Angestelltenverhältnis beträgt der zeitliche Umfang entsprechend fünf Stunden pro Tag (Median; IQR: 3; 6) an 5,5 Tagen im Monat (Median; IQR: 2,5; 16,5).

Etwa 12,6 % der Befragten planen in den nächsten fünf Jahren bzw. 22,6 % in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. Ein Drittel (28,1 %) dieser Therapeuten möchte im Ruhestand nicht mehr in der Ergotherapie zu arbeiten. Die Hälfte (53,1 %) kann dazu noch keine Aussage treffen. 10,9 % der in den Ruhestand gehenden Therapeuten planen eine Tätigkeit als freiberufliche Logopäde im außerklinischen Bereich.

4.4 Ergebnisse - Befragung von Physiotherapeuten in Bayern

4.4.1 Soziodemografische Merkmale

An der Befragung haben 510 Physiotherapeuten teilgenommen, welche sich durch folgende soziodemografische Merkmale auszeichnen: Der Durchschnitt des Lebensalters beträgt 45 Jahre (Median, IQR: 36; 55). Die folgende Abbildung zeigt die Altersverteilung der Studienteilnehmer in der Berufsgruppe Physiotherapeuten innerhalb Bayerns. In den PLZ 94 und 81 liegt das Durchschnittsalter der Befragten bei 50 Jahren oder älter. Der größte Anteil an Teilnehmern über 60 Jahren liegt in den PLZ 94 mit 26,1 % und 97 mit 25,8 %. PLZ 90 und 84 sind mit 42,1 Jahren und 42,9 Jahren die zwei Regionen mit dem jüngsten Durchschnittsalter. Der größte Anteil an Teilnehmern unter 30 Jahren liegt in den PLZ 93 mit 18,2 % und 80 mit 16,7 %.



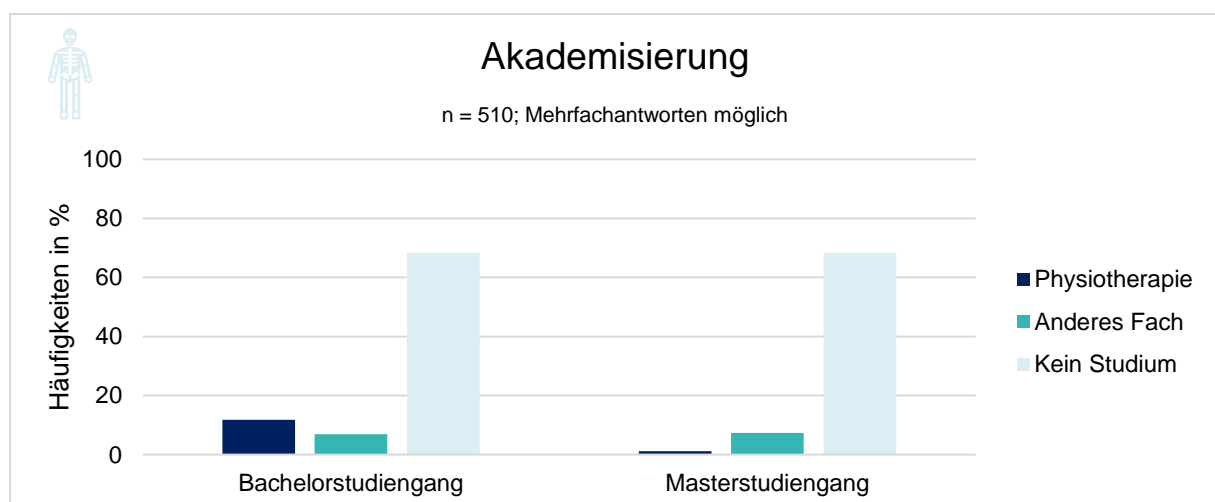
Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (60,2 %), während der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 39,8 % liegt. Der Familienstand zeigt, dass der größte Anteil der Teilnehmer verheiratet (62,4 %) ist, gefolgt von denjenigen, die in einer Partnerschaft leben (18,4 %). 9,8 % der Befragten sind ledig und 5,7 % geschieden. Zudem haben 34,9 % der Teilnehmer keine Kinder, während 65,1 % mindestens ein Kind haben.

Bezüglich der Sprachkenntnisse auf B2 Niveau gaben 80 % an, Deutsch fließend zu sprechen, gefolgt von 60,8 % der Teilnehmer, die Englisch beherrschen. Weniger verbreitet sind Kenntnisse in Französisch, Italienisch oder Spanisch. 44,6 % der Befragten sprechen zwei Sprachen, 44,2 % sprechen nur eine Sprache. Zwei Drittel (66,1 %) der Teilnehmenden haben die Hochschulreife bzw. das Abitur als höchsten allgemeinen Schulabschluss angegeben, während ein weiteres Drittel (30,6 %) die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss hat. Nur 10,8 % der Befragten sind pflegende Angehörige.

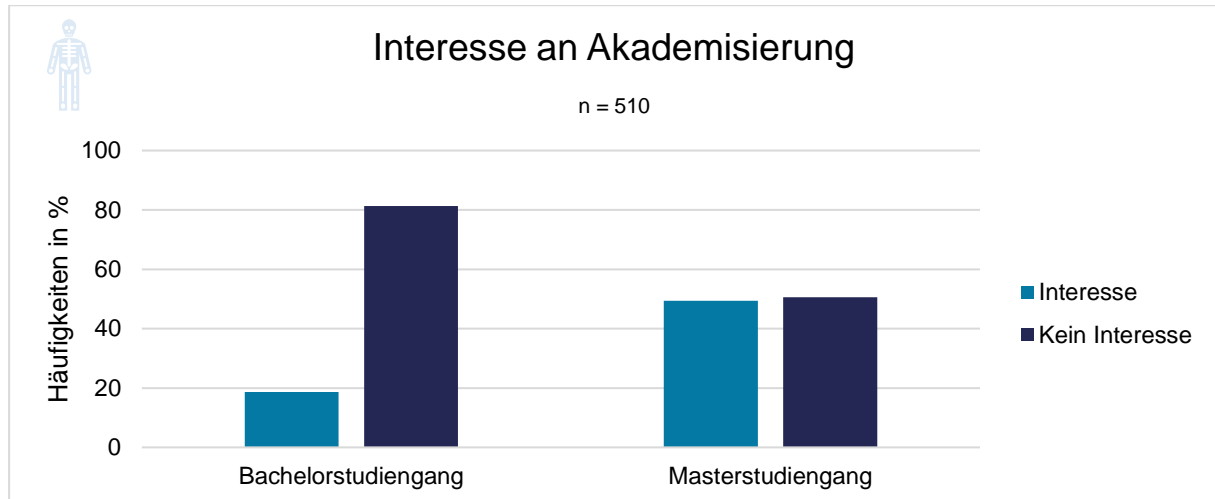
4.4.2 Ausbildungssituation

Die Mehrheit der Befragten (97,2 %) hat ihre Prüfung zum Physiotherapeuten in Deutschland abgelegt, wobei der größte Anteil (69,9 %) die Prüfung in Bayern abgelegt hat. Andere Bundesländer wie Baden-Württemberg (7,7 %) und Sachsen (6,6 %) sind ebenfalls vertreten, jedoch mit weitaus geringeren Anteilen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer hat eine Berufsausbildung in einer Berufsfachschule für Physiotherapie ohne Ausbildungsvergütung (80,2 %) absolviert. Der Zeitpunkt des abgelegten Examens variiert, wobei 31,5 % der Befragten das Examen vor 11 bis 20 Jahren abgelegt haben und 25,4 % vor 21 bis 30 Jahren. Nur 4,9 % der Befragten haben das Examen innerhalb der letzten zwei Jahre abgelegt.

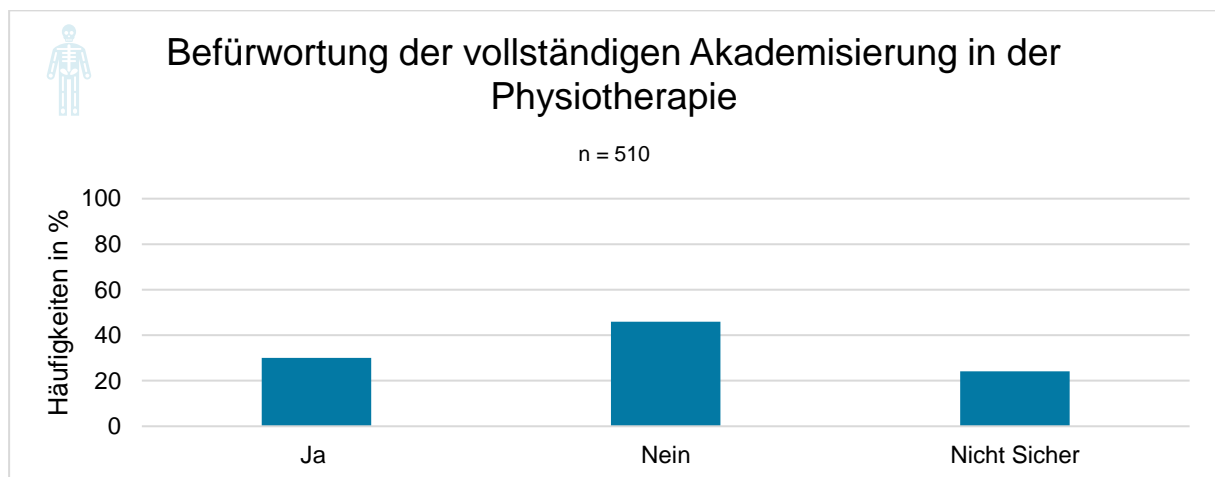
Im Hinblick auf den akademischen Studienabschluss zeigt sich, dass 11,8 % der Befragten einen Bachelor in Physiotherapie / Physiotherapiewissenschaft, während nur 1,2 % einen Master in Physiotherapie / Physiotherapiewissenschaft abgeschlossen haben. Weitere akademische Abschlüsse, welche von einigen Teilnehmenden erworben wurden bzw. werden sind Osteopathie (2 % Bachelor, 0,8 % Master) oder Sportphysiotherapie (1,6 % Master). Das Studium wurde mehrheitlich in Deutschland absolviert (Bachelor 7,8 %, Master 3,5 %). Einige wenige Teilnehmer studierten in den Niederlanden (3,3 % Bachelor) oder in Österreich (2,4 % Master). Die Mehrheit der Befragten (68,4 %) hat kein akademisches Studium absolviert.



In Bezug auf das Interesse an einer akademischen Weiterqualifikation zeigt die Mehrheit der Befragten (81,3 %) kein Interesse an einem weiterqualifizierenden Bachelorstudium. Dennoch äußern 18,7 % Interesse. Für ein physiotherapiespezifisches Masterstudium interessieren sich 49,4 % der Befragten mit Bachelorabschluss, während 50,6 % es ablehnen.



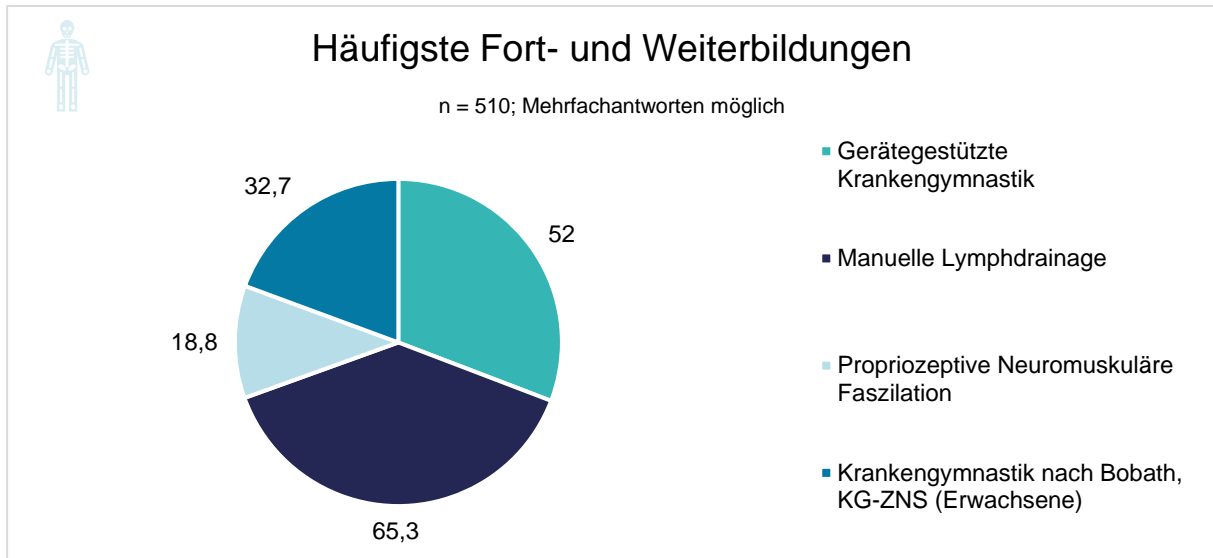
Schließlich zeigt sich bei der Frage nach der Haltung zur vollständigen Akademisierung der Physiotherapie, dass 30 % der Befragten diese Idee befürworten, 45,9 % dagegen sind und 24,1 % unsicher bleiben. Dies verdeutlicht eine geteilte Meinung innerhalb der Berufsgruppe.



4.4.3 Berufliche Situation

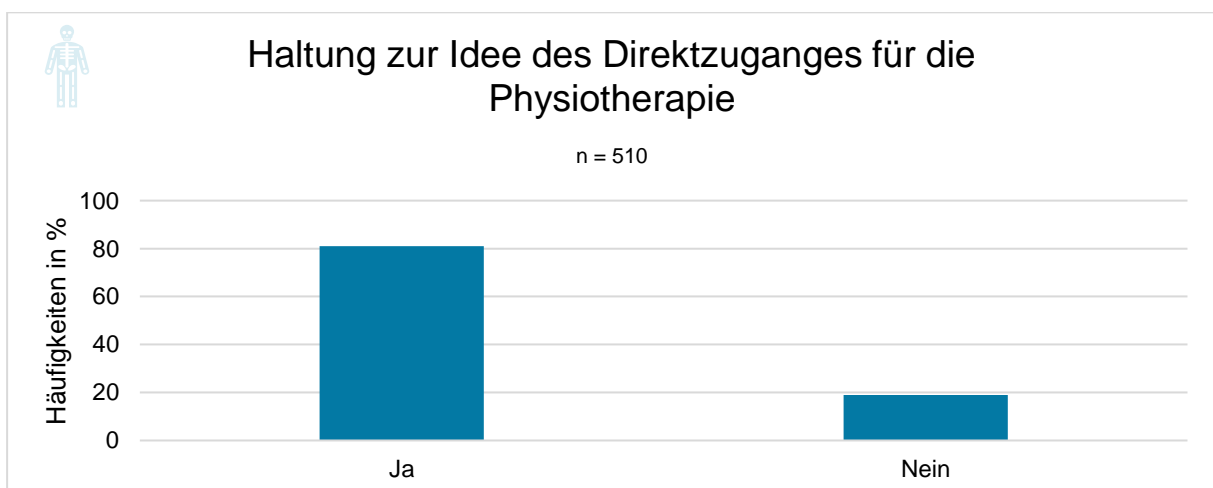
Die Berufserfahrung der Teilnehmer zeigt, dass 30,7 % 5 bis 15 Jahre und 30,1 % 15 bis 25 Jahre Erfahrung in der Physiotherapie haben. Die Gruppe mit weniger als ein Jahr Erfahrung ist mit 1,5 % sehr klein. Der Großteil der Befragten hat also bereits langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich. Die Mehrheit der Befragten (94,2 %) hat mindestens eine Fort- bzw. Weiterbildung zusätzlich zur Berufsausbildung absolviert. Die häufigsten Weiterbildungen sind mit Manuelle Lymphdrainage (65,3 %) und Gerätegestützte Krankengymnastik (52 %), gefolgt von

Krankengymnastik nach Bobath (KG-ZNS, Erwachsene) (32,7 %) und Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilation (18,8 %).



In Bezug auf die Mitgliedschaften in Berufs- oder Interessensverbänden ist der Deutsche Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. mit 28,2 % der häufigste Verband, dem die Befragten angehören. Der Verband Physikalische Therapie - Vereinigung für die Physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V. folgt mit 17,5 %. Fast die Hälfte der Befragten (46,3 %) ist jedoch keinem physiotherapiespezifischen Verband zugehörig.

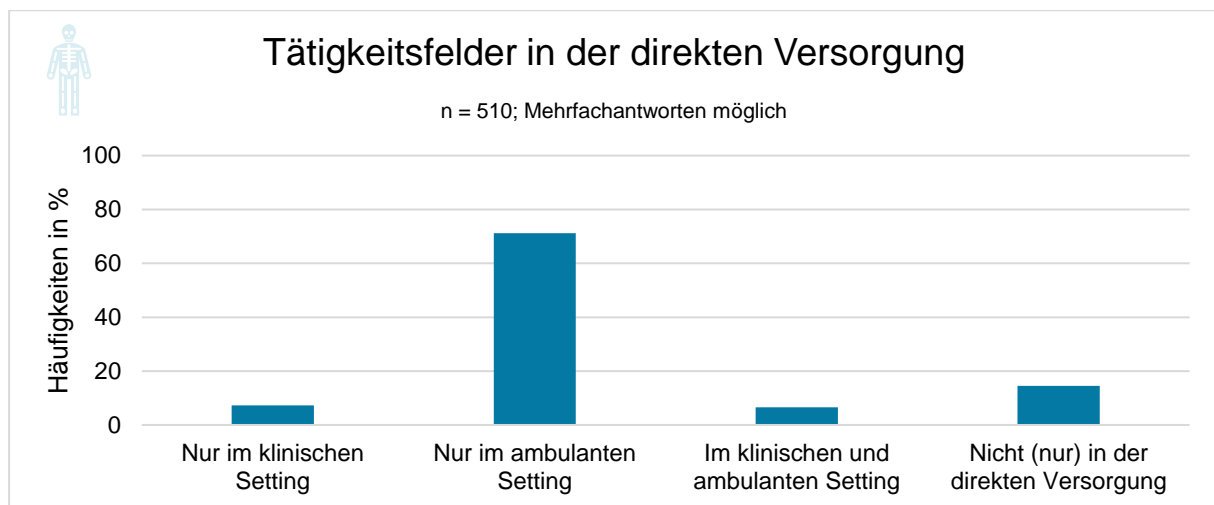
Im Folgenden wird auf das Interesse der 510 Befragten an der Möglichkeit eines Direktzuges zur Physiotherapie sowie die jeweiligen Begründungen für ihre Antworten eingegangen. Ein erheblicher Anteil der Befragten, nämlich 81 %, befürwortet die Möglichkeit eines Direktzuges. Die häufigsten Begründungen dafür sind: schnellere therapeutische Versorgung (67,5 %), die freie Wahl der Heilmittel, der Dauer und der Frequenzen (76,9 %) sowie die finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems (49,4 %). Zudem sehen viele eine höhere Motivation der Patienten (47,8 %) als Vorteil des Direktzuges.



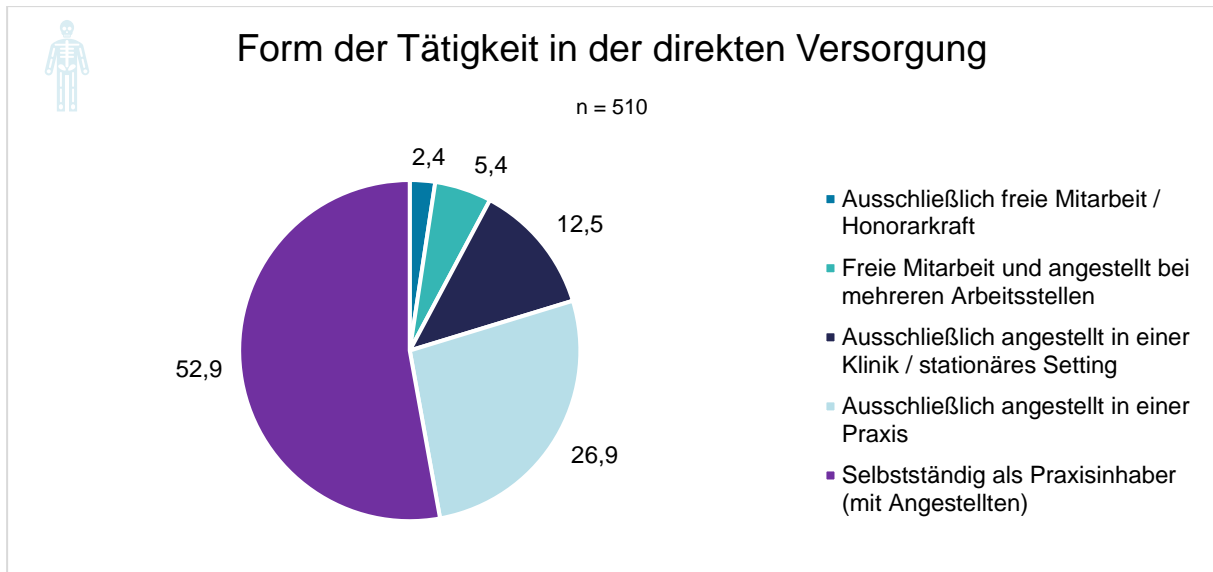
Auf der anderen Seite lehnen 19 % der Befragten den Direktzugang ab. Die häufigsten Begründungen hierfür sind Unsicherheit wegen der hohen medizinischen Verantwortung (6,3 %) und Unsicherheit im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsverantwortung (5,7 %). Ein weiterer Grund ist das fehlende Interesse an einer ggf. erforderlichen Nachqualifikation (2,2 %).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Interesse am Direktzugang groß ist, vor allem aufgrund der Vorteile in der Therapieorganisation und der potenziellen Entlastung des Gesundheitssystems. Die Ablehnung beruht hauptsächlich auf Bedenken bezüglich der Verantwortung und der erforderlichen Qualifikationen.

Im Folgenden wird die Verteilung der Tätigkeitsfelder und Arbeitsformen der 510 Befragten in der Physiotherapie beschrieben. Im Bereich der direkten Versorgung zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten (71,2 %) ausschließlich im ambulanten Setting tätig ist, während 7,3 % nur im klinischen Setting arbeiten. Etwa 6,5 % sind sowohl im klinischen als auch im ambulanten Setting tätig. 14,5 % waren nicht ausschließlich in der direkten Versorgung tätig, was auf eine Vielzahl von anderen Tätigkeitsfeldern hinweist, wie etwa in Berufsfachschulen (1,8 %), Fort- und Weiterbildungen (2,7 %) oder im Management/Leitung (5,1 %).



Hinsichtlich der Veränderung des Tätigkeitsfeldes gibt es nur geringe Bewegungen: Insgesamt gaben 5,5 % der Befragten an ihre Tätigkeit in dem jeweiligen Bereich aufgegeben zu haben, während 85,9 % der Befragten keine Veränderung des Tätigkeitsfeldes hatten.

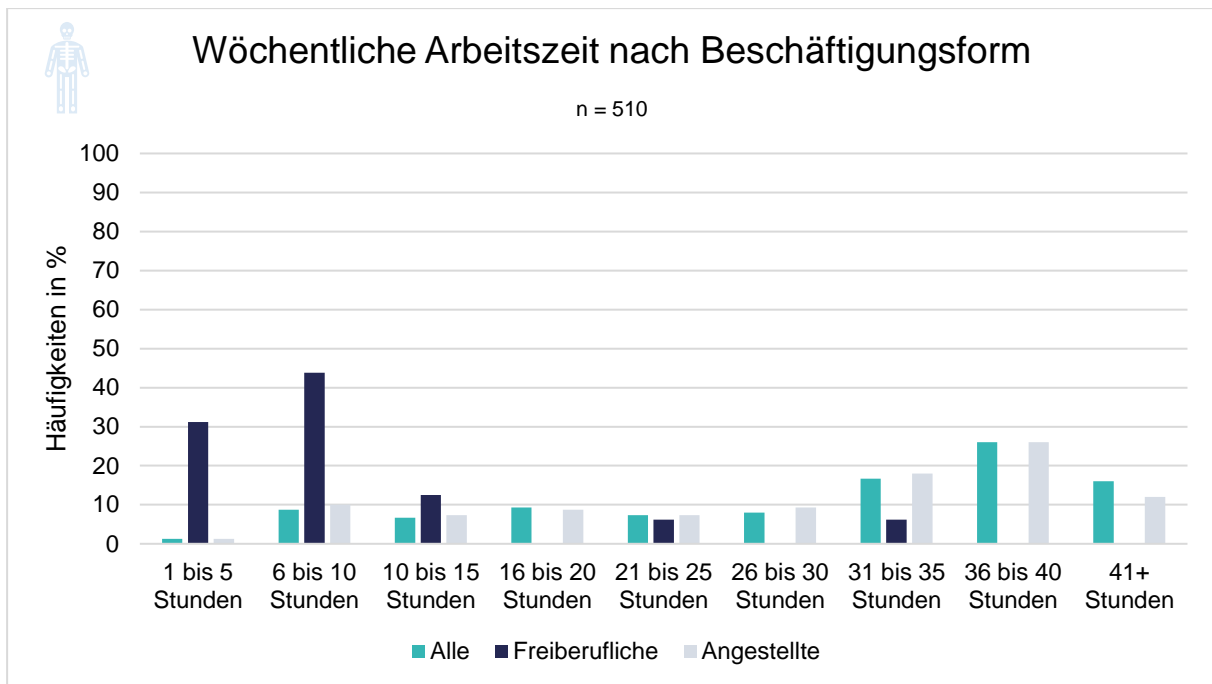


Bezüglich der Form der Tätigkeit zeigt sich, dass der größte Teil der selbstständig als Praxisinhaber (52,9 %) ist. 26,9 % der Befragten ist in einer Praxis angestellt, während 12,5 % in einer Klinik angestellt sind. Weniger häufig arbeiten die Teilnehmer ausschließlich als freie Mitarbeitende / Honorarkräfte (2,4 %) oder in einer Kombination aus freier Mitarbeit und mehreren angestellten Stellen (5,4 %).

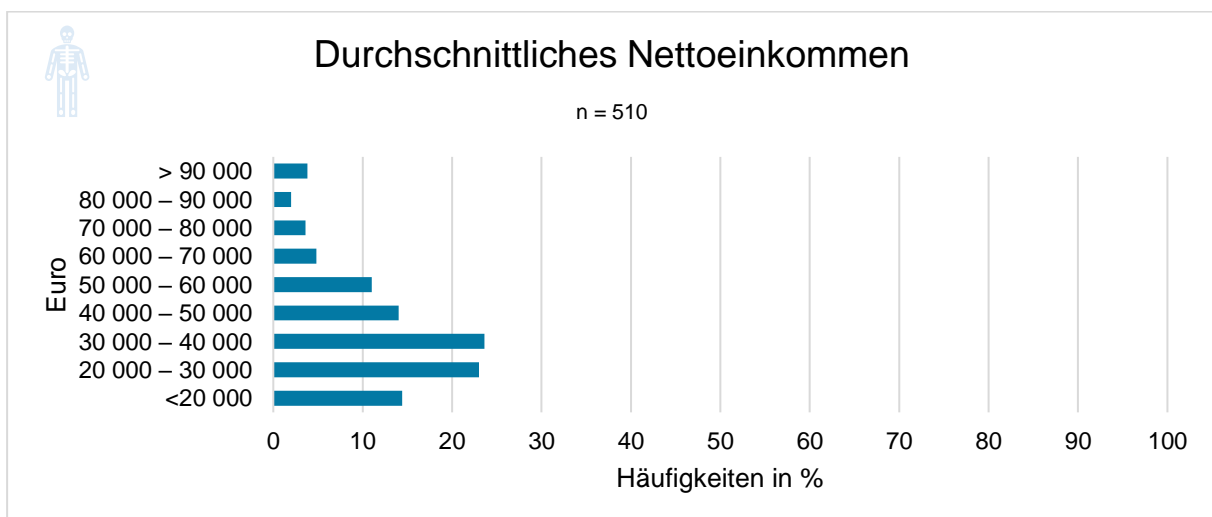
Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für alle befragten Physiotherapeuten liegt bei 35 Stunden (Median; IQR: 20; 40). Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeiten in Abhängigkeit von der Beschäftigungsform (Angestellte, Freiberufliche, Selbstständige) stellt sich folgendermaßen dar:

Bei den Angestellten ist die Arbeitszeit im Vergleich zu den selbständigen Physiotherapeuten deutlich geringer. Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt 34,5 Stunden (Median; IQR: 20; 40). Überwiegend arbeiten sie zwischen 36 bis 40 Stunden pro Woche (26 %) oder 31 bis 35 Stunden pro Woche (16,7 %). 16 % der Befragten gaben an, mehr als 41 Stunden pro Woche zu arbeiten.

Freiberuflich arbeiten Physiotherapeuten im Mittel acht Stunden pro Woche (Median; IQR: 5; 10,5). Hier arbeitet der größte Anteil (43,8 %) 6 bis 10 Stunden pro Woche.



Hinsichtlich der Verteilung des jährlichen Nettoeinkommens befinden sich 23,6 % der befragten Physiotherapeuten in der Einkommensgruppe von 20 000 bis 30 000 Euro, gefolgt von der Gruppe von 20 000 bis 30 000 Euro (23 %). Weniger verbreitet sind die Einkommensgruppen von unter 20 000 Euro (14,4 %), 40 000 bis 50 000 Euro (14 %) sowie 50 000 bis 60 000 Euro (11 %).

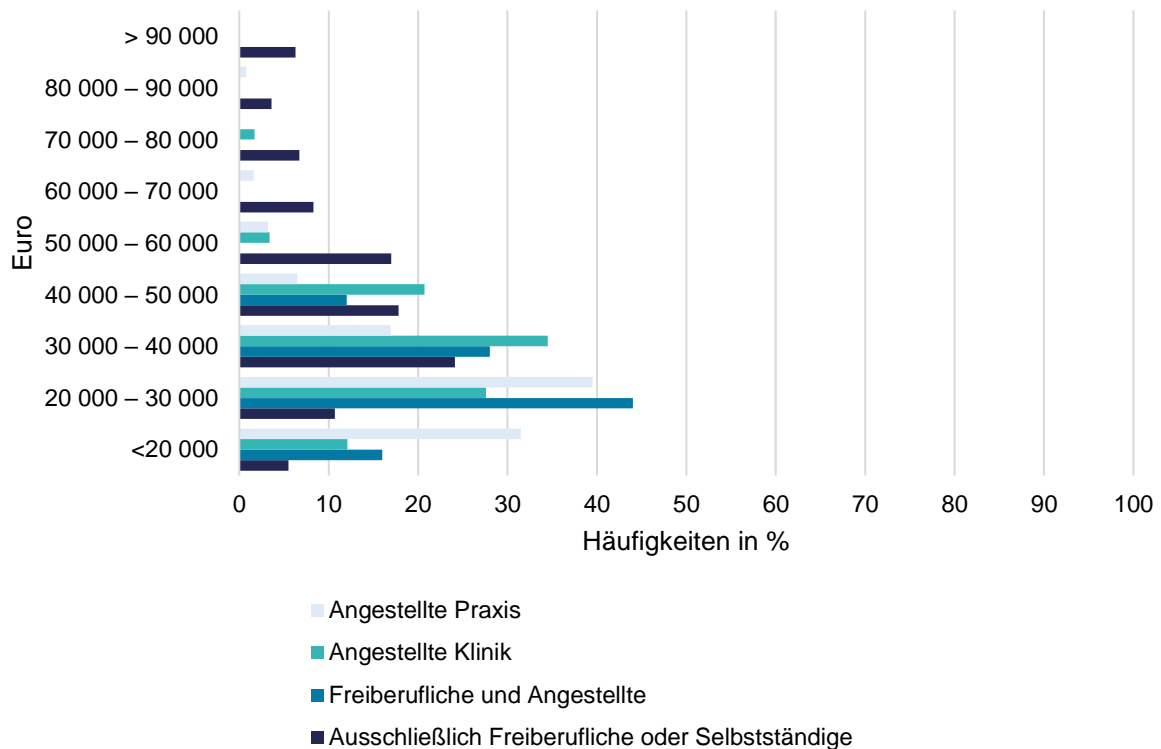


Die folgende Abbildung verdeutlicht, dass in der Praxis Angestellte überwiegend in den niedrigen Verdienstgruppen vertreten sind. 31,5 % der in der Praxis angestellten Physiotherapeuten verdienen weniger als 20 000 Euro bzw. 39,5 % zwischen 20 000 und 30 000 Euro. Physiotherapeuten, die sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig sind, sind mit einem Drittel (28 %) die größte Gruppe in der Gehaltsgruppe 30 000 bis 40 000 Euro. In den höheren Gehaltsgruppen sind fast ausschließlich Freiberufliche und Selbstständige vertreten.



Durchschnittliches Nettoeinkommen nach Berufsform

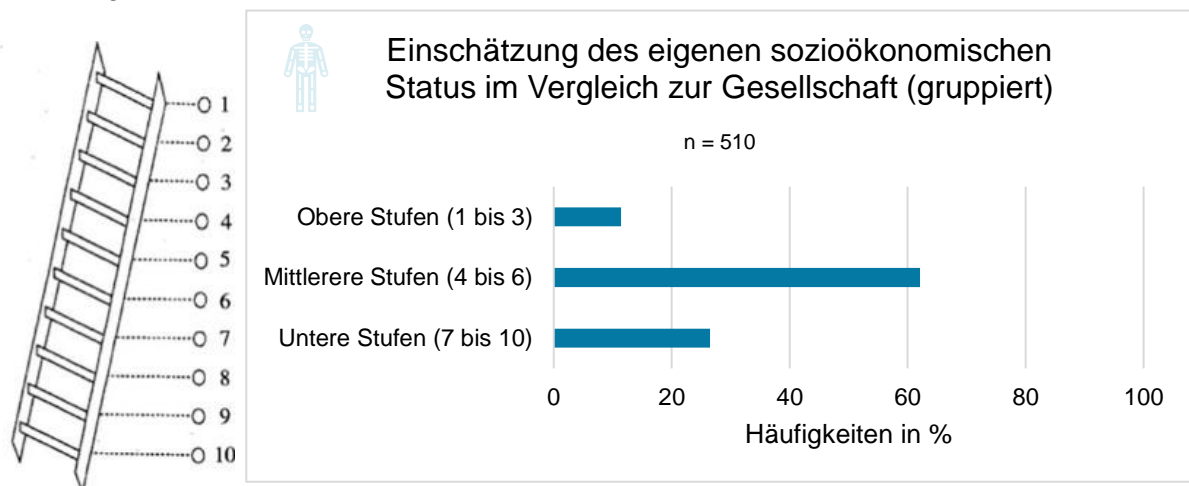
n = 510



Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Physiotherapeuten über alle Berufsformen im Schnitt 25,90 €/h. Im Angestelltenverhältnis beträgt das Nettoeinkommen 24,20 €/h, als ausschließlich freiberuflich tätige oder Selbstständige 24,10 €/h. Eine Darstellung des durchschnittlichen Nettoeinkommens pro Arbeitsstunde der freiberuflich und angestellt tätigen ist aufgrund der geringen Datenmenge nicht möglich. Die folgende Tabelle zeigt das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde in Abhängigkeit der Wochenarbeitszeit.

Wochenarbeitszeit (h)	Alle	Angestellte	Ausschließlich freiberuflich / selbstständig
1 - 10 h	99,4 €/h	76,6 €/h	95,0 €/h
11 - 20 h	24,6 €/h	20,7 €/h	30,1 €/h
21 - 30 h	25,0 €/h	20,4 €/h	28,4 €/h
31 - 39 h	20,1 €/h	15,4 €/h	25,4 €/h
40 h	21,4 €/h	17,0 €/h	25,3 €/h
41 - 50 h	19,6 €/h	13,2 €/h	21,9 €/h
51 + h	17,8 €/h	10,7 €/h	18,6 €/h

Die Einschätzung des eigenen sozioökonomischen Status erfolgte mit einem Leitermodell. Darin befinden sich oben (1) auf der Leiter Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Während im unteren Bereich der Leiter (10) sich Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs (bzw. ohne Job) einordnen. Betrachtet man die gruppierte Selbsteinschätzung der Physiotherapeuten, so zeigt sich die deutliche Mehrheit (62,1 %) im Bereich der mittleren Stufen. 26,5 % der Befragten ordnen sich im Bereich der unteren Stufen, also im Vergleich zur Gesellschaft einem schlechteren sozioökonomischen Status ein. Lediglich 11,4 % schätzen ihren sozioökonomischen Status im Vergleich zur Gesellschaft als besser ein.



4.4.4 Klinisches Setting

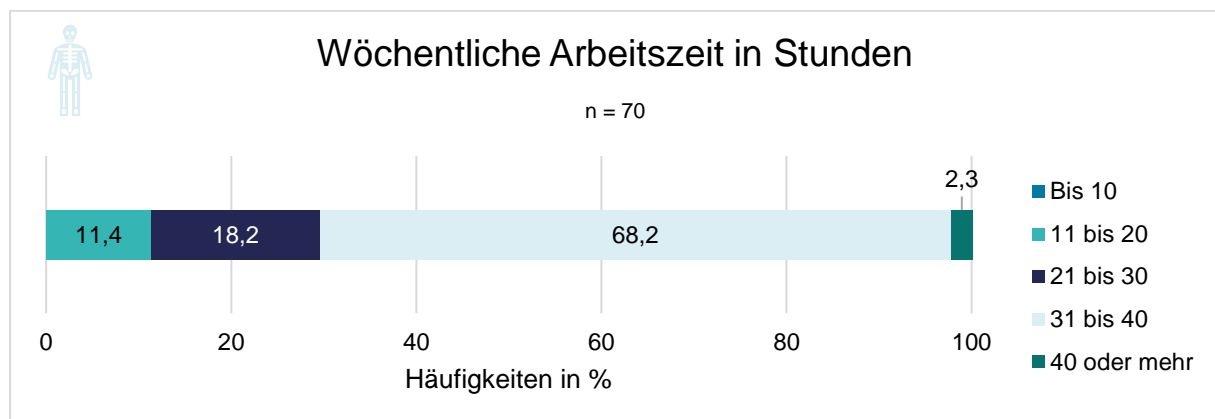
An der Befragung haben sich 70 im klinischen Setting tätige Physiotherapeuten beteiligt. Die folgende Tabelle bildet die Verteilung der Versorgungsstufen der Klinik in der Studienpopulation ab:

Variable	n	%
Versorgungsstufe der Klinik		
Krankenhaus Versorgungsstufe I	7	9,1
Krankenhaus Versorgungsstufe II	4	4,5
Krankenhaus Versorgungsstufe III	3	15,2
Universitätsklinik	17	4,5
Fachkrankenhaus	4	16,7
Rehabilitationsklinik	12	34,8
Überregionaler Klinikverbund	0	1,5
Sonstige	6	13,6
k. A.	17	

Die Standorte der Kliniken verteilen sich zur Hälfte auf Großstädte (45,3 %), zu einem Drittel auf Kleinstädte (30,2 %), und zu 17 % auf Mittelstädte, lediglich 7,5 % befinden sich in ländlichen Gebieten.

Klinisch tätige Physiotherapeuten sind überwiegend in den Abteilungen der Orthopädie (28,6 %) und der Intensivstation (27,1 %), sowie der Chirurgie/Traumatologie (25,7 %) im Einsatz. Etwa 22,9 % arbeiten im Bereich der Inneren Medizin und 21,4 % in der Geriatrie/Gerontologie. Seltener sind Physiotherapeuten in klinischen Abteilungen der Psychiatrie (2,9 %) oder der Beruflichen Wiedereingliederung (4,3 %) vertreten.

Überwiegend (68,2 %) arbeiten Physiotherapeuten in der Klinik zwischen mit 31 bis 40 Wochenstunden, 18,2 % der Befragten arbeiten 21 bis 30 Stunden und 11,4 % haben eine vertraglich geregelte Arbeitszeit von 11 bis 20 Stunden. Nur 2,3 % der Befragten arbeiten 40 oder mehr Wochenstunden in der Klinik. Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit geben die Befragten am Häufigsten familiäre Verpflichtungen (36,8 %) an. Des Weiteren haben 21,1 % angegeben Teilzeit zu arbeiten, da ihnen Erholungsphasen wichtig seien, da die Arbeit als Physiotherapeut sie sehr fordere.



Die Hälfte der befragten Physiotherapeuten wird selten gebeten Überstunden zu machen: Je ein Drittel (30,2 %) wird einmal in sechs Monaten bzw. manchmal einmal pro Monat (28,3 %) gebeten Überstunden zu machen. 15,1 % der Befragten werden einmal pro Woche und 5,7 % sogar mehrmals pro Woche gebeten Überstunden zu machen. Rufbereitschaften sind mit 7,5 % eher selten. Häufiger sind Wochenend- und Feiertagsdienste mit jeweils 54,3 % bzw. 52,9 %. 20 % leisten keine Wochenend- und Feiertagsdienste.

Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl und der zeitliche Umfang von Therapieeinheiten, die Physiotherapeuten im klinischen Setting durchgeführt haben, unterteilt nach verschiedenen Therapiesettings (Einzel-, Co-Therapie-, Gruppen-Setting und Diagnostik) beschrieben.

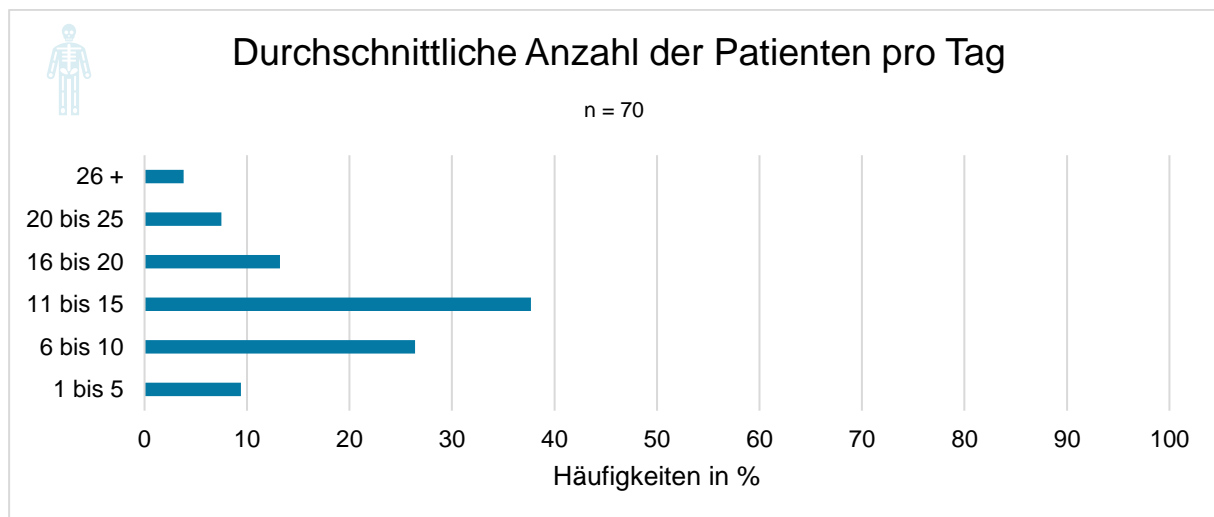
Am häufigsten wurden Therapien im Einzel-Setting mit einem Medianwert von 146 Therapieeinheiten (IQR: 62,5; 240) pro Monat durchgeführt. Die Mehrheit der Befragten (85,7 %) gab an, mehr als 21 Therapien im Einzel-Setting durchzuführen. Der zeitliche Umfang betrug im Median 63 Stunden (IQR: 11; 100).

Im Co-Therapie-Setting wurden durchschnittlich acht Therapieeinheiten (Median; IQR: 3; 28) pro Monat, mit einem zeitlichen Umfang von vier Stunden (Median; IQR: 1,5; 10) durchgeführt.

Im Gruppen-Setting wurden durchschnittlich 14 Therapieeinheiten (Median; IQR: 4; 46,5) pro Monat, mit einem zeitlichen Umfang von 3,4 Stunden (Median; IQR: 1,6; 19,5) durchgeführt.

Vergleichbar ist die Aufwendung für Diagnostik mit einem Medianwert von 18 Einheiten pro Monat (IQR: 9; 20) und einem zeitlichen Umfang von 10 Stunden (IQR: 8; 16).

Durchschnittlich behandeln Physiotherapeuten im klinischen Setting 13 Patienten pro Tag (Median; IQR: 8; 15). 37,7 % behandeln zwischen 11 und 15 Patienten pro Tag. Etwa ein Viertel (26,4 %) behandelt 6 bis 10 Patienten, während 13,2 % der Befragten 16 bis 20 Patienten pro Tag behandeln.



Neben den Angaben zu den eigentlichen Therapien, sollten die Physiotherapeuten aufzählen, welche zusätzlichen Tätigkeiten sie durchführen und wie viel Prozent ihrer wöchentlichen Arbeitszeit diese Tätigkeiten einnehmen.

Die häufigsten zusätzlichen Tätigkeiten im klinischen Setting mit jeweils durchschnittlich 10 % der wöchentlichen Arbeitszeit sind Verwaltungsaufgaben (Median; IQR: 5; 20) und die Anleitung von Lernenden der Physiotherapie (Median; IQR: 4,5; 11,5). Jeweils 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median) beanspruchen: Teambesprechungen (IQR: 4; 10), Hilfsmittel organisieren bzw. anpassen (IQR: 2; 10) und Logistische Arbeiten (IQR: 2; 5). Einen geringen Anteil an der wöchentlichen Arbeitszeit mit jeweils 2 % (Median) nehmen hingegen Fortbildungen (IQR: 1; 5) und Qualitätsmanagement (IQR: 1; 5) ein.

Mehr als die Hälfte der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Physiotherapieschüler von einer kooperierenden Berufsfachschule im Praktikum (57,3 %) betreut. Im Durchschnitt wurden zwei Praktikanten (Median; IQR: 0; 11,5) betreut. Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Kapazitäten, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden (11,4 %), keine Anfrage(n) von Lernenden der Physiotherapie (8,6 %) und ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Lernenden der Physiotherapie (5,6 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: eine gesonderte Vergütung für die Praxisanleitung erhöht werden (20 %), die jährlichen Fortbildungen durch den Arbeitgeber finanziert werden (18,6 %), sowie mehr organisatorische und fachliche Unterstützung durch die Berufsfachschulen geleistet werden (14,3 %).

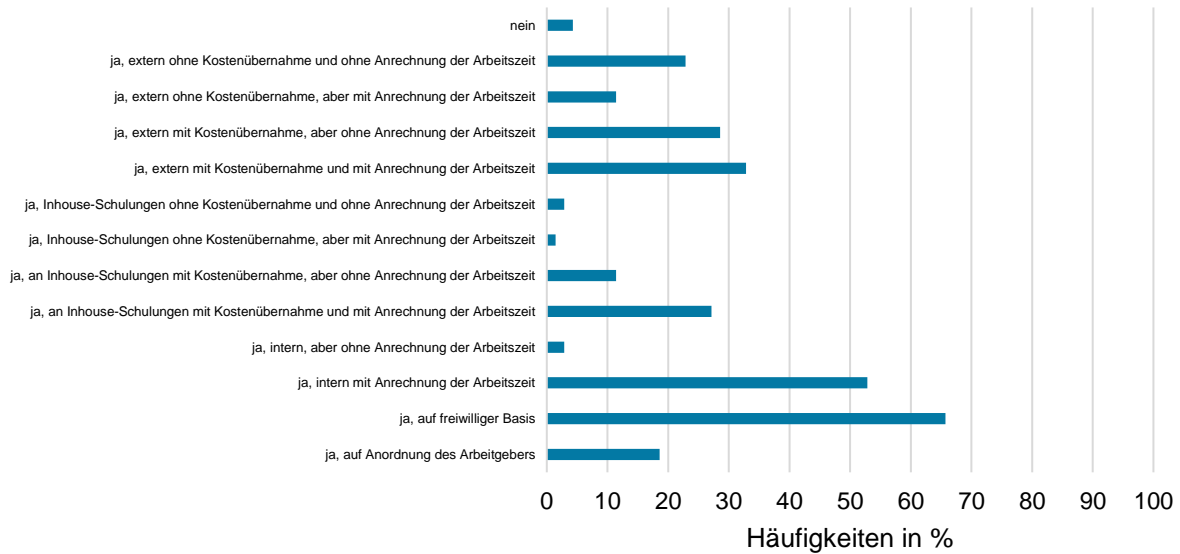
82,7 % der Befragten Physiotherapeuten haben im Jahr 2022 keinen Studierenden der Physiotherapie von einer kooperierenden Universität/Hochschule in der praktischen Studienphase betreut. Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Anfrage(n) von Studierenden der Physiotherapie (37,1 %) und keine Kapazitäten (18,6 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: eine gesonderte Vergütung für die Praxisanleitung erhöht werden (24,3 %), die jährlichen Fortbildungen als Arbeitszeit angerechnet werden (17,1 %) und die Fortbildungsangebote für Physiotherapeuten erhöht werden (17,1 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (65,7 %) in Anspruch genommen, während 18,6 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (52,9 %). Aber auch externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme werden von etwa einem Drittel mit Anrechnung der Arbeitszeit (32,9 %) bzw. ohne Anrechnung der Arbeitszeit (28,6 %) besucht.



Möglichkeit zu regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen

n = 70; Mehrfachantworten möglich



4.4.5 Ambulantes Setting

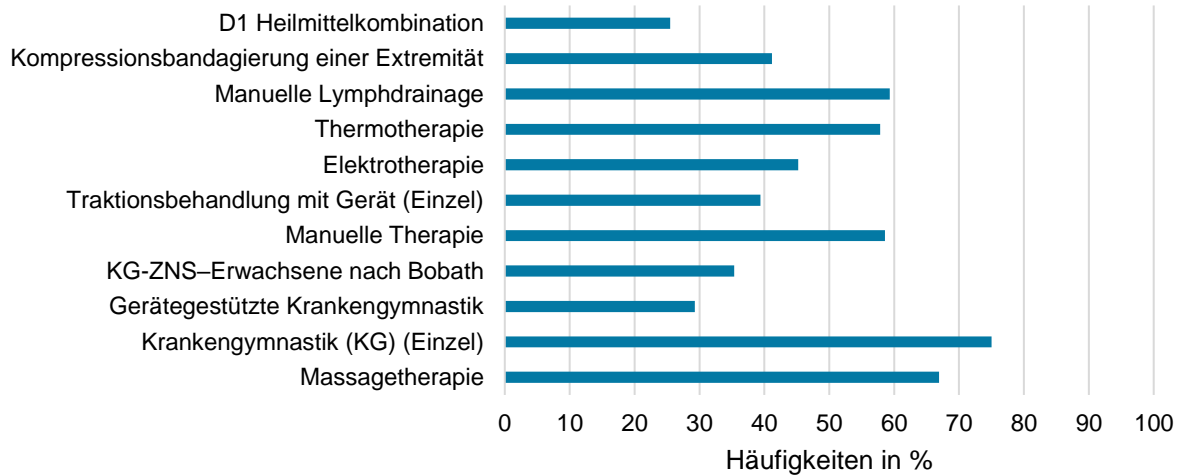
An der Befragung haben sich 396 im ambulanten Setting tätige Physiotherapeuten beteiligt. Folgend wird ein Überblick über die verschiedenen physiotherapeutischen Therapieformen, medizinischen Fachbereiche, Behandlungssettings sowie die Häufigkeit der angebotenen Leistungen im Jahr 2022, basierend auf dem Heilmittelkatalog nach § 125 Abs. 1 SGB V gegeben.

Die am Häufigsten angebotene Therapieform ist mit 75 % Krankengymnastik (KG) (Einzel), gefolgt von der Massagetherapie (66,9 %). Die manuelle Lymphdrainage (59,3 %) und Manuelle Therapie (58,6 %) sind ebenfalls häufig angewendete Therapiemaßnahmen. Therapieergänzende Maßnahmen, wie Thermotherapie, wurden bei 57,8 % der Behandlungsangebote angewendet. Die Elektrotherapie finden 45,2 % der angebotenen Maßnahmen Anwendung.



Häufigste angebotene physiotherapeutische Maßnahmen

n = 396; Mehrfachantworten möglich

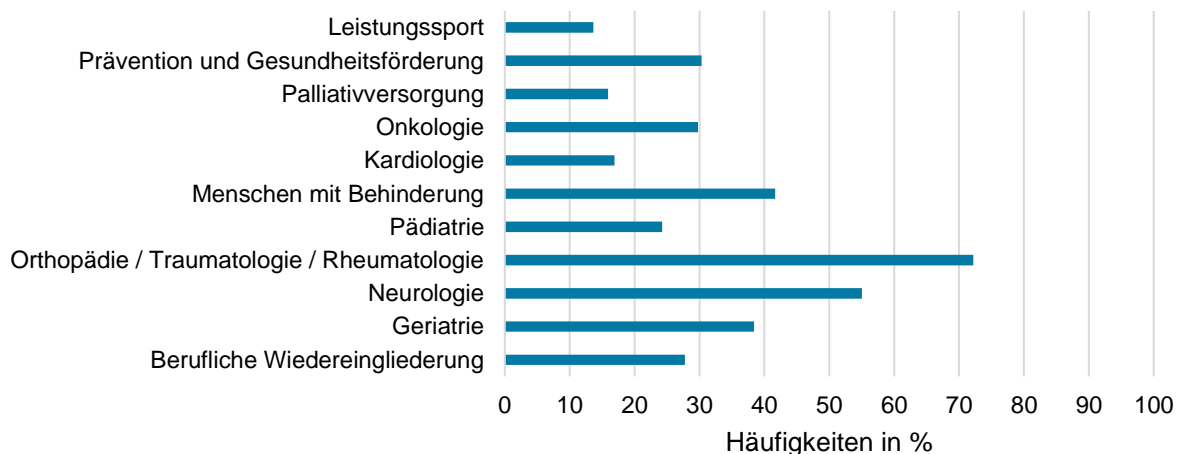


Bezüglich der Fachbereiche entfiel der größte Anteil der Behandlungen auf die Orthopädie / Traumatologie / Rheumatologie (72,2 %). Weitere häufige Fachbereiche waren die Neurologie (55,1 %), die Arbeit mit Menschen mit Behinderung (41,7 %) und die Geriatrie (38,4 %). Weniger häufig vertreten sind die Fachbereiche Wellnessanlagen/Hotels (2,3 %) und Betriebs-sport (3,5 %).



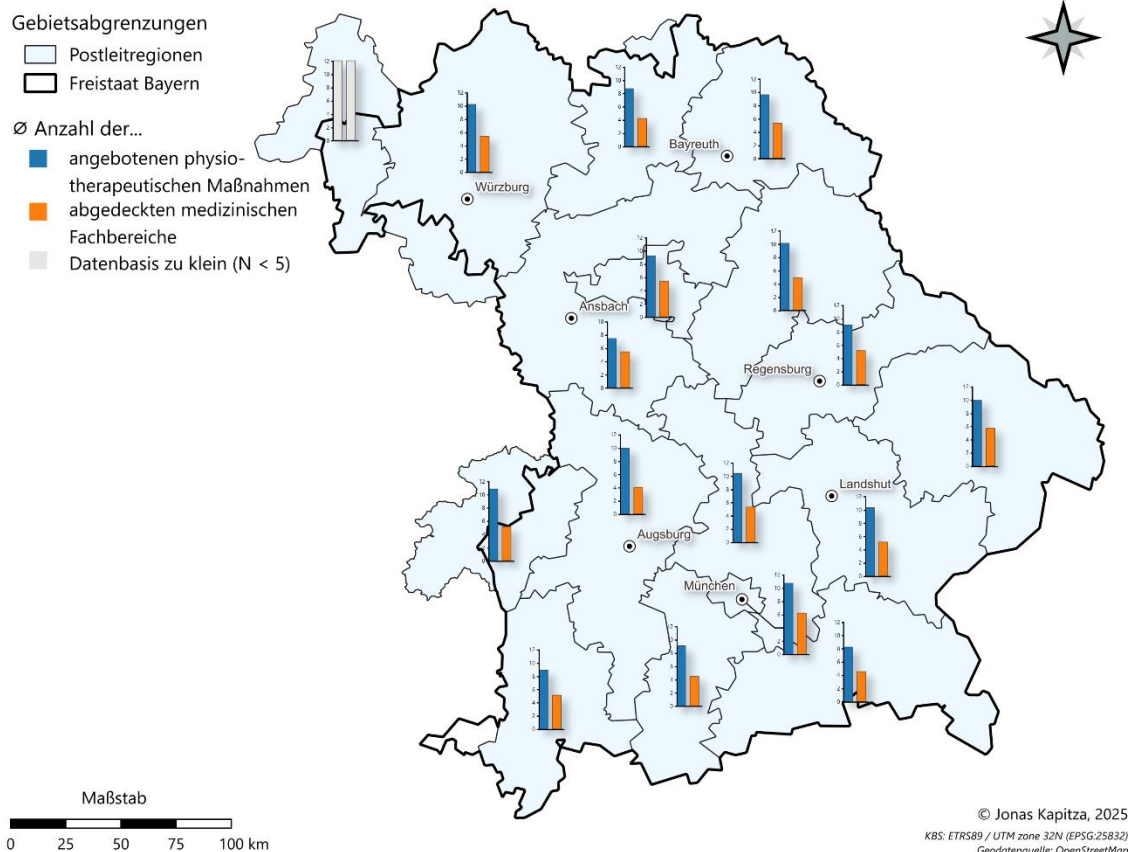
Häufigste medizinische Fachbereiche

n = 396; Mehrfachantworten möglich

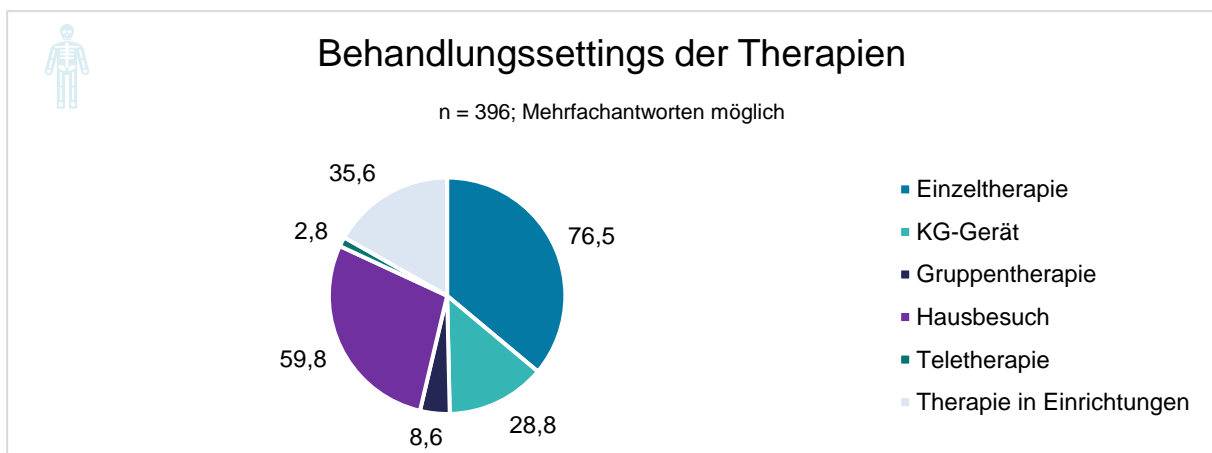


Die Verteilung der durchschnittlichen Anzahl im Jahr 2022 angebotener physiotherapeutischer Maßnahmen und medizinischer Fachbereiche gestaltet sich recht ähnlich innerhalb Bayerns. Die Postleitregionen mit der größten Anzahl an verschiedenen physiotherapeutischen Maßnahmen sind PLZ 81 mit durchschnittlich 11,2 Maßnahmen und PLZ 89 mit 10,8 Maßnahmen.

Am wenigsten physiotherapeutische Maßnahmen werden in PLZ 91 (7,4) und 83 (8,2) angeboten. Am meisten medizinische Fachbereiche werden in PLZ 80 (6,3) und 81 (6) abgedeckt. Am wenigsten medizinische Fachbereiche werden in PLZ 86 (4) und 96 (4,2) abgedeckt.

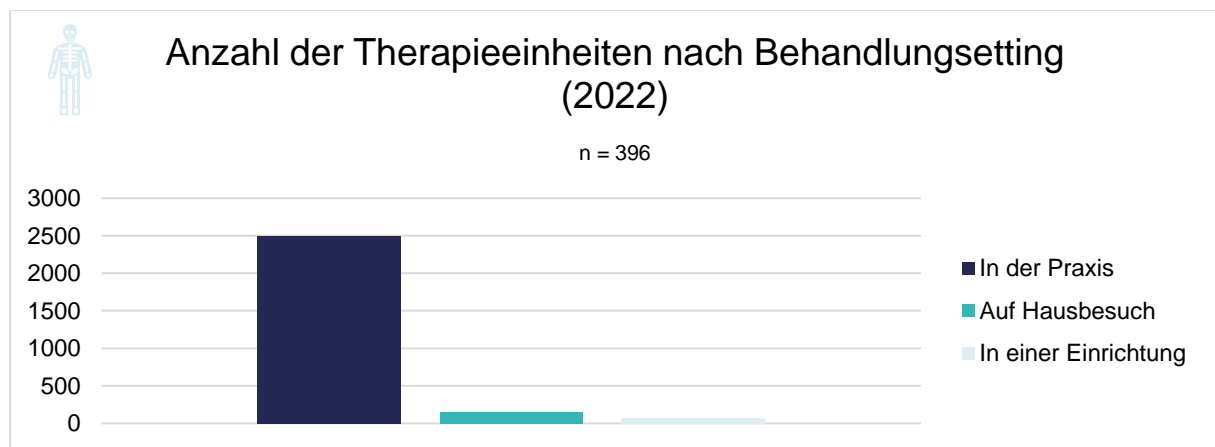


Die überwiegende Mehrheit der Therapien wurde in Form von Einzeltherapien durchgeführt (76,5 %). Hausbesuche fanden bei 59,8 % der Behandlungsangebote statt, während Gruppentherapien (8,6 %) und Teletherapien (2,8 %) seltener angewendet wurden. Therapien in Einrichtungen (z. B. Pflegeheimen) wurden von 35,6 % der Befragten durchgeführt. Ein Drittel der Befragten (28,8 %) bietet KG-Gerät an.



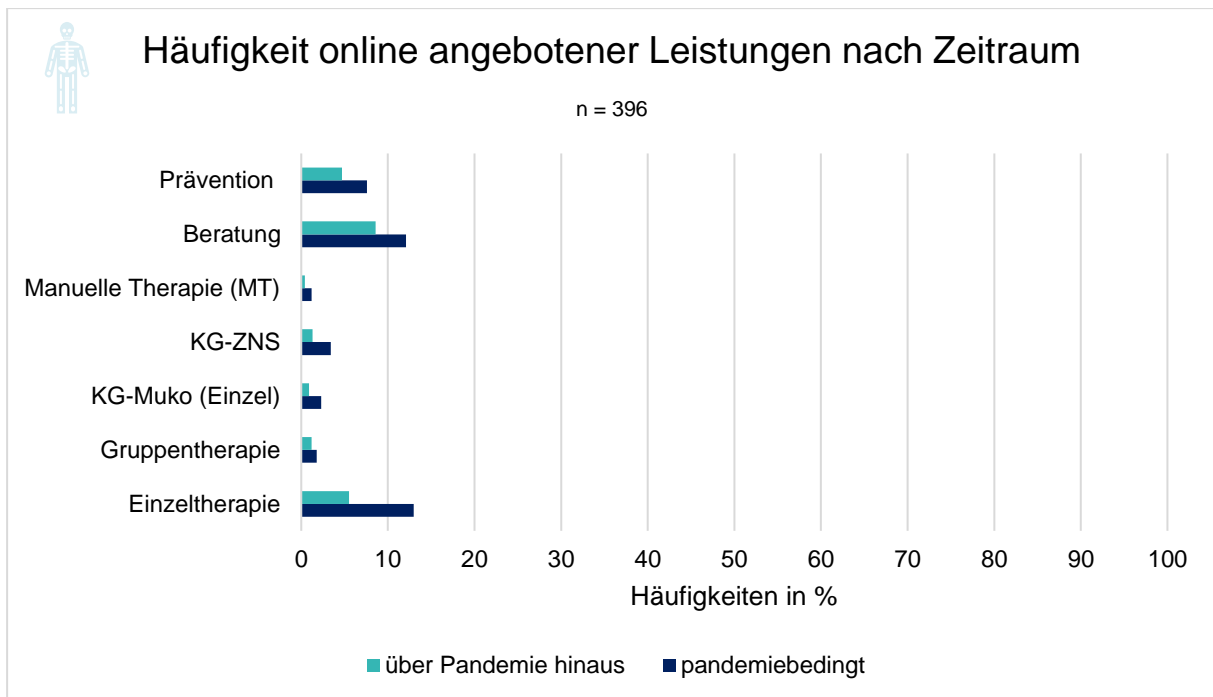
Die meisten Physiotherapeuten gaben an, dass ihre Leistungen im gesamten Jahr 2022 erbracht wurden (95,5 %). Durchschnittlich behandeln Physiotherapeuten im ambulanten Bereich 16 Patienten (Median; IQR = 10; 20) pro Tag. Ein Drittel (32,4 %) behandelt zwischen 16 und 20 Patienten pro Tag. 21 % der Befragten behandeln 11 bis 15 Patienten.

Im Folgenden wird ein detaillierter Überblick über die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten nach Behandlungssetting pro Jahr gegeben. Die meisten Therapien (Median: 2500; IQR: 570; 5000) fanden im Jahr 2022 in der Praxis statt. Seltener wurden Behandlungen im Hausbesuch (Median: 150; IQR: 60; 500) oder in einer Einrichtung (Median: 70; IQR: 20; 245) durchgeführt. Teletherapie findet praktisch keine Anwendung.

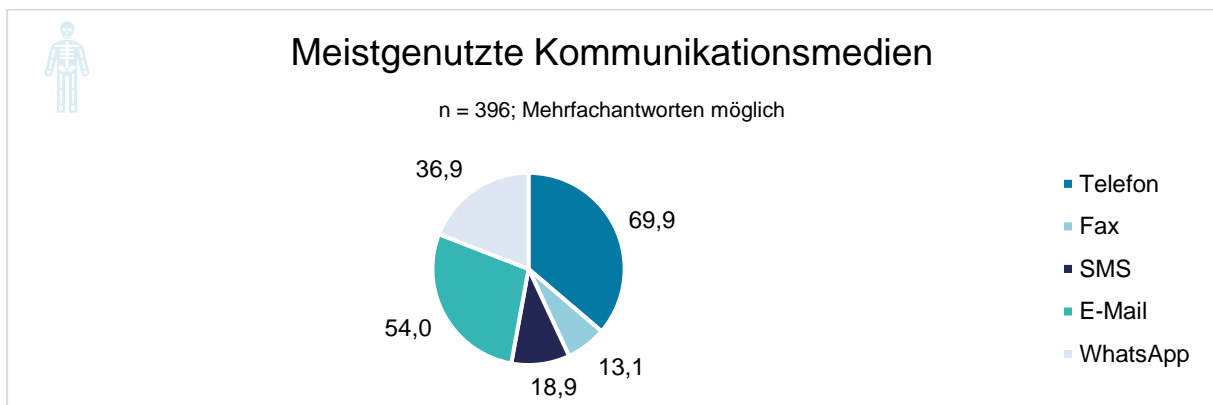


Die folgende Abbildung zeigt verschiedene online angebotene Leistung mit der Unterscheidung nach dem Zeitraum des Angebots (pandemiebedingt in den Jahren 2020-2022 oder über diesen Zeitraum hinaus).

Die Mehrheit der Befragten bietet keine physiotherapeutischen Leistungen online an. Die digitalen Leistungen wurden, wenn überhaupt, pandemiebedingt vermehrt online angeboten und selten über diesen Zeitraum hinaus genutzt. Die häufigsten online angebotenen Leistungen waren pandemiebedingt die Einzeltherapie (13 %), die Beratung (12,1 %) und die Prävention (7,6 %). Durchschnittlich wurden im Jahr 2022 fünf Patienten (Median; IQR: 3,5; 11) über Teletherapie von den Teilnehmenden betreut.



Die meistgenutzten Kommunikationsmedien für Physiotherapeuten sind mit Abstand das Telefon (69,9 %) und E-Mail (54 %). 36,9 % der Befragten nutzten regelmäßig WhatsApp oder SMS (18,9 %) um mit ihren Patienten in Kontakt zu treten. 20 % treten per SMS mit ihren Patienten in Kontakt. Seltener werden zertifizierte Tools, welche von der Arbeitsstelle zur Verfügung gestellt werden (4 %) oder der Postweg (0 %) genutzt.

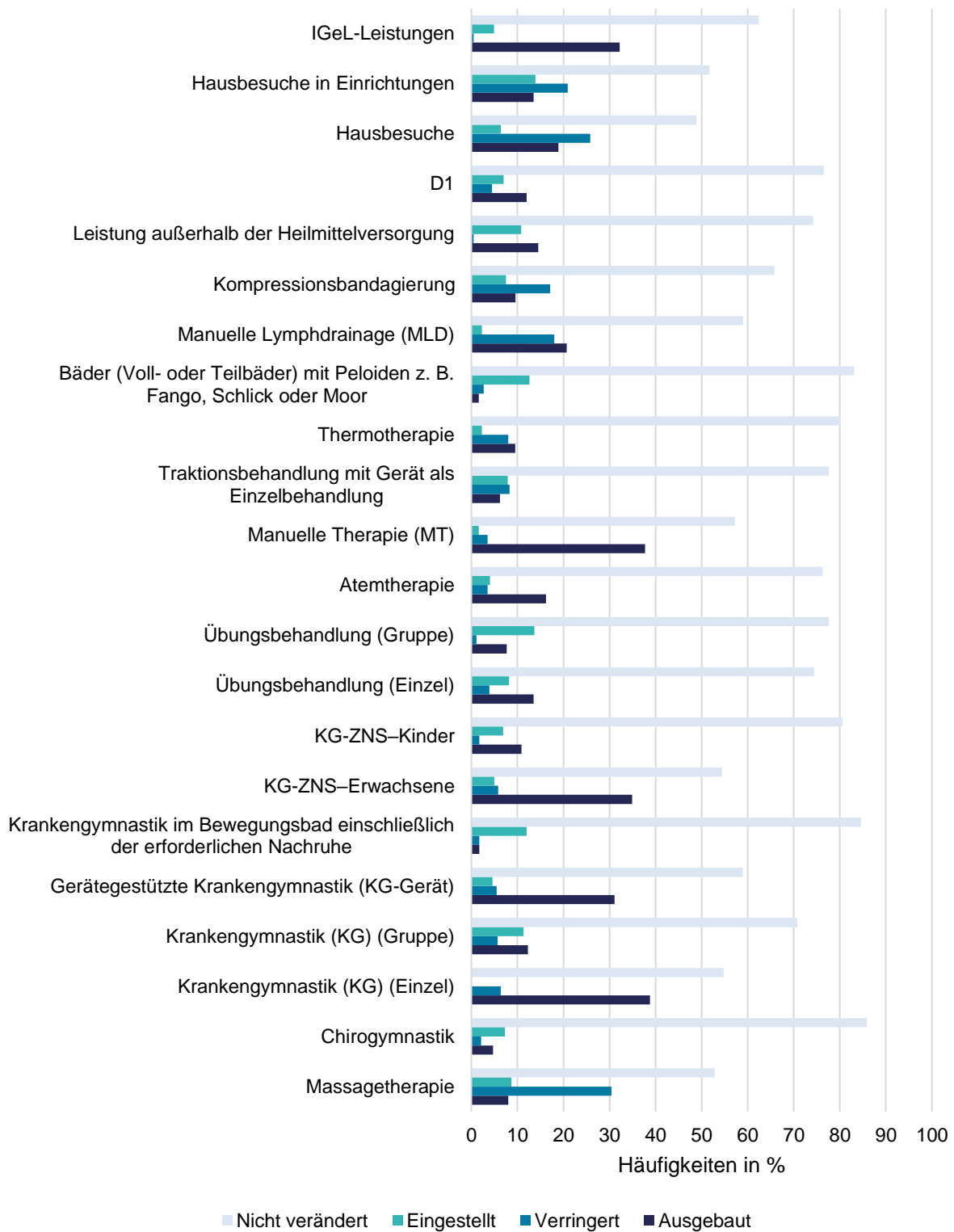


Weiter wurde erfragt, inwiefern sich das physiotherapeutische Leistungsangebot seit 2017 verändert hat. In den meisten Bereichen sind die Leistungen unverändert geblieben. Die Bereiche mit den größten Anteilen an Ausbau waren die Krankengymnastik (KG) (Einzel) (38,8 %), die Manuelle Therapie (37,7 %) und KG-ZNS-Erwachsene (34,9 %). Die Massagetherapie wurde von 30,4 % der Befragten verringert. Ebenso wurden Hausbesuche bzw. Hausbesuche in Einrichtungen von einem Viertel (25,8 %) bzw. einem Fünftel (20,9 %) der Befragten verringert. 13,9 % gaben sogar an Hausbesuche in Einrichtungen komplett eingestellt zu haben.



Häufigkeit der Veränderung nach angebotener Leistungsart (seit 2017)

n = 396



Die folgende Tabelle zeigt das Angebot von Leistungen, die nicht im Vergütungsverzeichnis abgebildet werden bzw. privat abgerechnet werden, in der Physiotherapie. Häufig angebotene Selbstzahlerleistungen sind Taping (30,6 %) und Wellnessmassagen (22 %).

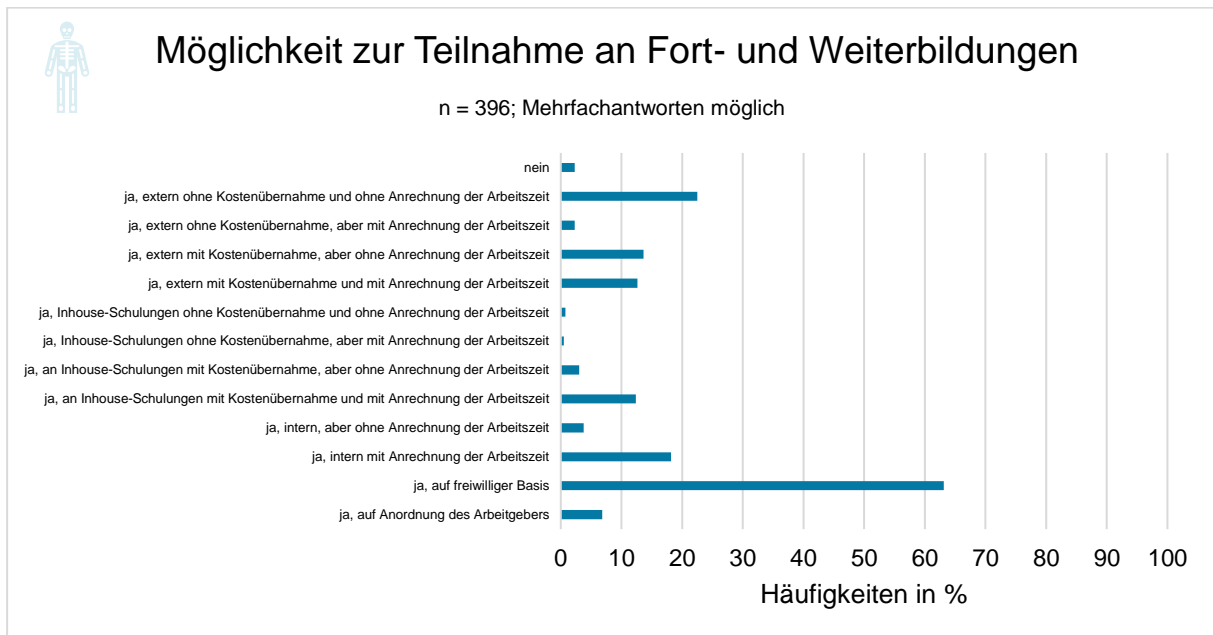
Variable	n	%
Angebotene Selbstzahlerleistungen*		
Präventionskurse	40	10,1
Sektoraler Heilpraktiker	71	17,9
Taping	121	30,6
Wellnessmassagen	87	22,0
Fußreflexzonenmassage	66	16,7
Coachings und/oder Trainings	31	7,8
Heilpraktiker Leistungen	32	8,1
Sportangebote	43	10,9
Sonstige	33	8,3
Nein	127	32,1
k. A.	192	

Die zeitintensivsten zusätzlichen Tätigkeiten im ambulanten Setting sind mit durchschnittlich 10 % (Median) der wöchentlichen Arbeitszeit Verwaltungsaufgaben (IQR: 5; 20). Jeweils 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median) machen Teambesprechungen (IQR: 2; 5), die Anleitung von Lernenden der Physiotherapie (IQR: 2; 10), die Fahrzeiten zu Hausbesuchen (IQR: 2; 10), logistische Arbeiten (IQR: 2; 5), Heilmittelverordnungen (IQR: 3; 10) und Reinigungsarbeiten (IQR: 2; 5) aus.

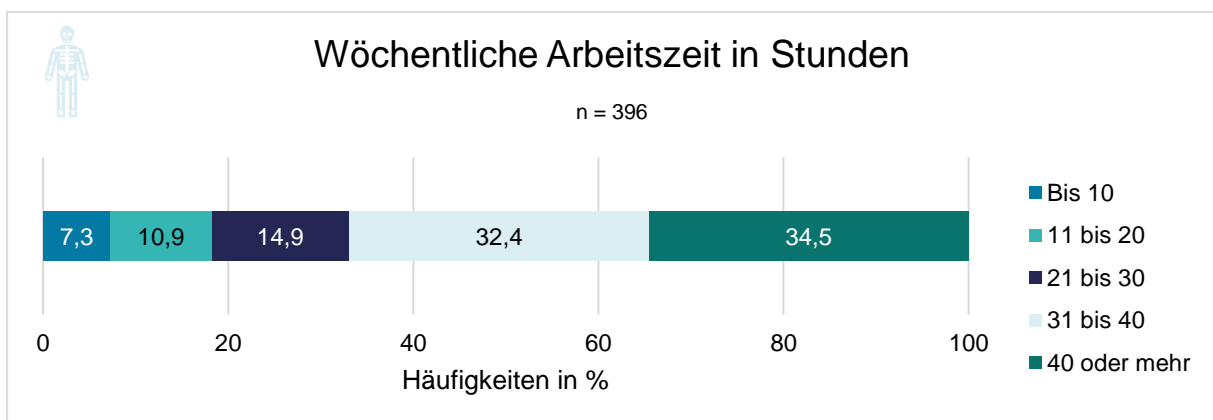
Etwa ein Sechstel der Befragten (15,9 %) hat im Jahr 2022 mindestens einen Physiotherapieschüler aus kooperierenden Berufsfachschulen im Praktikum betreut. Im Durchschnitt wurden fünf Praktikanten (Median; IQR: 1; 4) betreut. Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Anfrage(n) von Lernenden der Physiotherapie (39,6 %) und fehlende Kapazitäten von Seiten der Einrichtung (22,5 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müsste die Vergütung für die Praxisanleitung erhöht werden (27,8 %) und mehr organisatorische und fachliche Unterstützung durch die Berufsfachschulen erfolgen (15,7 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (63,1 %) in Anspruch genommen, während 6,8 % sich auf Anordnung des Arbeitsgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (18,2 %), nur sehr selten ohne Anrechnung der Arbeitszeit (3,8 %). Aber auch externe Fort- und Weiterbildungen werden häufig besucht, jedoch von 22,5 % der Befragten ohne Kostenübernahme und ohne Anrech-

nung der Arbeitszeit. 12,6 % der Befragten besuchen externe Fortbildungen mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit, während 13,6 % dieser Fortbildungen ohne Anrechnung der Arbeitszeit erfolgen.



Ambulant tätige Physiotherapeuten arbeiten zu je einem Drittel mehr als 41 Stunden pro Woche (34,5 %), 31 bis 40 Wochenstunden (32,4 %) oder mit einer geringeren Wochenstundenzahl (14,9 %: 21 bis 30 Stunden, 10,9 %: 11 bis 20 Stunden, 7,3 %: bis 10 Stunden). Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit werden familiäre Verpflichtungen (31,4 %) genannt. Des Weiteren arbeiten 14,6 % auch in einem anderen Tätigkeitsbereich der Physiotherapie bzw. einer weiteren, anderen Tätigkeit (10,2 %). 9,5 % der Befragten haben angegeben Teilzeit zu arbeiten, da ihnen Erholungsphasen wichtig seien, da die Arbeit als Physiotherapeut sie sehr fordere.

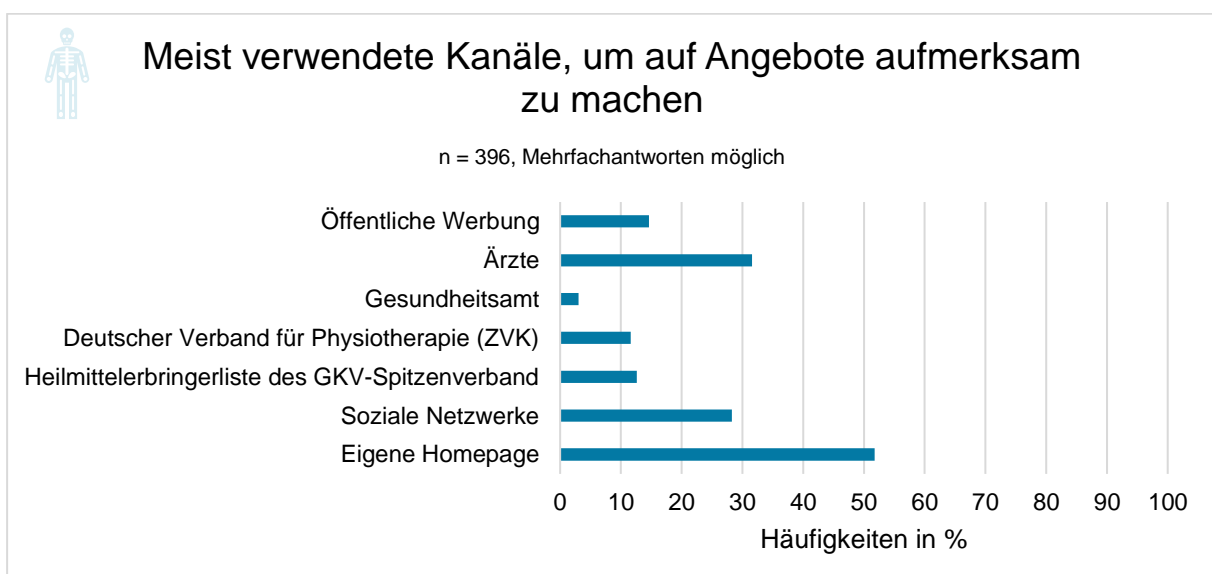


Physiotherapeuten im ambulanten Setting sind überwiegend selbständig als Praxisinhaber mit Angestellten (63,4 %). Ein Drittel der Befragten (29,1 %) ist angestellt. Lediglich 3,9 % arbeiten ausschließlich als freie Mitarbeiter. 3,6 % sind sowohl angestellt als auch als freie Mitarbeiter

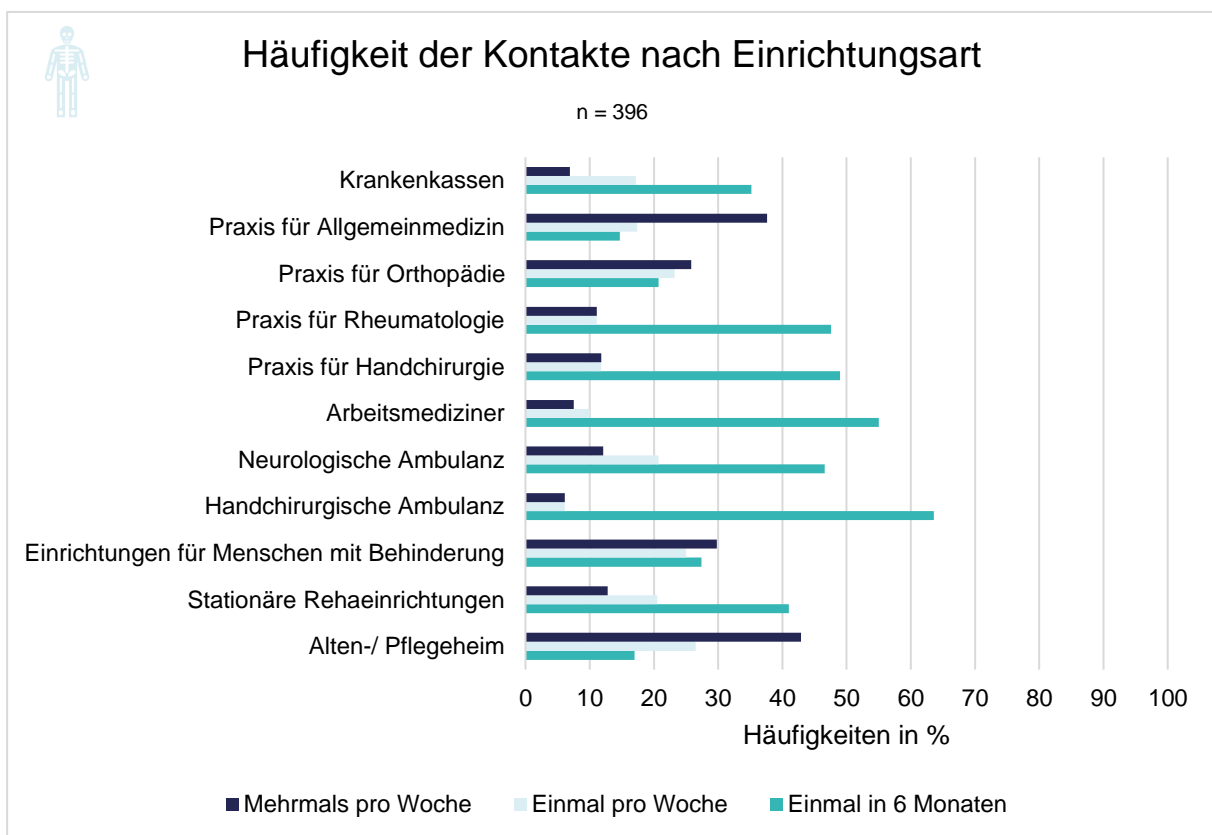
tätig. Die Organisationsformen der selbständigen Physiotherapeuten sind Praxisinhaber (mit Angestellten) (64,5 %) oder Einzelpersonen (25,9 %). Durchschnittlich haben sie vier Physiotherapeuten (Median; IQR: 2;7) angestellt, in Voll- und Teilzeit gleichermaßen, sowie durchschnittlich 27,5 weitere Mitarbeiter (Median; IQR: 10; 42). 69,3 % verfügen über eine zusätzliche Verwaltungs- oder Rezeptionskraft in ihrer Einrichtung.

Die Hälfte der Befragten gibt an, keine geregelte Urlaubsvertretung zu haben (50,8 %), während 36,9 % durch das Team oder durch Kollegen (11,7 %) vertreten werden. Durchschnittlich werden 25 Tage pro Jahr Urlaub genommen (Median; IQR: 20; 30). Fast die Hälfte der Befragten (46,9 %) nimmt nie die Vertretung durch einen anderen Physiotherapeuten in Anspruch. 31,7 % lassen sich 1-3-mal pro Jahr vertreten und 15,2 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr. Die Frage nach der Schwierigkeit eine kurze oder längere Vertretung zu finden, gestaltet sich problematisch: 30,1 % der Befragten fanden es nicht schwierig eine kurze Vertretung zu finden (sehr einfach: 11,4 %; eher einfach: 18,7 %), während 52,4 % durchaus Probleme damit hatten (eher schwer: 12 %; sehr schwer: 16,9 %; unmöglich: 23,5 %). Noch schwieriger gestaltet sich die Suche nach einer längeren Vertretung: 20,7 % der Befragten fanden es nicht schwierig eine längere Vertretung zu finden (sehr einfach: 5 %; eher einfach: 9,3 %), während 70,2 % der Befragten Schwierigkeiten damit hatten (eher schwer: 22,4 %; sehr schwer: 17,4 %; unmöglich: 30,4 %). 35,6 % der Befragten geben an, keinen Bedarf nach zusätzlicher Entlastung zu haben, während ein Drittel (31,4 %) 1-3-mal pro Jahr und 17,5 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr den Bedarf nach einer zusätzlichen Entlastung bzw. Vertretung haben.

Soziale Medien nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, um auf Angebote aufmerksam zu machen. Häufig genutzte Kanäle und Medien sind: eine eigene Homepage (51,8 %), Ärzte (31,6 %) und soziale Netzwerke, wie Facebook, Instagram, Youtube (28,3 %). 16,4 % der Befragten machen gar nicht auf ihre Angebote aufmerksam.

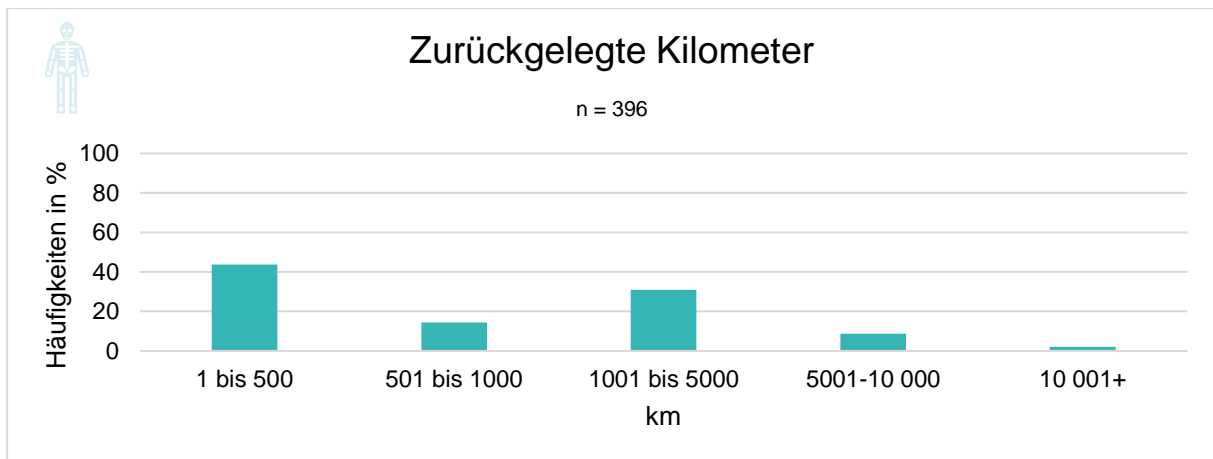


Im Folgenden wird auf die häufigsten Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen ambulant tätiger Physiotherapeuten eingegangen. Die häufigsten Kontakte, mit denen Physiotherapeuten mehrmals pro Woche im Austausch stehen, sind: Alten-/ Pflegeheime (42,9 %), Praxis für Allgemeinmedizin (37,6 %) und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (29,8 %). Wöchentliche Kontakte beschreiben Physiotherapeuten mit folgenden Einrichtungen: Alten-/ Pflegeheimen (26,5 %), Einrichtungen für Menschen mit Behinderung (25 %) und Praxis für Orthopädie (23,2 %). Die häufigsten halbjährlichen Kontakte sind: Handchirurgische Ambulanz (63,6 %), Arbeitsmediziner (55 %), Praxis für Handchirurgie (49 %), Praxis für Rheumatologie (47,6 %) und Neurologische Ambulanz (46,6 %).

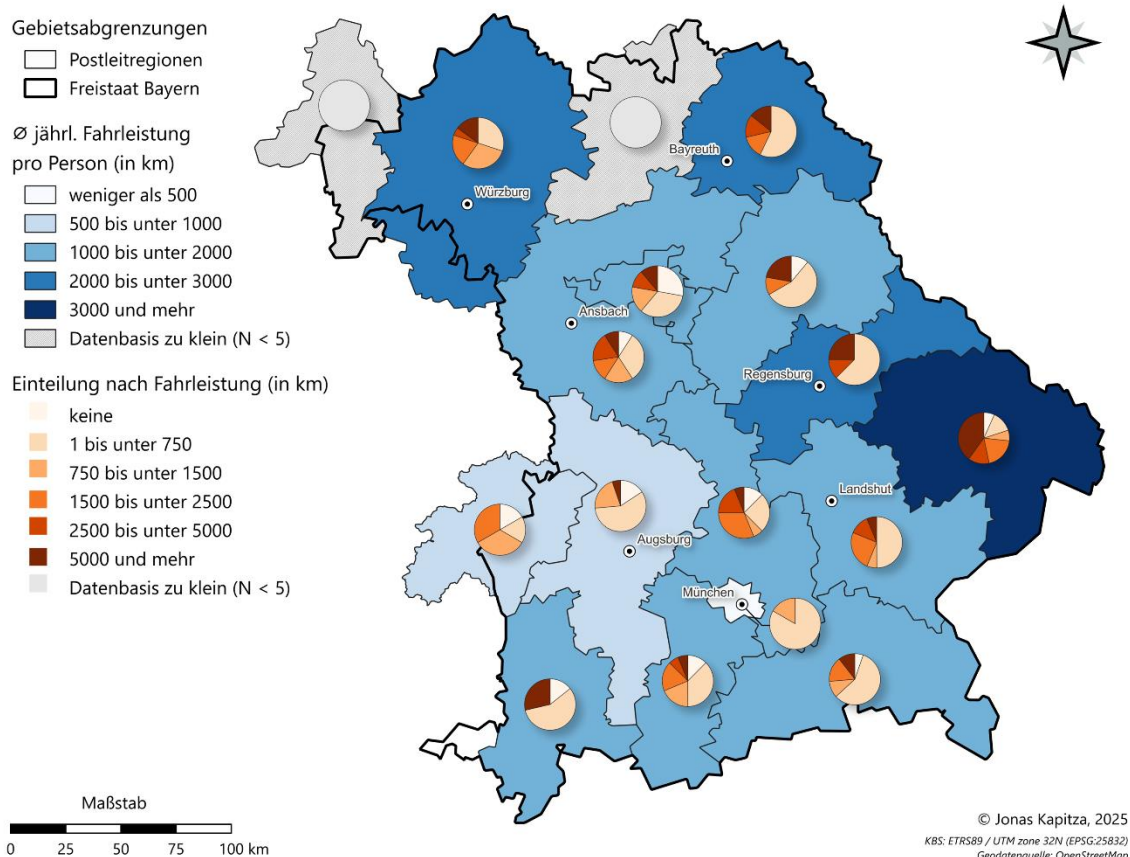


Die regionalen und strukturellen Bedingungen für die Durchführung von Leistungen zeigen Unterschiede in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten und die zurückgelegten Fahrdistanzen. Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, in denen die angebotenen Leistungen stattfinden, zeigen sich folgende Verteilungen: 17,2 % der Leistungen werden in Großstädten erbracht, 21,7 % in Mittelstädten, 36,2 % in Kleinstädten und 24,9 % in ländlichen Gebieten.

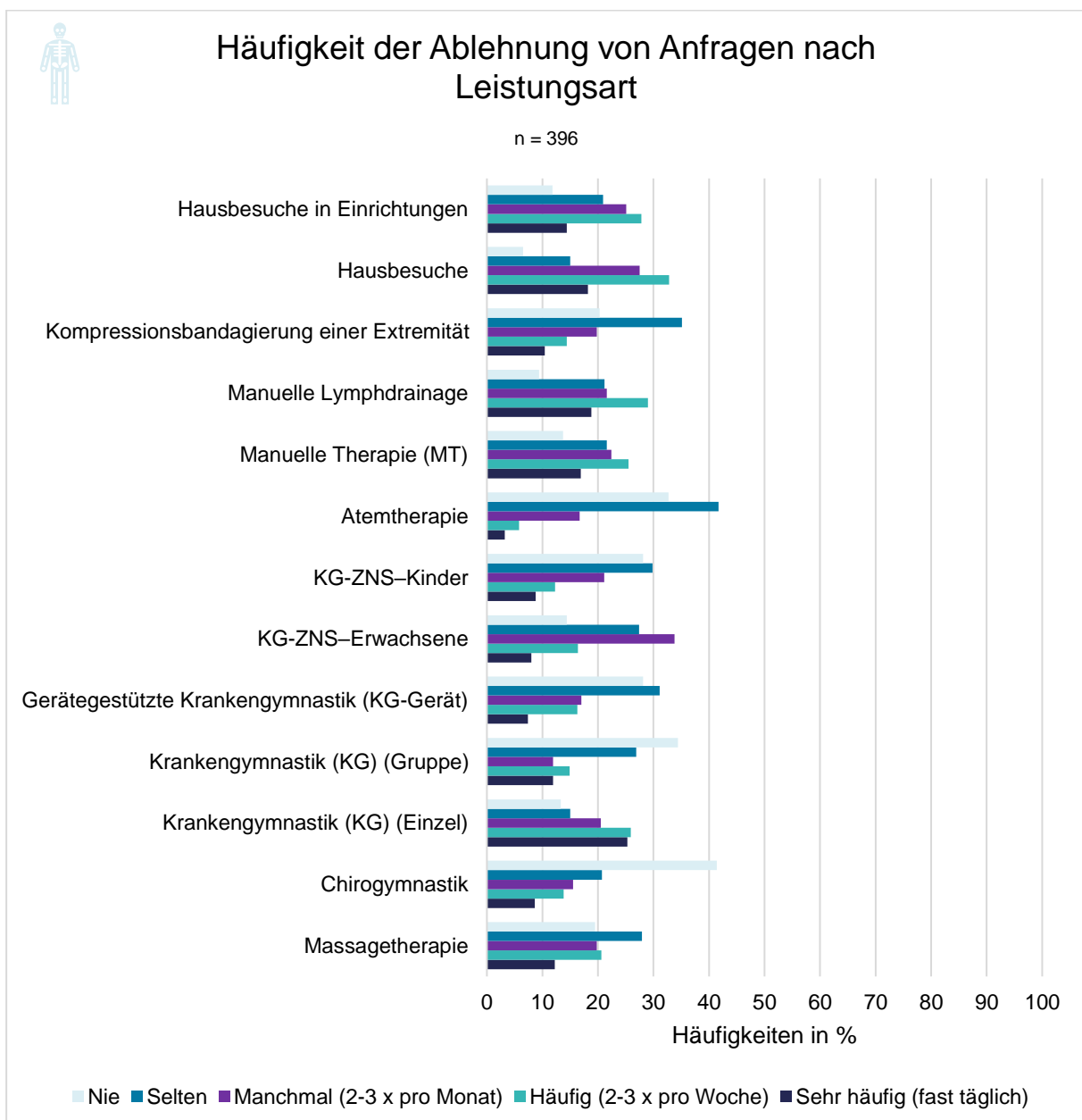
Die beruflich zurückgelegten Kilometer zu Erfüllung der Hausbesuche zeigen eine breite Streuung. Der Mittelwert der zurückgelegten Kilometer im Jahr 2022 beträgt 1947,2 km, mit einer Standardabweichung von 2785 km. Der Median liegt bei 800 km (IQR: 243,2; 2000). 43,8 % der Teilnehmer haben 1 bis 500 km zurückgelegt, während ein Drittel der Teilnehmer (30,9 %) 1001 bis 5000 km zurücklegte.



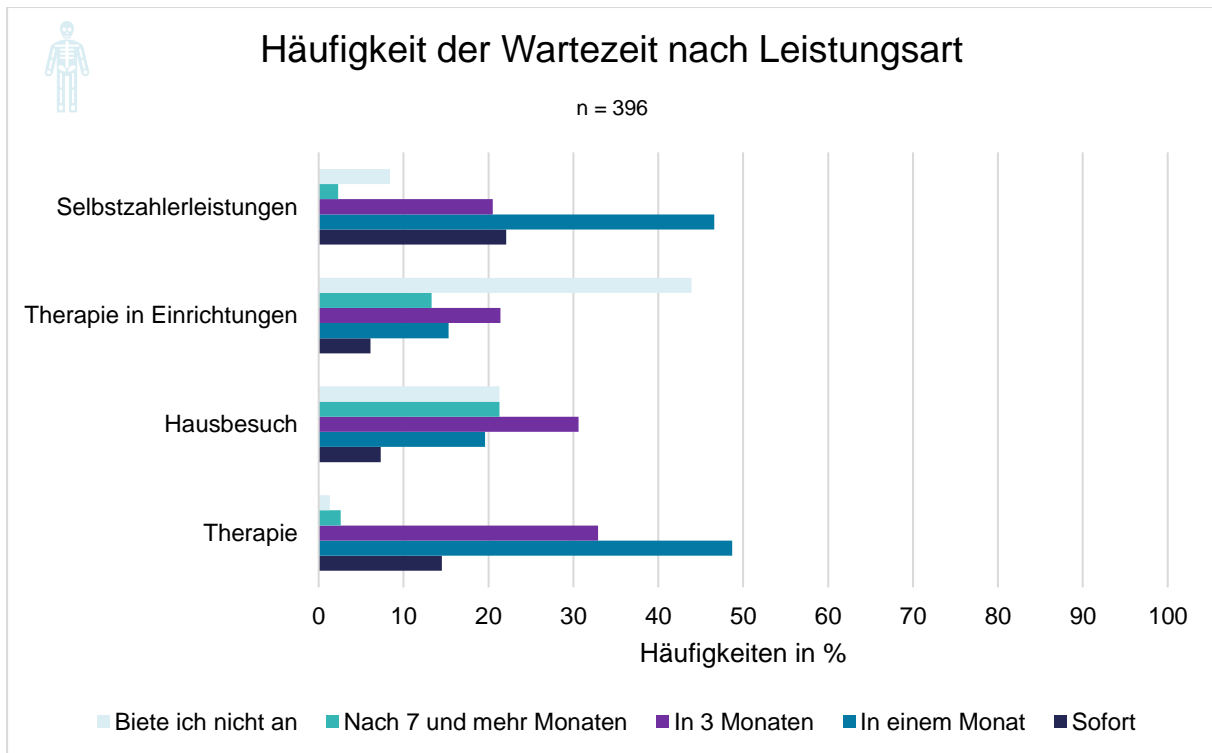
Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der durchschnittlichen jährlichen Fahrleistung pro (ambulant tätigem) Physiotherapeuten in ganz Bayern. Die durchschnittliche, jährliche Fahrleistung variiert von weniger als 500 km in PLZ 80/81 bis mehr als 3000 km pro Jahr in PLZ 94. Innerhalb der Postleitregionen ist der Anteil ohne Fahrleistung in PLZ 90 (27,8 %) am größten und somit im Vergleich recht selten. Am häufigsten sind geringe Fahrleistungen (1 bis 750 km) in den PLZ 80/81 (83,3 %), 93 (62,5 %), 86 und 83 (jeweils 57,9 %) sowie 87 und 95 (jeweils 57,1 %) vertreten. Der Anteil mit einer hohen Fahrleistung (5000 und mehr) ist deutlich geringer und in den PLZ 94 (40 %), 87 (28,6 %) und 93 (25 %) am größten.



Insgesamt lässt sich feststellen, dass physiotherapeutische Leistungen überwiegend selten bis nie abgelehnt werden müssen. Die häufigsten Ablehnungen erfolgen manchmal (2-3 x pro Monat) bei Folgenden Leistungen: KG-ZNS-Erwachsene (33,8 %), Hausbesuche (27,5 %), sowie Hausbesuche in Einrichtungen (25,1 %). Häufig (2-3 x pro Woche) müssen folgende Leistungen abgelehnt werden: Hausbesuche (32,8 %), Manuelle Lymphdrainage (29 %) und Hausbesuche in Einrichtungen (27,8 %). Sehr häufig (fast täglich) werden physiotherapeutische Leistungen in Form von Krankengymnastik (KG) (Einzel) (25,3 %) und Manueller Lymphdrainage (18,8 %) abgelehnt. Der häufigste Grund für die Ablehnung ist die Auslastung der Therapeuten (66,2 %), gefolgt von fehlendem Personal (48,2 %) und einer zu großen Entfernung zum Patienten (36,4 %). Mehr als ein Viertel der Befragten lehnt Leistungen aus Gründen der Unwirtschaftlichkeit (26,8 %) zurück.



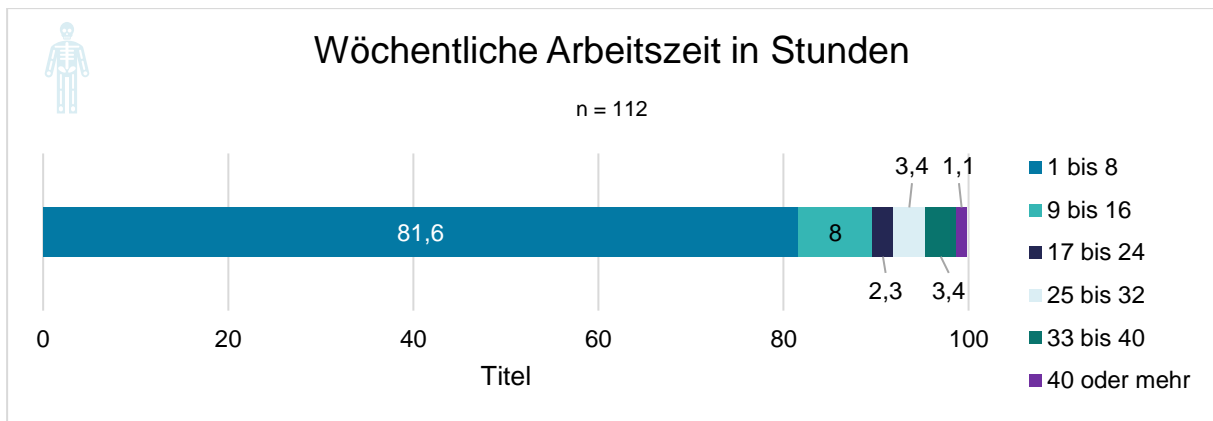
Überwiegend können die verschiedenen physiotherapeutischen Leistungen innerhalb eines Monats angeboten werden (Therapie: 48,7 %, Selbstzahlerleistungen: 46,6 %). Mit einer Wartezeit von drei Monaten ist laut einem Drittel der Befragten bei Therapie (32,9 %) und Hausbesuchen (30,6 %) zu rechnen. Sogar sieben und mehr Monate dauert es laut einem Fünftel der Befragten um einen Termin für einen Hausbesuch (21,3 %) anbieten können. Seltener können Therapien sofort angeboten werden (Selbstzahlerleistungen: 22,1 %, Therapie: 14,5 %).



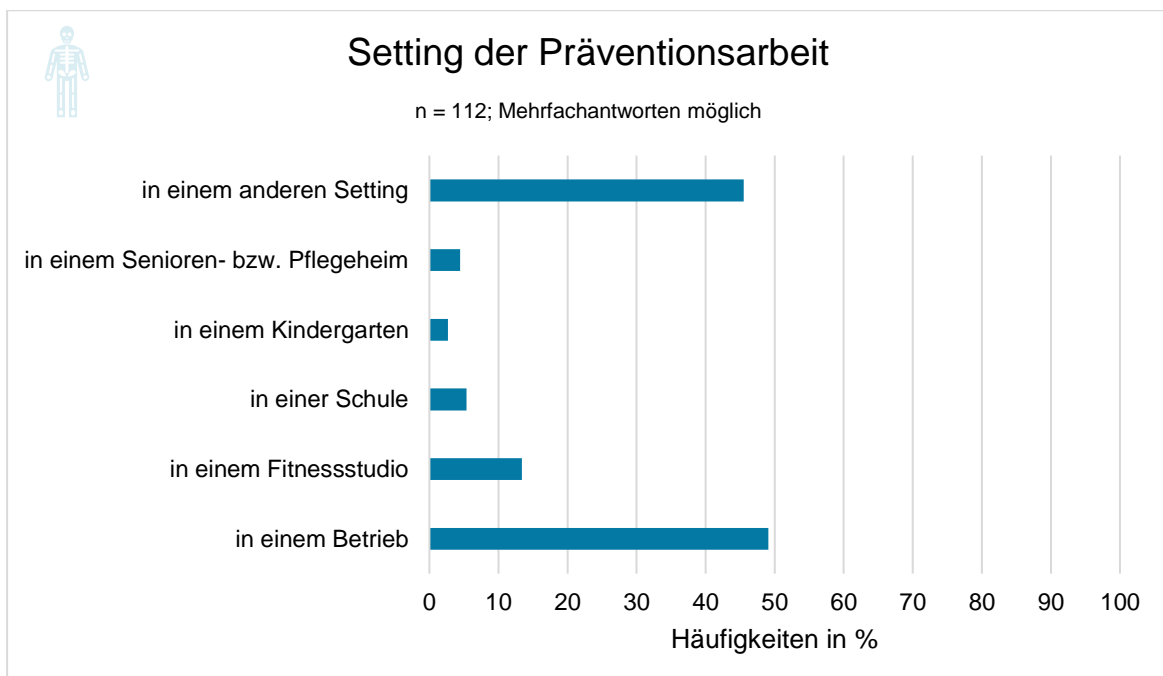
4.4.6 Prävention in der Physiotherapie

An der Befragung zur Physiotherapie in der Prävention haben 112 Physiotherapeuten teilgenommen. Die Form der präventiven Tätigkeit erfolgt zu 70,5 % durch selbständige Praxisinhaber. 37,5 % sind bei einem öffentlichen Träger angestellt. Freie Mitarbeit wird von 7,1 % der Befragten ausgeübt.

Die meisten Befragten (81,6 %) geben an, 1 bis 8 Stunden in der Woche für Prävention aufzuwenden. 8 % der Befragten arbeiten zwischen 9 und 16 Wochenstunden. Höhere Wochenstundenzahlen sind im Durchschnitt beträgt die wöchentliche Arbeitszeit vier Stunden (Median; IQR: 2; 6).



Die Settings der Präventionsarbeit sind zur Hälfte (49,1 %) in Betrieben. 13,4 % finden in einem Fitnessstudio statt, während 5,4 % in der Schule und 4,5 % in einem Senioren- bzw. Pflegeheim ausgeführt werden. 2,7 % sind im Kindergarten präventiv aktiv.

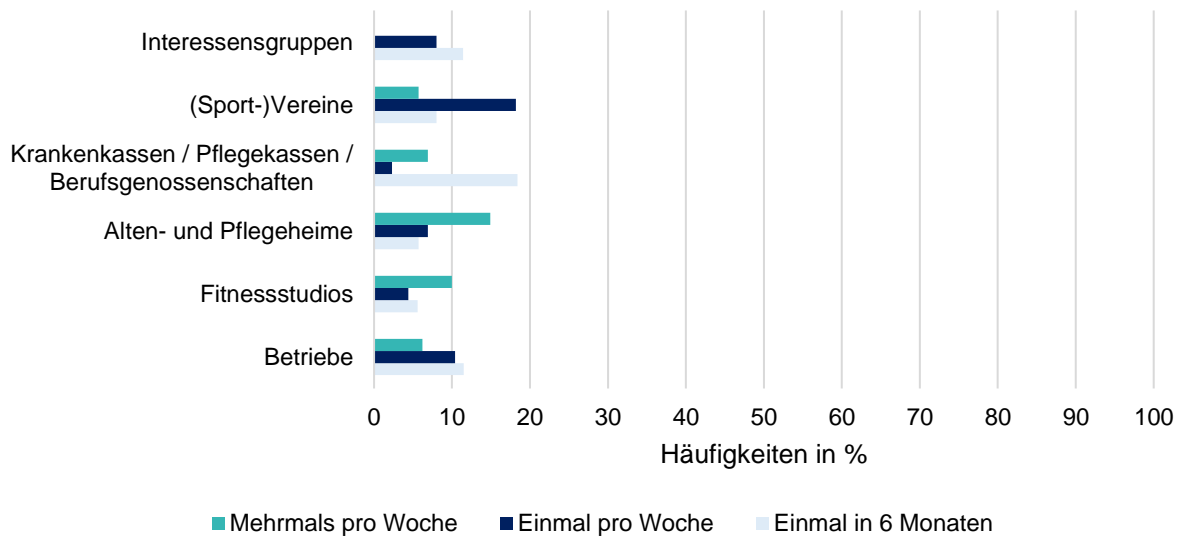


Die häufigsten Kontakte zu Einrichtungen im Bereich der Präventionsarbeit erfolgen mehrmals pro Woche zu Alten- und Pflegeheimen (14,9 %). Wöchentliche Kontakte bestehen häufig zu (Sport-) Vereinen (18,2 %) und Betrieben (10,4 %). Wichtige Kontakte halbjährliche Kontakte sind Krankenkassen / Pflegekassen / Berufsgenossenschaften (18,4 %), Betriebe (11,5 %) und Interessensgruppen (11,4 %).



Häufigkeit der Kontakte nach Einrichtungsart

n = 112

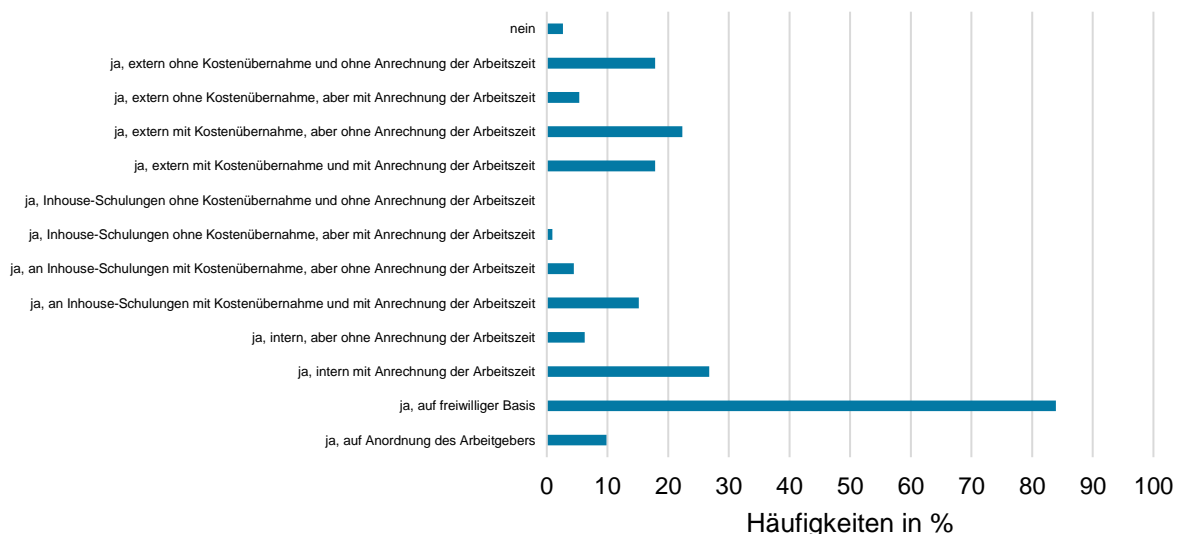


Die Mehrheit der Befragten in der Präventionsarbeit hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (83,9 %) in Anspruch genommen, während 9,8 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen intern mit Anrechnung der Arbeitszeit (26,8 %), nur sehr selten ohne Anrechnung der Arbeitszeit (6,3 %). Aber auch externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme werden von 17,9 % der Befragten mit Anrechnung der Arbeitszeit bzw. von 22,3 % ohne Anrechnung der Arbeitszeit besucht. 17,9 % der externen Fortbildungen erfolgen ohne Kostenübernahme und ohne Anrechnung der Arbeitszeit.



Möglichkeit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

n = 112; Mehrfachantworten möglich



4.4.7 Arbeitszufriedenheit

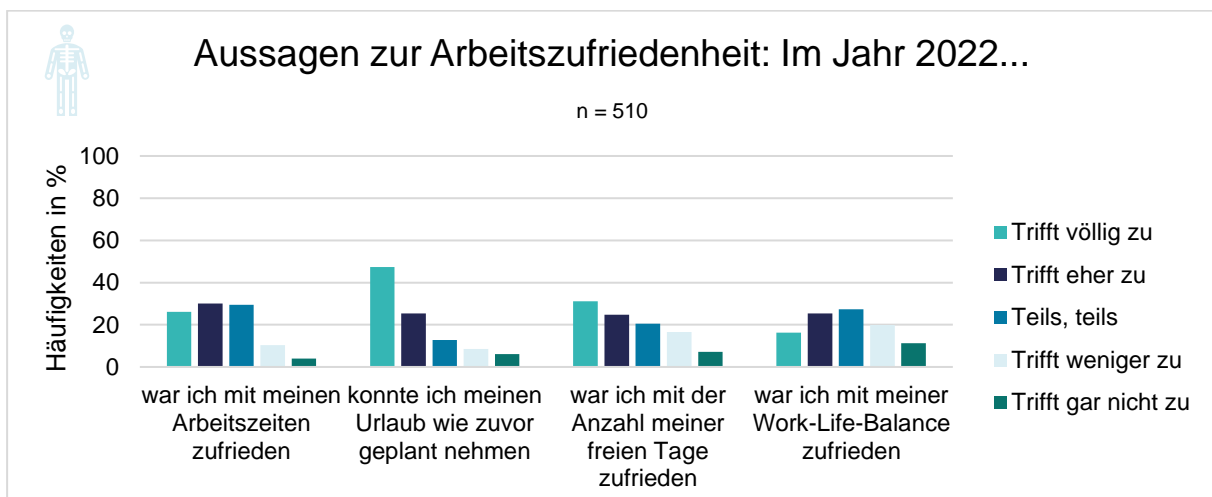
Zur Arbeitszufriedenheit wurden 510 Physiotherapeuten befragt. Die Variablen zur Arbeitszufriedenheit umfassen Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, dem Urlaubsanspruch, der Anzahl der freien Tage und der Work-Life-Balance.

Mehr als die Hälfte der Befragten ist mit ihren Arbeitszeiten zufrieden (26,1 % „trifft völlig zu“, 30,1 % „trifft eher zu“). Ein Drittel (29,4 %) nimmt eine neutrale Haltung dazu ein. Ein Sechstel der Befragten ist eher unzufrieden mit den Arbeitszeiten (10,4 % eher unzufrieden, 4 % sehr unzufrieden).

Die Mehrheit der Befragten konnte ihren Urlaub wie geplant nehmen (47,3 % „trifft völlig zu“, 25,3 % „trifft eher zu“). Lediglich ein Sechstel der Befragten äußerte Unzufriedenheit zur Urlaubssituation, da sie ihren Urlaub nicht wie geplant nehmen konnten (8,5 % „trifft weniger zu“, 6,1 % „trifft gar nicht zu“).

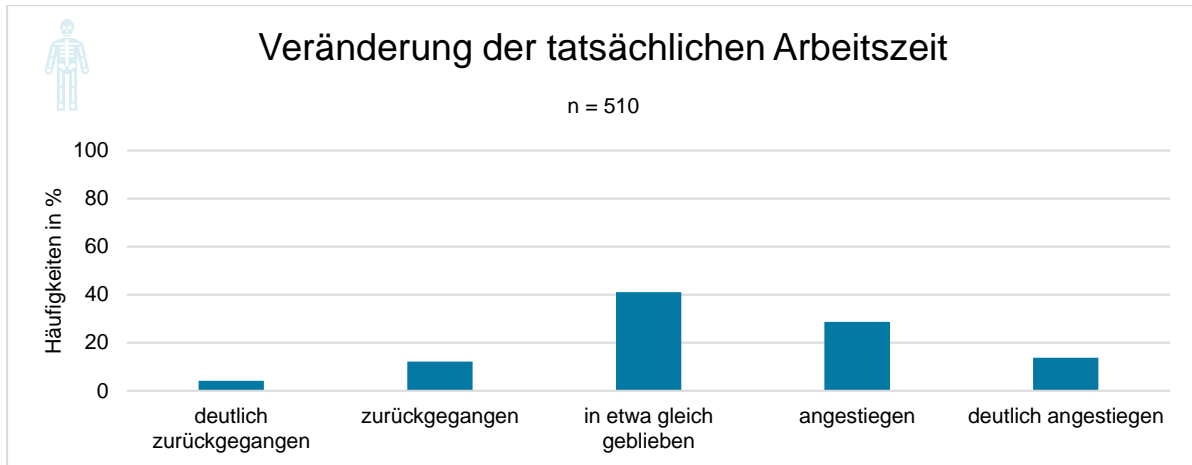
Mehr als die Hälfte der Befragten ist mit der Anzahl der freien Tage zufrieden (31,1 % „trifft völlig zu“, 24,7 % „trifft eher zu“). Fast ein Viertel der Befragten ist jedoch unzufrieden mit der Anzahl der freien Tage (16,5 % „trifft weniger zu“, 7,2 % „trifft gar nicht zu“).

In Bezug auf die Work-Life-Balance nimmt fast ein Drittel der Befragten (27,4 %) eine neutrale Haltung ein. 41,5 % sind zufrieden mit ihrer Work-Life-Balance (16,2 % „trifft völlig zu“, 25,3 % „trifft eher zu“). Ein Drittel der Befragten ist unzufrieden mit der Work-Life-Balance (19,9 % „trifft weniger zu“, 11,2 % „trifft gar nicht zu“).



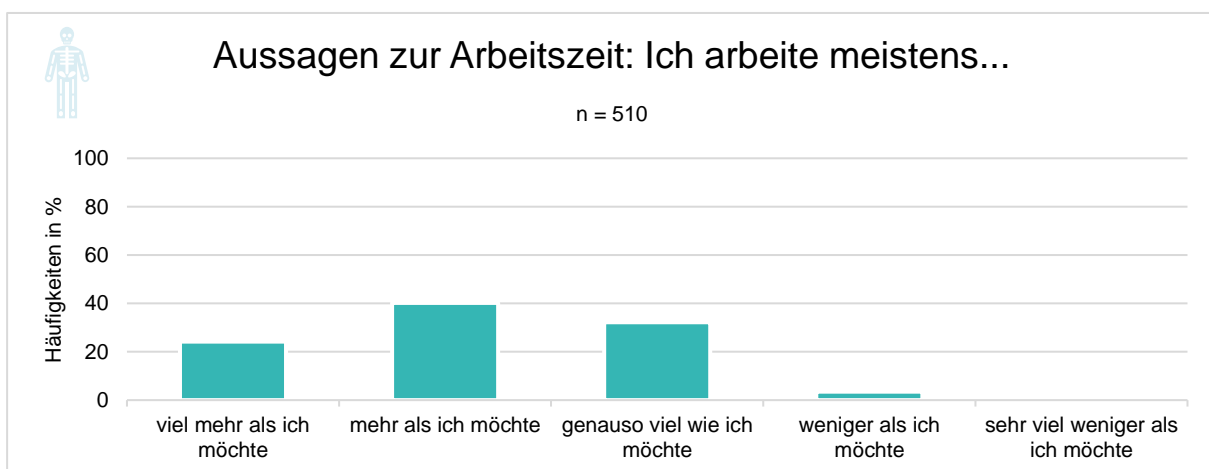
Im Folgenden wird auf die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit von Physiotherapeuten im Zeitraum von 2017 bis heute eingegangen und die Gründe für diese Veränderungen, sowie den Vergleich zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit beschrieben.

Während 41,1 % der Teilnehmer ihre Wochenarbeitszeit als unverändert beschreiben, berichten 28,7 % von einem Anstieg der Arbeitszeit und oder sogar einem deutlichen Anstieg (13,8 %). Nur 12,1 % berichten, dass ihre Arbeitszeit zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen (4,2 %) ist.

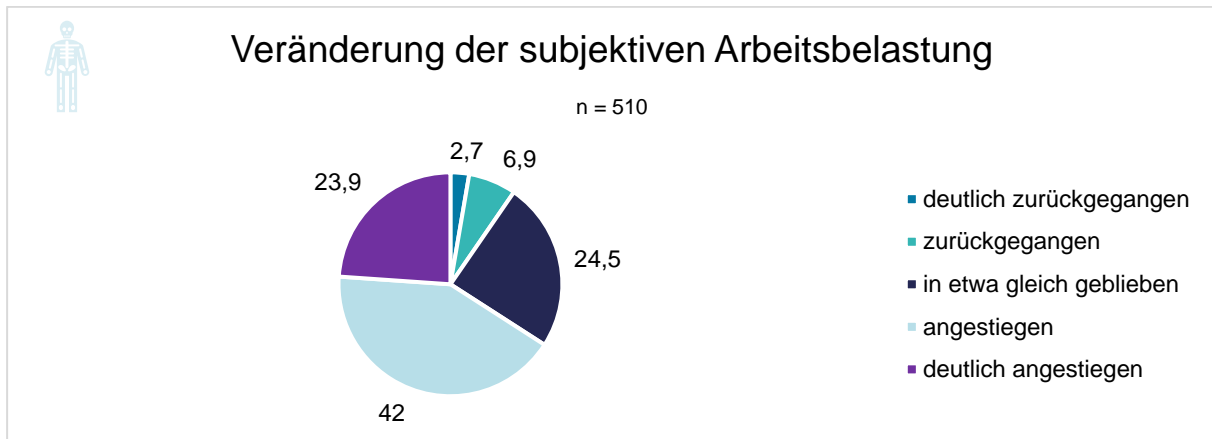


Die häufigsten Gründe für die Veränderung der Arbeitszeit sind: Veränderung der Nachfrage nach Therapieplätzen (17,5 %), Veränderungen des eigenen Tätigkeitsspektrums / Angebots (11,6 %) sowie Überstunden durch Krankheits- bzw. Urlaubsvertretungen (11 %). 10,8 % der Befragten geben an, keine Vertretung zu finden. Weitere Gründe sind: Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz (9,8 %) und Finanzielle Gründe (9,2 %).

Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der gewünschten Arbeitszeit zeigt mehr als die Hälfte der Befragten arbeitet mehr als sie möchte (24,2 % „viel mehr als ich möchte“, 40,2 % „mehr als ich möchte“). Ein Drittel der Befragten (32,2 %) ist mit der Arbeitszeit zufrieden und arbeitet genauso viel, wie sie möchten. Lediglich 3,5% der Befragten arbeiten weniger als gewünscht.

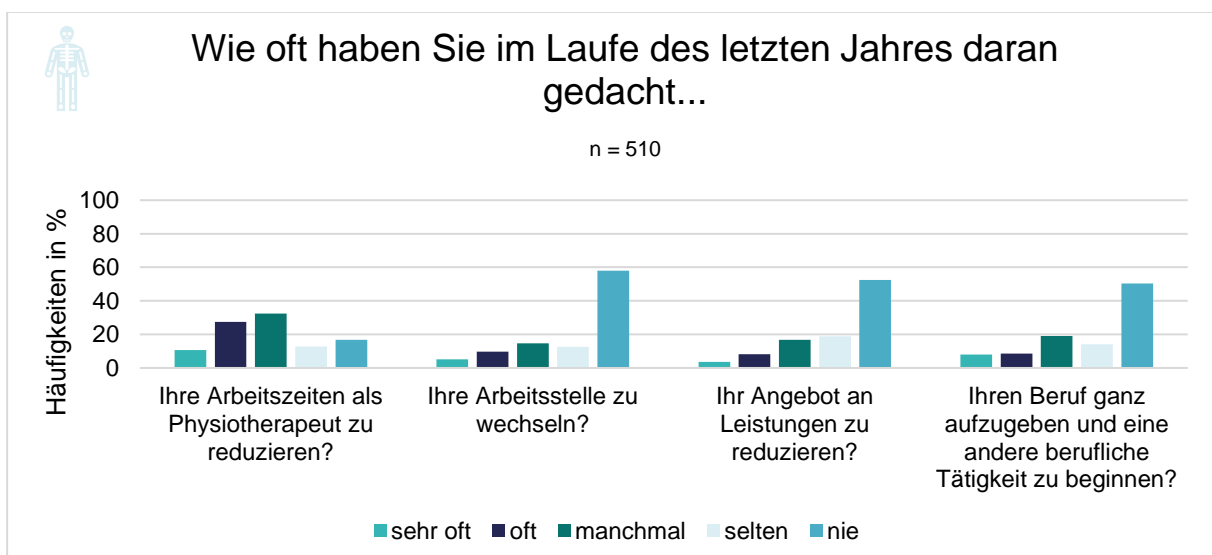


Insgesamt ist die subjektive Arbeitsbelastung innerhalb der letzten fünf Jahre bei der Mehrheit der Befragten (65,9 %) angestiegen (42 % „angestiegen“, 23,9 % „deutlich angestiegen“). Bei einem Viertel der Befragten (24,5 %) ist die subjektive Arbeitsbelastung in etwa gleich geblieben. Nur 6,9 % gaben an, dass ihre Arbeitsbelastung zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen ist (2,7 %).



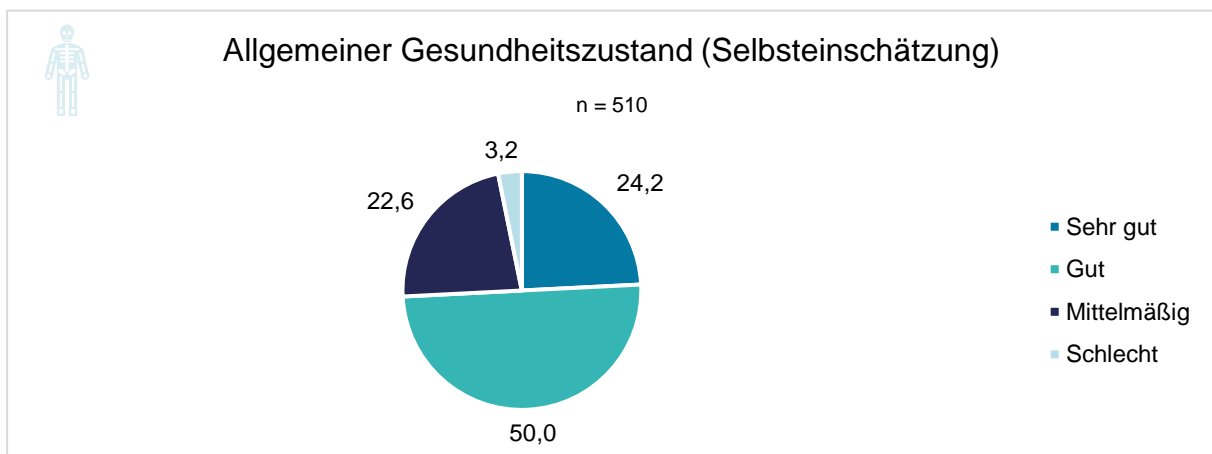
Zur Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und dem Wunsch nach Veränderung wurden die befragten Physiotherapeuten gebeten, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu Aussagen auf vier zentrale Bereiche zu treffen: Reduzierung der Arbeitszeiten, einen Stellenwechsel, Reduzierung des Angebotes an Leistungen und Aufgabe des Berufes.

Überwiegend sind die Befragten mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden und überlegen nie bzw. selten ihren Beruf aufzugeben (64,4 %), ihre Arbeitsstelle zu wechseln (70,5 %) oder ihr Angebot an Leistungen zu reduzieren (71,3 %). Nichtsdestotrotz haben 38 % der Befragten oft oder sehr oft den Wunsch ihr Angebot zu reduzieren oder ihre Arbeitszeit als Physiotherapeut zu reduzieren. Nicht wenige denken oft bzw. sehr oft darüber nach, ihre Arbeitsstelle zu wechseln (14,9 %) oder ihren Beruf ganz aufzugeben (16,5 %).

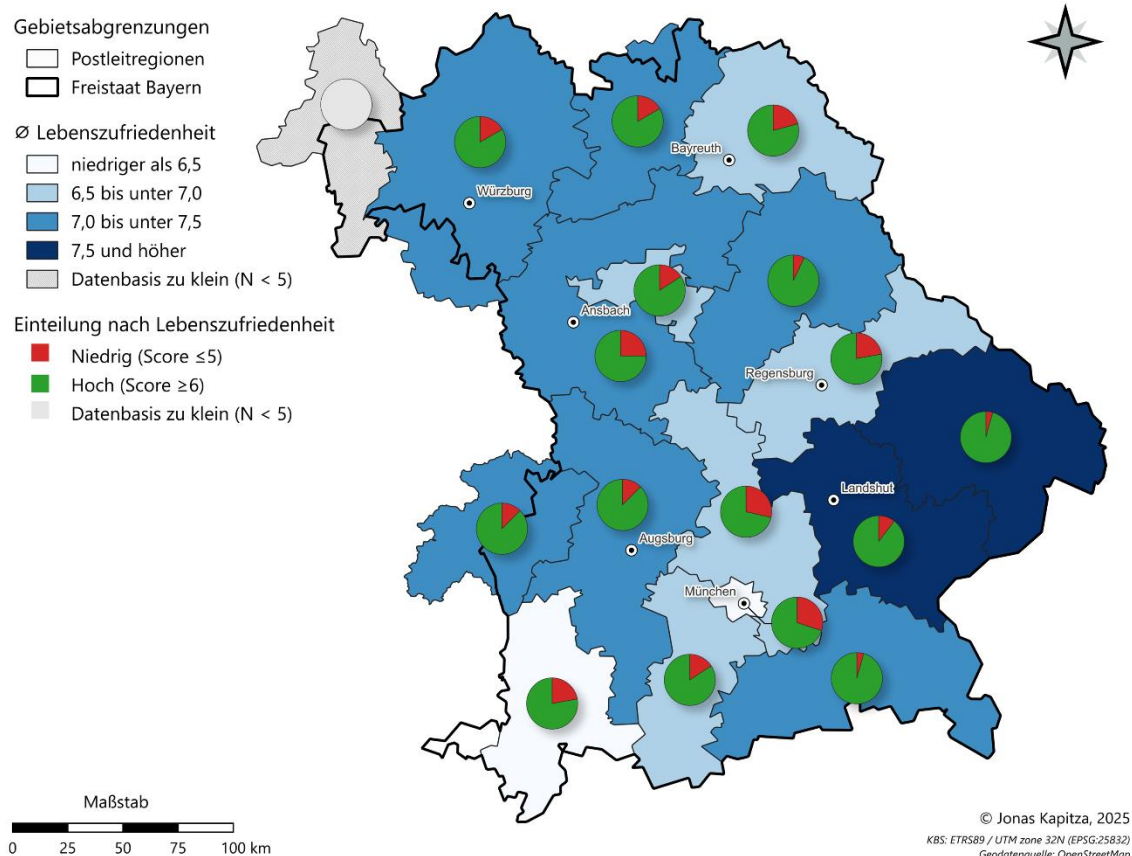


Die häufigsten Gründe, weshalb über eine Veränderung oder Aufgabe der Tätigkeit als Physiotherapeut nachgedacht wird, sind: zu hohe Arbeitsbelastung (23,7 %), zu geringes Einkommen (22,2 %) und eine zu hohe körperliche Belastung (18,8 %). Weitere Gründe sind: Zu hoher Verwaltungsaufwand (16,3 %) und Personalmangel (14,3 %).

Ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen die Befragten mehrheitlich als gut (50 %) oder sehr gut (24,2 %) ein. 22,6 % der Befragten schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mittelmäßig ein. Ein geringer Anteil hat einen schlechten (3,2 %) allgemeinen Gesundheitszustand.



Mehrheitlich sind die befragten Physiotherapeuten mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden. Auf einer Skala von 0 bis 10 wählen 84 % einen hohen Score (6 - 10) für hohe Zufriedenheit. Am größten ist die Zufriedenheit in den PLZ 83 und 94 (jeweils 95,7 %) sowie 92 (92,9 %). Die PLZ mit der größten Unzufriedenheit sind 81 (40 %), 85 (28,6 %) und 91 (25 %).



4.4.8 Tätigkeiten außerhalb der Physiotherapie und Ruhestand

Ein Fünftel der Befragten (22,2 %) geht neben der Physiotherapie einer oder mehreren nebenberuflichen Tätigkeit(en) nach. Der zeitliche Umfang dieser Tätigkeiten beträgt etwa sechs Stunden pro Tag (Median; IQR: 3; 8) an vier Tagen im Monat (Median; IQR: 3; 11) im Angestelltenverhältnis. Als freier Mitarbeiter (Honorartätigkeit) beträgt der zeitliche Umfang entsprechend drei Stunden pro Tag (Median; IQR: 2; 6) an fünf Tagen im Monat (Median; IQR: 2; 12).

Etwa 15,1 % der Befragten planen in den nächsten fünf Jahren bzw. 30,8 % in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. 28 % dieser Therapeuten möchten im Ruhestand nicht mehr in der Physiotherapie zu arbeiten. Die Hälfte (48,3 %) kann dazu noch keine Aussage treffen. 11,9 % der in den Ruhestand gehenden Therapeuten planen eine Tätigkeit als freiberuflicher Physiotherapeut und weitere 11 % in einem Anstellungsverhältnis im außerklinischen Setting.

4.5 Ergebnisse - Befragung von Ernährungsfachkräften in Bayern

4.5.1 Soziodemografische Merkmale

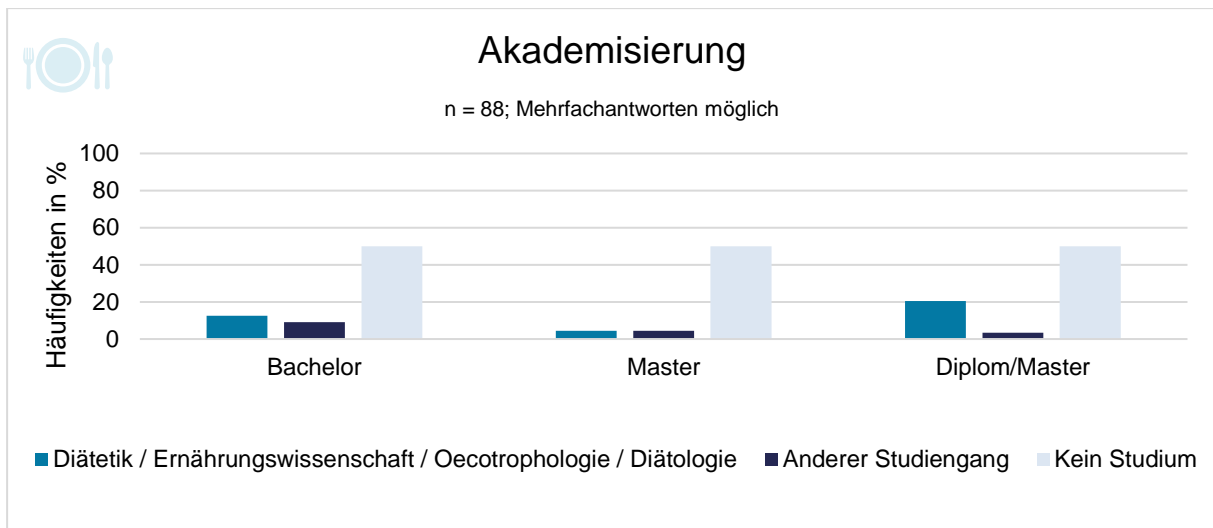
An der Befragung haben 88 Ernährungsfachkräfte teilgenommen, welche sich durch folgende soziodemografische Merkmale auszeichnen: Der Durchschnitt des Lebensalters beträgt 45,5 Jahre (Median; IQR: 33,2; 56,8). Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (93,4 %), während der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 5,7 % liegt. Der Familienstand zeigt, dass der größte Anteil der Teilnehmer verheiratet (54,5 %) ist, gefolgt von denjenigen, die in einer Partnerschaft leben (22,7 %), während 18,2 % ledig sind. Alle Teilnehmer haben mindestens ein Kind.

Bezüglich der Sprachkenntnisse auf B2 Niveau gaben 76,1 % an, fließend Deutsch zu sprechen, gefolgt von 61,4 % der Teilnehmer, die Englisch beherrschen. Weniger verbreitet sind Kenntnisse in Französisch oder Russisch. Die Hälfte der Befragten (51,9 %) spricht zwei Sprachen, 39,2 % sprechen nur eine Sprache. Zwei Drittel (64,7 %) der Teilnehmenden haben die Hochschulreife bzw. das Abitur als höchsten allgemeinen Schulabschluss angegeben, während 34,1 % die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss haben. 13,6 % der Befragten sind pflegende Angehörige.

4.5.2 Ausbildungssituation

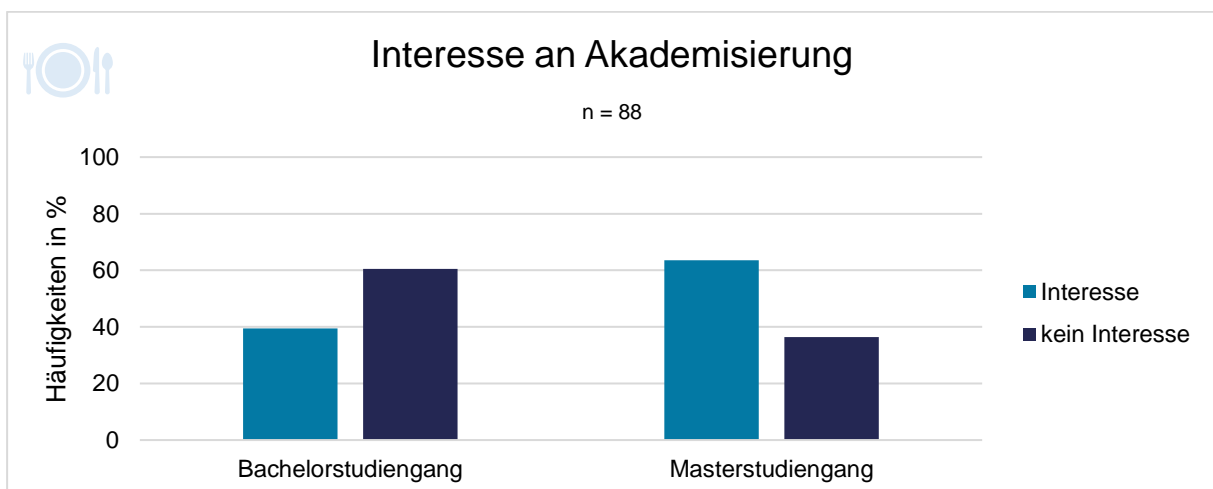
Die Mehrheit der Befragten (73,4 %) hat ihre Prüfung zur Ernährungsfachkraft in Bayern abgelegt hat. Andere Bundesländer wie Baden-Württemberg (8,4 %) und Hessen (8,4 %) sind ebenfalls vertreten, jedoch mit weitaus geringeren Anteilen. Der Zeitpunkt des abgelegten Exams variiert, wobei 29,4 % der Befragten das Examen vor 21 bis 30 Jahren abgelegt haben und 18,8 % vor mehr als 31 Jahren. Nur 9,4 % der Befragten haben das Examen innerhalb der letzten zwei Jahre abgelegt.

Im Hinblick auf den akademischen Studienabschluss zeigt sich, dass 12,5 % der Befragten einen Bachelor in Diätetik oder Oecotrophologie haben, während 4,5 % einen Master in Ernährungswissenschaft, Oecotrophologie oder Diätologie abgeschlossen haben. Die Hälfte der Befragten (50 %) hat kein akademisches Studium absolviert.

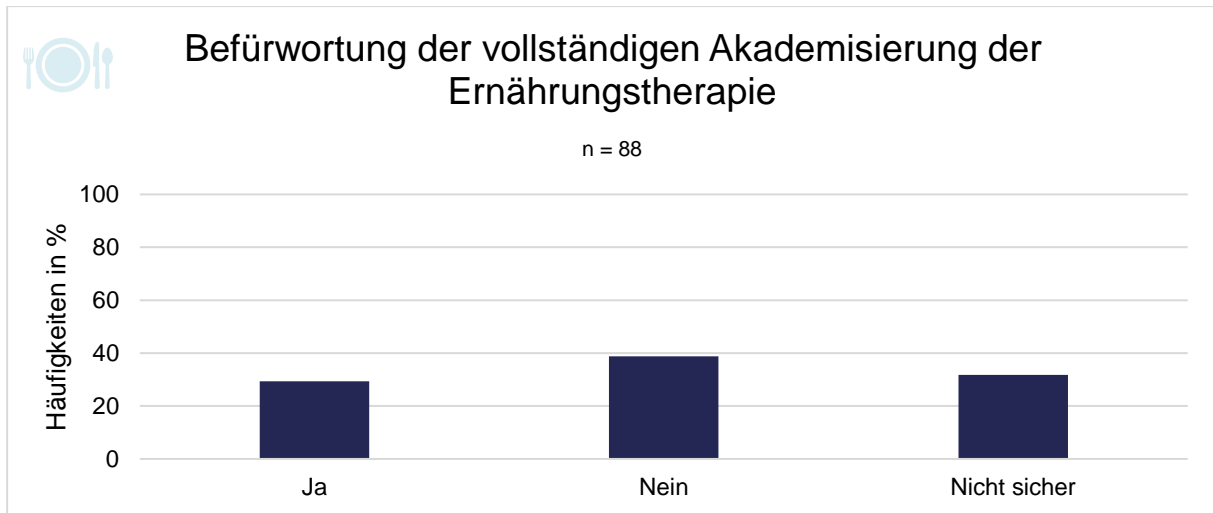


Bezüglich des Studienortes wurden die Studienabschlüsse fast ausschließlich in Deutschland erlangt, am häufigsten in Hessen (30 % Bachelor, 57,1 % Master).

In Bezug auf das Interesse an einer akademischen Weiterqualifikation zeigt die Mehrheit der Befragten (60,5 %) kein Interesse an einem weiterqualifizierenden Bachelorstudium. Für ein spezifisches Masterstudium als Ernährungsfachkraft interessieren sich 63,6 % der Befragten mit Bachelorabschluss, während 36,4 % es ablehnen.

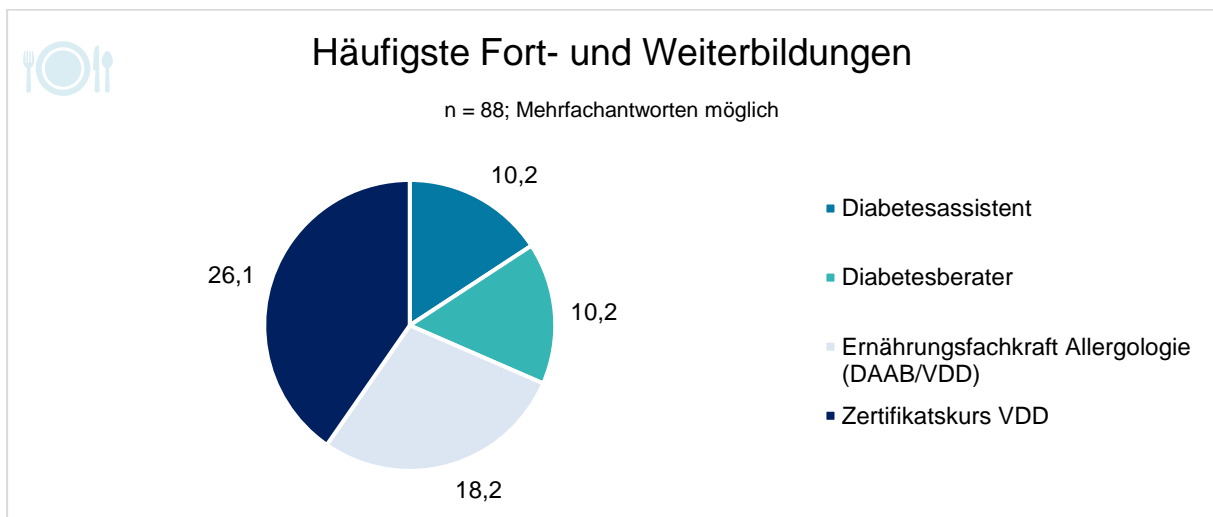


Schließlich zeigt sich bei der Frage nach der Haltung zur vollständigen Akademisierung der Ernährungstherapie, dass 29,4 % der Befragten diese Idee befürworten, 38,8 % dagegen sind und 31,8 % unsicher bleiben. Dies verdeutlicht eine geteilte Meinung innerhalb der Berufsgruppe.



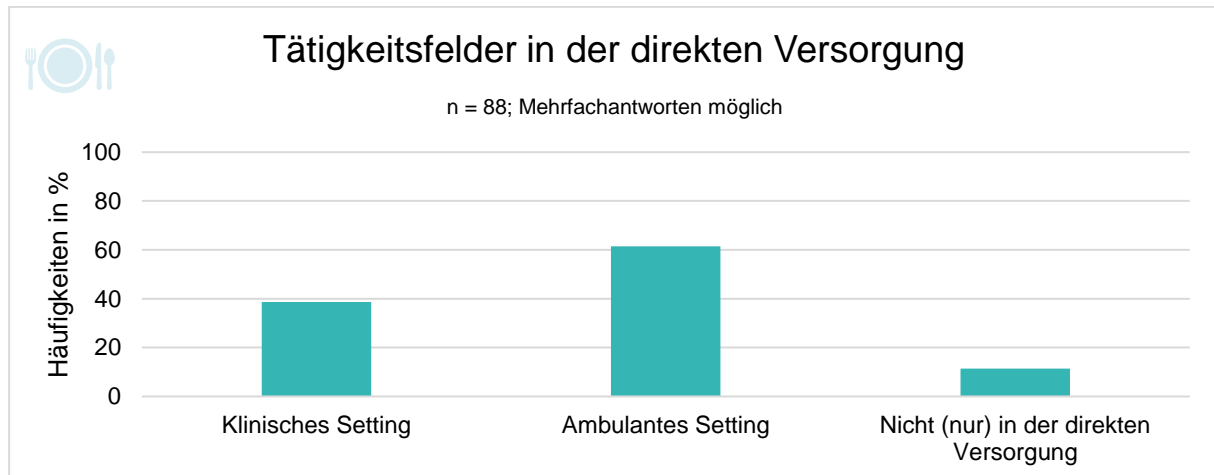
4.5.3 Berufliche Situation

Die Berufserfahrung der Teilnehmer zeigt, dass 24,7 % zwischen 5 und 15 Jahre und 21,2 % 15 bis 25 Jahre Erfahrung in der Ernährungstherapie haben. Die Gruppe mit weniger als ein Jahr Berufserfahrung ist mit 2,4 % sehr klein. Der Großteil der Befragten hat also bereits langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich. Die Mehrheit der Befragten (60,5 %) hat mindestens eine Fort- bzw. Weiterbildung zusätzlich zur Berufsausbildung absolviert. Die häufigsten Weiterbildungen sind der Zertifikatskurs VDD (26,1%) und Ernährungsfachkraft Allergologie (DAAB/VDD), gefolgt von Diabetesassistent und Diabetesberater mit 10,2 %.



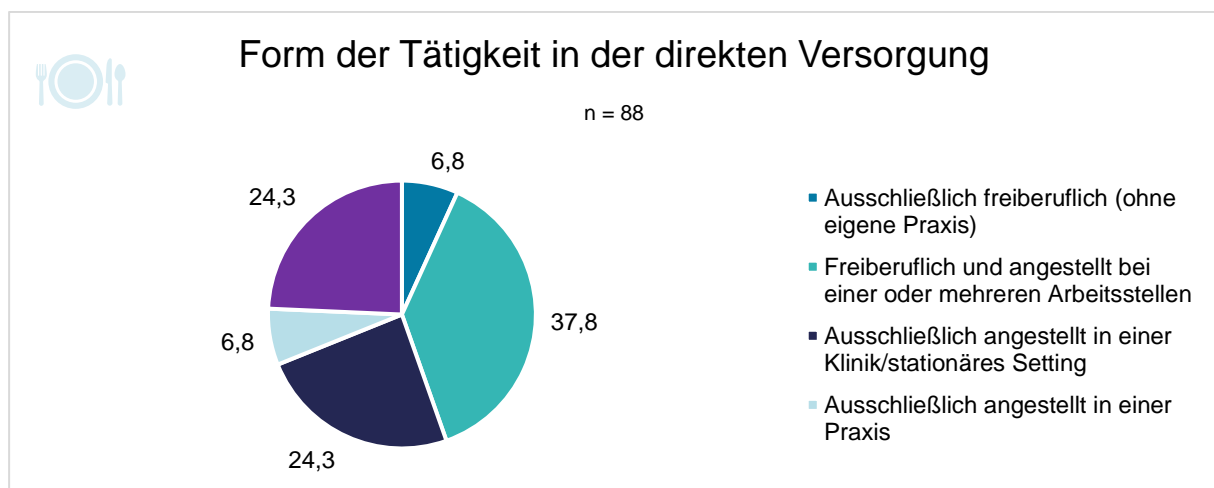
In Bezug auf die Mitgliedschaften in Berufs- oder Interessensverbänden ist der Verband der Diätassistenten- Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) mit 56,8 % der häufigste Verband, dem die Befragten angehören. Der Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE) folgt mit 25 %. Nur ein kleiner Anteil der Befragten (4,5 %) sind jedoch keinem spezifischen Verband für Ernährungsfachkräfte zugehörig.

Im Folgenden wird die Verteilung der Tätigkeitsfelder und Arbeitsformen der 88 Befragten in der Ernährungstherapie beschrieben. Im Bereich der direkten Versorgung zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten (61,4 %) ausschließlich im ambulanten Setting tätig ist, während 38,6% nur im klinischen Setting arbeiten. Etwa 11,4 % sind nicht (nur) in der direkten Versorgung tätig.



Hinsichtlich der Veränderung des Tätigkeitsfeldes gibt es nur geringe Bewegungen: 1,1% der Befragten gaben an, ihre klinische Tätigkeit oder ambulante Tätigkeit aufgeben zu haben. Auch die Aufgabe der Tätigkeit außerhalb der direkten Versorgung betrifft nur 1,1 % der Teilnehmer.

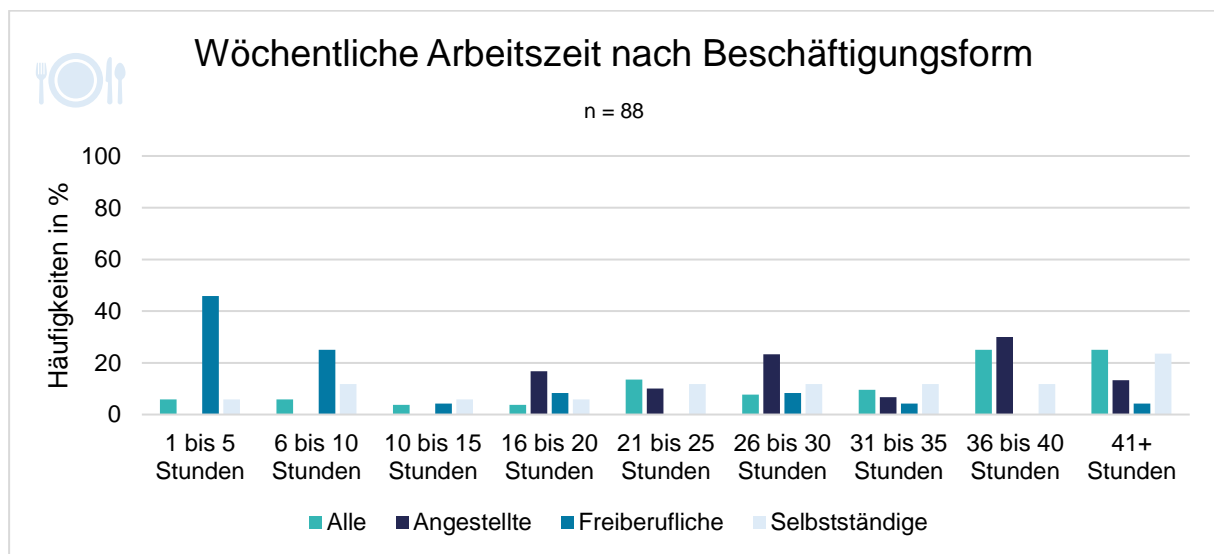
Bezüglich der Form der Tätigkeit zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten freiberuflich und angestellt bei einer oder mehreren Arbeitsstellen (37,8 %) arbeitet. Ein erheblicher Anteil ist auch ausschließlich angestellt in einer Klinik/stationäres Setting (24,3%) oder selbstständig als Praxisinhaber (mit und ohne Angestellten) (24,3 %). Weniger häufig arbeiten die Teilnehmenden ausschließlich freiberuflich (ohne eigene Praxis) mit 6,8 % oder ausschließlich angestellt in einer Praxis (6,8 %).



Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für alle befragten Ernährungsfachkräfte liegt bei 34,3 Stunden (Median; IQR: 24,2; 40,2). Überwiegend arbeiten Ernährungsfachkräfte mehr als 41 Stunden (25 %) oder 36 bis 40 Stunden (25 %) wöchentlich. Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeiten in Abhängigkeit von der Beschäftigungsform (Angestellte, Selbstständige) stellt sich folgendermaßen dar:

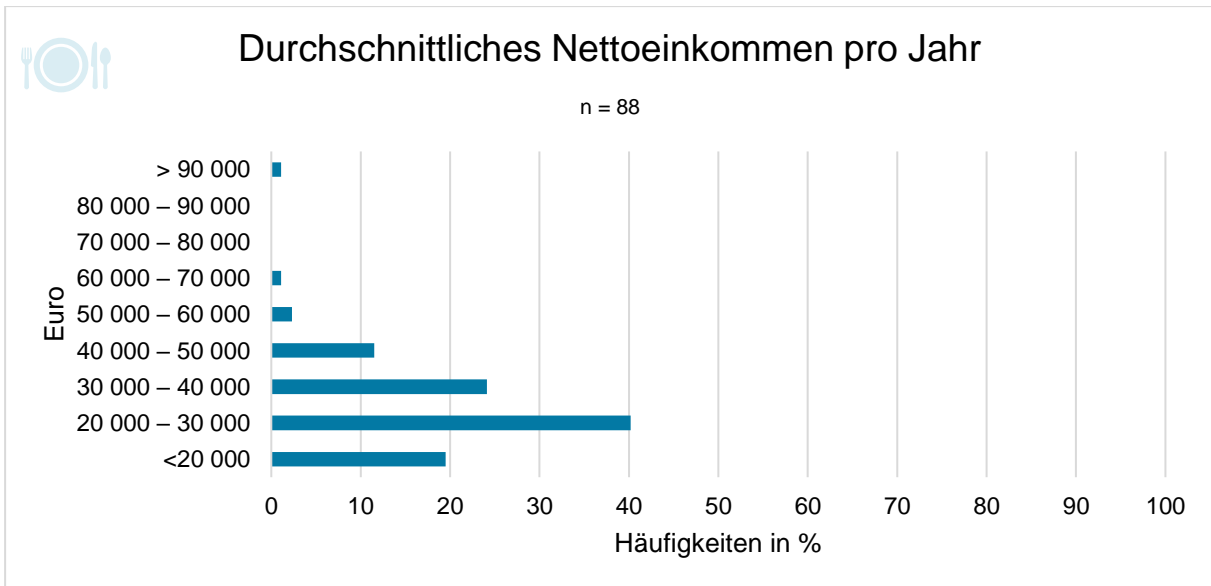
Die durchschnittliche Arbeitszeit von angestellten Ernährungsfachkräften beträgt 32,9 Stunden (Median; IQR: 25,2; 39,6). Rund ein Drittel (30 %) der befragten Angestellten arbeitet 36 bis 40 Stunden, 23,3 % arbeiten 26 bis 30 Stunden und 16,7 % arbeiten 16 bis 20 Stunden pro Woche. 13,3 % der Befragten arbeiten mehr als 41 Stunden pro Woche.

Die Selbstständigen liegen mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 30 Stunden (Median; IQR: 20; 40) in einem vergleichbaren Bereich. Bei den Selbstständigen arbeitet der größte Teil mehr als 41 Stunden pro Woche (23,5 %) und mit jeweils 11,8 % 6 bis 10 Stunden pro Woche, 21 bis 25 Stunden pro Woche, 26 bis 30 Stunden pro Woche, 31 bis 35 Stunden pro Woche und 36 bis 40 Stunden pro Woche.



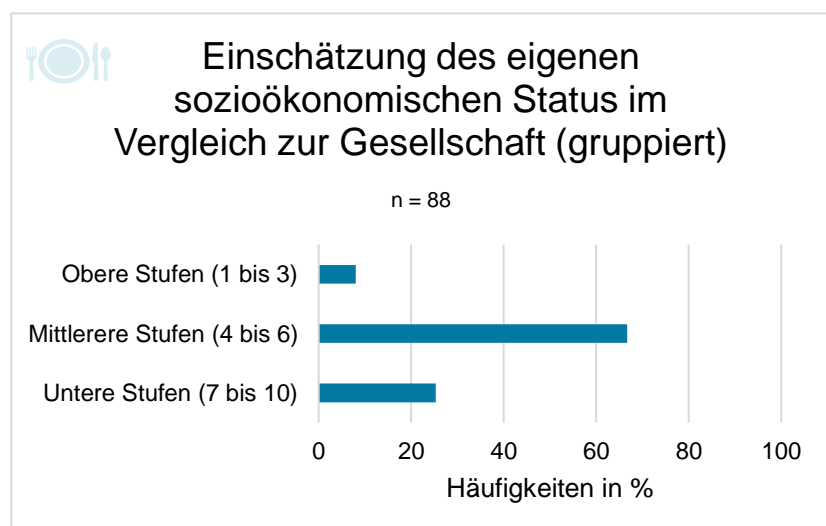
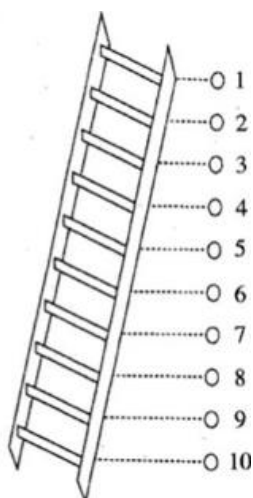
Hinsichtlich der Verteilung des jährlichen Nettoeinkommens befinden sich die meisten befragten Ernährungsfachkräfte in der Einkommensgruppe von 20 000 bis 30 000 Euro (40,2 %), gefolgt von der Gruppe von 30 000 bis 40 000 Euro (24,1 %), sowie der Gruppe mit weniger als 20 000 Euro (19,5 %). Deutlich seltener verdienen Ernährungsfachkräfte zwischen 40 000 und 50 000 Euro (11,5 %). Höhere Einkommensgruppen sind so gut wie nicht vertreten.

Auf eine Unterteilung des Jahreseinkommens nach der Berufsform (freiberuflich oder angestellt), wie es bei den anderen Berufsgruppen gemacht wurde, wurde hier aufgrund der geringen Stichprobengröße verzichtet.



Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Ernährungsfachkräfte über alle Berufsformen im Schnitt 30,40 €/h. Im Angestelltenverhältnis beträgt das Nettoeinkommen 17,60 €/h, in der Freiberuflichkeit 49,20 €/h, als Selbstständige 48,10 €/h. Eine tabellarische Darstellung des durchschnittlichen Nettoeinkommens nach Wochenarbeitszeit in Stunden ist aufgrund der geringen Datenmenge nicht möglich.

Die Einschätzung des eigenen sozioökonomischen Status erfolgte mit einem Leitermodell. Darin befinden sich oben (1) auf der Leiter Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Während im unteren Bereich der Leiter (10) sich Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs (bzw. ohne Job) einordnen. Betrachtet man die gruppierte Selbsteinschätzung der Ernährungsfachkräften, so zeigt sich die deutliche Mehrheit (66,7 %) im Bereich der mittleren Stufen. Etwa ein Viertel (25,3 %) ordnet sich im Bereich der unteren Stufen, also im Vergleich zur Gesellschaft einem schlechteren sozioökonomischen Status ein. Lediglich 8 % schätzen ihren sozioökonomischen Status im Vergleich zur Gesellschaft als besser ein.



4.5.4 Klinisches Setting

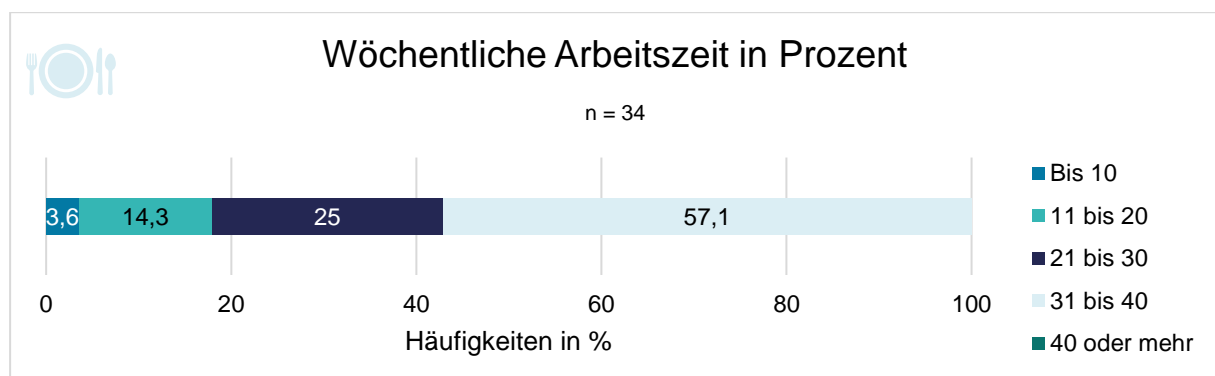
An der Befragung haben sich 34 im klinischen Setting tätige Ernährungsfachkräfte beteiligt. Die folgende Tabelle bildet die Verteilung der Versorgungsstufen der Klinik in der Studienpopulation ab:

Variable	n	%
Versorgungsstufe der Klinik		
Krankenhaus Versorgungsstufe I	3	10
Krankenhaus Versorgungsstufe II	5	16,7
Krankenhaus Versorgungsstufe III	2	6,7
Universitätsklinik	5	16,7
Fachkrankenhaus	4	13,3
Rehabilitationsklinik	8	26,7
Überregionaler Klinikverbund	0	0
Sonstige	3	10
k. A.	4	

Der Standort der Kliniken verteilt sich zu je einem Drittel auf Großstadt (36,7 %), Mittelstadt (36,7%) und Kleinstadt (22,0 %), lediglich 6,7 % befindet sich in ländlichen Gebieten.

Klinisch tätige Ernährungsfachkräfte sind überwiegend in den Abteilungen der Inneren Medizin (32,4 %) und der Endokrinologie und Stoffwechsel (20,6 %) im Einsatz. Etwa 17,6 % arbeiten in den Bereichen der Chirurgie/Traumatologie und 14,7 % in der Geriatrie/Gerontologie, Orthopädie oder Psychiatrie. Seltener sind Ernährungsfachkräfte in klinischen Abteilungen der Neurologie, Palliativstationen, Onkologie oder Pädiatrie mit 11,8 % vertreten.

Überwiegend (57,1 %) arbeiten Ernährungsfachkräfte in der Klinik 31 bis 40 Stunden pro Woche. 50 % der Befragten sind als Teilzeitkräfte tätig (25 %: 21 bis 30 Stunden, 14,3 %: 11 bis 20 Stunden). Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit wird ein weiterer anderer Tätigkeitsbereich der Ernährungstherapie (35,7 %) und keine aktuelle Möglichkeit für die Arbeit in einem Vollzeitmodell (21,4 %) genannt. Des Weiteren befinden sich 14,3 % gerade in Aus-/Weiterbildung bzw. Studium und 7,1 % gehen familiären Verpflichtungen nach.



Ernährungsfachkräfte im klinischen Setting leisten im Durchschnitt zehn Überstunden pro Monat (Median; IQR: 4,5; 15). Ein Drittel (33,3 %) gibt an, einmal pro Monat gebeten zu werden Überstunden zu machen. 20 % der Befragten werden einmal pro Woche und 6,7 % sogar mehrmals pro Woche gebeten Überstunden zu machen. Ein kleiner Teil wird einmal in sechs Monaten (6,7 %) gebeten Überstunden zu machen. Ein Drittel der Befragten wird nie (33,3 %) gebeten Überstunden zu machen.

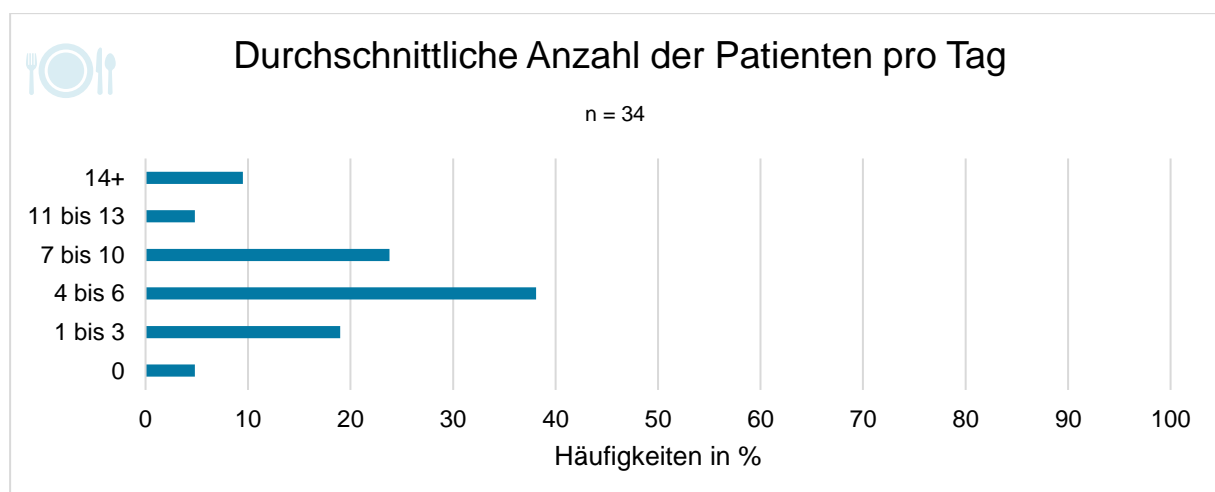
Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl und der zeitliche Umfang von Therapieeinheiten, die Ernährungsfachkräfte im klinischen Setting durchgeführt haben, unterteilt nach verschiedenen Therapiesettings (Einzel-, Gruppen-Setting, Anamnese und Sonstige Einheiten) beschrieben.

Am häufigsten wurden ernährungstherapeutische Interventionen im Einzel-Setting mit einem Medianwert von 35 Interventionen (Median; IQR: 14,5; 92,5) pro Monat durchgeführt. Der zeitliche Umfang betrug im Median 57,4 Stunden (IQR: 9; 45).

Im Gruppen-Setting wurden durchschnittlich 24,4 Therapieeinheiten (Median; IQR: 4;20) pro Monat, mit einem zeitlichen Umfang von 26 Stunden (Median; IQR: 3; 24) durchgeführt. Die ernährungstherapeutische Anamnese hat durchschnittlich 128,5 Therapieeinheiten (Median; IQR: 15; 103,8) und einem zeitlichen Umfang von 35,5 Stunden (IQR: 10,5; 25) eingenommen.

Für sonstige Einheiten wurden durchschnittlich 24,6 Therapieeinheiten verwendet (Median; IQR: 10; 45) mit einem zeitlichen Umfang von 36,2 Stunden (IQR: 5; 45).

Durchschnittlich behandeln Ernährungsfachkräfte im klinischen Setting 5 Patienten pro Tag (Median; IQR: 4; 7). 38,1 % behandeln zwischen 4 und 6 Patienten pro Tag. Etwa ein Viertel (23,8 %) behandelt 7 bis 10 Patienten, während 19 % der Befragten 1 bis 3 Patienten pro Tag behandeln.



Neben den Angaben zu den eigentlichen Therapien, sollten die Ernährungsfachkräfte aufzählen, welche zusätzlichen Tätigkeiten sie durchführen und wie viel Prozent ihrer wöchentlichen Arbeitszeit diese Tätigkeiten einnehmen.

Die häufigsten zusätzlichen Tätigkeiten im klinischen Setting sind Verwaltungsaufgaben mit durchschnittlich 17,5 % (Median; IQR: 8,8; 30) der wöchentlichen Arbeitszeit, Qualitätsmanagement mit durchschnittlich 9 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median; IQR: 2,8; 5) und logistische Arbeiten, was 7 % der Arbeitszeit ausmacht (Median; IQR: 2,4; 10).

Einen geringen Anteil an der wöchentlichen Arbeitszeit nehmen hingegen notwendige Abstimmungen der Therapie mit einer dritten Partei (5 % Median; IQR: 2; 6,2), Teambesprechungen (5 % Median; IQR: 4; 5), Betreuung von Schülern/Praktikanten (5 % Median; IQR: 3,5; 5), Reinigungsarbeiten (5 % Median; IQR: 1; 5) und Fortbildungen (5 % Median; IQR: 2; 5) ein.

Mehr als die Hälfte der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Studierenden/Schüler (61,5 %) betreut. Im Durchschnitt wurden 1,5 (Median; IQR: 0; 2) Studierende/Schüler betreut.

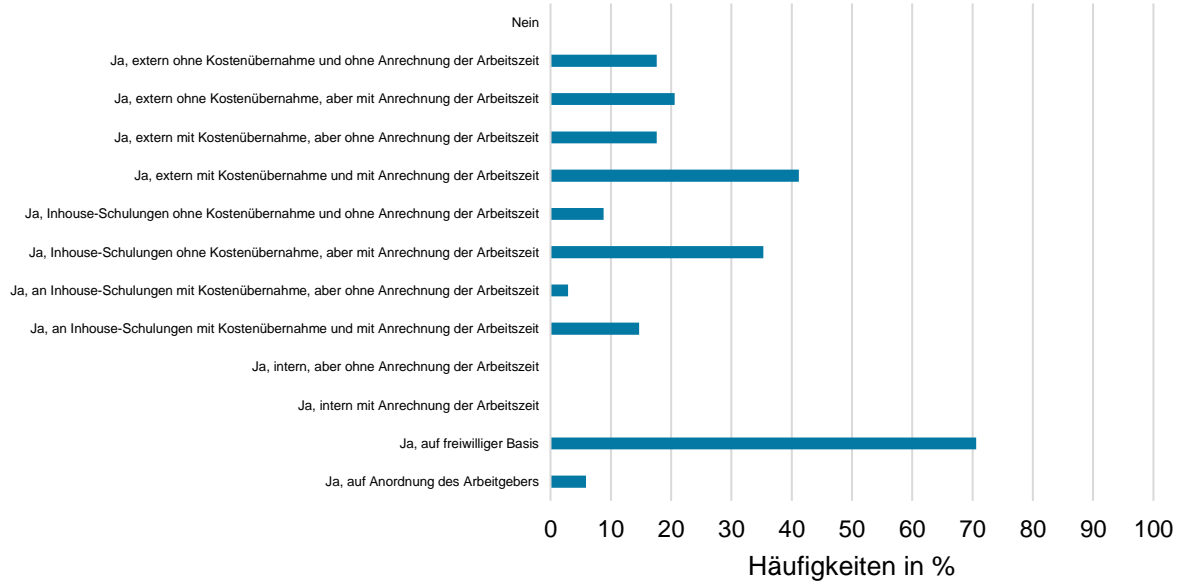
Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Kapazitäten, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden (8,8 %), keine Anfrage(n) von Lernenden (5,9 %) und ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Lernenden (5,9 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: eine gesonderte Vergütung für die Praktikumsbetreuung einführt bzw. etabliert werden (8,8 %), mehr organisatorische und fachliche Unterstützung durch die BFS/Hochschulen/Universitäten (8,8 %) und der Umfang der Betreuung von Schülern reduziert werden (5,9 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (70,6 %) in Anspruch genommen, während 5,9 % sich auf Anordnung des Arbeitsgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen extern mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit (41,2 %) aber auch zu einem großen Anteil intern ohne Kostenübernahme aber mit Anrechnung der Arbeitszeit (35,3 %). 17,6 % der Befragten besuchen externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme ohne Anrechnung der Arbeitszeit und weitere 17,6 % sogar ohne Kostenübernahme und ohne Anrechnung der Arbeitszeit.



Möglichkeit zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen

n = 34; Mehrfachantworten möglich



4.5.5 Ambulantes Setting

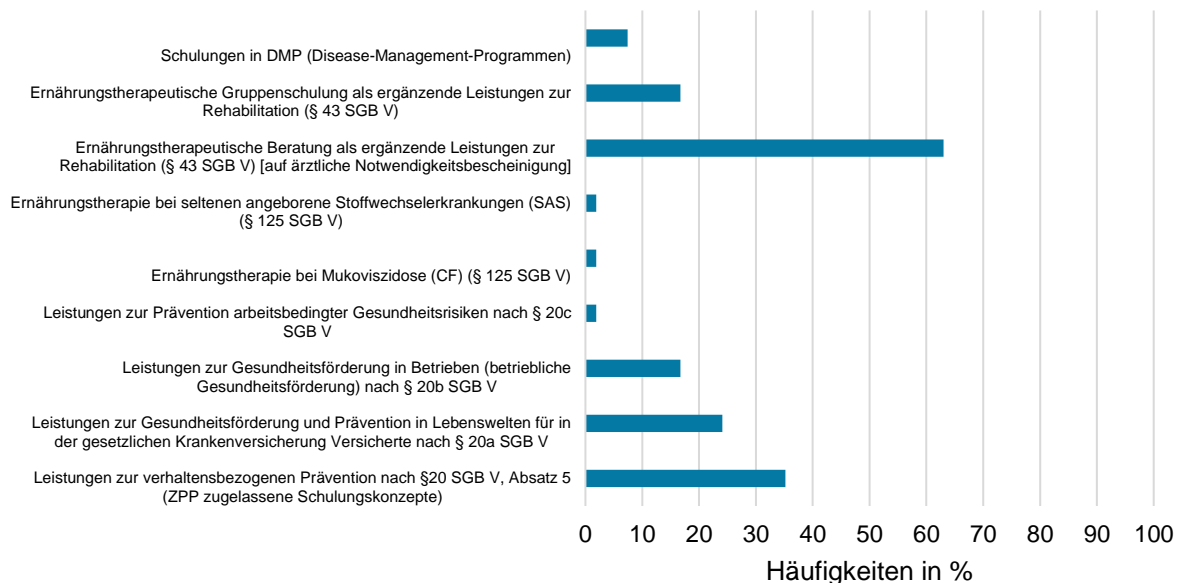
An der Befragung haben sich 54 im ambulanten Setting tätige Ernährungsfachkräfte beteiligt. Folgend wird ein Überblick über die verschiedenen angebotenen ernährungstherapeutischen Leistungen und deren Behandlungssettings im Jahr 2022 gegeben.

Die am Häufigsten angebotene Leistung der Ernährungstherapie ist mit 63 % Ernährungstherapeutische Beratung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) [auf ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung]. Darauf folgend mit 35,2 % Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §20 SGB V, Absatz 5 (ZPP zugelassene Schulungskonzepte) und von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V (24,1 %). Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V und Ernährungstherapeutische Gruppenschulung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) wurden jeweils von 16,7 % der Befragten angeboten. Schulungen in DMP (Disease-Management-Programmen) wurden von 7,4 % der Befragten angeboten.



Leistungen der Ernährungstherapie (2022)

n = 54; Mehrfachantworten möglich



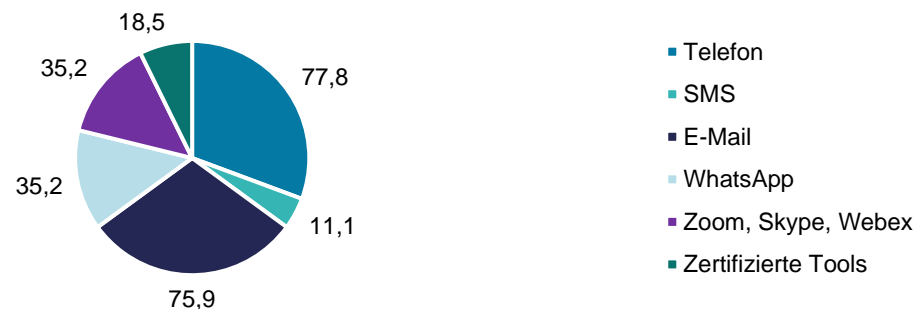
Der Großteil (86 %) bot ein bis drei Leistungen an und 14 % der Befragten vier bis fünf Leistungen. Mehr Leistungen bot keiner der befragten Ernährungsfachkräfte pro Person an. Die meisten Ernährungsfachkräfte gaben an, dass ihre Leistungen im gesamten Jahr 2022 erbracht wurden (90,7 %). Durchschnittlich behandeln Ernährungsfachkräfte im ambulanten Bereich vier Patienten (Median; IQR = 2; 5,2) pro Tag.

Die meistgenutzten Kommunikationsmedien für Ernährungsfachkräfte sind mit Abstand das Telefon (77,8 %) und E-Mail (75,9 %). Etwa ein Drittel der Befragten (35,3 %) nutzt regelmäßig Whatsapp oder Zoom/Skype/Webex. Seltener werden zertifizierte Tools (18,5 %), welche von der Arbeitsstelle zur Verfügung gestellt werden oder die Kommunikation über SMS (11,1 %).



Meistgenutzte Kommunikationsmedien

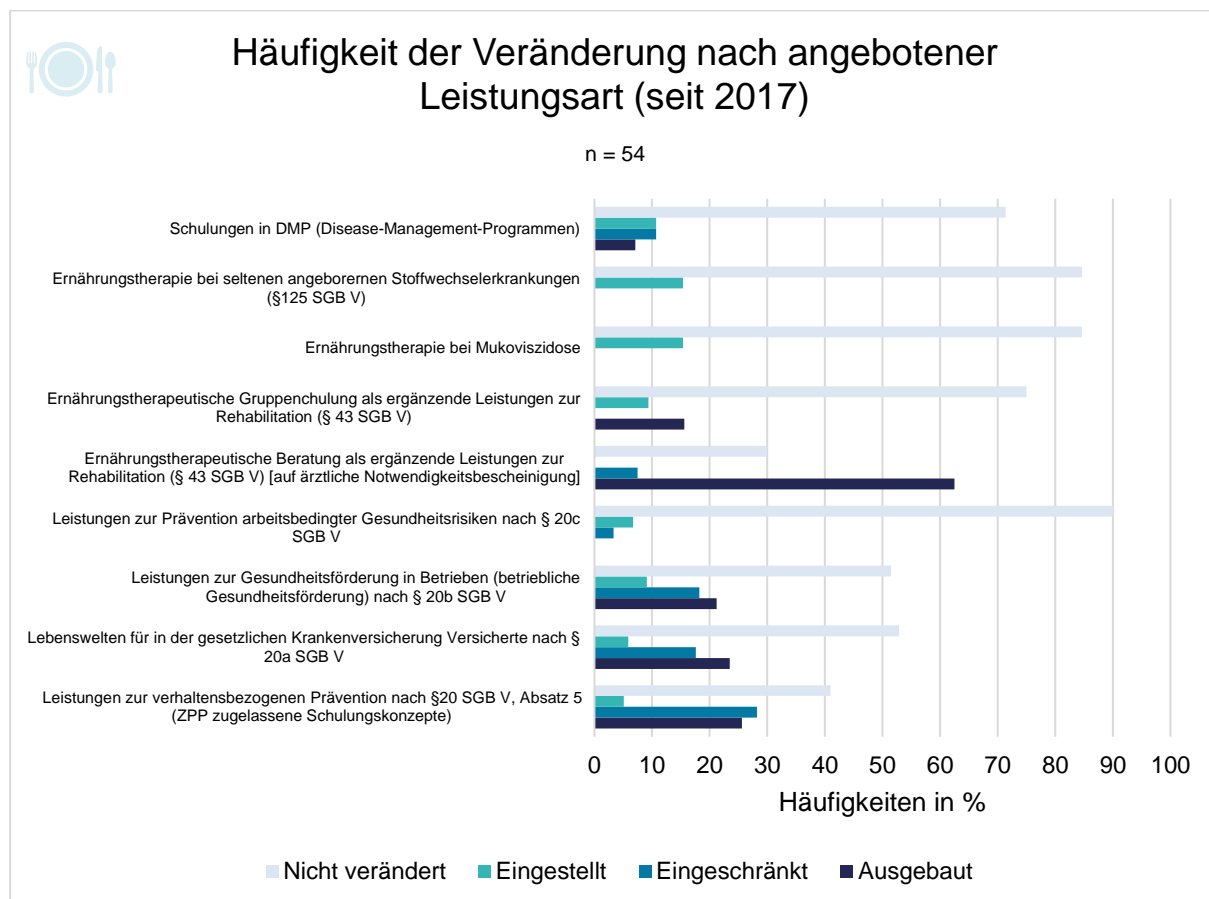
n = 54; Mehrfachantworten möglich



Weiter wurde erfragt, inwiefern sich das ernährungstherapeutische Leistungsangebot seit 2017 verändert hat. In den meisten Bereichen sind die Leistungen unverändert geblieben. Die

Bereiche mit den größten Anteilen an Ausbau waren Ernährungstherapeutische Beratung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) [auf ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung] (62, 5 %) und Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §20 SGB V, Absatz 5 (ZPP zugelassene Schulungskonzepte) (25,6 %). Gefolgt von Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V mit 23,5 % und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V mit 21,2 %.

Zudem wurden auch Leistungen eingeschränkt wie Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §20 SGB V, Absatz 5 (ZPP zugelassene Schulungskonzepte) (28,2 %), Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V (18,2 %) und Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V (17,6 %). Eingestellt wurden mit 15,4 % Ernährungstherapie bei Mukoviszidose und Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (§125 SGB V). Auch Schulungen in DMP (Disease-Management-Programmen), Ernährungstherapeutische Gruppenschulung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V wurden mit knapp 10 % eingestellt. Ein Großteil der Befragten haben das Leistungsangebot seit 2017 nicht verändert.

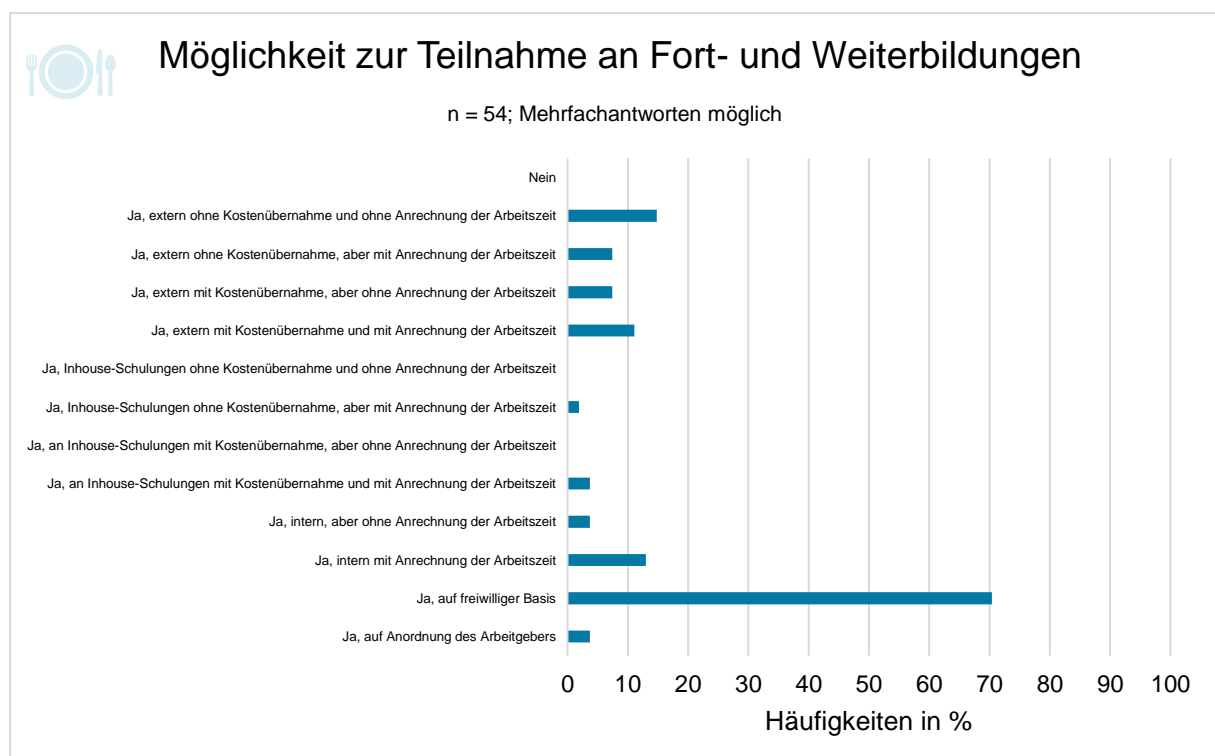


Die zeitintensivsten zusätzlichen Tätigkeiten im ambulanten Setting sind mit jeweils durchschnittlich 23,6 % der wöchentlichen Arbeitszeit Verwaltungsaufgaben (Median; IQR: 15; 28,8) und Fortbildungen mit 8,4 % (Median; IQR: 5;10). Darauf folgend mit 8,1 % sind logistische Arbeiten (Median; IQR: 3; 7,5), Qualitätsmanagement mit 6,8 % (Median; IQR: 5; 10) und notwendige Abstimmungen der Therapie mit einer dritten Partei.

Etwa ein Drittel der Befragten hat im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten (30,2 %) betreut. Im Durchschnitt wurden zwei Praktikanten (Median; IQR: 1; 2) betreut.

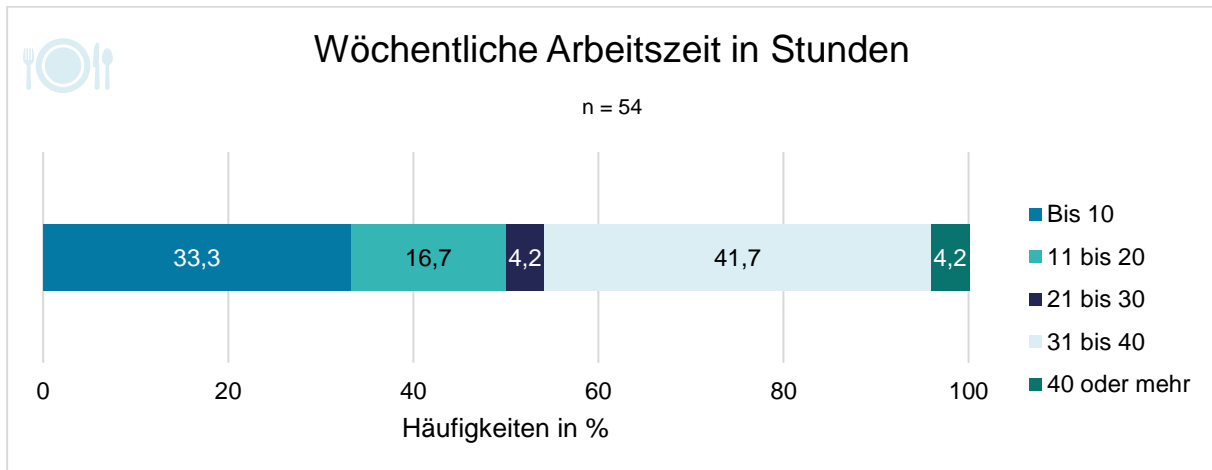
Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Kapazitäten, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden (33,3 %), keine Anfrage(n) von Praktikanten (16,7 %) und ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Praktikanten (9,3 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (70,4 %) in Anspruch genommen, während 3,7 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen extern ohne Kostenübernahme, aber mit Anrechnung der Arbeitszeit (14,8 %) oder extern mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit (11,1 %). Selten werden extern Fort- und Weiterbildungen besucht mit Kostenübernahme, aber ohne Anrechnung der Arbeitszeit (7,4 %) oder extern ohne Kostenübernahme mit Anrechnung der Arbeitszeit (7,4 %). Intern erfolgen meist die Fort- und Weiterbildungen mit Anrechnung der Arbeitszeit (13 %).



41,7 % der ambulant tätigen Ernährungsfachkräfte arbeiten 31 bis 40 Wochenstunden. Ein Drittel (33,3 %) arbeitet bis zu 10 Stunden wöchentlich und 16,7 % der befragten Ernährungsfachkräfte 11 bis 20 Stunden wöchentlich. Nur ein geringer Anteil (4,2 %) arbeiten 21 bis 30 Stunden oder mehr als 40 Stunden wöchentlich.

Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit wird genannt, dass auch in einem anderen Tätigkeitsbereich der Ernährungstherapie gearbeitet wird (55,6 %). Des Weiteren geben 22,2 % familiäre Verpflichtungen als Grund an.



Ernährungsfachkräfte im ambulanten Setting sind zum Großteil selbstständig als Praxisinhaber (mit oder ohne Angestellte) mit 71,4%. Ausschließlich freiberuflich sind 22,9 % der Befragten und nur 5,7 % arbeiten freiberuflich oder angestellt bei einer oder mehreren Arbeitsstellen. Die Organisationsformen der selbstständigen Ernährungsfachkräfte sind Einzelpersonen (80 %) oder Praxisinhaber (mit Angestellten) (17,1 %). In einer interdisziplinären Praxis arbeiten nur 2,9 % der Befragten.

Durchschnittlich haben sie einen Diätassistenten, Ökotrophologen oder Ernährungswissenschaftler angestellt.

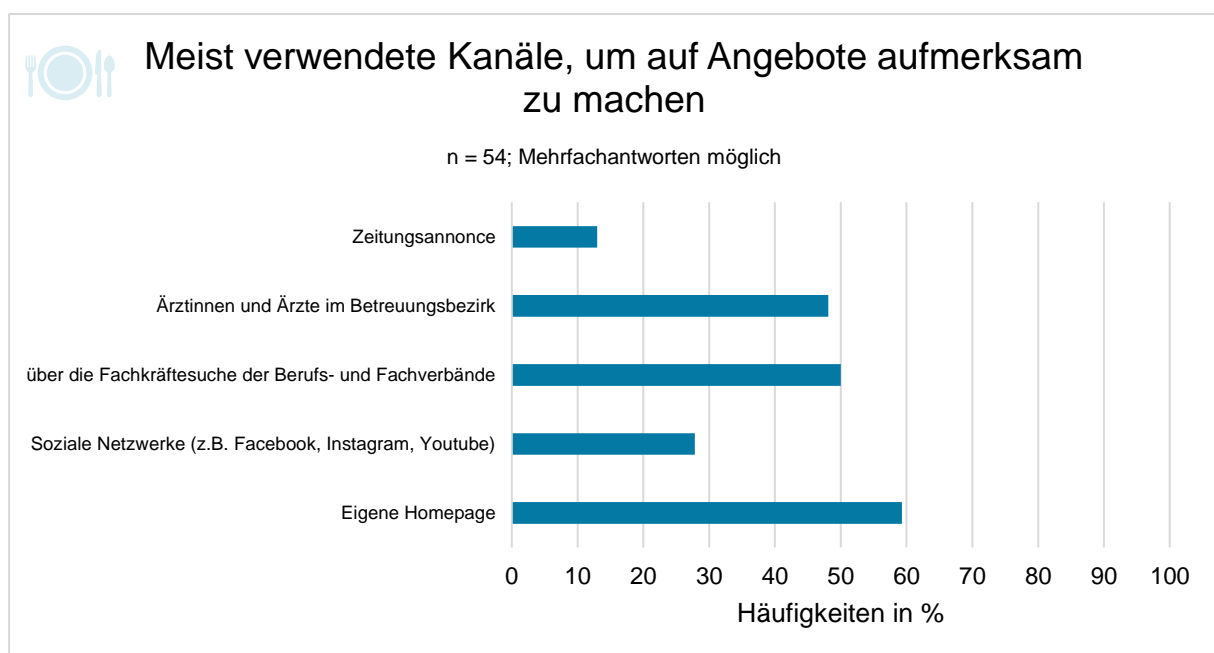
Die Hälfte der Befragten gibt an, keine geregelte Urlaubsvertretung zu haben (72,1 %), während 23,3 % durch Kollegen oder durch ein Netzwerk von Kollegen (4,7 %) vertreten werden. Durchschnittlich werden 30 Tage pro Jahr Urlaub genommen (Median; IQR: 24; 30). Etwa zwei Drittel (65,1 %) nehmen nie die Vertretung durch eine andere Ernährungsfachkraft in Anspruch. 18,6 % lassen sich 1-3-mal pro Jahr vertreten und 11,6 % 4-12-mal pro Jahr.

Die Frage nach der Schwierigkeit eine kurze oder längere Vertretung zu finden, gestaltet sich problematisch: Ein Großteil der Befragten hatte Probleme eine kurze (eher schwer: 0 %; sehr schwer: 13,3 %; unmöglich: 40 %) oder längere (eher schwer: 0 %; sehr schwer: 13,3 %;

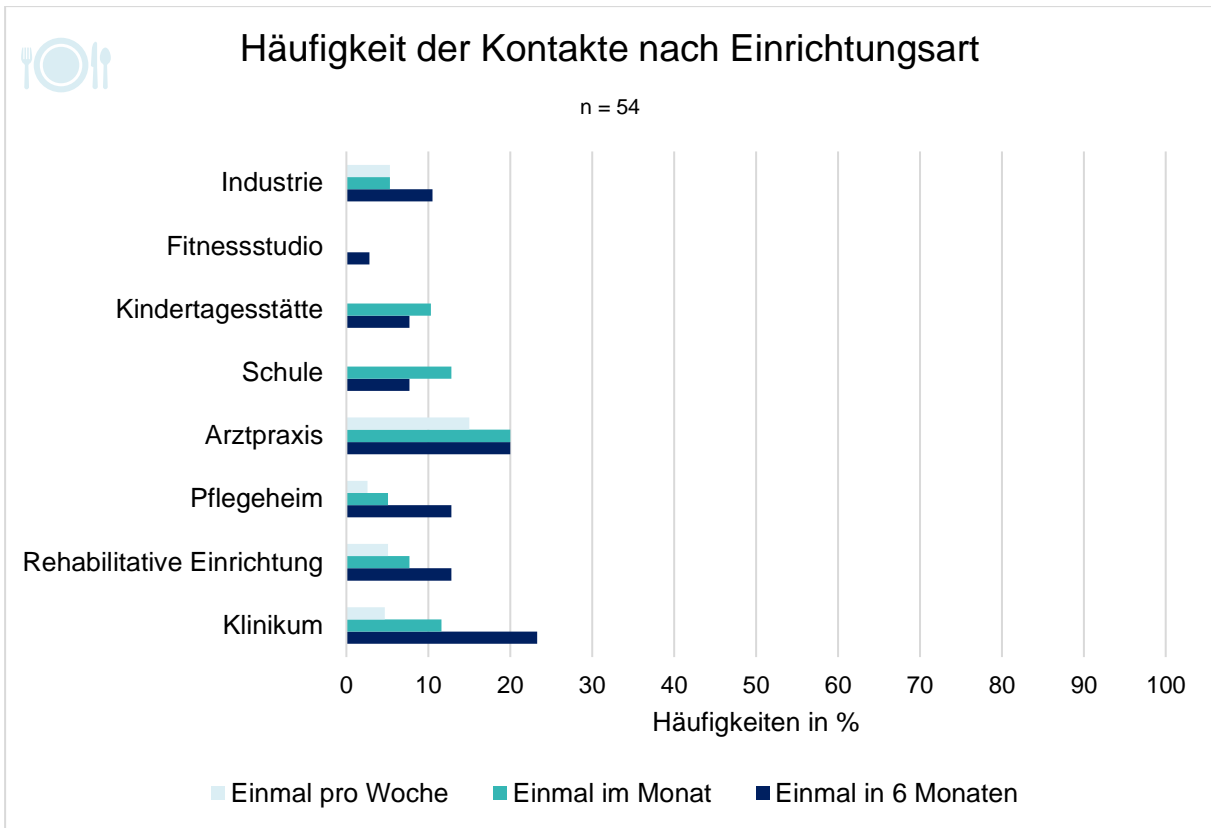
unmöglich: 33,3 %) Vertretung zu finden. Lediglich ein Fünftel der Befragten hatte keine Probleme damit eine kurze (sehr einfach: 20 %; eher einfach: 0 %) bzw. ein Viertel der Befragten (sehr einfach: 20 %; eher einfach: 6,7 %) eine längere Vertretung zu finden.

Die Hälfte der Befragten (53,5 %) gibt an, keinen Bedarf nach zusätzlicher Entlastung zu haben, während 20,9 % 1-3-mal pro Jahr und 18,6 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr den Bedarf nach einer zusätzlichen Entlastung bzw. Vertretung haben.

Soziale Medien nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, um auf Angebote aufmerksam zu machen. Häufig genutzte Kanäle und Medien sind: eigene Homepage (59,3 %) und soziale Netzwerke, wie Facebook, Instagram, Youtube (27,8 %). Große Relevanz hat mit 50 % die Fachkräftesuche der Berufs- und Fachverbände, sowie der Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten im Betreuungsbezirk (48,1 %). Auch Zeitungsannoncen (13 %), Informationsveranstaltungen im Betreuungsbezirk (5,6 %) und die Heilmittelerbringer-Liste des GKV (5,6 %) werden genutzt. 16,7 % der Befragten machen gar nicht auf ihre Angebote aufmerksam.

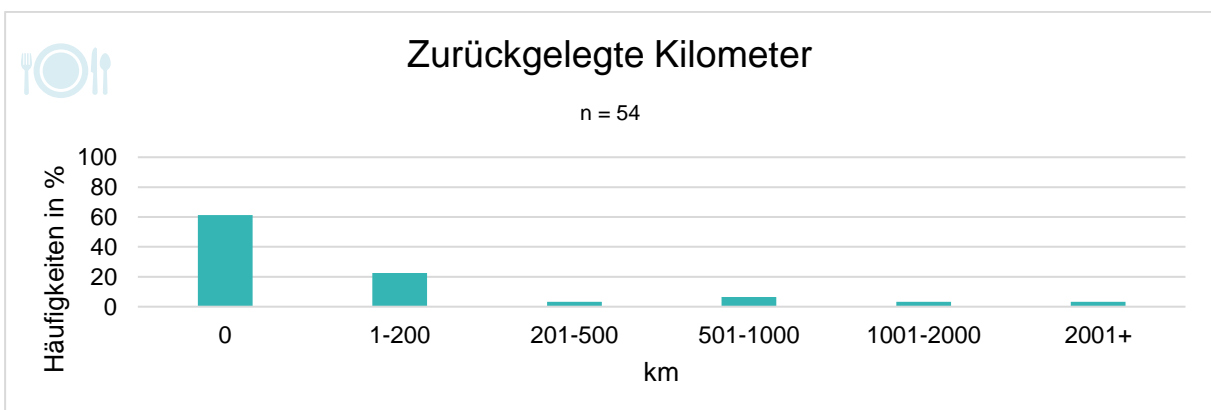


Im Folgenden wird auf die häufigsten Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen ambulant tätiger Ernährungsfachkräfte eingegangen. Die häufigsten Kontakte, mit denen Ernährungsfachkräfte mehrmals pro Woche im Austausch stehen, sind: Arztpraxen (10 %), Kindertagesstätten (5,1 %) und rehabilitative Einrichtungen (5,1 %). Wöchentliche Kontakte beschreiben Ernährungsfachkräfte mit folgenden Einrichtungen: Arztpraxen (15 %), der Industrie (5,3 %) und rehabilitativen Einrichtungen (5,1 %). Die häufigsten halbjährlichen Kontakte sind: Kliniken (23,3 %), rehabilitativen Einrichtungen (12,8 %) und Pflegeheimen (12,8 %).

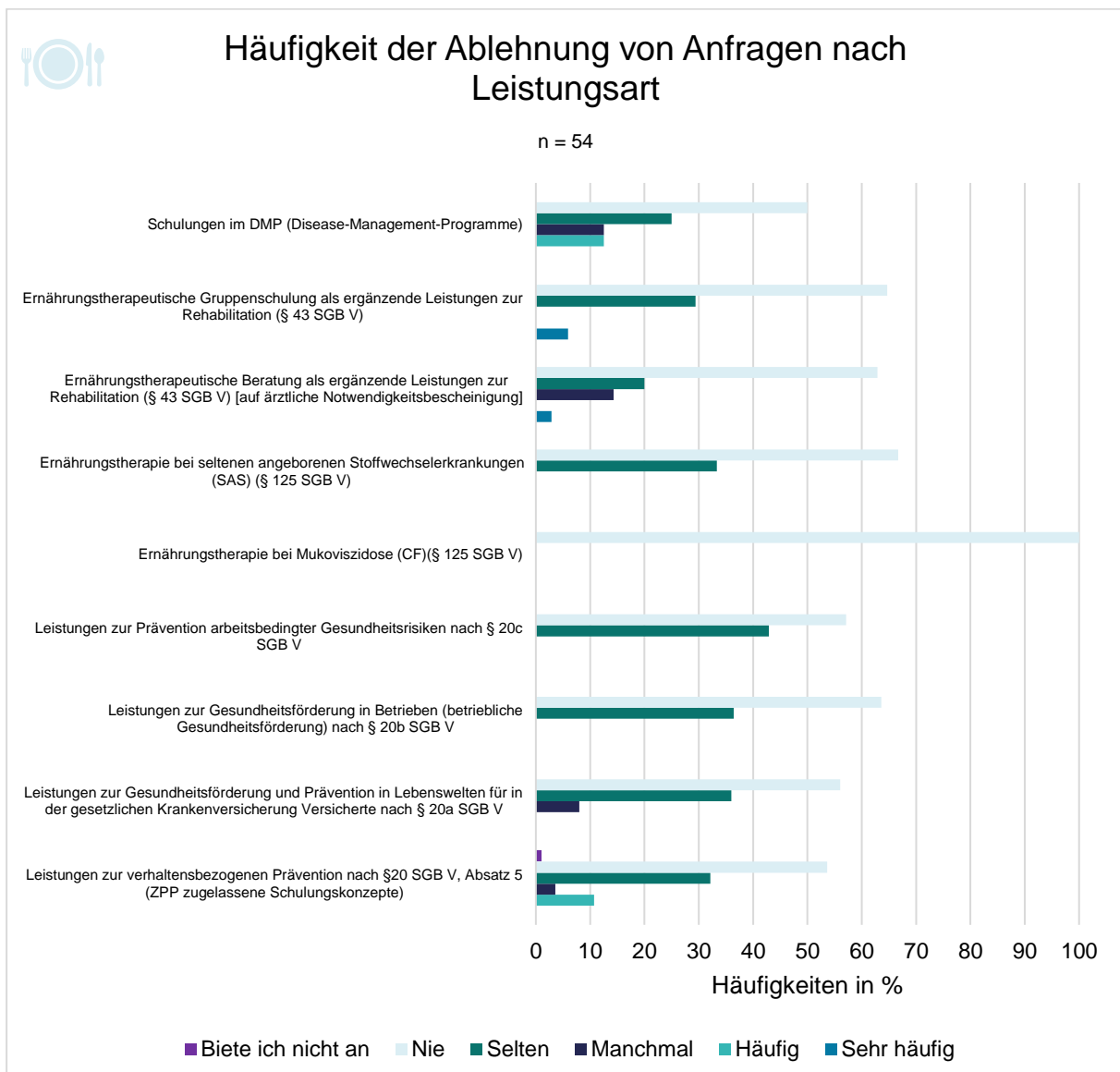


Die regionalen und strukturellen Bedingungen für die Durchführung von Leistungen zeigen Unterschiede in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten und die zurückgelegten Fahrdistanzen. Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, in denen die angebotenen Leistungen stattfinden, zeigen sich folgende Verteilungen: 27,9 % der Leistungen werden in Großstädten erbracht, 20,9 % in Mittelstädten, 41,9 % in Kleinstädten und 9,3 % in ländlichen Gebieten.

Die im Jahr 2022 beruflich zurückgelegten Kilometer zeigen eine breite Streuung. Der Mittelwert der zurückgelegten Kilometer beträgt 472,9 km, mit einer Standardabweichung von 1812,4 km. Der Median liegt bei 0 km (IQR: 0; 100). Der Großteil (61,3 %) legt keine Kilometer zurück. 22,6 % legen zwischen 1 und 200 Kilometer zurück, 6,5 % der Befragten zwischen 501 und 1000 Kilometern und nur 3,2 % zwischen 1 und 200, zwischen 1001 und 2000 oder mehr als 2001 Kilometer.

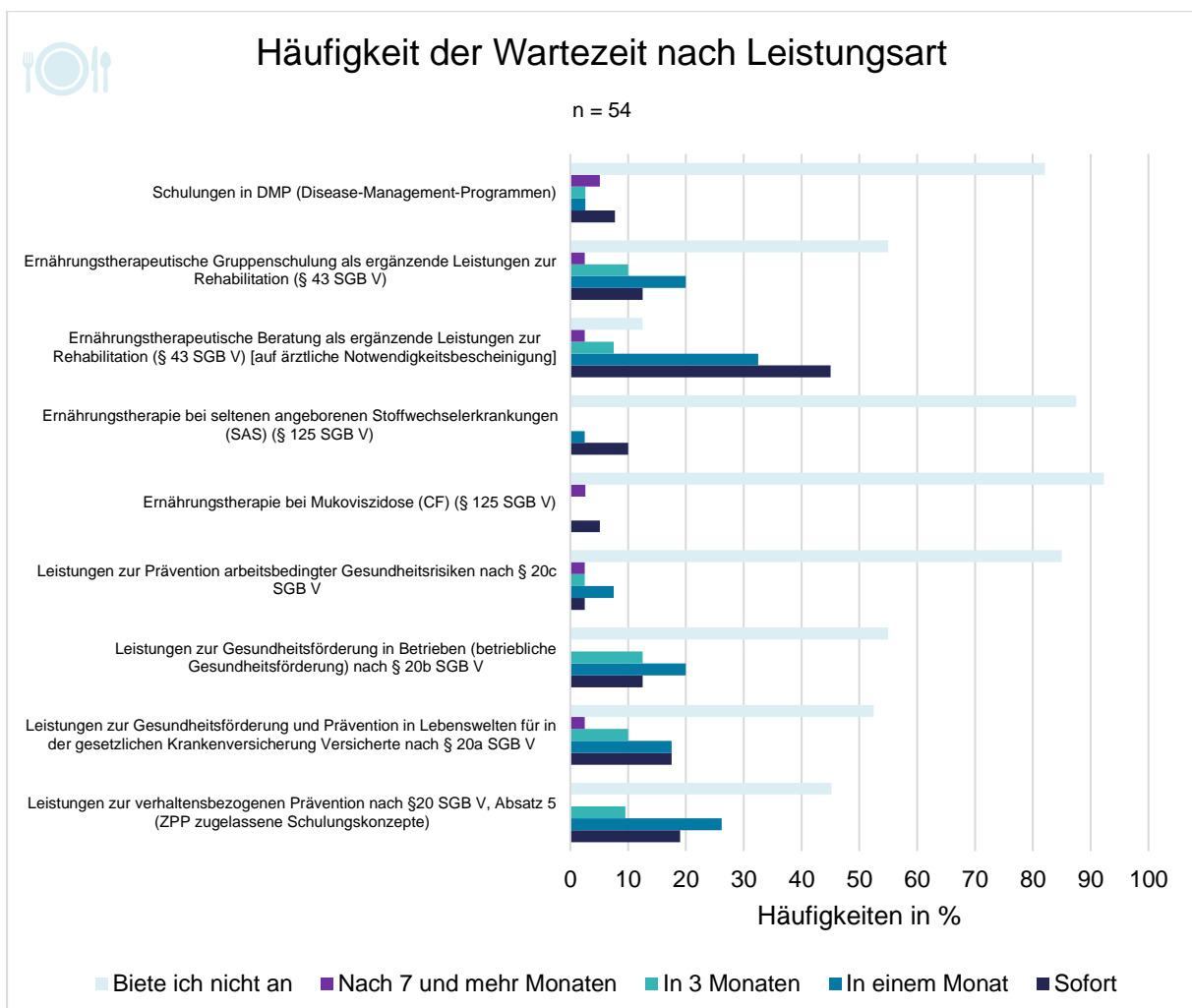


Insgesamt lässt sich fachübergreifend feststellen, dass ernährungstherapeutische Leistungen überwiegend selten bis nie abgelehnt werden müssen. Die häufigsten Ablehnungen erfolgen manchmal (2-3 x pro Monat) in den Fachbereichen Ernährungstherapeutische Beratung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) [auf ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung] (14,3 %) und Schulungen im DMP (Disease-Management-Programme) (12,5 %). Häufig (2-3 x pro Woche) kommen Ablehnungen von 12,5 % bei Schulungen im DMP (Disease-Management-Programme) und von 10,7 % in Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach §20 SGB V, Absatz 5 (ZPP zugelassene Schulungskonzepte) vor. Sehr häufig (fast täglich) werden ernährungstherapeutische Leistungen in der Ernährungstherapeutische Gruppenschulung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) (5,9 %) und Ernährungstherapeutische Beratung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) [auf ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung] (2,9 %) abgelehnt. Der häufigste Grund für die Ablehnung ist die Auslastung der Therapeuten (24,1 %), gefolgt von Krankheit/Urlaub (13 %).



Überwiegend können die verschiedenen ernährungstherapeutische Leistungen sofort oder innerhalb eines Monats angeboten werden. Mit einer Wartezeit von drei Monaten ist mit 12,5 % der Befragten bei Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V, mit 10 % Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a SGB V und Ernährungstherapeutische Gruppenschulung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V). Sogar sieben und mehr Monate dauert es bei 5,1 % der Ernährungsfachkräfte bis sie Schulungen in DMP (Disease-Management-Programmen).

Ernährungstherapie bei Mukoviszidose (CF) (§ 125 SGB V) (92,3 %), Ernährungstherapie bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (SAS) (§ 125 SGB V) (87,5 %) und Leistungen zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken nach § 20c SGB V (85 %) werden von einem Großteil der befragten Ernährungsfachkräfte nicht angeboten. Weitere seltener angebotene Therapieformen sind: Schulungen in DMP (Disease-Management-Programmen) (82,1 %), Ernährungstherapeutische Gruppenschulung als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V) (55 %) und Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b SGB V (55 %).



4.5.6 Arbeitszufriedenheit

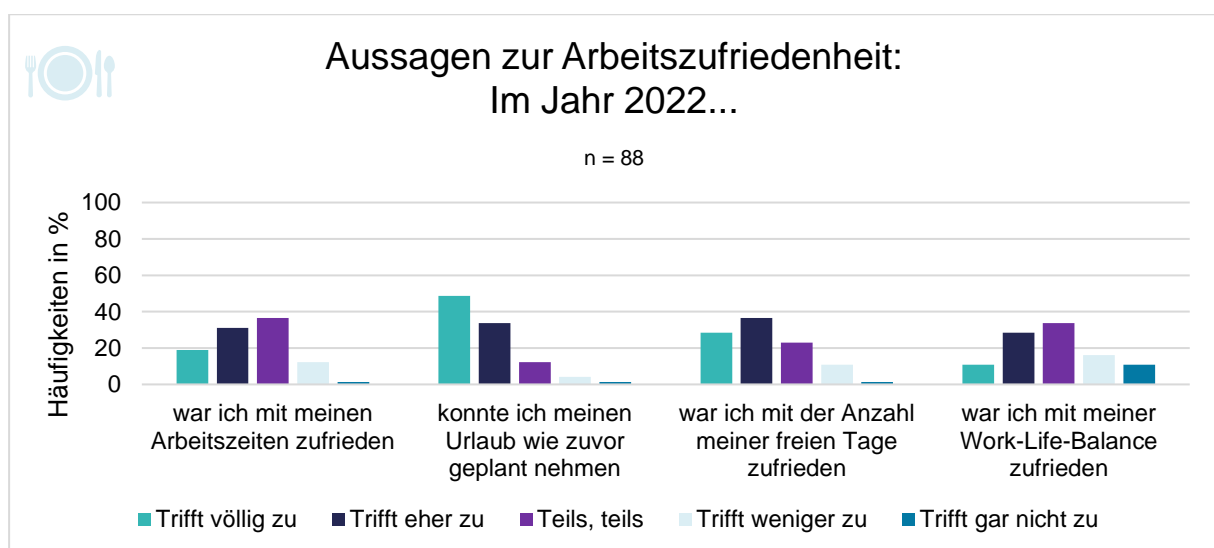
Zur Arbeitszufriedenheit im Jahr 2022 wurden 88 Ernährungsfachkräfte befragt. Die Variablen zur Arbeitszufriedenheit umfassen Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, dem Urlaubsanspruch, der Anzahl der freien Tage und der Work-Life-Balance.

Die Hälfte der Befragten war mit ihren Arbeitszeiten im Jahr 2022 weitestgehend zufrieden: 18,9 % der Teilnehmenden waren vollständig mit ihren Arbeitszeiten zufrieden und 31,1 % wählten die Aussage „trifft eher zu“. Jedoch war ein Drittel der Befragten nur teilweise mit den Arbeitszeiten zufrieden (36,5 %). Unzufrieden mit den Arbeitszeiten ist ein kleiner Anteil von 12,2 % („trifft weniger zu“) bzw. 1,4 % („trifft gar nicht zu“).

In Bezug auf die Urlaubsplanung gab etwa die Hälfte der Befragten an, ihren Urlaub wie geplant nehmen zu können (48,6 % stimmten „völlig zu“). Allerdings gab es auch Personen, die weniger zufrieden waren, da 4,1 % („trifft weniger zu“) bzw. 1,4 % („trifft gar nicht zu“) angaben, ihren Urlaub nicht wie gewünscht nehmen konnten.

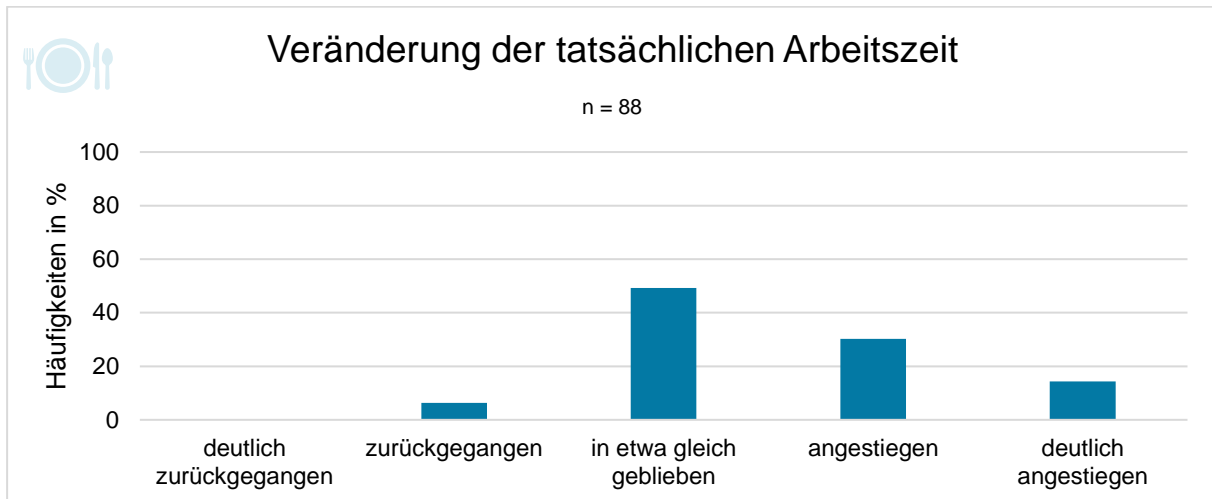
Die Zufriedenheit mit der Anzahl der freien Tage war recht hoch. 28,44 % der Befragten waren völlig zufrieden, 36,5 % waren eher zufrieden und 23 % gaben an, teilweise zufrieden zu sein. 10,8 % der Teilnehmer waren eher unzufrieden und 1,4 % sehr unzufrieden mit der Anzahl ihrer freien Tage.

In Bezug auf die Work-Life-Balance zeigt sich eine größere Unzufriedenheit, da 16,2 % der Befragten angaben, dass sie weniger zufrieden mit ihrer Work-Life-Balance waren. Nur 10,8 % waren völlig zufrieden, während mehr als ein Drittel (33,8 %) eine neutrale Haltung einnahm.



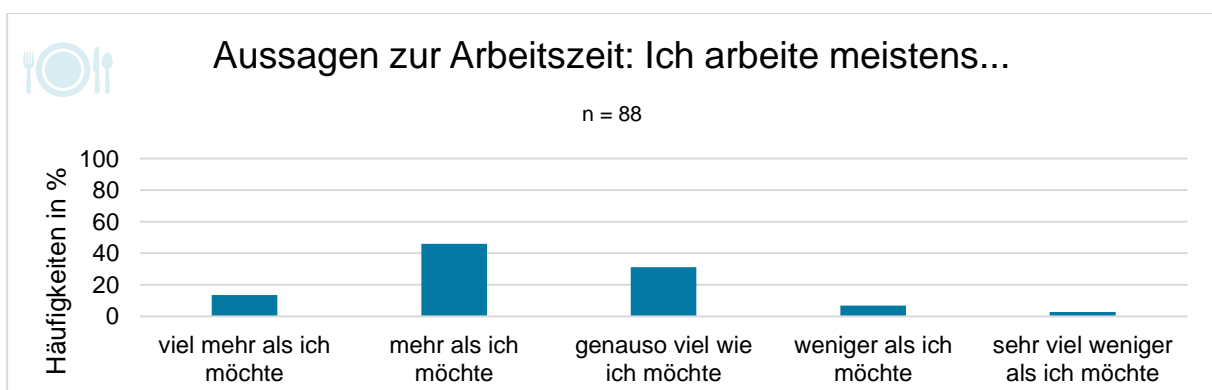
Im Folgenden wird auf die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit von Ernährungsfachkräften im Zeitraum von 2017 bis heute eingegangen und die Gründe für diese Veränderungen, sowie den Vergleich zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit beschrieben.

Während 49,2 % der Teilnehmer ihre Wochenarbeitszeit als unverändert beschreiben, berichten 30,2 % von einem Anstieg der Arbeitszeit und oder sogar einem deutlichen Anstieg (14,3 %). Nur 6,3 % berichten, dass ihre Arbeitszeit zurückgegangen ist.

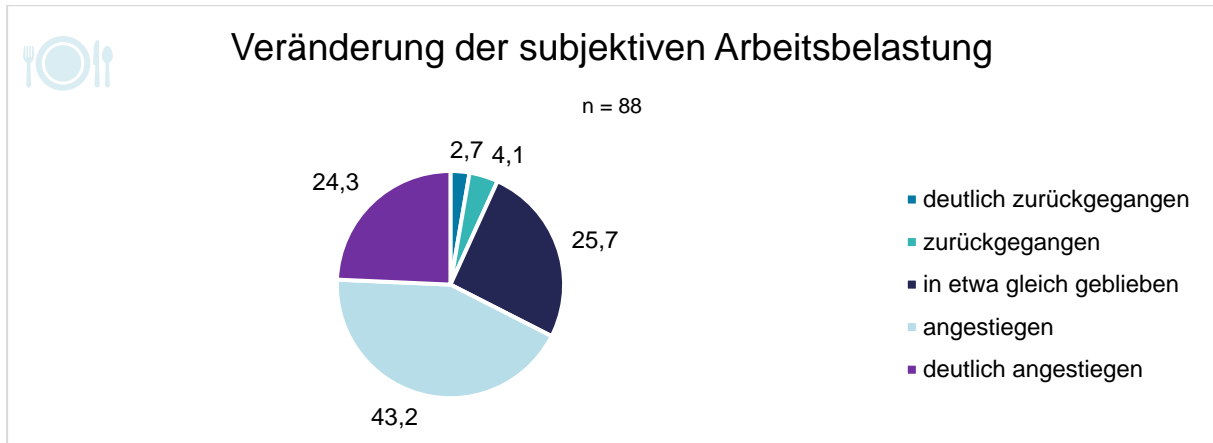


Die häufigsten Gründe für die Veränderung der Arbeitszeit sind: „Veränderung der Nachfrage nach Therapieplätzen“ (15,9 %), „Veränderungen des eigenen Tätigkeitsspektrums/Angebots“ (15,9 %) und „Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz“ (6,8 %). Weitere Gründe sind „Weiter-/Fortbildungen“ (5,7 %) und sonstige Veränderungen in der Abteilung (5,7 %).

Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der gewünschten Arbeitszeit zeigt: Fast die Hälfte der Befragten arbeitet „mehr als sie möchte[n]“ (45,9 %) oder sogar „viel mehr als sie möchte[n]“ (13,5 %). Ein Drittel der Befragten (31,1 %) ist mit der Arbeitszeit zufrieden. Lediglich 6,8% der Befragten arbeiten weniger und 2,7 % sehr viel weniger als gewünscht.

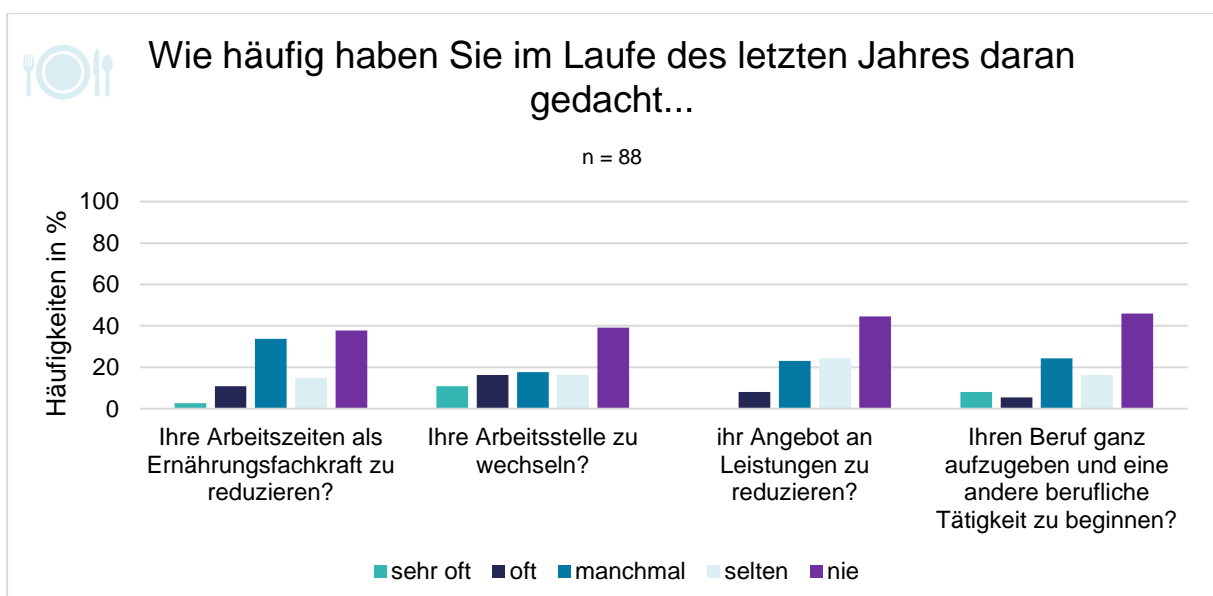


Insgesamt ist die subjektive Arbeitsbelastung innerhalb der letzten fünf Jahre bei fast der Hälfte der Befragten angestiegen (43,2%) oder sogar deutlich angestiegen (24,2%). Bei 25,7 % der Befragten ist die subjektive Arbeitsbelastung in etwa gleich geblieben. Nur 4,1 % gaben an, dass die Arbeitsbelastung zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen ist (2,7%).

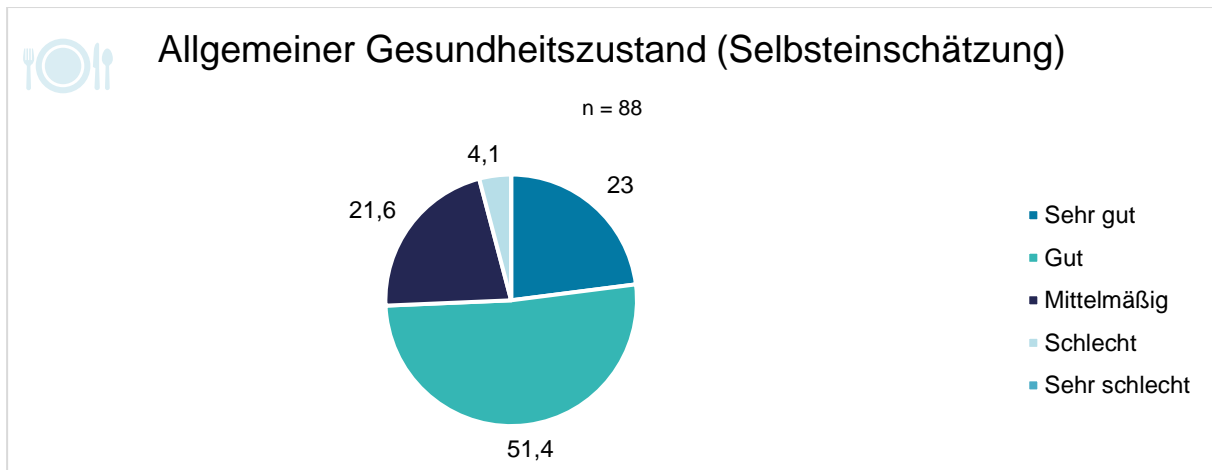


Zur Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und dem Wunsch nach Veränderung wurden die befragten Ernährungsfachkräfte gebeten, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu Aussagen auf vier zentrale Bereiche zu treffen: Reduzierung der Arbeitszeiten, einen Stellenwechsel, Reduzierung des Angebotes an Leistungen und Aufgabe des Berufes.

Überwiegend sind die Befragten mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden und überlegen nie ihren Beruf aufzugeben (45,9 %), die Arbeitsstelle zu wechseln (39,2 %) oder ihr Angebot an Leistungen zu reduzieren (44,6 %). Nichtsdestotrotz haben nicht wenige den Wunsch ihr Angebot zu reduzieren (31,1 %), ihre Arbeitsstelle zu wechseln (44,6 %) oder sogar ihren Beruf ganz aufzugeben (37,8 %). Etwa die Hälfte der Befragten (47,3 %) möchte ihre Arbeitszeit als Ernährungsfachkraft reduzieren.



Die häufigsten Gründe, weshalb über eine Veränderung oder Aufgabe der Tätigkeit als Ernährungstherapeut nachgedacht wird, sind: mangelnde Zukunftsperspektive (18,2 %), zu geringes Einkommen (18,2 %), zu hohe Arbeitsbelastung (15,9 %) und Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (15,9 %). Ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen die Befragten mehrheitlich als gut (51,4 %) oder sehr gut (23 %) ein. Immerhin ein Fünftel empfindet seinen allgemeinen Gesundheitszustand lediglich als mittelmäßig (21,6 %). Ein geringer Anteil hat einen schlechten (4,1 %) allgemeinen Gesundheitszustand.



Mehrheitlich sind die befragten Ernährungsfachkräfte mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden. Auf einer Skala von 0 bis 10 wählen 77 % ein Score größer oder gleich sechs, für hohe Zufriedenheit.

4.5.7 Tätigkeiten außerhalb der Ernährungstherapie und Ruhestand

Ein Drittel der Befragten (34,2 %) geht neben der Ernährungstherapie einer oder mehreren nebenberuflichen Tätigkeit(en) nach. Der zeitliche Umfang dieser Tätigkeiten beträgt etwa 6,6 Stunden pro Tag (Median; IQR: 5; 8) an 4 Tagen im Monat (Median; IQR: 3; 13,5) im Angestelltenverhältnis. Freiberuflich beträgt der zeitliche Umfang entsprechend fünf Stunden pro Tag (Median; IQR: 3; 7,5) an zwei Tagen im Monat (Median; IQR: 2; 4,5).

10,8 % der Befragten planen in den nächsten fünf Jahren bzw. 20,3 % in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. 11,1 % dieser Therapeuten möchte im Ruhestand nicht mehr in der Ernährungstherapie arbeiten. Die Hälfte (55,6 %) kann dazu noch keine Aussage treffen. 22,2 % der in den Ruhestand gehenden Therapeuten planen eine Tätigkeit als freier Mitarbeiter im außerklinischen Bereich. Nur 5,6 % planen eine angestellte Tätigkeit als Ernährungsfachkraft.

4.6 Ergebnisse - Befragung von Podologen in Bayern

4.6.1 Soziodemografische Merkmale

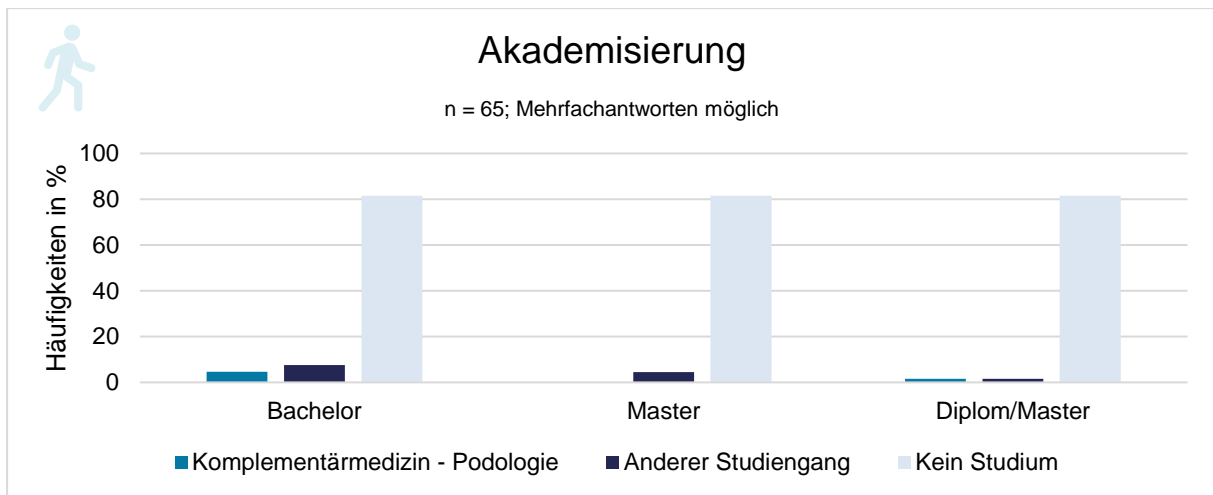
An der Befragung haben 65 Podologen teilgenommen, welche sich durch folgende soziodemografische Merkmale auszeichnen: Der Durchschnitt des Lebensalters beträgt 51 Jahre (Median; IQR: 42; 59). Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (81,5 %), während der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 15,4 % liegt, 3,1 % der Befragten gaben sich als divers an. Der Familienstand zeigt, dass der größte Anteil der Teilnehmer verheiratet (60 %) ist, gefolgt von denjenigen, die geschieden sind (15,4 %), während 13,8 % ledig sind. Alle Teilnehmer haben mindestens ein Kind (100 %).

Bezüglich der Sprachkenntnisse auf B2 Niveau gaben 87,7 % an, Deutsch fließend zu sprechen, gefolgt von 43,1 % der Teilnehmer, die Englisch beherrschen. Weniger verbreitet sind Kenntnisse in Französisch oder Russisch. Mehr als ein Drittel der Befragten (38,7 %) spricht zwei Sprachen, 54,8 % sprechen nur eine Sprache. Ein Drittel (31,7 %) der Teilnehmenden haben die Hochschulreife bzw. das Abitur als höchsten allgemeinen Schulabschluss angegeben, während 60,3 % die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss haben. 16,9 % der Befragten sind pflegende Angehörige.

4.6.2 Ausbildung

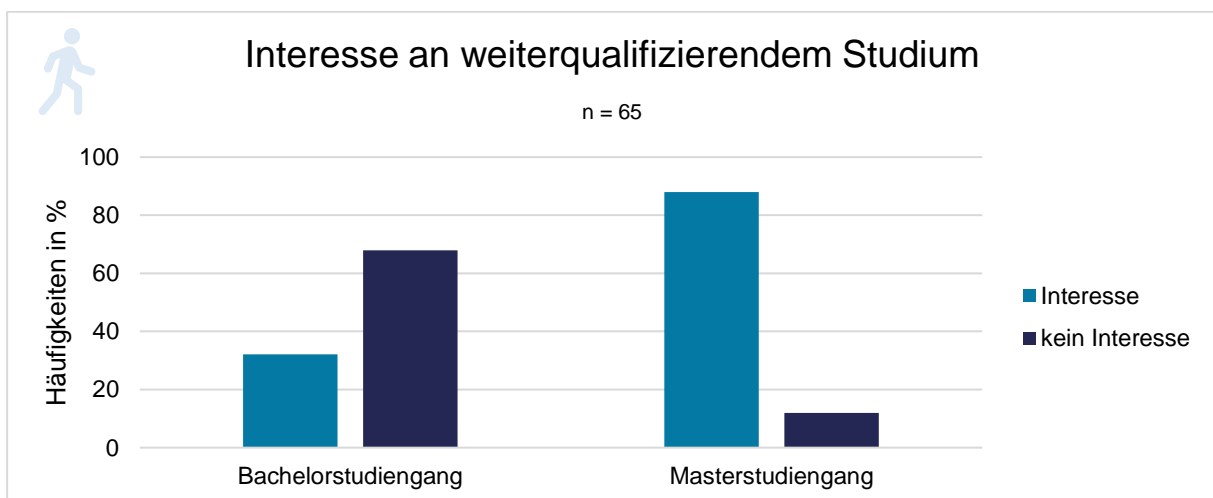
Die Mehrheit der Befragten (59,7 %) hat ihre Prüfung zum Podologen in Bayern abgelegt. Andere Bundesländer wie Baden-Württemberg (8,1 %), Hessen (8,1 %) und Sachsen (6,5 %) sind ebenfalls vertreten, jedoch mit weitaus geringeren Anteilen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer hat eine Berufsausbildung in einer Berufsfachschule für Podologie ohne Ausbildungsvergütung (63,1 %) absolviert. Der Zeitpunkt des abgelegten Examens variiert, wobei 34,9 % der Befragten das Examen vor 11 bis 20 Jahren abgelegt haben und 3,2 % vor 21 bis 30 Jahren. 19 % der Befragten haben das Examen innerhalb der letzten zwei Jahre abgelegt.

Im Hinblick auf den akademischen Studienabschluss zeigt sich, dass 4,6 % der Befragten einen Bachelor in Komplementärmedizin – Podologie, 1,5 % in Gesundheitswissenschaften, 1,5 % in Therapiewissenschaften und 4,6 % in einem anderen Studiengang erworben haben. Lediglich 1,5 % der Befragten haben einen Masterabschluss absolviert. 1,5 % der Teilnehmenden haben einen Diplom- oder Magister-Abschluss in Komplementärmedizin – Podologie und weitere 1,5 % in einem anderen Studiengang abgeschlossen. Die Mehrheit der Befragten (81,5 %) hat kein akademisches Studium absolviert.

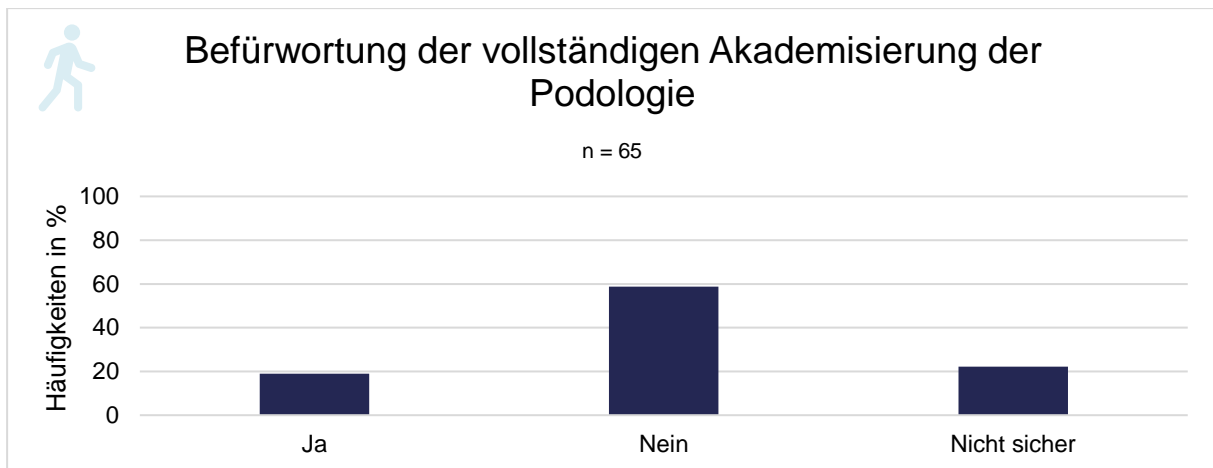


Bezüglich des Studienortes wurden alle Studienabschlüsse in Deutschland erzielt, wobei Berlin (66,7 % Bachelor) und Bayern (33,3 % Bachelor) die häufigsten Bundesländer sind.

In Bezug auf das Interesse an einer akademischen Weiterqualifikation zeigt die Mehrheit der Befragten (67,9 %) kein Interesse an einem weiterqualifizierenden Bachelorstudium, während 32,1 % daran interessiert sind. Für ein podologisches Masterstudium interessieren sich 88 % der Befragten mit Bachelorabschluss, während 12 % es ablehnen.

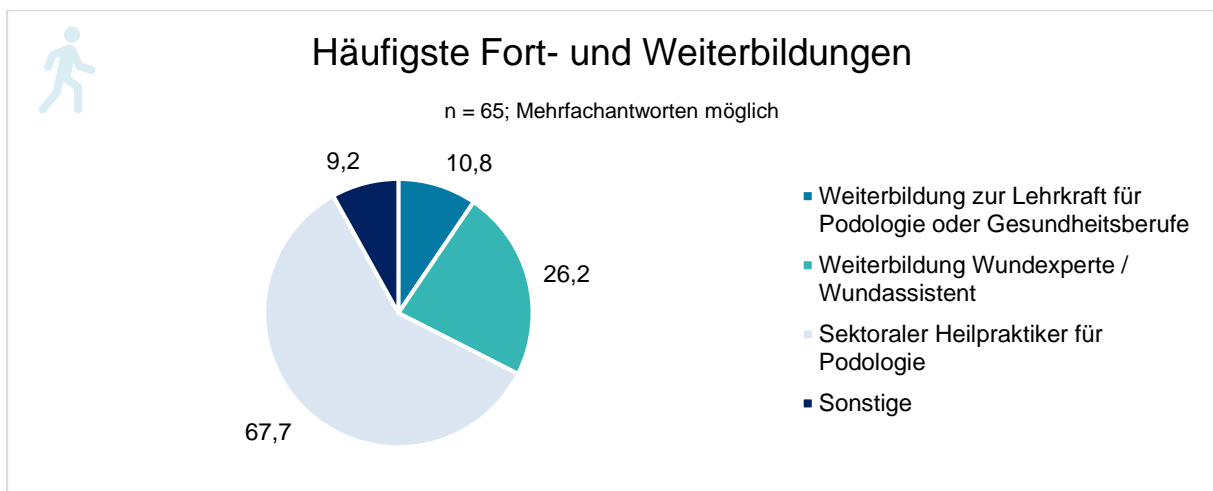


Schließlich zeigt sich bei der Frage nach der Haltung zur vollständigen Akademisierung der Podologie, dass 19 % der Befragten diese Idee befürworten, 58,7 % dagegen sind und 22,2 % unsicher bleiben. Dies verdeutlicht eine geteilte Meinung innerhalb der Berufsgruppe.



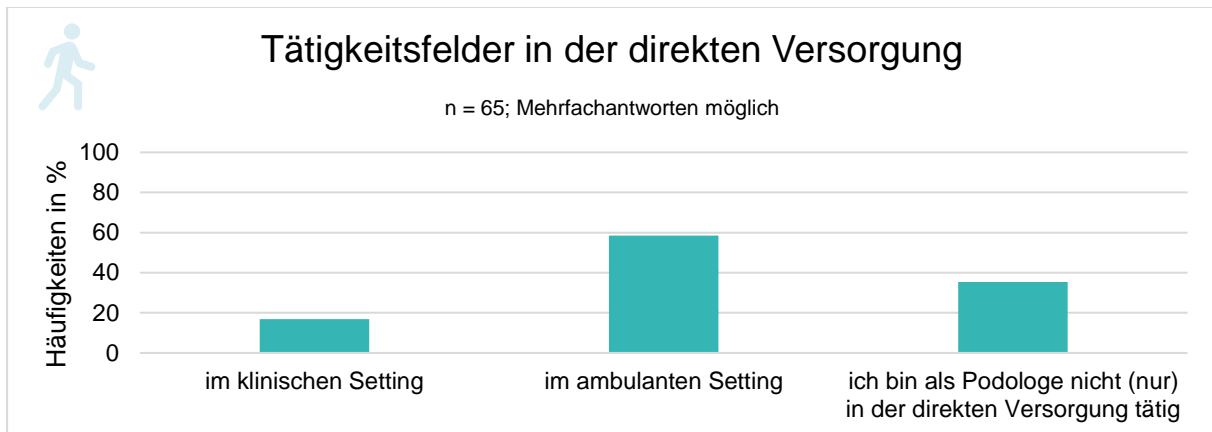
4.6.3 Berufliche Situation

Die Berufserfahrung der Teilnehmenden zeigt, dass 39,3 % zwischen 5 und 15 Jahre und 26,2 % 15 bis 25 Jahre Erfahrung in der Podologie haben. Die Gruppe mit weniger als ein Jahr Erfahrung ist mit 3,7 % sehr klein. Der Großteil der Befragten hat also bereits langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich. Die Mehrheit der Befragten (87,7 %) hat mindestens eine Fort- bzw. Weiterbildung zusätzlich zur Berufsausbildung absolviert. Die häufigsten Weiterbildungen sind der sektorale Heilpraktiker für Podologie (67,7 %), gefolgt von der Weiterbildung zum Wundexperten/Wundassistenten (26,2 %) und zur Lehrkraft für Podologie oder Gesundheitsberufe (10,8 %).



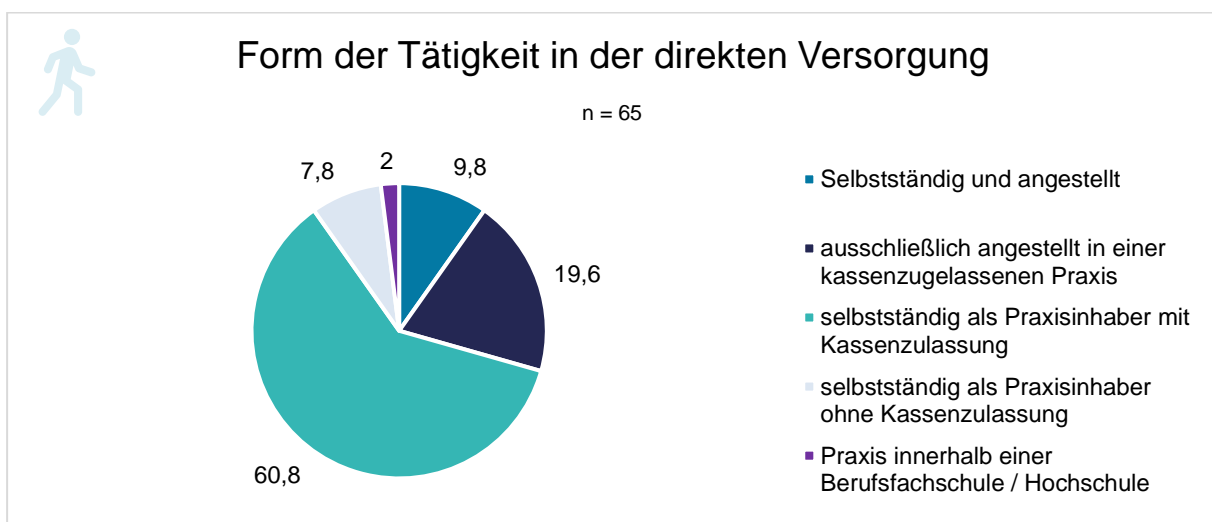
In Bezug auf die Mitgliedschaften in Berufs- oder Interessensverbänden ist der Deutsche Verband für Podologie (ZDF) e.V. mit 67,7 % der häufigste Verband, dem die Befragten angehören. Der Bundesverband für Podologie Deutschland e.V. und der Verband deutscher Podologen (VDP) e.V. folgen jeweils mit 10,8 %. 12,3 % der Befragten ist jedoch keinem podologisch spezifischen Verband zugehörig.

Im Folgenden wird die Verteilung der Tätigkeitsfelder und Arbeitsformen der 65 Befragten in der Podologie beschrieben. Im Bereich der direkten Versorgung zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten (58,5 %) ausschließlich im ambulanten Setting tätig ist, während 16,9 % nur im klinischen Setting arbeiten. 35,4 % waren nicht ausschließlich in der direkten Versorgung tätig, was auf eine Vielzahl von anderen Tätigkeitsfeldern hinweist, wie etwa in Berufsfachschulen (4,6 %), Fort- und Weiterbildungen (4,6 %) oder Berufspolitisch/Verbandsarbeit (3,1 %).



Hinsichtlich der Veränderung des Tätigkeitsfeldes gibt es nur geringe Bewegungen: keiner der Befragten gab an, seine klinische oder ambulante Tätigkeit aufgegeben zu haben. Auch die Aufgabe der Tätigkeit außerhalb der direkten Versorgung betrifft nur 3 % der Teilnehmer.

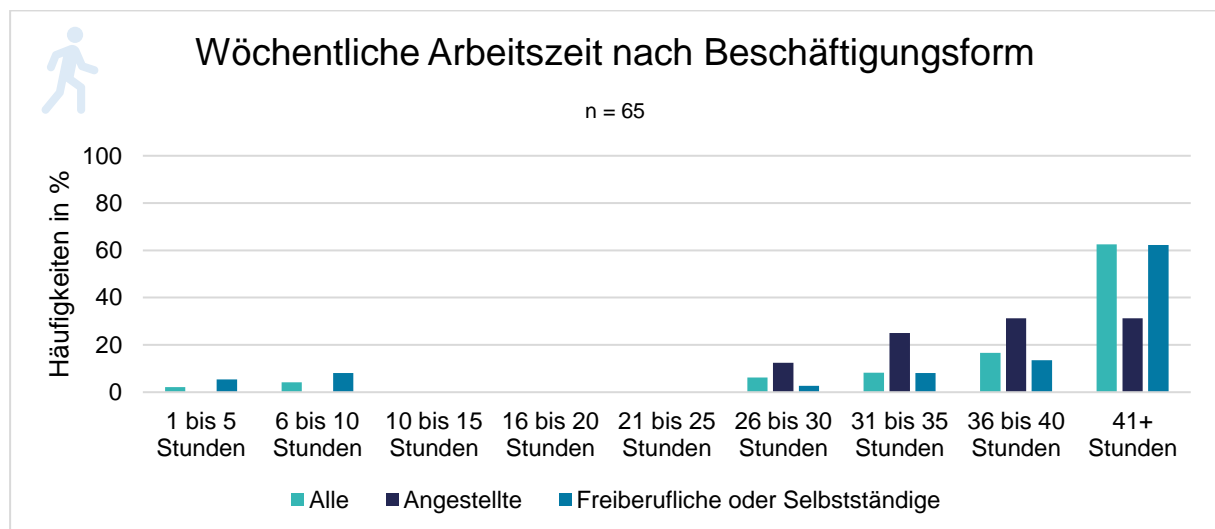
Bezüglich der Form der Tätigkeit zeigt sich, dass der größte Teil der Befragten selbstständig als Praxisinhaber mit Kassenzulassung (60,8 %) arbeitet. Ein Viertel ist ausschließlich angestellt in einer kassenzugelassenen Praxis (19,6 %). Weniger häufig arbeiten die Teilnehmenden in einer Kombination aus selbstständiger und angestellter Tätigkeit (9,7 %), selbstständig als Praxisinhaber ohne Kassenzulassung (7,8 %) oder in einer Praxis innerhalb einer Berufsfachschule/Hochschule (2 %).



Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit für alle befragten Podologen liegt bei 46,8 Stunden (Median; IQR: 40; 55). Überwiegend arbeiten Podologen mehr als 41 Stunden (62,5 %) oder 36 bis 40 Stunden (16,7 %). Die Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeiten in Abhängigkeit von der Beschäftigungsform (Angestellte, Selbstständige) stellt sich folgendermaßen dar:

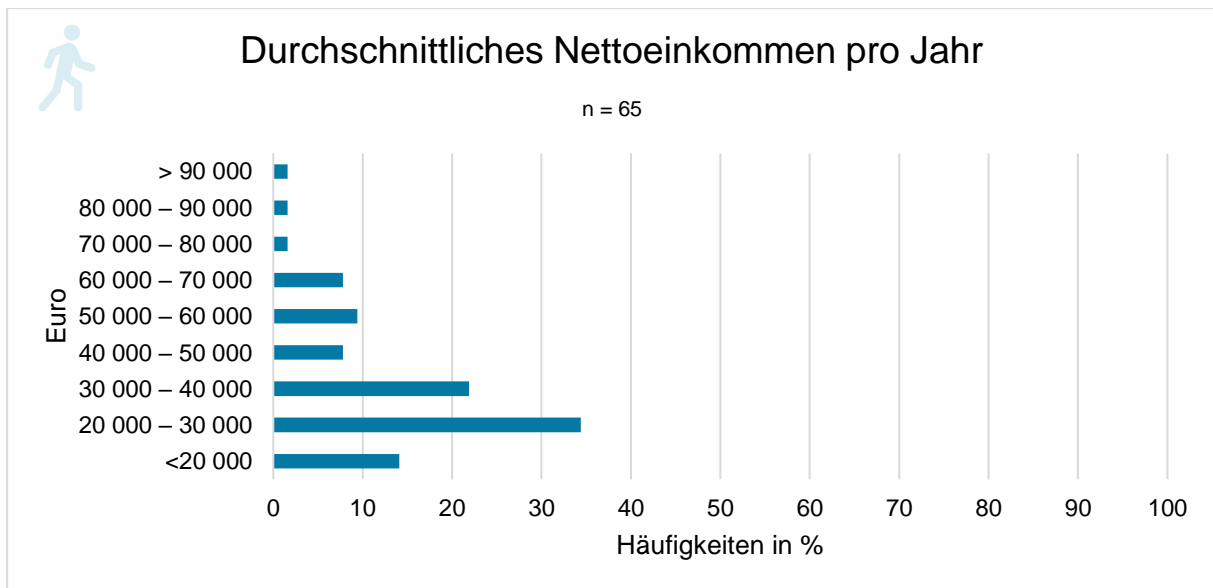
Bei den Angestellten ist die Arbeitszeit im Vergleich zu den Selbstständigen geringer. Die durchschnittliche Arbeitszeit von angestellten Podologen beträgt 40 Stunden (Median; IQR: 34,2; 43,6). Jeweils in Drittel (31,2 %) der befragten Angestellten arbeitet 36 bis 40 Stunden oder mehr als 41 Stunden pro Woche.

Die Selbstständigen liegen mit einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 45 Stunden (Median; IQR: 40; 53) in einem höheren Bereich. Bei den Selbstständigen arbeitet mehr als die Hälfte der Befragten (62,2 %) mehr als 41 Stunden pro Woche, 13,5 % der Befragten arbeitet zwischen 36 und 40 Stunden pro Woche.



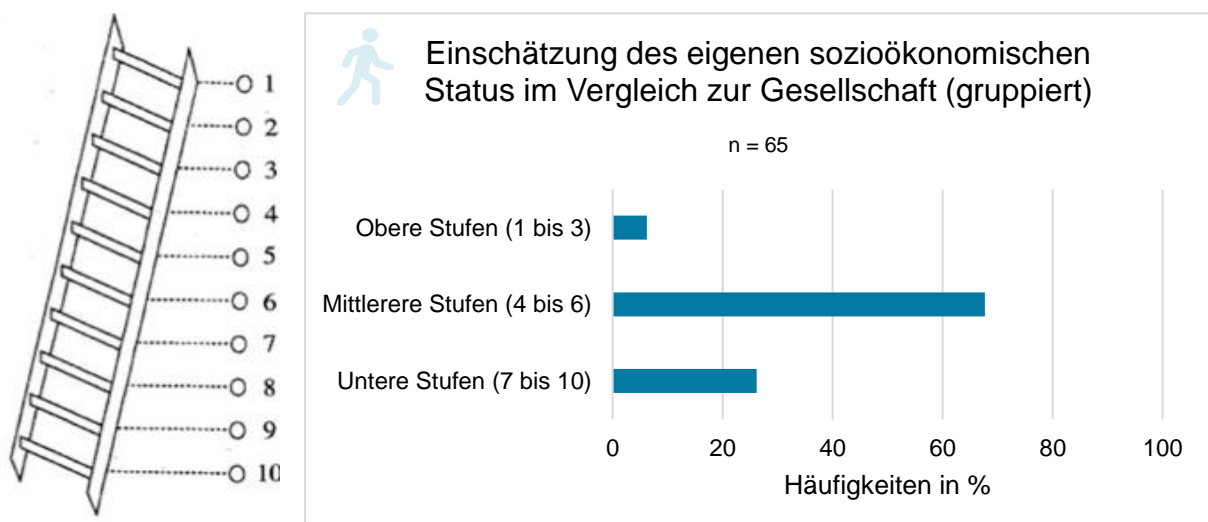
Hinsichtlich der Verteilung des jährlichen Nettoeinkommens befinden sich die meisten befragten Podologen in der Einkommensgruppe von 20 000 bis 30 000 Euro (34,4 %), gefolgt von der Gruppe von 30 000 bis 40 000 Euro (21,9 %). Weniger verbreitet sind die Einkommensgruppen von unter 20 000 Euro (14,1 %), zwischen 50 000 und 60 000 Euro (9,4 %) sowie 40 000 und 50 000 Euro (7,8 %).

Auf eine Unterteilung des Jahreseinkommens nach der Berufsform (freiberuflich oder angestellt), wie es bei den anderen Berufsgruppen gemacht wurde, wurde hier aufgrund der geringen Stichprobengröße verzichtet.



Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Podologen über alle Berufsformen im Schnitt 24,10 €/h. Im Angestelltenverhältnis beträgt das Nettoeinkommen 14,60 €/h, in der Freiberuflichkeit 29,80 €/h. Eine tabellarische Darstellung des durchschnittlichen Nettoeinkommens nach Wochenarbeitszeit in Stunden ist aufgrund der geringen Datenmenge nicht möglich.

Die Einschätzung des eigenen sozioökonomischen Status erfolgte mit einem Leitermodell. Darin befinden sich oben (1) auf der Leiter Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Während im unteren Bereich der Leiter (10) sich Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und den schlechtesten Jobs (bzw. ohne Job) einordnen. Betrachtet man die gruppierte Selbsteinschätzung der Podologen, so zeigt sich die deutliche Mehrheit (67,7 %) im Bereich der mittleren Stufen. Fast ein Drittel (26,2 %) ordnet sich im Bereich der unteren Stufen, also im Vergleich zur Gesellschaft einem schlechteren sozioökonomischen Status ein. Lediglich 6,2 % schätzen ihren sozioökonomischen Status im Vergleich zur Gesellschaft als besser ein.



4.6.4 Klinisches Setting

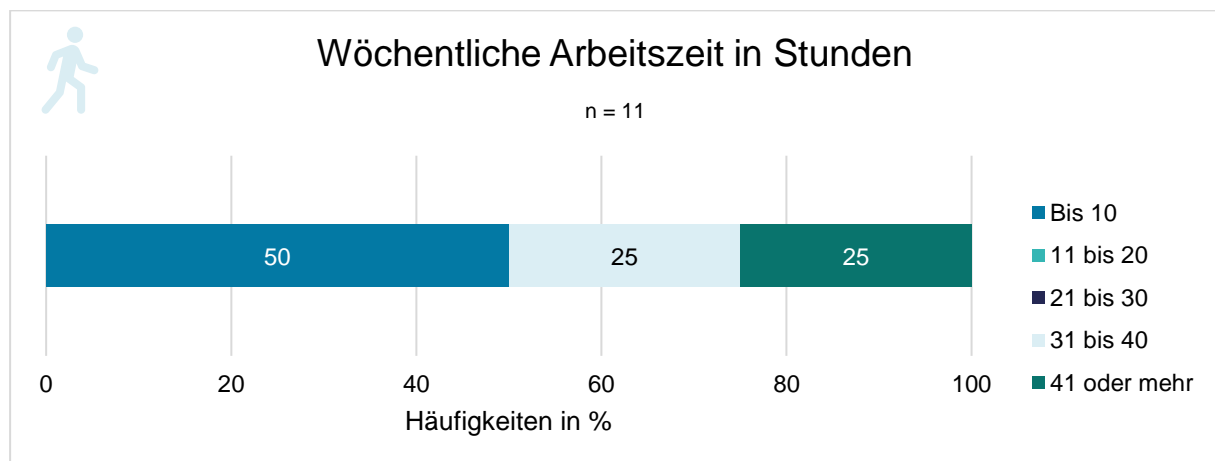
An der Befragung haben sich 11 im klinischen Setting tätige Podologen beteiligt. Die folgende Tabelle bildet die Verteilung der Versorgungsstufen der Klinik in der Studienpopulation ab:

Variable	n	%
Versorgungsstufe der Klinik		
Krankenhaus Versorgungsstufe I	2	18,2
Krankenhaus Versorgungsstufe II	0	0
Krankenhaus Versorgungsstufe III	0	0
Universitätsklinik	0	0
Fachkrankenhaus	1	9,1
Rehabilitationsklinik	0	0
Überregionaler Klinikverbund	0	0
Sonstige	8	72,7
k. A.	0	

Der Standort der Kliniken ist bei der Mehrheit der Befragten in einer Kleinstadt (54,5 %), bei 27,3 % der Befragten in einer Mittelstadt. Jeweils 9,1 % sind entweder in einer Großstadt oder in ländlichen Gebieten angesiedelt.

Klinisch tätige Podologen sind überwiegend in der Abteilung der Diabetologie (36,4 %) im Einsatz. Etwa 18,2 % arbeiten in den Bereichen der Geriatrie/Gerontologie. Jeweils 9,1 % der Befragten arbeiten auf der Palliativstation, in der Onkologie oder in der Inneren Medizin.

25 % der Podologen arbeiten in der Klinik 31 bis 40 Stunden pro Woche, weitere 25 % arbeiten 41 Stunden oder mehr. 50 % der Befragten sind als Teilzeitkräfte mit maximal 10 Wochenstunden tätig. Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit werden eine weitere Tätigkeit neben der Podologie (66,7 %) und eine weitere Arbeitsstelle in einem anderen Tätigkeitsbereich als Podologe (33,3 %) genannt.



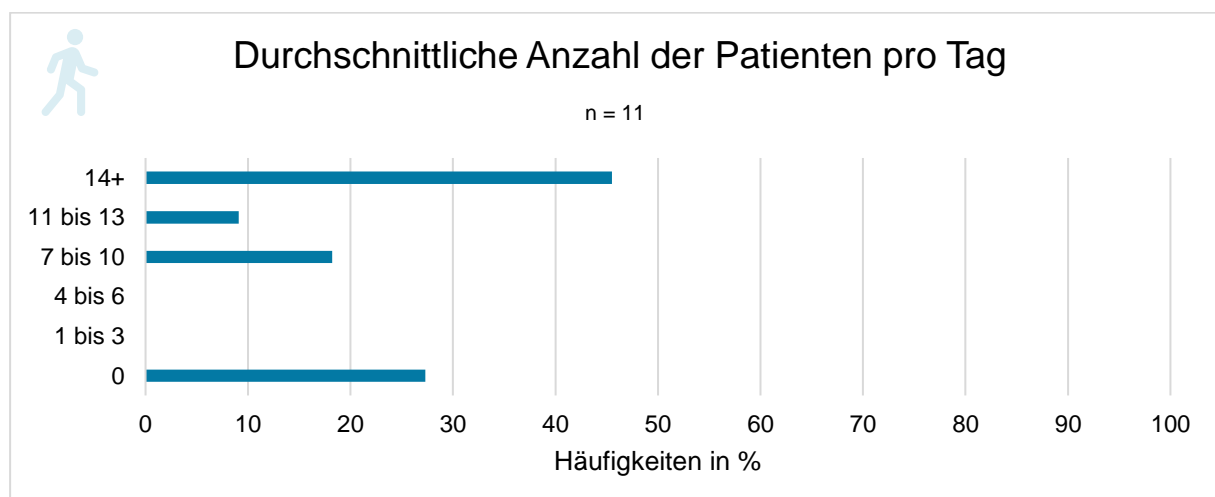
Podologen im klinischen Setting leisten im Durchschnitt 7,5 Überstunden pro Monat (Median; IQR: 3,8; 40). Jeweils 18,2 % geben an einmal pro Monat oder einmal pro Woche aufgefordert zu werden Überstunden zu machen. 9,1 % der Befragten sollen sogar mehrmals pro Woche Überstunden leisten. 9,1 % werden gebeten einmal in sechs Monaten (22,7 %) Überstunden zu machen, während fast die Hälfte der Teilnehmenden (45,5 %) hingegen nie gebeten wird Überstunden zu leisten.

Im Folgenden wird die durchschnittliche Anzahl und der zeitliche Umfang von Therapieeinheiten, die Podologen im klinischen Setting durchgeführt haben, unterteilt nach verschiedenen Therapiesettings (Einzel-Setting, Befundung und Sonstige Einheiten) beschrieben.

Am häufigsten wurden Therapien im Einzel-Setting mit einem Medianwert von 12 Therapieeinheiten (6,5; 141) pro Monat durchgeführt. Jeweils ein Drittel der Befragten (33,3 %) gab an, 1 bis 4, 9 bis 12 oder mehr als 21 Therapien durchzuführen. Der zeitliche Umfang betrug im Median 61,5 Stunden (IQR: 31,2; 91,8).

In der Befundung wurden durchschnittlich 6,5 Therapieeinheiten (Median; IQR: 3,8; 9,2) pro Monat durchgeführt. Über deren zeitlichen Umfang kann aufgrund der geringen Teilnehmerzahl keine Aussage getroffen werden.

Durchschnittlich behandeln Podologen im klinischen Setting 12 Patienten pro Tag (Median; IQR: 5; 15). 45,5 % behandeln mehr als 14 Patienten pro Tag. Fast ein Drittel (27,3 %) behandelt keinen Patienten, während 18,2 % der Befragten 7 bis 10 Patienten pro Tag behandeln. Lediglich 9,1 % der Teilnehmenden behandelt 11 bis 13 Patienten pro Tag.



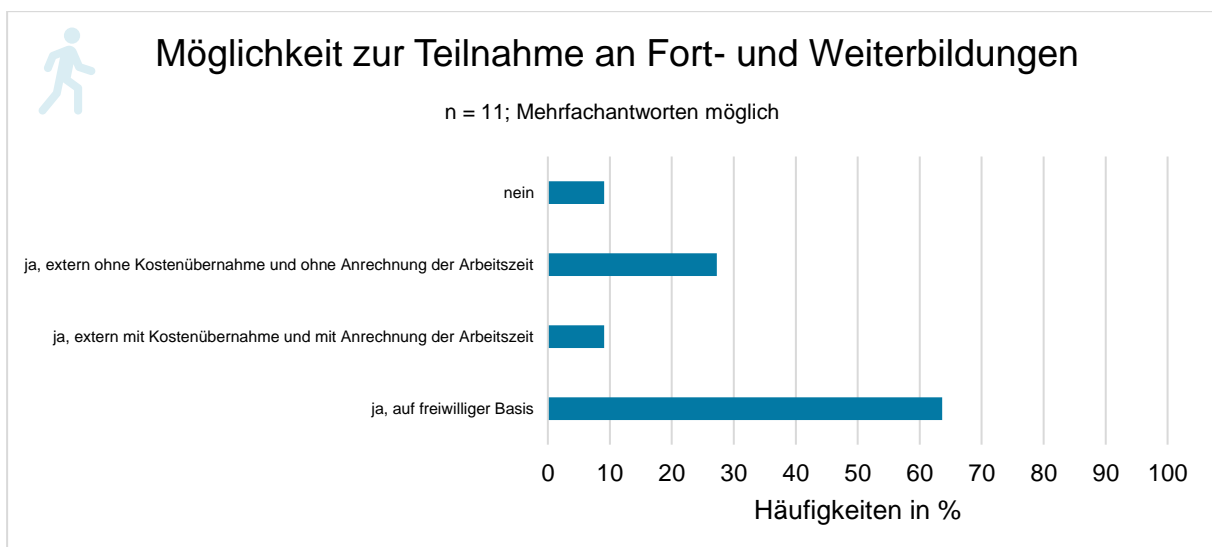
Neben den Angaben zu den eigentlichen Therapien, sollten die Podologen aufzählen, welche zusätzlichen Tätigkeiten sie durchführen und wie viel Prozent ihrer wöchentlichen Arbeitszeit diese Tätigkeiten einnehmen.

Die häufigsten zusätzlichen Tätigkeiten im klinischen Setting sind Verwaltungsaufgaben mit durchschnittlich 10 % (Median; IQR: 10; 10) der wöchentlichen Arbeitszeit und Reinigungsarbeiten mit durchschnittlich 10 % der wöchentlichen Arbeitszeit (Median; IQR: 7,8; 12,5). Mit jeweils 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit nehmen Beratung/Anleitung von Angehörigen (Median, IGR: 4,2; 6,2), Betreuung von Schülern/Praktikanten (Median; IGR: 3; 42,5), Fortbildungen (Median; IGR: 2,8; 7,5), Qualitätsmanagement (Median; IGR: 2,8; 7,5) und Teambesprechungen (Median; IGR: 2,8; 5) ein.

45,5 % der Befragten haben im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten der Podologie betreut, während 54,5 % keinen Praktikanten betreut haben.

Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Anfragen von Praktikanten (36,4 %), keine Kapazitäten (9,1 %) und ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Praktikanten der Podologie (9,1 %). Damit die Befragten als Praxisanleiter tätig würden, müssten: eine Vergütung für die Praktikumsbetreuung eingeführt werden (18,2 %), sowie mehr organisatorische und fachliche Unterstützung durch die Berufsfachschulen / Hochschulen / Universitäten geleistet werden (9,1 %).

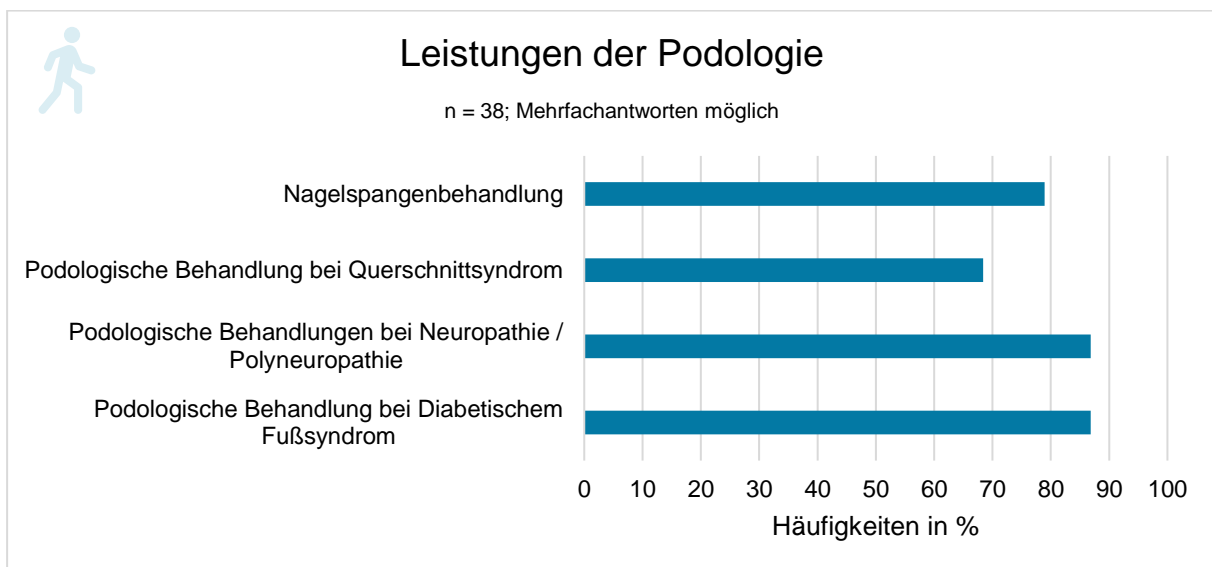
Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (63,6 %) in Anspruch genommen, während keiner der Teilnehmenden angab sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterzubilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen extern ohne Kostenübernahme und ohne Anrechnung der Arbeitszeit (27,3 %), aber auch zu einem geringen Anteil mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit (9,1 %).



4.6.5 Ambulantes Setting

An der Befragung haben sich 38 im ambulanten Setting tätige Podologen beteiligt. Folgend wird ein Überblick über die verschiedenen podologischen Therapieformen, medizinischen Fachbereiche, Behandlungssettings sowie die Häufigkeit der angebotenen Leistungen im Jahr 2022, basierend auf dem Heilmittelkatalog nach § 125 Abs. 1 SGB V gegeben.

Die am Häufigsten angebotenen Leistungen sind mit jeweils 86,8 % die podologische Behandlung bei Diabetischem Fußsyndrom und bei Neuropathie/Polyneuropathie, gefolgt von der Nagelspangenbehandlung (78,9 %). Podologische Behandlung bei Querschnittsyndrom wurde von 68,4 % der Befragten geleistet.



Die meisten Podologen gaben an, dass ihre Leistungen im gesamten Jahr 2022 erbracht wurden (97,1 %). Durchschnittlich behandeln Podologen im ambulanten Bereich zwölf Patienten (Median; IQR: 10; 14,5) pro Tag. Überwiegend (41,9 %) behandelt zwischen 7 und 10 Patienten pro Tag, gefolgt von 29 %, welche mehr als 14 Patienten pro Tag behandeln.

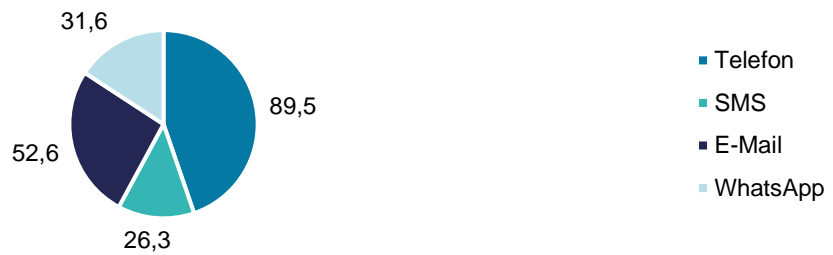
Die meisten Therapien finden unabhängig von der Behandlungsform in der Praxis (86,8 %) statt, gefolgt von Hausbesuchen (71,1 %) und Behandlungen in einer Einrichtung, z.B. Pflegeheim (65,8 %).

Die meistgenutzten Kommunikationsmedien für Podologen sind das Telefon (89,5 %) und E-Mail (52,6 %). 31,6 % der Befragten treten per WhatsApp ihren Patienten in Kontakt, während 26,3 % SMS nutzen. Facebook (2,6 %) oder anderweitige Kommunikationsmedien werden seltener genutzt.



Meistgenutzte Kommunikationsmedien

n = 38; Mehrfachantworten möglich

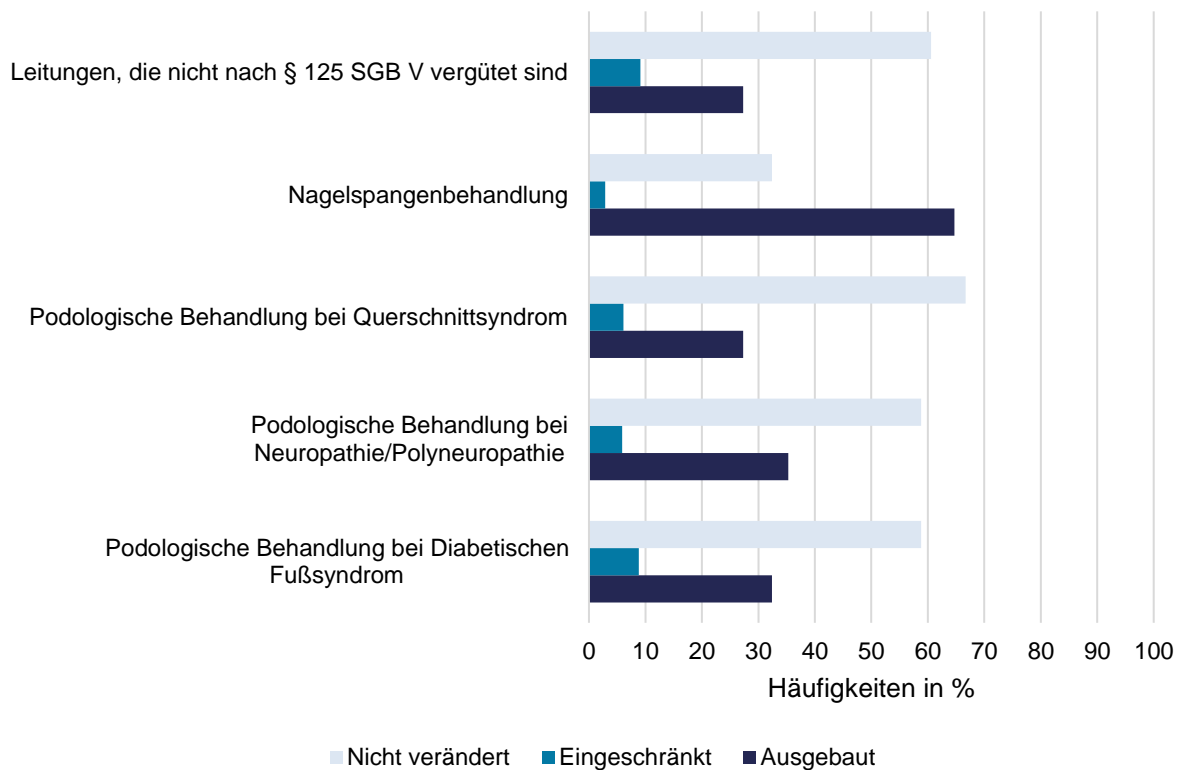


Weiter wurde erfragt, inwiefern sich das podologische Leistungsangebot seit 2017 verändert hat. In den meisten Bereichen sind die Leistungen unverändert geblieben. Die Bereiche mit den größten Anteilen an Ausbau waren Nagelspangenbehandlung (64,7 %), Podologische Behandlung bei Neuropathie/Polyneuropathie (35,3 %) und Podologische Behandlung bei Diabetischen Fußsyndrom (32,4 %). Eine sehr geringe Anzahl an Teilnehmenden gab an, das Leistungsangebot seit 2017 verringert oder eingestellt zu haben.



Häufigkeit der Veränderung nach angebotener Leistungsart (seit 2017)

n = 38



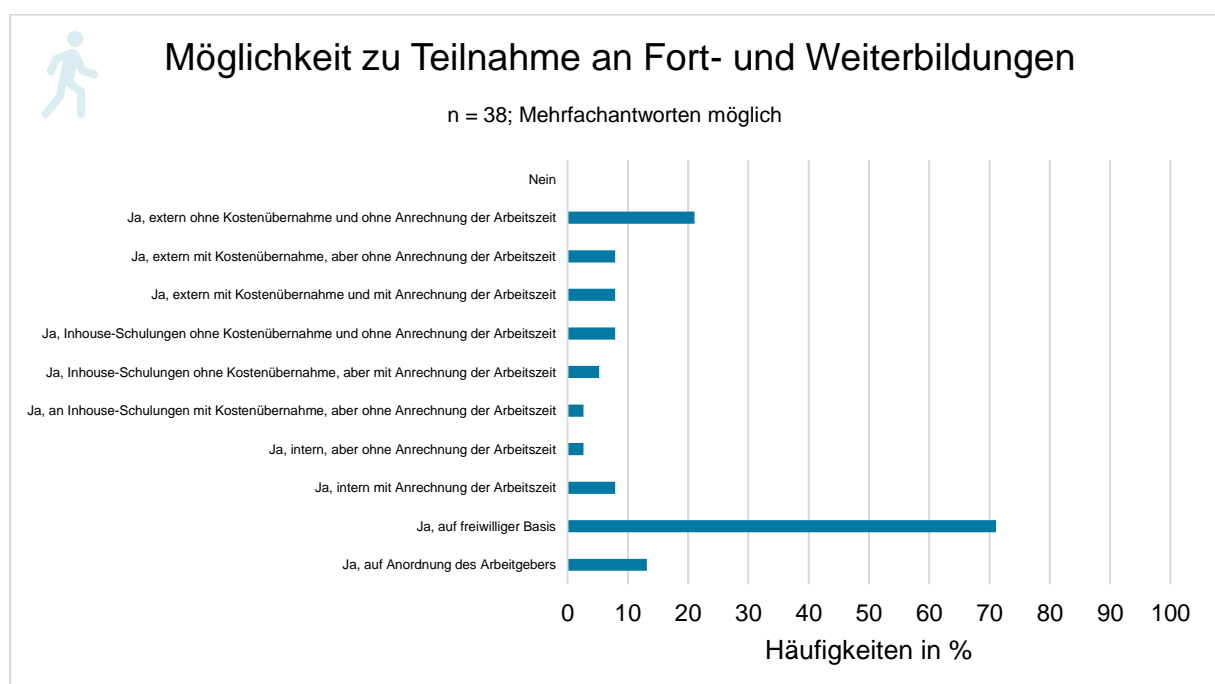
64,7% der Teilnehmenden bieten Leistungen an, die nicht im Vergütungsverzeichnis abgebildet werden bzw. privat abgerechnet werden.

Die zeitintensivsten zusätzlichen Tätigkeiten im ambulanten Setting sind mit durchschnittlich 15 % der wöchentlichen Arbeitszeit Verwaltungsaufgaben (Median; IQR: 8,8; 22,5) und mit durchschnittlich 12,5 % die Betreuung von Schülern/Praktikanten (Median; IQR: 6,2; 15). Reinigungsarbeiten machen 10 % (Median; IQR: 5; 15) und Hausbesuche 6 % (Median; IQR: 3,2; 13,8) der wöchentlichen Arbeitszeit aus. Jeweils durchschnittlich 5 % der wöchentlichen Arbeitszeit machen Teambesprechungen (Median; IQR: 2; 5), Beratung/Anleitung von Angehörigen (Median; IQR: 2,2; 6,5), Qualitätsmanagement (Median; IQR: 2; 5) und logistische Arbeiten (Median; IQR: 4,5; 10) aus. Fortbildungen nehmen im Durchschnitt 3,5 % (Median; IQR: 1; 10) der wöchentlichen Arbeitszeit ein.

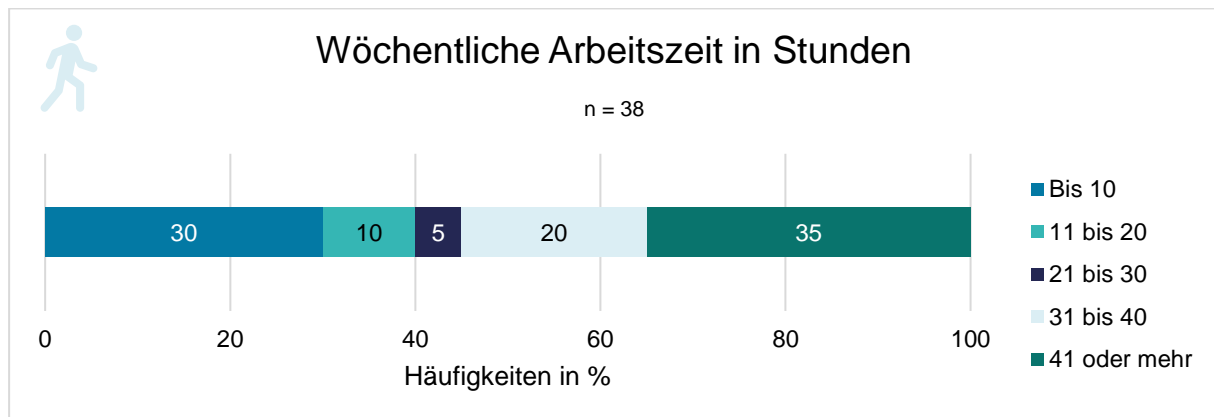
32,4 % der Befragten haben im Jahr 2022 mindestens einen Praktikanten (32,4 %) betreut. Im Durchschnitt wurden zwei Praktikanten (Median; IQR: 1; 2) betreut.

Die häufigsten Gründe, weshalb noch keine Praxisanleitung zur Unterstützung in der praktischen Ausbildung durchgeführt wird, sind: keine Anfrage(n) von Praktikanten (42,1 %), ein zu hoher organisatorischer Aufwand für die Betreuung von Praktikanten der Podologie (15,8 %) und keine Kapazitäten, die von der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden (10,5 %).

Die Mehrheit der Befragten hat die Möglichkeit regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen. Überwiegend werden diese auf freiwilliger Basis (71,1 %) in Anspruch genommen, während 13,2 % sich auf Anordnung des Arbeitgebers weiterbilden. Häufig erfolgen die Fort- und Weiterbildungen extern ohne Kostenübernahme und ohne Anrechnung der Arbeitszeit (21,1 %). Seltener werden externe Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme und mit Anrechnung der Arbeitszeit (7,9 %) bzw. ohne Anrechnung der Arbeitszeit (7,9 %) besucht.



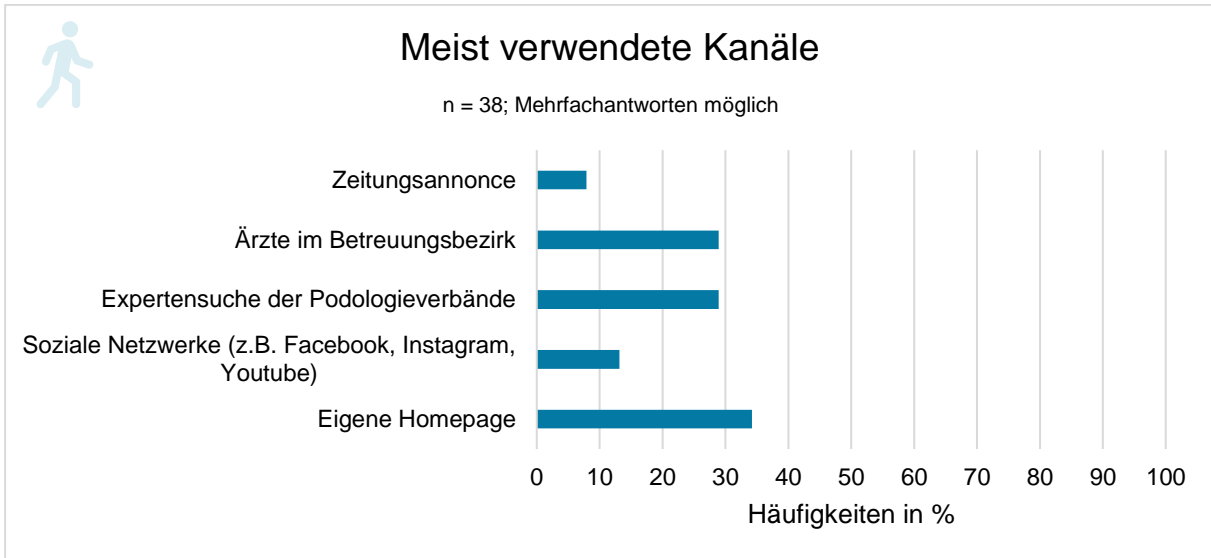
50 % der ambulant tätigen Podologen arbeiten 31 bis 40 Wochenstunden. Ein Drittel (35 %) arbeitet mehr als 41 Stunden in der ambulanten Tätigkeit. Fast die Hälfte arbeitet in Teilzeit (5 %: 21 bis 30 Stunden, 10 %: 11 bis 20 Stunden, 30 %: bis 10 Stunden). Als Hauptgrund für die Teilzeitarbeit werden familiäre Verpflichtungen (27,3 %) genannt. Des Weiteren haben 18,2 % angegeben Teilzeit zu arbeiten, da sie neben der Podologie in einem anderen Tätigkeitsbereich arbeiten.



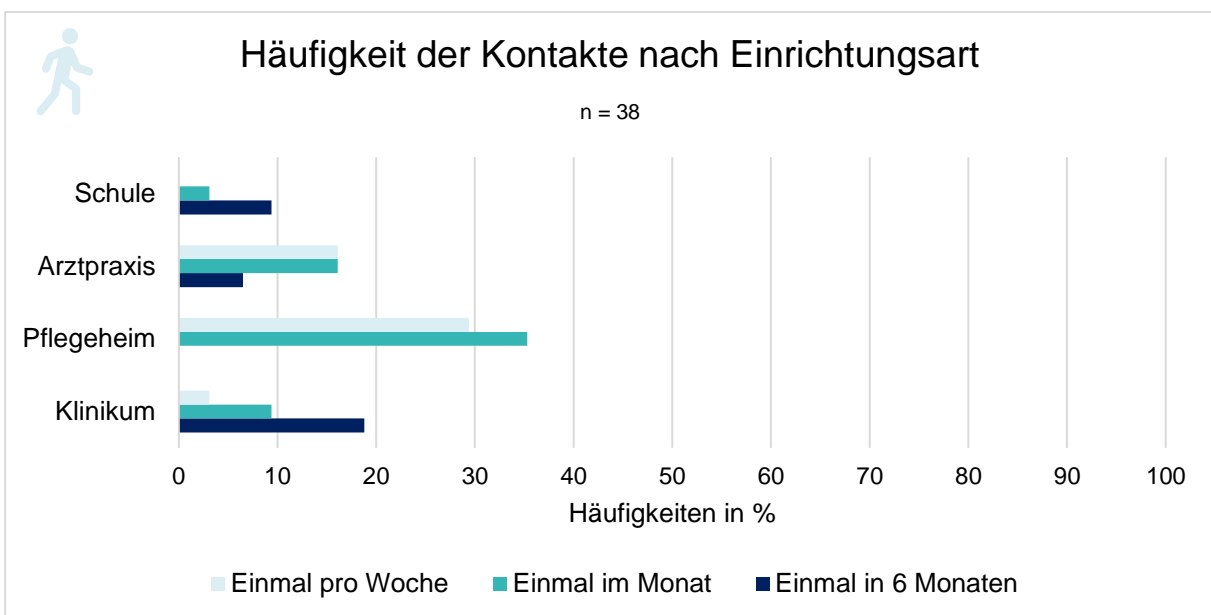
11,8 % der Podologen im ambulanten Setting sind angestellt und selbstständig. 64,7 % sind selbstständig als Praxisinhaber mit Kassenzulassung tätig. Die Organisationsformen der selbstständigen Podologen sind Praxisinhaber (mit Angestellten) (37,9 %) oder Einzelpersonen (58,6 %). Durchschnittlich haben sie einen Podologen (Median; IQR: 1;2) angestellt, sowie durchschnittlich 23 weitere Mitarbeiter (Median; IQR: 11,5; 28,5).

Die Mehrheit der Befragten gibt an, keine geregelte Urlaubsvertretung zu haben (79,4 %), während 17,6 % durch Kollegen oder durch ein Netzwerk von Kollegen (2,9 %) vertreten werden. Durchschnittlich werden 25,5 Tage pro Jahr Urlaub genommen (Median; IQR: 20; 30). Mehrheitlichen nehmen die befragten Podologen nie die Vertretung durch einen anderen Podologen in Anspruch (70,6 %). 20,6 % lassen sich 1-3-mal pro Jahr vertreten und 5,9 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr. Die Frage nach der Schwierigkeit eine kurze oder längere Vertretung zu finden, gestaltet sich problematisch: 70 % der Befragten hatten Probleme eine kurze (eher schwer: 10 %; sehr schwer: 0 %; unmöglich: 60 %) oder längere (eher schwer: 0 %; sehr schwer: 20 %; unmöglich: 50 %) Vertretung zu finden. 20 % der Befragten hatten keine Probleme damit eine kurze (sehr einfach: 10 %; eher einfach: 10 %) bzw. 10 % der Befragten (sehr einfach: 10 %; eher einfach: 0 %) eine längere Vertretung zu finden. Ein Viertel der Befragten (23,5 %) gibt an, keinen Bedarf nach zusätzlicher Entlastung zu haben, während die Hälfte (50 %) 1-3-mal pro Jahr und 17,6 % der Befragten 4-12-mal pro Jahr den Bedarf nach einer zusätzlichen Entlastung bzw. Vertretung haben.

Soziale Medien nehmen einen wichtigen Stellenwert ein, um auf Angebote aufmerksam zu machen. Häufig genutzte Kanäle und Medien sind: eigene Homepage (34,2 %), die Expertensuche der Podologieverbände (28,9 %), Ärzte im Betreuungsbezirk (28,9 %) und die Heilmittelerbringer-Liste des GKV (21,1 %). 47,4 % der Befragten machen gar nicht auf ihre Angebote aufmerksam.

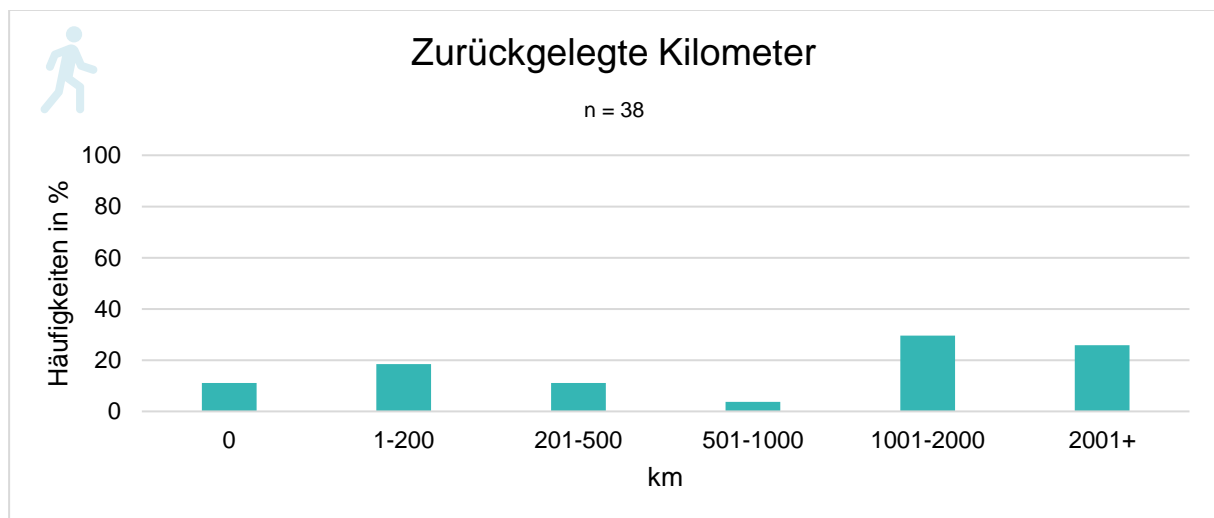


Im Folgenden wird auf die häufigsten Kontakte zu verschiedenen Einrichtungen ambulant tätiger Podologen eingegangen. Die häufigsten Kontakte, mit denen Podologen mehrmals pro Woche im Austausch stehen, sind: Arztpraxis (38,7 %), Pflegeheim (14,7 %) und Schule (6,2 %). Wöchentliche Kontakte beschreiben Podologen mit folgenden Einrichtungen: Pflegeheim (29,4 %) und Arztpraxis (16,1 %). Die häufigsten halbjährlichen Kontakte sind: Klinikum (18,8 %), Schule (9,4 %) und Arztpraxis (6,5 %).



Die regionalen und strukturellen Bedingungen für die Durchführung von Leistungen zeigen Unterschiede in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten und die zurückgelegten Fahrdistanzen. Bezüglich der räumlichen Gegebenheiten, in denen die angebotenen Leistungen stattfinden, zeigen sich folgende Verteilungen: 11,8 % der Leistungen werden in Großstädten erbracht, 20,6 % in Mittelstädten, 35,3 % in Kleinstädten und 32,4 % in ländlichen Gebieten.

Die im Jahr 2022 beruflich zurückgelegten Kilometer zeigen eine breite Streuung. Der Mittelwert der zurückgelegten Kilometer beträgt 2316,1 km, mit einer Standardabweichung von 3405,4 km. Der Median liegt bei 1200 km (IQR: 160; 2250). Fast ein Drittel der Teilnehmer (29,6 %) legte zwischen 1001 und 2000 km zurück.

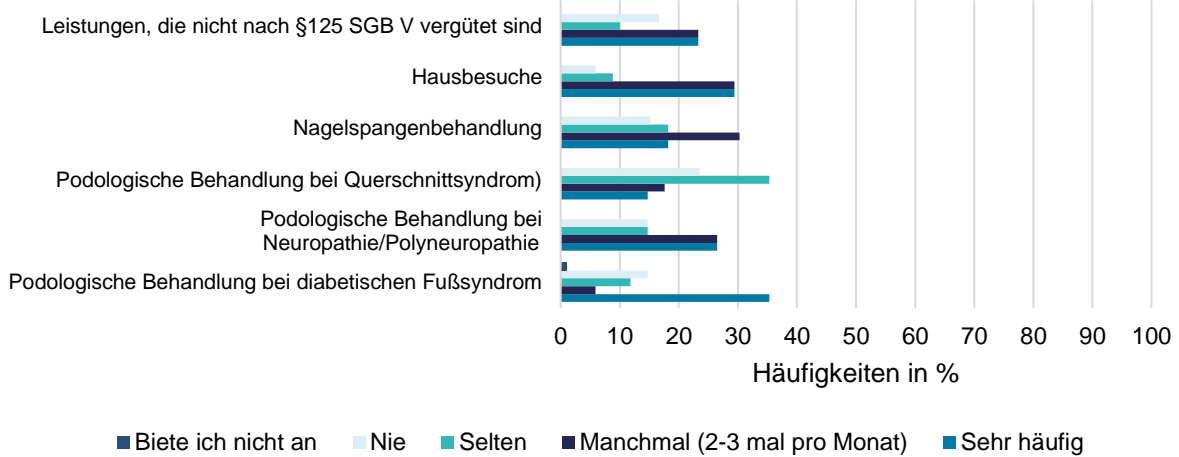


Insgesamt lässt sich feststellen, dass podologische Leistungen durchaus häufig abgelehnt werden müssen. Dies betrifft insbesondere podologische Behandlungen bei diabetischen Fußsyndrom (35,3 %), Hausbesuche (29,4 %) sowie podologische Behandlungen bei Neuropathie/Polyneuropathie (26,5 %). Der häufigste Grund für die Ablehnung ist die Auslastung der Podologen (73,7 %), gefolgt von fehlendem Personal (39,5 %) oder der Entfernung zum Patienten (36,8 %).



Häufigkeit der Ablehnung von Anfragen nach Leistungsart

n = 38

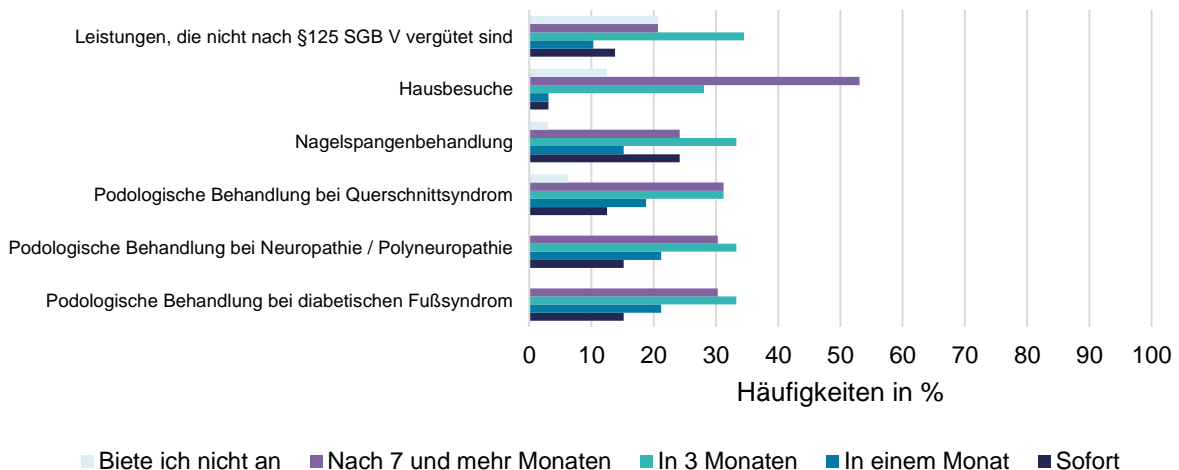


Überwiegend können die verschiedenen podologischen Leistungen erst nach einer Wartezeit angeboten werden. Mit einer Wartezeit von drei Monaten ist laut einem Drittel der Befragten bei Nagelspangenbehandlung (33,3 %) sowie bei der podologischen Behandlung bei diabetischen Fußsyndrom (33,3 %) und Neuropathie/Polyneuropathie (33,3 %) zu rechnen. Sogar sieben und mehr Monate dauert es bei der Mehrheit der Befragten, dass sie Hausbesuche (53,1 %) durchführen können, gefolgt von Podologischen Behandlungen bei Querschnittssyndrom (31,2 %), bei Neuropathie/Polyneuropathie (30,3 %) sowie bei diabetischen Fußsyndrom (30,3 %). Leistungen, die nicht nach §125 SGB V vergütet sind wird von 20,7 % der befragten Podologen nicht angeboten. Weitere seltener angebotene Therapieformen sind: Hausbesuche (12,5 %) und podologische Behandlung bei Querschnittssyndrom (6,2 %).



Häufigkeit der Wartezeit nach Leistungsart

n = 38



4.6.6 Arbeitszufriedenheit

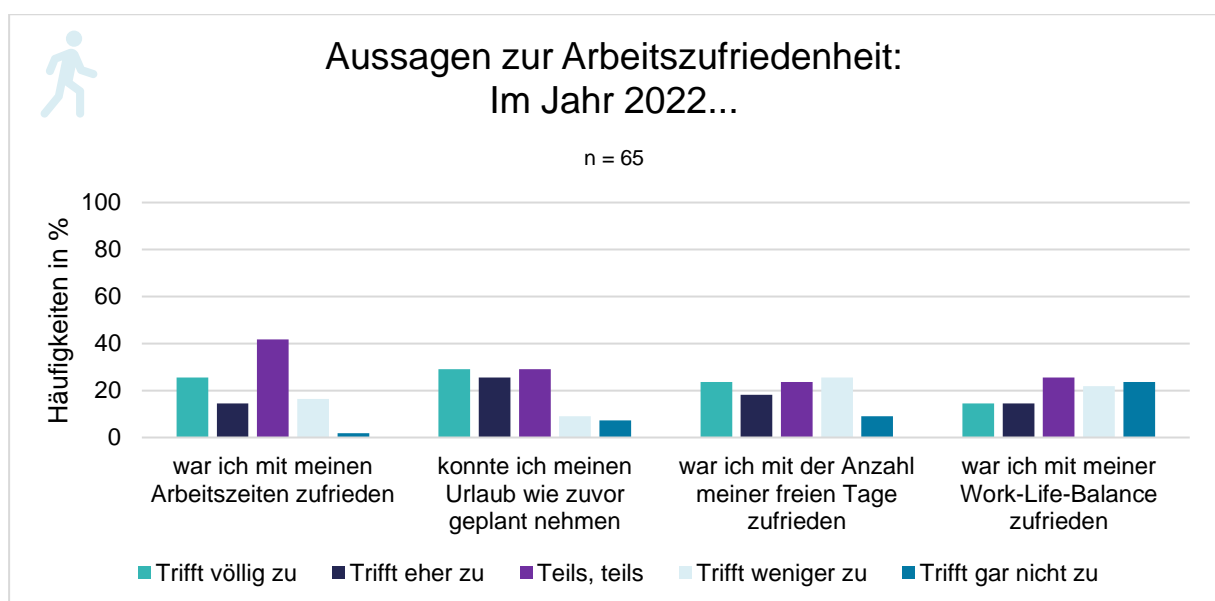
Zur Arbeitszufriedenheit im Jahr 2022 wurden 65 Podologen befragt. Die Variablen zur Arbeitszufriedenheit umfassen Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten, dem Urlaubsanspruch, der Anzahl der freien Tage und der Work-Life-Balance.

Die Hälfte der Befragten war mit ihren Arbeitszeiten im Jahr 2022 weitestgehend zufrieden: 25,5 % der Teilnehmenden waren vollständig mit ihren Arbeitszeiten zufrieden und 14,5 % wählten die Aussage „trifft eher zu“. Jedoch waren 41,8 % der Befragten nur teilweise mit den Arbeitszeiten zufrieden. Unzufrieden mit den Arbeitszeiten ist sind 16,4 % („trifft weniger zu“) bzw. 1,8 % („trifft gar nicht zu“).

In Bezug auf die Urlaubsplanung gab etwa ein Drittel der Befragten an, ihren Urlaub wie geplant nehmen zu können (29,1 % stimmten „völlig zu“). Allerdings gab es auch Personen, die weniger zufrieden waren, da 9,1 % („trifft weniger zu“) bzw. 7,3 % („trifft gar nicht zu“) angaben, ihren Urlaub nicht wie gewünscht nehmen konnten.

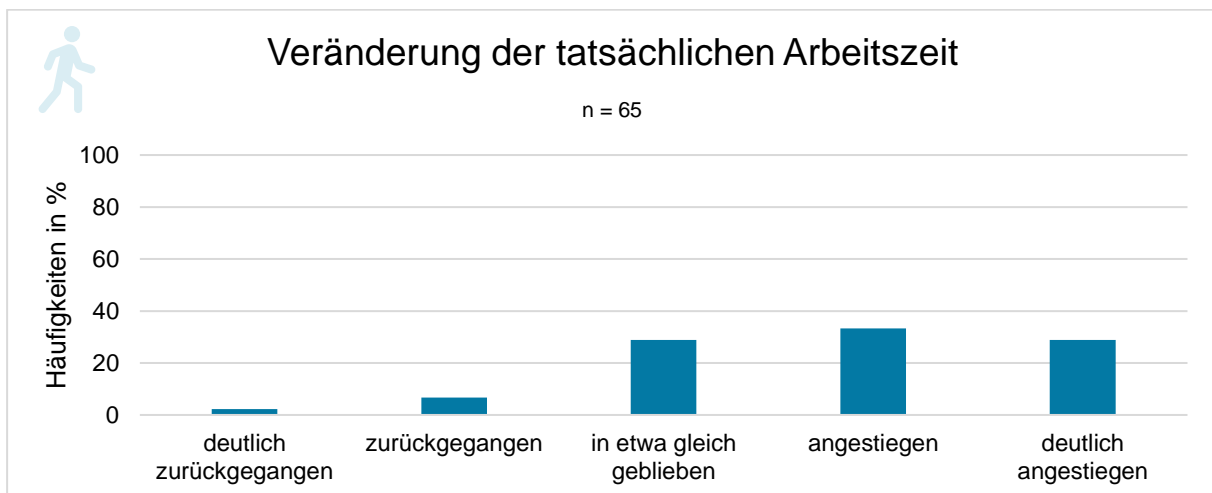
Die Zufriedenheit mit der Anzahl der freien Tage war recht gemischt. 23,6 % der Befragten waren völlig zufrieden, 18,2 % waren eher zufrieden und 23,6 % gaben an, teilweise zufrieden zu sein. 25,5 % der Teilnehmer waren eher unzufrieden und 9,1 % sehr unzufrieden mit der Anzahl ihrer freien Tage.

In Bezug auf die Work-Life-Balance zeigt sich eine größere Unzufriedenheit, da 21,8 % der Befragten angaben, dass sie weniger zufrieden mit ihrer Work-Life-Balance waren. Nur 14,5 % waren völlig zufrieden, während ein Viertel (25,5 %) eine neutrale Haltung einnahm.



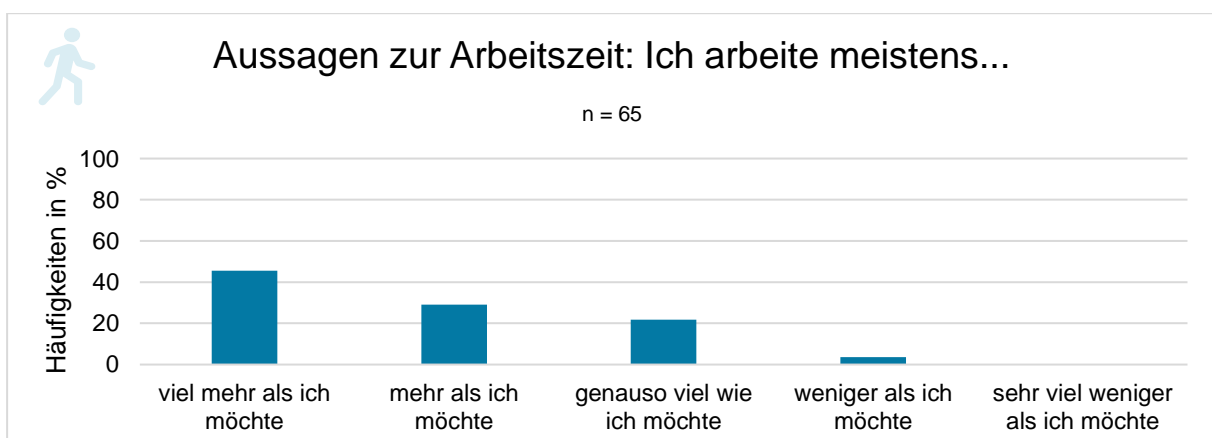
Im Folgenden wird auf die Veränderung der tatsächlichen Wochenarbeitszeit von Podologen im Zeitraum von 2017 bis heute eingegangen und die Gründe für diese Veränderungen, sowie den Vergleich zwischen der tatsächlichen und gewünschten Arbeitszeit beschrieben.

Während 28,9 % der Teilnehmer ihre Wochenarbeitszeit als unverändert beschreiben, berichten 33,3 % von einem Anstieg der Arbeitszeit und oder sogar einem deutlichen Anstieg (28,9 %). Nur 6,7 % berichten, dass ihre Arbeitszeit zurückgegangen bzw. deutlich zurückgegangen (2,2 %) ist.

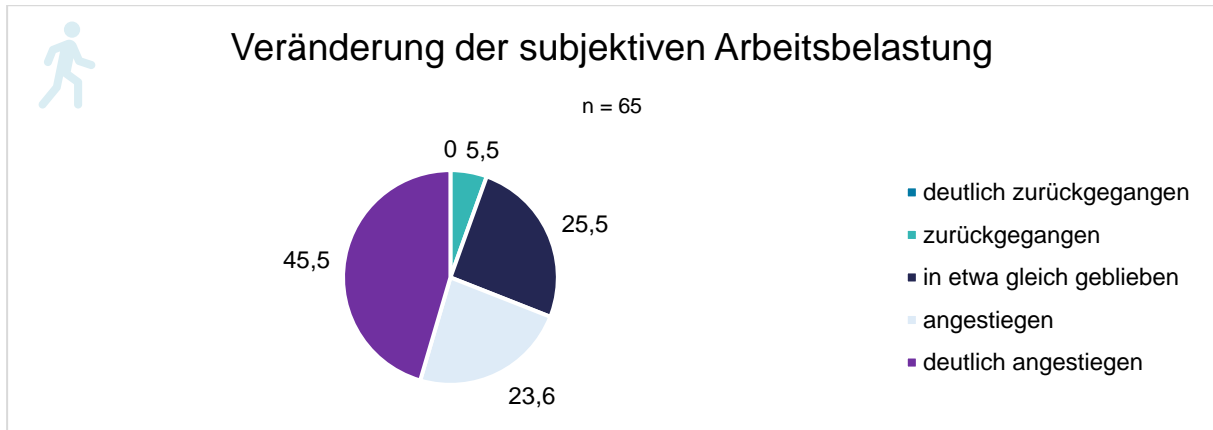


Die häufigsten Gründe für die Veränderung der Arbeitszeit sind: „Veränderung der Nachfrage nach Therapieplätzen“ (15,8 %), „Veränderungen bei der personellen Besetzung am Arbeitsplatz“ (9,6 %) und „Überstunden durch Krankheits- bzw. Urlaubsvertretungen“ (8,4 %). Weitere Gründe sind die „Unvereinbarkeit mit Privatleben/Familie“ (7,1 %) und die Schwierigkeit, eine Vertretung zu finden (6,2%).

Der Vergleich der tatsächlichen Arbeitszeit mit der gewünschten Arbeitszeit zeigt: Fast die Hälfte der Befragten arbeitet „mehr als sie möchte[n]“ (29,1 %) oder sogar „viel mehr als sie möchte[n]“ (45,5 %). Ein Fünftel der Befragten (21,8 %) ist mit der Arbeitszeit zufrieden. Lediglich 3,6 % der Befragten arbeiten weniger als gewünscht.

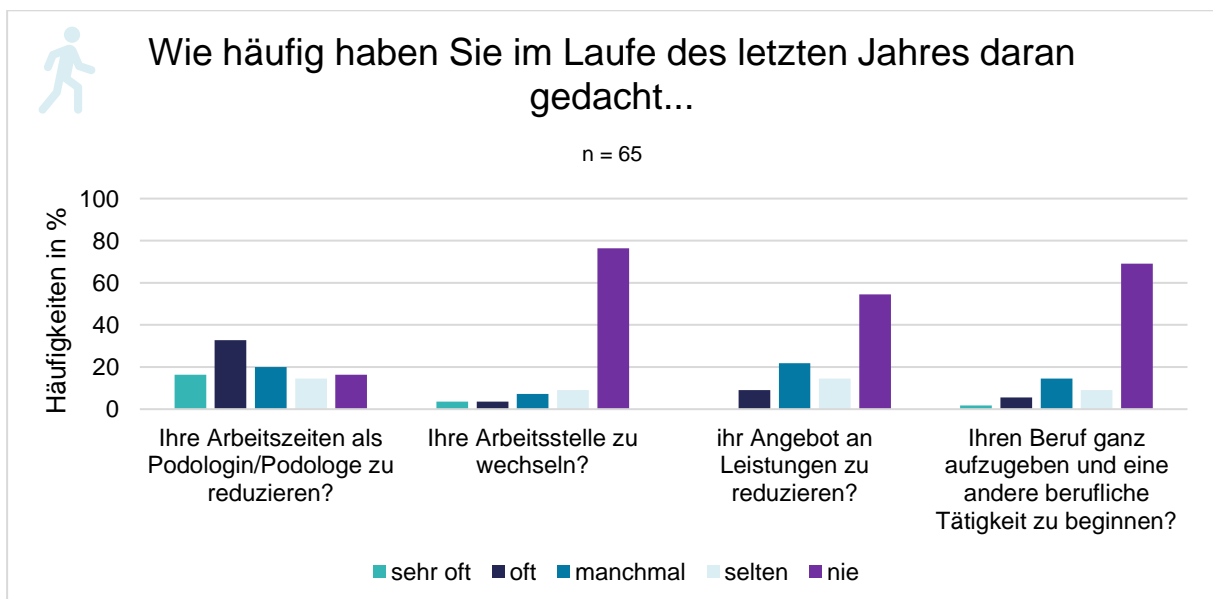


Insgesamt ist die subjektive Arbeitsbelastung innerhalb der letzten fünf Jahre bei 23,6 % der Befragten angestiegen oder sogar deutlich angestiegen (45,5 %). Bei 25,5 % der Befragten ist die subjektive Arbeitsbelastung in etwa gleich geblieben. Nur 5,5 % gaben an, dass die Arbeitsbelastung zurückgegangen ist.



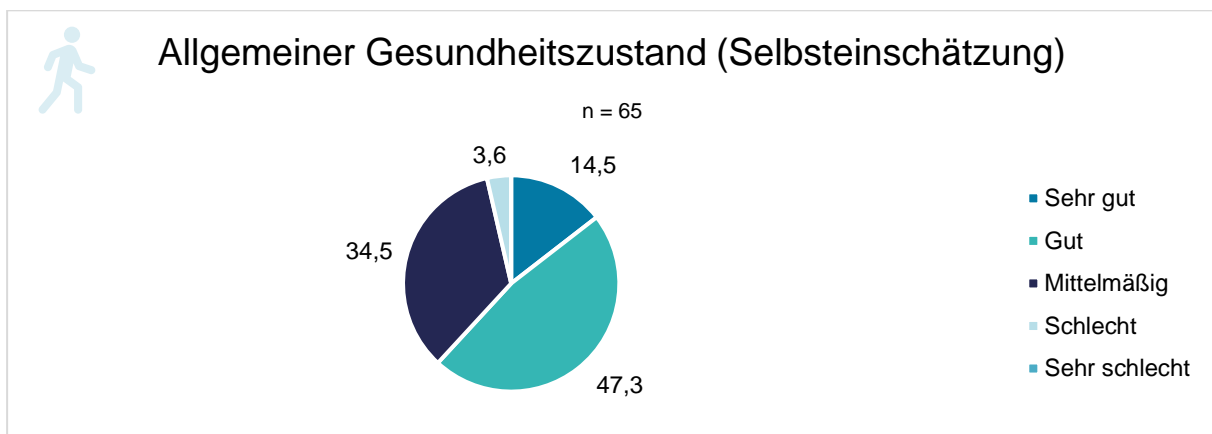
Zur Erfassung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit und dem Wunsch nach Veränderung wurden die befragten Podologen gebeten, ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu Aussagen auf vier zentrale Bereiche zu treffen: Reduzierung der Arbeitszeiten, einen Stellenwechsel, Reduzierung des Angebotes an Leistungen und Aufgabe des Berufes.

Überwiegend sind die Befragten mit ihrer Arbeitsstelle zufrieden und überlegen nie bzw. selten ihren Beruf aufzugeben (78,2 %), die Arbeitsstelle zu wechseln (85,5 %) oder ihr Angebot an Leistungen zu reduzieren (69 %). Nichtsdestotrotz haben nicht wenige den Wunsch ihr Angebot zu reduzieren (30,9 %), ihre Arbeitsstelle zu wechseln (14,5 %) oder sogar ihren Beruf ganz aufzugeben (21,8 %). Mehr als die Hälfte der Befragten (69,1 %) möchte ihre Arbeitszeit als Podologe reduzieren.



Die häufigsten Gründe, weshalb über eine Veränderung oder Aufgabe der Tätigkeit als Podologe nachgedacht wird, sind: zu hohe Arbeitsbelastung (35,4 %), zu hoher Verwaltungsaufwand (Abrechnung, Heilmittelverordnung) (29,2 %) sowie Personalmangel (23,1 %) und zu hohe körperliche Belastung (23,1 %).

Ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand schätzen die Befragten mehrheitlich als gut (47,3 %) oder sehr gut (14,5 %) ein. Immerhin ein Drittel empfindet seinen allgemeinen Gesundheitszustand lediglich als mittelmäßig (34,5 %). Ein geringer Anteil hat einen schlechten (3,6 %) allgemeinen Gesundheitszustand.



Mehrheitlich sind die befragten Ergotherapeuten mit ihrem gegenwärtigen Leben zufrieden. Auf einer Skala von 0 bis 10 wählen 74,5 % ein Score größer oder gleich sechs, für hohe Zufriedenheit.

4.6.7 Tätigkeiten außerhalb der Podologie und Ruhestand

Fast ein Fünftel der Befragten (16,7 %) geht neben der Podologie einer oder mehreren nebenberuflichen Tätigkeit(en) nach. Der zeitliche Umfang dieser Tätigkeiten beträgt etwa 8,5 Stunden pro Tag (Median; IQR: 7,6; 9,2) an acht Tagen im Monat (Median; IQR: 7; 14) im Angestelltenverhältnis. Als freier Mitarbeiter (Honorartätigkeit) beträgt der zeitliche Umfang entsprechend fünf Stunden pro Tag (Median; IQR: 5; 8) an einem Tag im Monat (Median; IQR: 1; 2,5).

Etwa 21,8 % der Befragten planen in den nächsten fünf Jahren bzw. 40 % in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand zu gehen. 12,5 % dieser Podologen möchte im Ruhestand nicht mehr in der Podologie arbeiten. Die Mehrheit (62,5 %) kann dazu noch keine Aussage treffen. 12,5 % der in den Ruhestand gehenden Podologen planen eine Tätigkeit als freier Mitarbeiter/Honorartätigkeit im ambulanten Setting.

5 Schlussfolgerungen / Handlungsempfehlungen

5.1 Herausforderung demografischer Wandel

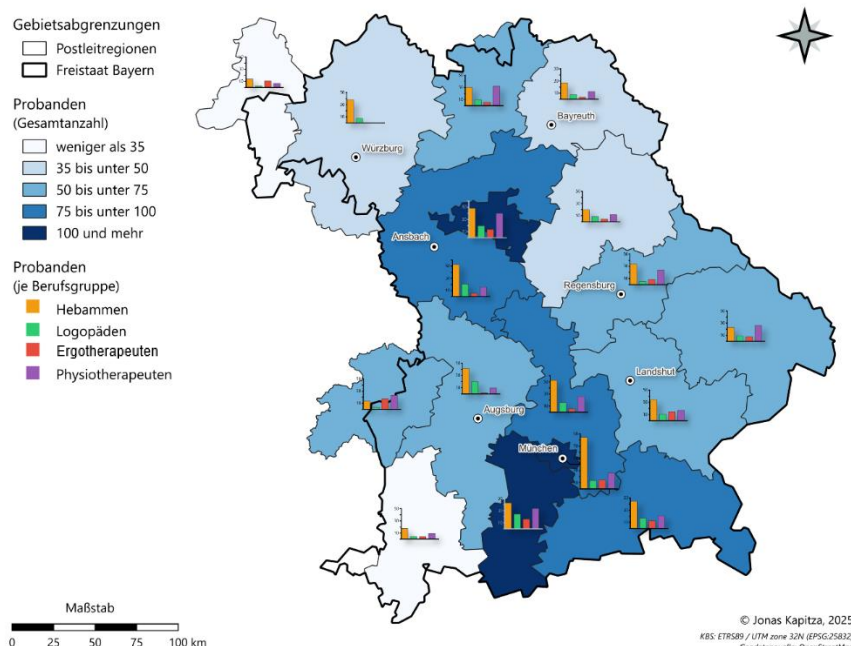
Der demografische Wandel in Deutschland ist bereits seit mehreren Jahren ein zentrales Thema in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion. Wie bereits eingangs beschrieben, wird der Anteil der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen, während die Zahl der jüngeren Erwerbstätigen sinken wird. Diese Entwicklung wird das Gesundheitswesen, insbesondere die Versorgung durch Hebammen und Heilmittelerbringer, stark beeinflussen. **Ein erheblicher Teil der befragten Fachkräfte plant in den nächsten Jahren den Übergang in den Ruhestand. Insgesamt planen etwa 27 % der Befragten in den nächsten 10 Jahren (ca. 14 % in den nächsten fünf Jahren) in den (frühzeitigen) Ruhestand zu gehen.** Besonders alarmierend sind die Ergebnisse bei den Podologen und den Physiotherapeuten, hier planen 40 % der Podologen bzw. 30,8 % der Physiotherapeuten in den nächsten 10 Jahren in den (frühzeitigen) Ruhestand zu gehen. Dies ist ein erheblicher Anteil und muss im Kontext des demografischen Wandels betrachtet werden, der gleichzeitig einen steigenden Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen aufgrund der alternden Bevölkerung mit sich bringt. Vergleichbar hoch sind die Zahlen bei den Hebammen: 27,6 % der befragten Hebammen planen ihren (frühzeitigen) Ruhestand in den nächsten 10 Jahren (16,1 % in den nächsten fünf Jahren). Nur geringfügig kleiner sind die Zahlen in Bezug auf die weiteren Berufsgruppen: 22,6 % der Logopäden möchten ihre Tätigkeit in den nächsten 10 Jahren beenden (12,5 % in den nächsten fünf Jahren). 21,9 % der Ergotherapeuten möchten in den nächsten 10 Jahren in Rente gehen (9,1 % in den nächsten fünf Jahren) und 20,3 % der Ernährungsfachkräfte planen ihren Ruhestand in den nächsten 10 Jahren (10,8 % in den nächsten fünf Jahren).

Der geplante Ruhestand vieler Fachkräfte im Bereich der Heilmittelerbringer und Hebammenarbeit stellt eine ernsthafte Herausforderung für die zukünftige Versorgung dar. Besonders relevant wird diese Entwicklung, wenn man die Ruhestandspläne der Podologen, Physiotherapeuten und Hebammen betrachtet. **Dies bedeutet, dass in naher Zukunft ein erheblicher Teil der qualifizierten Fachkräfte wegfallen wird, was die bereits bestehenden Engpässe im Gesundheitswesen weiter verschärft.** Denn der demografische Wandel führt nicht nur zu einer Alterung der Bevölkerung, sondern auch zu einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung. Folglich bedarf es eines schonenden Personaleinsatzes, um Reibungsverluste und Verschwendung von Arbeitszeit sowie Frustration bei bestehendem Personal zu reduzieren [123]. Eine Möglichkeit um bestehenden Fachkräfteengpässe zu kompensieren, ist das gezielte An-

werben ausländischer Fachkräfte [123]. Dies kann erfolgen, sobald die Anerkennung ausländischer Abschlüsse und Qualifikationen erleichtert und die Integration internationaler Fachkräfte verbessert wird. Eine weitere Möglichkeit dem Fachkräfteengpass zu begegnen ist die Erhöhung der tatsächlichen Verweildauer im therapeutischen Beruf durch den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, was neben einer gezielten Prävention, verbesserte Arbeitsbedingungen, beispielsweise in Form von technischen Hilfsmitteln und Betrieblichem Gesundheitsmanagement erfordert [124]. Darüber hinaus sollten Arbeitsbedingungen so attraktiv gestaltet werden, dass Teilzeitkräfte bereit sind, ihre Stunden zu erhöhen und somit die fehlenden Fachkräfte zu kompensieren.

Zudem bedeutet der demografische Wandel nicht nur eine Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung, sondern auch eine zunehmende Nachfrage nach Gesundheits- und Therapieleistungen. Insbesondere die älter werdende Bevölkerung benötigt vermehrt physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungen. Diese Therapien sind notwendig, um Lebensqualität zu erhalten und die Selbstständigkeit älterer Menschen zu fördern. Zudem werden Hebammen zunehmend gefordert, da die Geburtenzahlen in den letzten Jahren relativ stabil geblieben sind, jedoch die Betreuung zunehmend komplexer wird, nicht zuletzt aufgrund des steigenden mütterlichen Durchschnittsalters [125].

Hauptproblem des demografischen Wandels wird es sein, das Leistungsangebot von Hebammen und Heilmittelerbringern effizient zu verteilen. Eine Unterversorgung droht vor allem dort, wo die berufliche Tätigkeit unattraktiv erscheint. Betrachtet man die regionale Verteilung der Studienteilnehmer, fällt eine Häufung um die Metropolregionen München und Nürnberg auf.

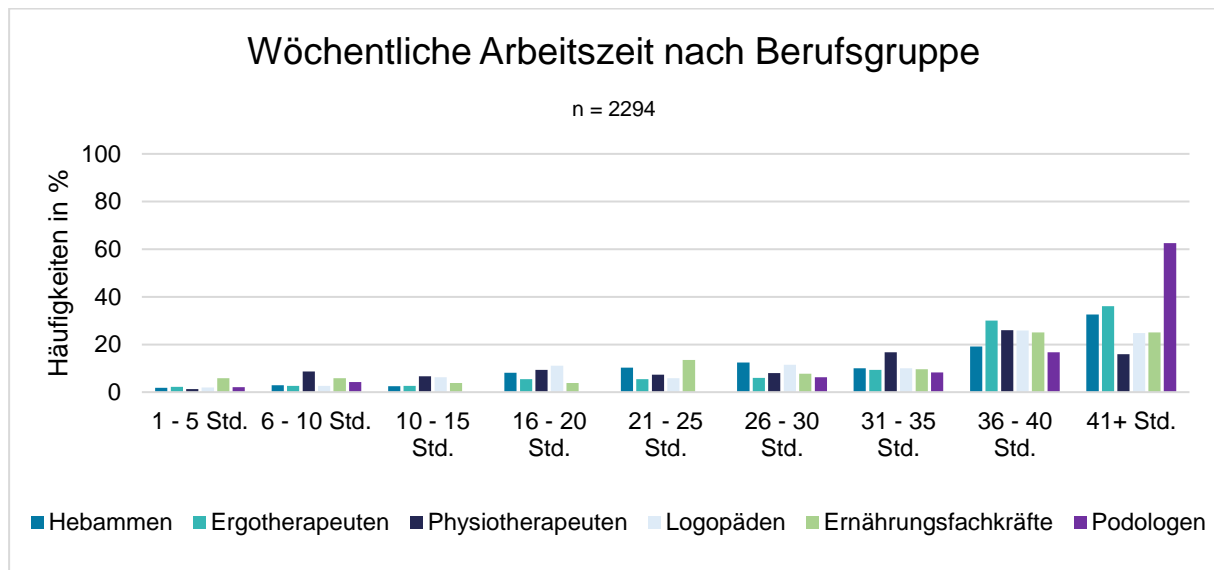


Für andere Heilberufe existieren bereits Werkzeuge, um regionale Engpässe zu vermeiden sowie einer Überversorgung entgegenzuwirken. Erwähnenswert ist hier die Bedarfsplanungsrichtlinie für Haus- sowie Fachärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sie ist ein Instrument, um einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zu ärztlichen und therapeutischen Leistungen für Versicherte sicherzustellen. Auf Regionalebene wird der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten. Diese legen die Anzahl der Niederlassungsmöglichkeiten in den Planungsregionen fest [126].

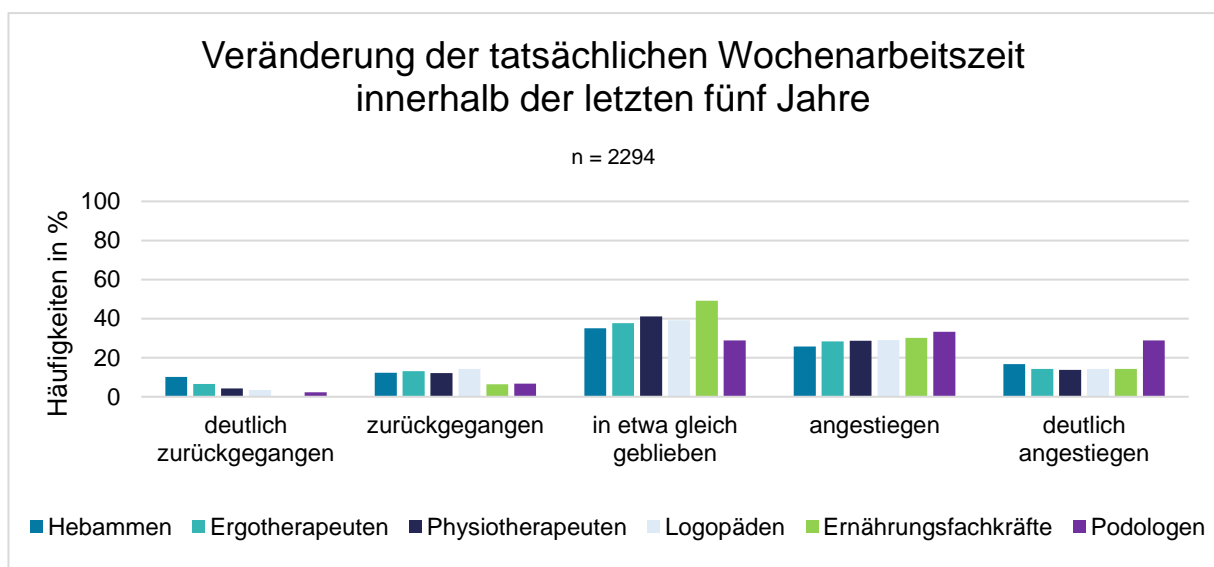
Handlungsempfehlungen:

- Die Ruhestandspläne der Heilmittelerbringer verdeutlichen die Dringlichkeit, mehr Nachwuchs für diese Berufe zu gewinnen.
- Um den Herausforderungen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels entgegenzuwirken, sind verschiedene strategische Maßnahmen erforderlich. Dazu gehören die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Fachkräfte im Gesundheitswesen, die Förderung einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine gezielte Nachwuchsförderung.
- Es wird notwendig sein, insbesondere junge Menschen für eine Ausbildung bzw. ein Studium in diesen Berufen zu gewinnen, um den demografisch bedingten Bedarf decken zu können. Ein wichtiger Aspekt ist die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe, um die Attraktivität dieser Berufe zu steigern und gleichzeitig eine höhere Fachlichkeit und Spezialisierung zu erreichen.
- Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Förderung von Arbeitszeitmodellen, die eine bessere Flexibilität und Lebensqualität für die Fachkräfte ermöglichen, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Dies könnte insbesondere für Hebammen von Bedeutung sein, die durch ihre Arbeit häufig hohen Belastungen ausgesetzt sind.
- Auch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, etwa durch eine angemessene Vergütung und Karriereperspektiven, spielt eine wesentliche Rolle, um die Abwanderung von Fachkräften in den Ruhestand zu verzögern und die berufliche Zufriedenheit zu steigern.
- Eine Bedarfsplanung analog des Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Hebammen und Heilmittelerbringer kann dazu beitragen, einer zukünftigen Unter- sowie Überversorgung entgegenzuwirken. Das Risiko, dass es zu einer angebotsinduzierten Nachfrage von unwirtschaftlichen, über den Bedarf hinausgehenden Leistungen kommt, kann mit der Bedarfsplanung eingedämmt werden.

5.2 Höhere Arbeitszeiten



Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit variiert je nach Berufsgruppe. Podologen und Ergotherapeuten weisen mit durchschnittlich 46,8 (Median; IQR: 40; 55) bzw. 40 Wochenstunden (Median; IQR: 32,5; 45) eine hohe durchschnittliche Arbeitszeit auf, gefolgt von den Hebammen mit 38 Stunden pro Woche (Median; IQR: 25; 45). Logopäden haben eine etwas kürzere durchschnittliche Arbeitszeit, mit 36 Stunden (Median; IQR: 25; 40), wie auch Physiotherapeuten und Ernährungsfachkräfte mit jeweils 35 Stunden (Median; IQR: 20; 40) bzw. (Median; IQR: 22; 40) pro Woche.



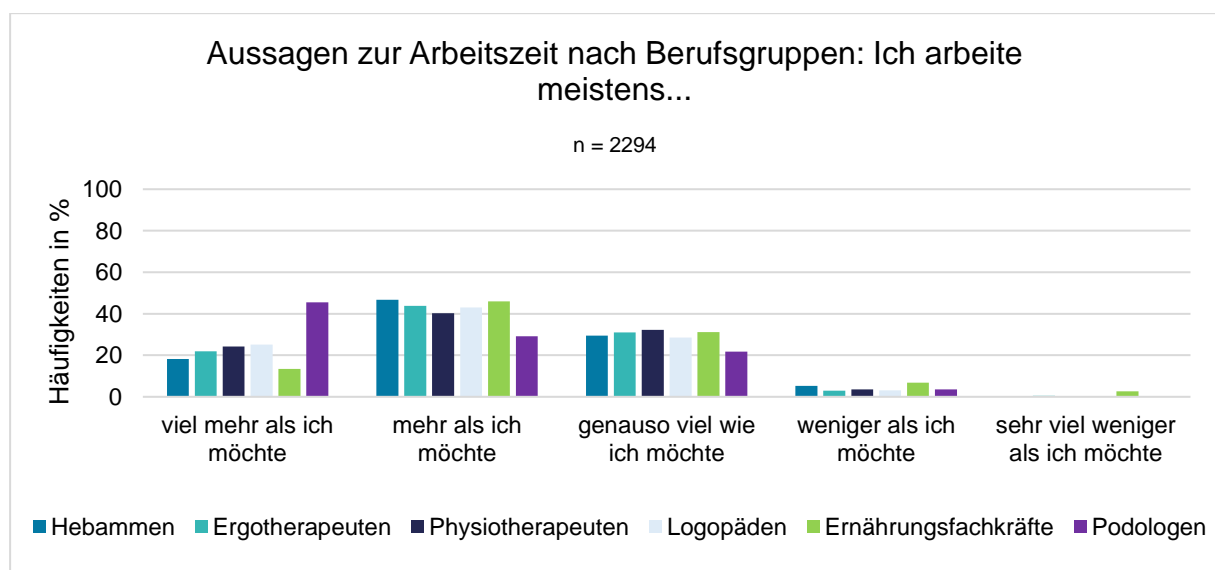
In Bezug auf die Frage nach der Veränderung der Wochenarbeitszeit über die letzten fünf Jahre (seit 2017 bis heute) lässt sich feststellen, dass die Mehrheit der Fachkräfte in allen Gruppen angibt, dass ihre Wochenarbeitszeit gleichgeblieben oder angestiegen ist. 28,9 % bis 49,2 % geben an, dass ihre Arbeitszeit in etwa gleichgeblieben ist. **Zwischen 42,4 und 62,2 % der befragten Fachkräfte berichten von einer Steigerung oder deutlichen Steigerung der**

Arbeitszeit, während nur 6,3 bis 22,5 % angeben, dass ihre Arbeitszeit (deutlich) zurückgegangen ist.

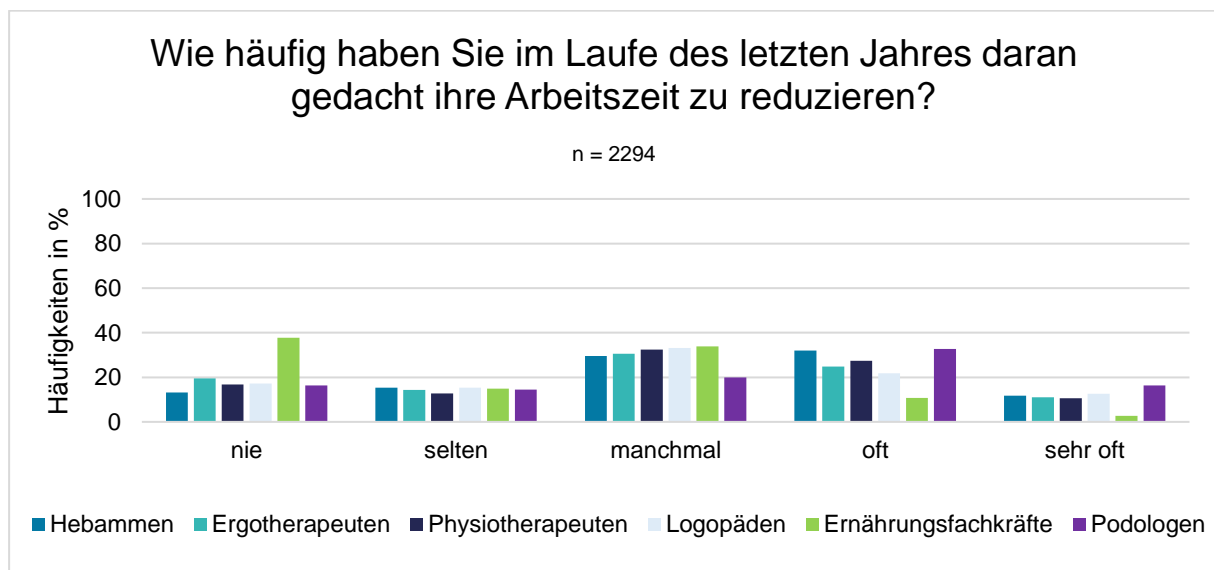
Die Veränderung der Wochenarbeitszeiten ist ein komplexes Phänomen, das auf verschiedene ökonomische und strukturelle Faktoren zurückzuführen ist. Ein wichtiger Faktor für den Anstieg der Arbeitszeiten in den betrachteten Berufsgruppen ist der bestehende Fachkräftemangel. **In vielen Bereichen des Gesundheitswesens, insbesondere in der Physio- und der Ergotherapie, gibt es einen akuten Mangel an qualifizierten Fachkräften.** Dies führt dazu, dass bestehendes Personal mehr Stunden leisten muss, um die gestiegene Nachfrage und den Personalmangel zu kompensieren. Bei der Hebammenhilfe kommt hinzu, dass es eine Ungleichverteilung von klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen in unterschiedlichen Regionen gibt.

Zudem spielt die demografische Entwicklung eine Rolle: Eine alternde Gesellschaft führt zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsdiensten, wodurch die Fachkräfte in den genannten Berufen zunehmend gefordert werden. Für Physiotherapeuten und Ergotherapeuten bedeutet dies, dass sie mit einer älteren Patientenpopulation arbeiten, die oft komplexe Bedürfnisse hat. Dies kann eine höhere Arbeitsbelastung nach sich ziehen, was sich in der zunehmenden Arbeitszeit widerspiegelt. Bei den Hebammen ist es eine gestiegene Anspruchshaltung der werdenden Mütter, beispielsweise in Bezug auf die Erreichbarkeit der Hebamme.

Der Anstieg der Arbeitszeit ist ein Zeichen für eine stärkere Nachfrage nach Gesundheitsdiensten unter den Bedingungen des Fachkräftemangels. Dies führt zu einer erhöhten Belastung der Fachkräfte, da längere Arbeitszeiten häufig Risikofaktoren für Burnout, körperliche Erschöpfung und psychische Belastungen sind.



Dementsprechend zeigt sich bei der Frage nach der Zufriedenheit zur Arbeitszeit eine deutliche Unzufriedenheit. **Ein erheblicher Anteil der Befragten gibt an, dass sie mehr bzw. viel mehr arbeiten, als sie möchten.** Besonders stark ist dieser Trend bei den Podologen (74,6 %), Logopäden (68,3 %) und Ergotherapeuten (65,7 %), während auch 65 % der befragten Hebammen angeben, (viel) mehr zu arbeiten, als sie möchten. **Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Arbeitslast in den Gesundheitsberufen bereits das Maximum überschritten hat und viele Fachkräfte unter den bestehenden Arbeitsbedingungen überlastet sind.**



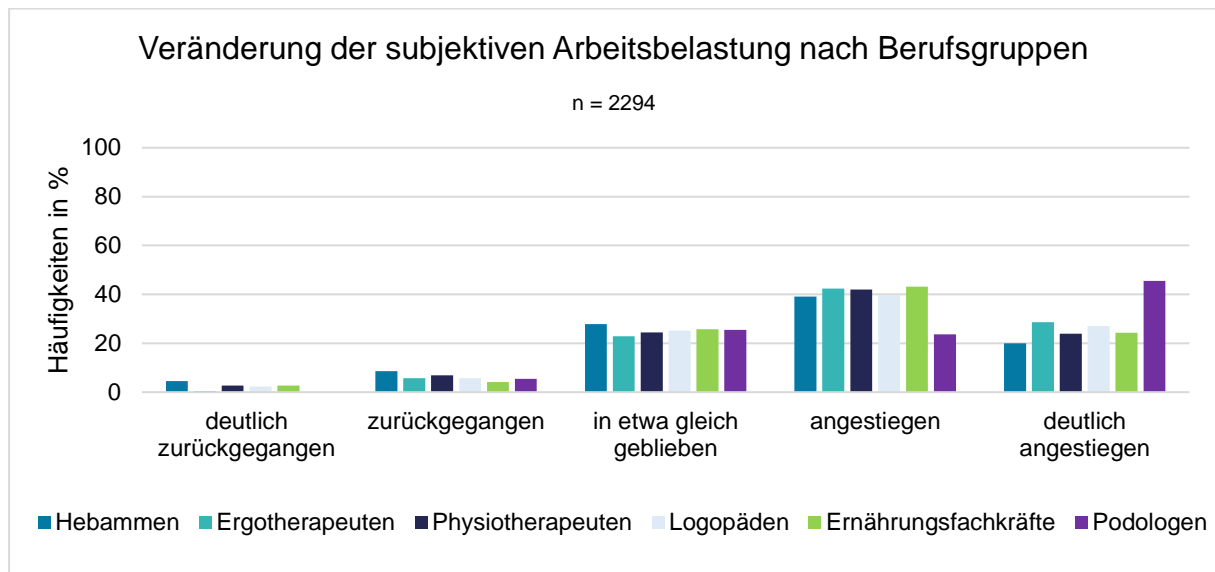
Folglich äußert ein erheblicher Anteil der Befragten den Wunsch nach einer Arbeitszeitreduktion. Besonders ausgeprägt (siehe „oft“ bzw. „sehr oft“) ist dieser Wunsch bei den Podologen (49,1 %) und Hebammen (43,8 %), was bei den Hebammen durch die steigende Arbeitsbelastung und die intensiven Anforderungen in der Betreuung und Versorgung von Schwangeren und Gebärenden erklärt werden kann. Auch Physiotherapeuten (38 %) (siehe „oft“ bzw. „sehr oft“) und Ergotherapeuten (35,8 %) wünschen sich häufig eine Reduktion der Arbeitszeit, was mit den oft unzureichend vergüteten und belastenden Arbeitsbedingungen zusammenhängt.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass eine Reduktion der Arbeitszeit für viele Fachkräfte eine Möglichkeit darstellen könnte, die Berufszufriedenheit zu steigern und so die Abwanderung aus dem Beruf zu verhindern. Jedoch müssen dabei auch strukturelle Änderungen in den Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden, um sicherzustellen, dass eine Arbeitszeitreduktion nicht zu einer weiteren Belastung der bereits unterbesetzten Teams führt. In vielen Bereichen des Gesundheitswesens, insbesondere in den Therapieberufen, besteht die Gefahr, dass die verbleibenden Fachkräfte bei einer Reduzierung der Arbeitszeit noch mehr Verantwortung übernehmen müssen, was die Unzufriedenheit weiter verstärken könnte.

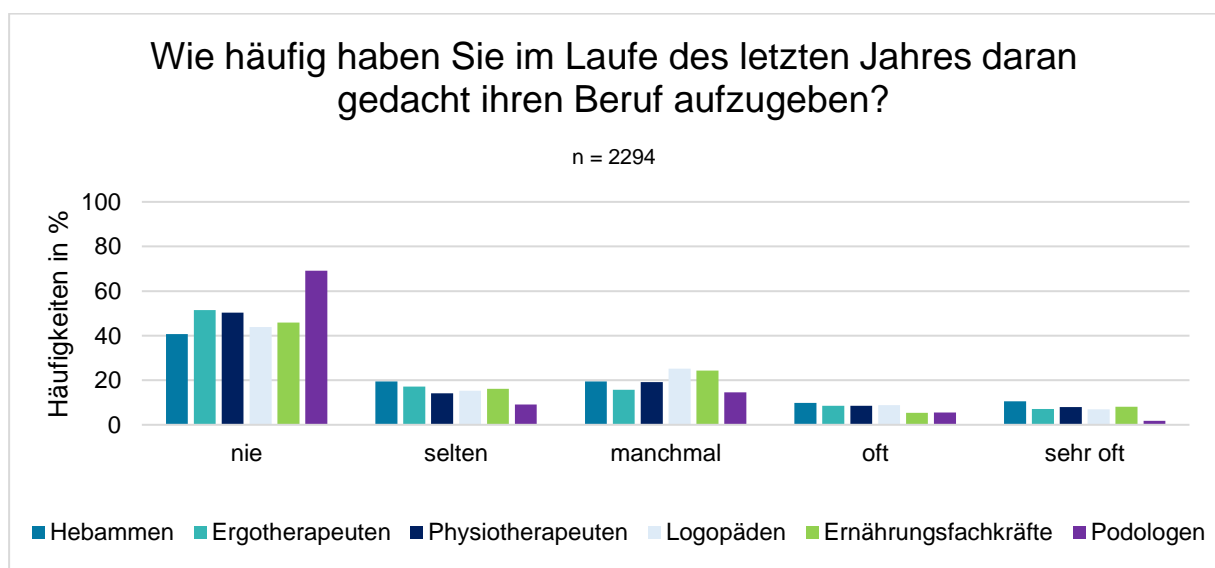
Handlungsempfehlungen:

- Die gestiegene Arbeitszeit ist nicht nur ein Indikator für die zunehmende Arbeitsbelastung, sondern erfordert auch eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Work-Life-Balance und der Gesundheit der Fachkräfte. Dementsprechend sollten die steigenden Arbeitszeiten im Hinblick auf die Zukunft des Gesundheitswesens und die nachhaltige Versorgung von Patienten hinterfragt werden.
- Es ist wichtig, strukturelle Lösungen zu finden, die den Fachkräftemangel angehen und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen der Fachkräfte verbessern.
- Eine Möglichkeit Engpässe zu kompensieren, ist die gezielte Anwerbung internationaler Fachkräfte. Dafür wird es notwendig sein, die Anerkennung ausländischer Abschlüsse und Qualifikationen zu erleichtern und die Integration internationaler Fachkräfte systematisch zu verbessern.
- Automatisierte, KI-basierte Lösungen für Verwaltungsaufgaben können der Entlastung von Fachkräften bei administrativen Aufgaben dienen. Für eine effiziente Nutzung der neuen Technologie können Schulungen des Personals in digitalen Kompetenzen förderlich sein.
- Teilzeitkräfte, welche aus familiären Gründen ihre Arbeitsstunden reduziert haben, benötigen verbesserte Angebote der Kinderbetreuung, welche flächendeckend und zeitlich flexibel genutzt werden können.
- Flexiblere Arbeitszeitmodelle können ebenso Anreize schaffen, die Fachkraft in der direkten Versorgung zu halten und eine für beide Seiten angemessene Arbeitszeit zu ermöglichen. Dies gilt insbesondere für Fachkräfte mit Kindern, welche auf bestimmte Zeiten der Kinderbetreuung angewiesen sind.
- Nicht zuletzt würde eine höhere Bezahlung für die Arbeit voraussichtlich die Bereitschaft der Fachkräfte erhöhen, mehr Zeit für den Beruf zu investieren und durch die monetäre Anerkennung die erlebte Belastung kompensieren.

5.3 Steigende Arbeitsbelastung



Ein zentrales Ergebnis der Befragung der Hebammen und Heilmittelerbringer ist die subjektive Wahrnehmung der Arbeitsbelastung. **In allen Berufsgruppen gibt die Mehrheit der Befragten an, dass ihre Arbeitsbelastung in den letzten fünf Jahren angestiegen oder deutlich angestiegen ist (Ergotherapeuten: 71 %, Podologen: 69,1 %, Ernährungsfachkräfte: 67,5 %, Logopäden: 66,8 %, Physiotherapeuten: 65,9 %, Hebammen: 59,1 %).** Die steigende Arbeitsbelastung ist nicht nur ein Indikator für die unzureichende personelle Ausstattung, sondern auch ein Faktor, der den Fachkräftemangel verstärkt. Fachkräfte, die ständig unter hoher Belastung arbeiten, sind häufiger von beruflicher Erschöpfung und Frustration betroffen, was die Entscheidung, den Beruf zu wechseln oder ganz aufzugeben, begünstigt. Dies verschärft den Teufelskreis des Fachkräftemangels weiter, da es zu einer Abnahme der Arbeitsqualität und einer verstärkten Fluktuation innerhalb der Berufe führt.



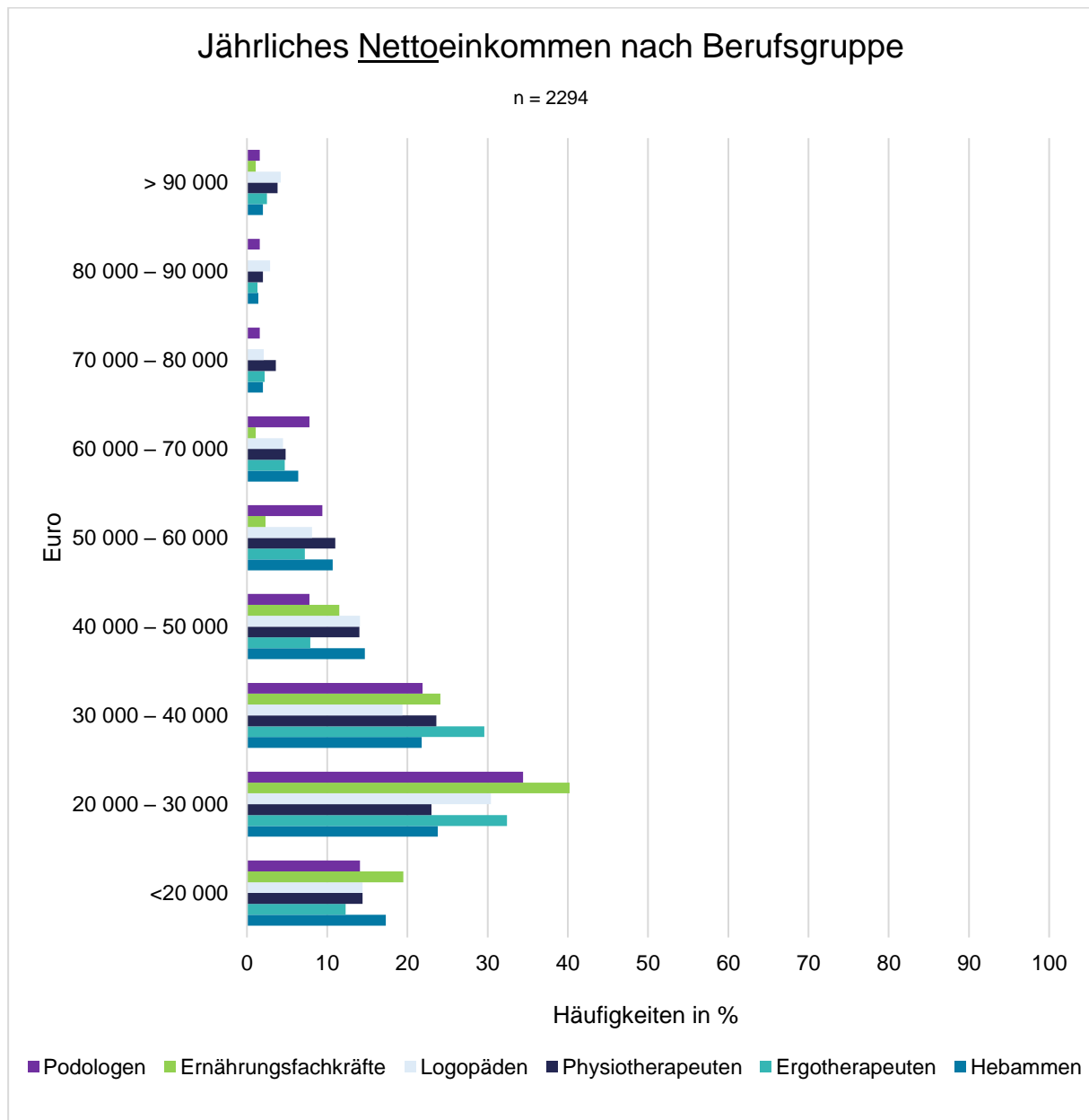
Die Frage nach dem Wunsch einer beruflichen Neuorientierung bzw. der Berufsaufgabe wird von den meisten Befragten verneint. **Nichtsdestotrotz überlegt ein erheblicher Anteil der Hebammen und Heilmittelerbringer, den Beruf zu verlassen.** Mehr als ein Drittel der Befragten denkt regelmäßig (siehe „manchmal“, „oft“, „sehr oft“) über einen Berufswechsel nach (Logopäden: 40,9 %, Hebammen: 39,8 %, Ernährungsfachkräfte: 37,8 %, Physiotherapeuten: 35,6 %, Ergotherapeuten: 31,4 %, Podologen: 21,8 %), ein deutliches Signal für die Unzufriedenheit im Beruf.

Diese Ergebnisse spiegeln die steigende Unzufriedenheit und die wachsende Belastung in den Therapieberufen wider, die durch den Fachkräftemangel zusätzlich verstärkt wird. Ein häufigeres Nachdenken über den Berufsausstieg könnte auf das Fehlen von Karriereöglichkeiten und die mangelnde Anerkennung der beruflichen Leistungen hinweisen. Der Fachkräftemangel selbst verstärkt diese Problematik, da die verbleibenden Fachkräfte zunehmend höhere Arbeitsbelastungen tragen müssen, was die Entscheidung, den Beruf aufzugeben, noch wahrscheinlicher macht.

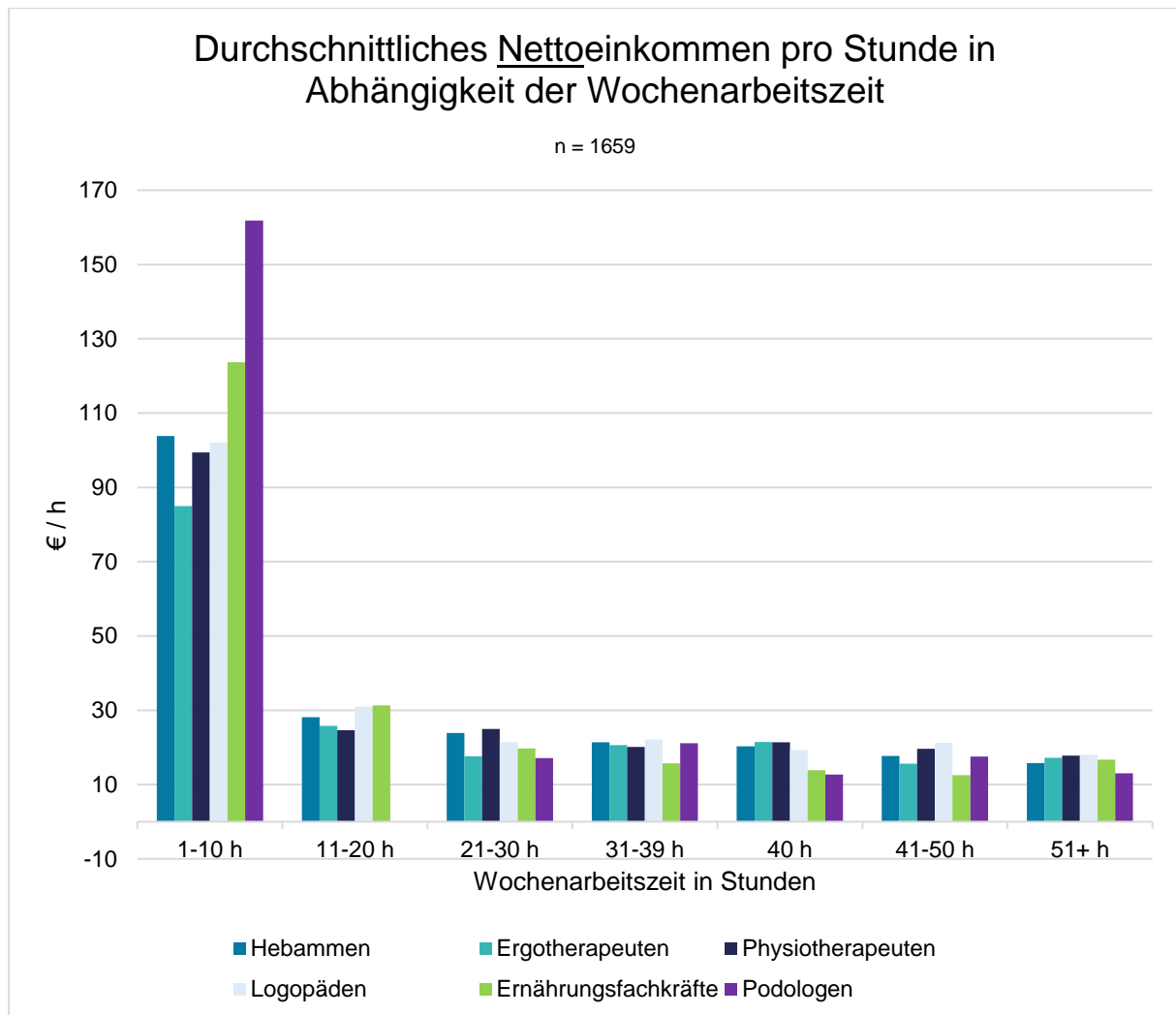
Handlungsempfehlungen:

- Um die Zufriedenheit bei den Hebammen und in den Therapieberufen zu verbessern, sind strukturelle Veränderungen in der Arbeitsorganisation, eine bessere Entlohnung und die Verbesserung der beruflichen Perspektiven notwendig, um die Abwanderung aus diesen Berufsgruppen zu stoppen und die Versorgungssicherheit langfristig zu gewährleisten.
- Eine Möglichkeit, Veränderungen in den Arbeitsbedingungen und der Arbeitszufriedenheit der Hebammen und Heilmittelerbringer langfristig zu beobachten, ist die Einführung einer ambulanten Bedarfsplanung in Bayern. Durch ein derartiges Planungsinstrument könnte die Patientenversorgung verbessert, zeitnah auf Engpässe hingewiesen und entsprechend reagiert werden. Durch die Darstellung des Hebammen / Heilmittelerbringer-Einwohner-Verhältnisses kann eine Über- bzw. Unterversorgung in bestimmten Regionen vermieden werden und eine optimale, flächendeckende Versorgung ermöglicht werden.
- Für eine Entlastung des bürokratischen Aufwands der Hebammen und Heilmittelerbringer in Bayern und zur besseren Koordination zwischen klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen und Heilmittelerbringern ist es wichtig, dass der Aufbau weiterer zentraler Vermittlungs- bzw. Koordinationszentren gefördert wird.
- Das Schaffen von Karriereperspektiven und Aufstiegsmöglichkeiten in der direkten Patientenversorgung zum Beispiel durch die Integration von Versorgungsforschung durch akademisierte Hebammen und Therapeuten kann es ermöglichen, qualifiziertes Personal langfristig an Unternehmen zu binden und die Arbeitszufriedenheit zu steigern.
- Eine Verbesserung der Work-Life Balance kann durch das Angebot von attraktiven Arbeitszeiten wie zum Beispiel einer 4-Tage Woche oder Gleitzeitmodellen erreicht werden.
- Die Arbeitsbelastung wurde für den Zeitraum von 2017-2022 erfasst und schließt somit die Zeit der Corona-Pandemie, welche für die Bevölkerung zusätzlich eine starke Belastung darstellte, mit ein. Dementsprechend ist zu empfehlen das Fachkräftemonitoring in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.
- Die Gründe für die hohe Arbeitsbelastung von Hebammen und Heilmittelerbringern sollten zukünftig durch qualitative Studiendesigns näher untersucht werden. Nur dadurch können gezielte Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

5.4 Unzureichende Einkommenssituation



Die Einkommensverteilung zeigt, dass die Mehrheit der Hebammen und Heilmittelerbringer ein durchschnittliches Jahresnettoeinkommen von 20 000 bis 40 000 Euro erzielt. **Fast die Hälfte der Befragten in den jeweiligen Berufsgruppen befindet sich unter einer Einkommensgrenze von 30 000 Euro jährlich: Ernährungsfachkräfte: 59,7 %, Podologen: 48,5 %, Logopäden 44,8 %, Ergotherapeuten 44,7 %, Hebammen 41,1 %, Physiotherapeuten 37,4 %.** Damit liegen diese Berufsgruppen im Bereich des jährlichen Nettoäquivalenzeinkommens von jährlich 31.860 € [69].



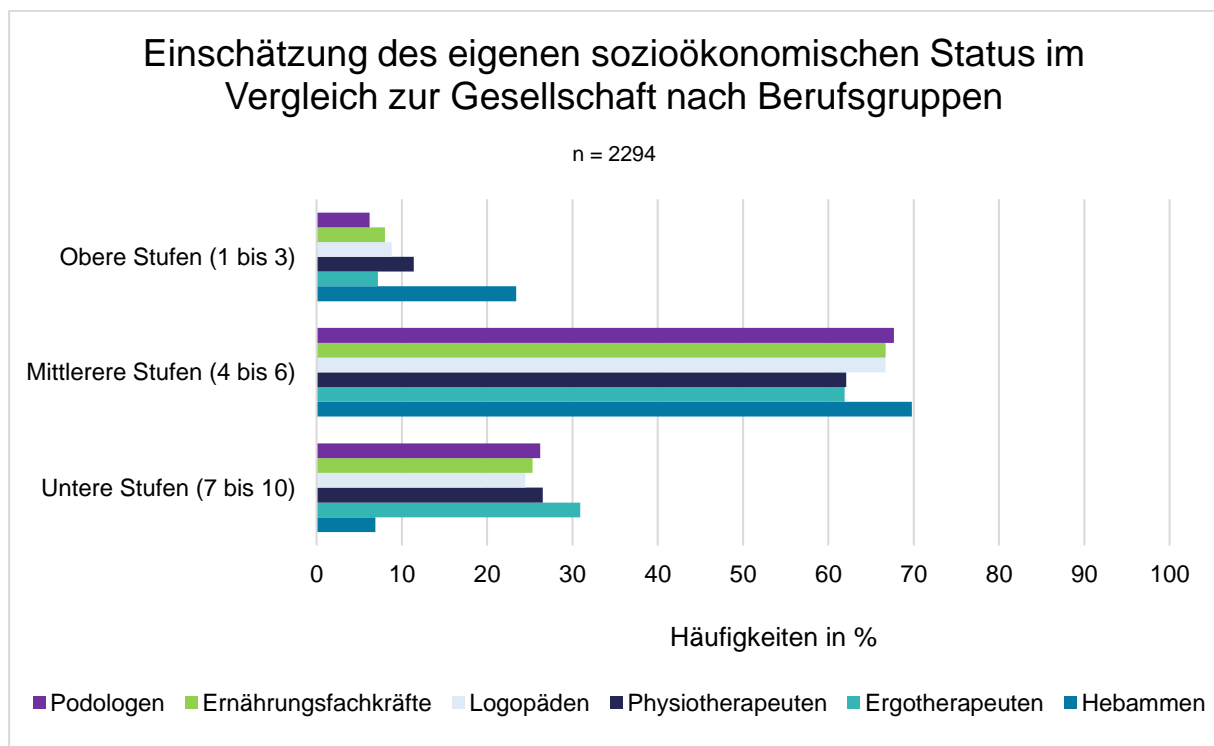
Betrachtet man das durchschnittliche Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde verdienen Hebammen im Schnitt 24,60 €/h, Ergotherapeuten 22,70 €/h, Logopäden 26,20 €/h, Physiotherapeuten 25,90 €/h, Ernährungsfachkräfte 30,40 €/h und Podologen 24,10 €/h. Bis auf die Berufsgruppe der Ernährungsfachkräfte zeigt sich somit ein vergleichsweise homogenes Nettoeinkommen pro Arbeitsstunde. Korreliert man nun das Nettoeinkommen pro Stunde mit der Wochenarbeitszeit, so fällt in den meisten Berufsgruppen eine inverse Korrelation von Nettoeinkommen und Wochenarbeitszeit auf. Besonders die Heilmittelerbringer mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit bis 10 Stunden haben ein überproportional hohes Nettoeinkommen pro Stunde. **Mehrarbeit spiegelt sich dementsprechend nicht zwangsläufig in einem höheren Gehalt wider.**

Die in der Studie gezeigten, vergleichsweise niedrigen Gehälter in den untersuchten Berufen führen zu einer Gratifikationskrise der Betroffenen Fachkräfte, da die hohe berufliche Qualifikation und der steigende Arbeitsaufwand nicht oder nur unzureichend durch Gehalt und Anerkennung ausgeglichen werden [14]. Zudem haben Therapieberufe im Heilmittelbereich aufgrund der mangelnden Attraktivität den Beruf zu erlernen bzw. dauerhaft auszuüben enorme Nachwuchsprobleme, was vor allem den vergleichsweise niedrigen Gehältern zuzuschreiben ist

[31]. Dementsprechend sollten die Vergütungsstrukturen und -möglichkeiten in den Gesundheitsfachberufen überarbeitet werden, um die Attraktivität der Berufe zu erhöhen [124].

Ein deutlich kleinerer Anteil der Befragten erreicht Einkommensgruppen oberhalb von 50 000 Euro jährlich. Diese Personen könnten durch eine Spezialisierung, eine langjährige Berufserfahrung oder durch eine selbständige Tätigkeit höhere Einkommenspotenziale realisiert haben.

Die Ergebnisse lassen sich als Spiegelbild der allgemeinen sozioökonomischen Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsfachberufe interpretieren. Die Mehrheit der Fachkräfte ist in einem Einkommensbereich tätig, der als mittelständisch zu bezeichnen ist, jedoch weit von den hohen Einkommen anderer Berufsgruppen entfernt ist. Die Frage der Berufszufriedenheit und der Langzeitperspektiven ist eng mit der Einkommenssituation verknüpft. **Insbesondere gut qualifizierte und akademisierte Hebammen und Heilmittelerbringer sehen sich durch niedrige Einkommens- und kaum vorhandene Karrieremöglichkeiten in der direkten Patientenversorgung mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert.** Dies führt häufig zu einer Abwanderung und Verlagerung in attraktivere Einkommens- und Arbeitsumfelder abseits der Patientenversorgung.



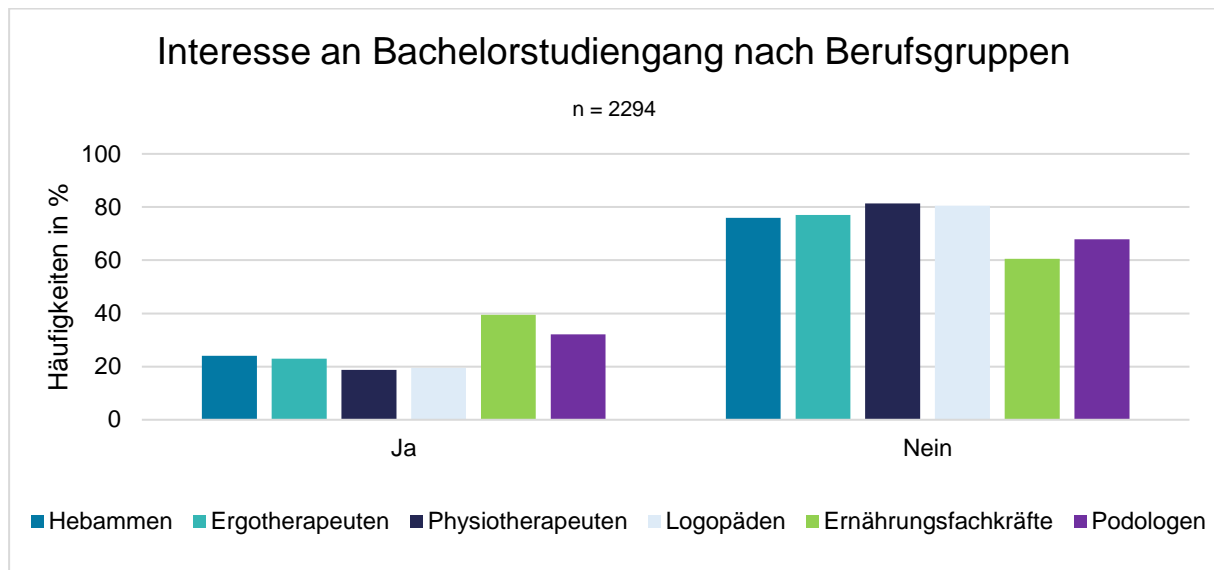
Mithilfe des Leitermodells wurde die sozioökonomische Lage der Hebammen und Heilmittelerbringer erfragt und die soziale und wirtschaftliche Lage der Personen in zehn Stufen kategorisiert. Die zehn Stufen reichen von 1 (höchstes Einkommen, beste Bildungs- und Berufsmöglichkeiten) bis 10 (geringstes Einkommen, niedrigste Bildung, geringe Berufsperspektiven). **Es**

wird deutlich, dass sich die Mehrheit der Hebammen und Heilmittelerbringerin den mittleren Stufen (4 bis 6) befindet: Hebammen: 69,8 %, Podologen: 67,2 %, Ernährungsfachkräfte und Logopäden: jeweils 66,7 %, Physiotherapeuten: 62,1 %, Ergotherapeuten: 61,9 %. Dies deutet auf eine weitgehend stabile, aber nicht überdurchschnittliche sozioökonomische Stellung hin. Nur eine relativ kleine Anzahl erreicht die oberen Stufen der Einkommens- und Bildungsstruktur. Innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen ist der Anteil der Hebammen mit 23,4 % in den oberen Stufen am größten. In den unteren Stufen ist hingegen die Berufsgruppe der Ergotherapeuten mit 30,9 % am stärksten vertreten. Ebenso sieht sich etwa ein Viertel der befragten Physiotherapeuten (26,5 %), Podologen (26,2 %), Ernährungsfachkräfte (25,3 %) und Logopäden (24,5 %) im Vergleich zur Gesellschaft sozioökonomisch schlechter gestellt.

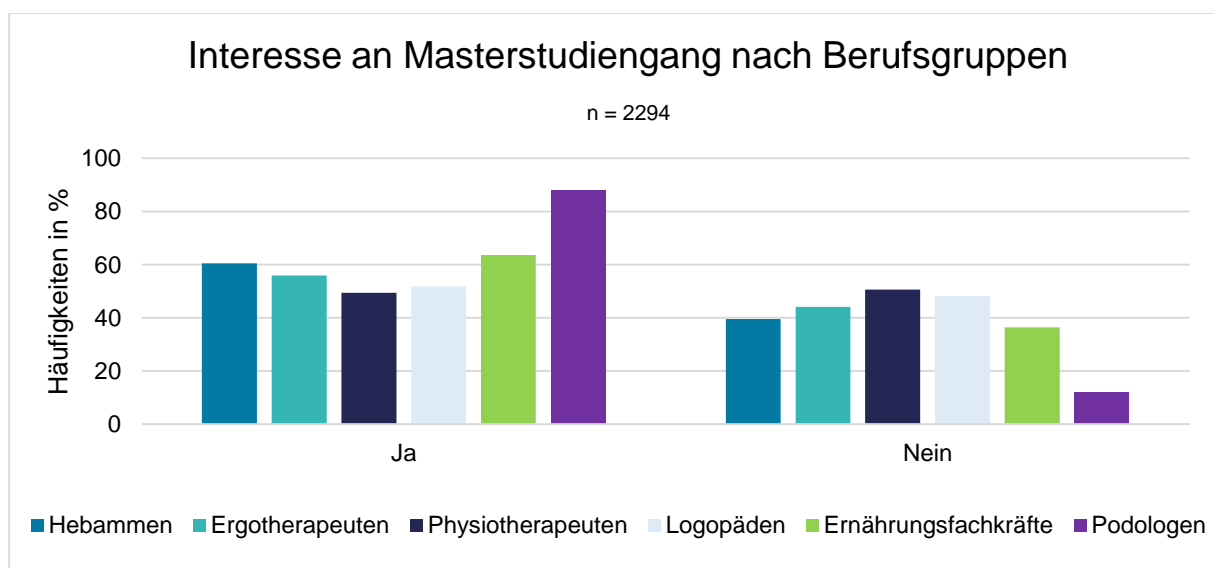
Handlungsempfehlungen:

- Die Einkommens- und sozioökonomische Lage der Hebammen und Heilmittelerbringer verdeutlicht die Notwendigkeit einer angemessenen Vergütung und verbesserter Arbeitsbedingungen. Politische Maßnahmen müssen hier ansetzen, indem sie bessere Honorarmodelle für Hebammen und Heilmittelerbringer sowie eine allgemeine Angleichung der Vergütung an die steigenden Anforderungen der Gesundheitsversorgung realisieren. Die Zukunftsperspektiven dieser Berufsgruppen hängen stark von einer besseren sozialen Absicherung und einer gerechteren Einkommensverteilung ab.
- Akademisierte und klinisch tätige Hebammen und Heilmittelerbringer sind in den Tarifverträgen entsprechend abzubilden, um diese in der direkten Patientenversorgung zu halten und eine Berufsaufgabe zu verhindern.
- Die Vergütung zwischen klinisch und außerklinisch tätigen Hebammen und Heilmittelerbringern sollte angepasst werden um die Tätigkeit im klinischen Bereich attraktiver zu gestalten.
- Forschungsprojekte für Hebammen und Heilmittelerbringer in der direkten Patientenversorgung sollten staatlich gefördert werden um die Attraktivität und die Anerkennung der Berufsgruppen zu steigern.

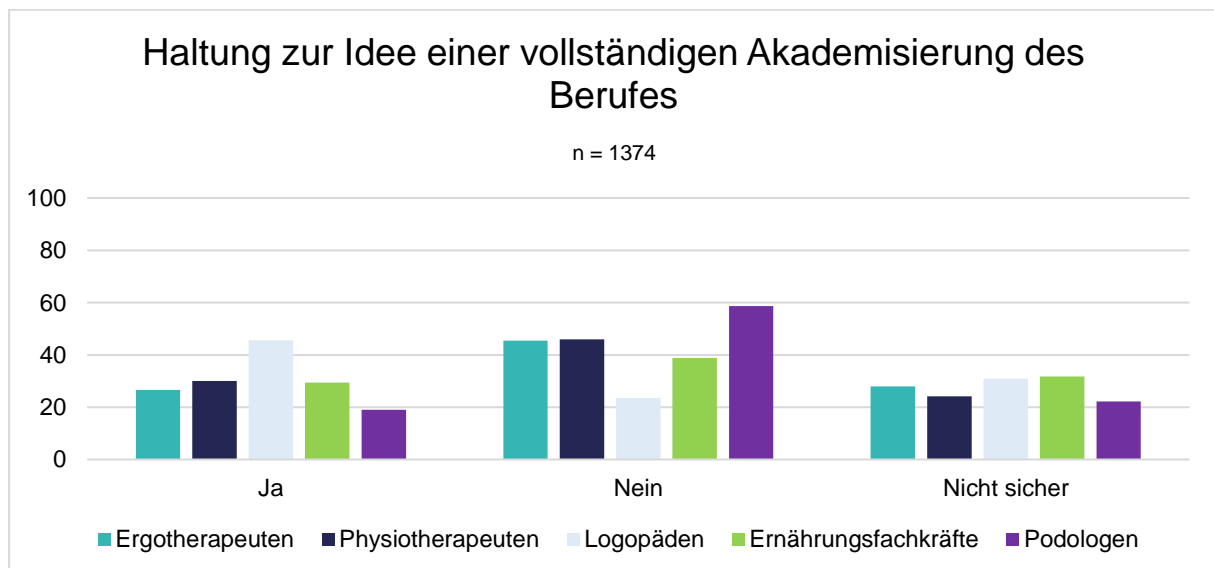
5.5 Akademisierung



Das Interesse der befragten Berufsgruppen an einer akademischen Weiterqualifikation durch ein Bachelorstudium ist begrenzt. Die Mehrheit der Befragten in allen Berufsgruppen (Hebammen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ernährungsfachkräfte, Podologen) zeigt kein Interesse an einem Bachelorstudiengang. Besonders ausgeprägt ist dieses Desinteresse bei den Physiotherapeuten (81,3 %), Logopäden (80,5 %) und Ergotherapeuten (77 %). **Dies weist auf die Wahrnehmung des Bachelorstudiums als aktuell nicht notwendig für die berufliche Weiterentwicklung sowie auf fehlende Karriereperspektiven und finanzielle Entlohnung durch das Studium hin.** Zudem ist zu bedenken, dass die befragten Hebammen und Heilmittelerbringer bereits im Berufsleben stehen, also eine mehrjährige Aus- und Weiterbildung absolviert haben und ein zusätzliches Studium mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden wäre.



Im Gegensatz dazu zeigt sich beim Interesse an einem Masterstudiengang ein anderes Bild. Hier bestätigt mehr als die Hälfte der Befragten mit einem Bachelorabschluss in allen Berufsgruppen das Interesse an einem Masterstudium. Am höchsten ist das Interesse unter den Podologen (88 %) und Ernährungsfachkräften (63,6 %). Auch die akademisierten Hebammen (60,5 %) zeigen ein großes Interesse an einem Masterstudiengang, was im Einklang mit der zunehmenden Akademisierung und dem neuen Berufsgesetz zur Vollakademisierung in Deutschland steht. **Etwa die Hälfte der befragten Therapeuten mit Bachelorabschluss interessiert sich für einen Masterstudiengang: Ergotherapie (55,9 %), Logopädie (51,8 %) und Physiotherapie (49,4 %).** Diese hohe Bereitschaft für ein weiteres Studium könnte auf die wachsende Anerkennung und Notwendigkeit von akademischen Abschlüssen im Gesundheitssektor hindeuten, insbesondere im Hinblick auf die steigende Komplexität der Versorgung und die zunehmenden Anforderungen an die Fachkräfte. Häufig ist die Motivation akademisierter Therapeuten aber auch, durch das Studium andere Berufe, fern der direkten Patientenversorgung zu erlangen, um bessere Karriereperspektiven realisieren zu können. Diese Entwicklung gilt es, durch eine Aufwertung der Karriereperspektiven in der direkten Patientenversorgung aufzuhalten. Insbesondere gut qualifizierte, akademisierte Fachkräfte werden vor allem in der zunehmend komplexer werdenden, direkten Versorgung benötigt und sollten deshalb unbedingt dafür motiviert werden.



Den vorangegangenen Ergebnissen entsprechend ist die Haltung zu einer vollständigen Akademisierung der befragten Berufsgruppen durchwachsen. Am höchsten ist die Zustimmung zur vollständigen Akademisierung unter den Logopäden (45,6 %), während sich die meisten Podologen (58,7 %) dagegen aussprechen. Insgesamt sind über die Berufsgruppen hinweg etwa 30 % der Befragten für die vollständige Akademisierung, während 40 % diese ablehnen und weitere 30 % unsicher sind.

Diese Ergebnisse zeigen ein uneinheitliches Bild von der Bereitschaft zur vollständigen Akademisierung der Heilmittelerbringer. Die Ursachen dafür sind vielschichtig und umfassen neben der Wahrnehmung der akademischen Qualifikation als nicht unbedingt erforderlich auch praktische und strukturelle Herausforderungen. Zum einen bestehen finanzielle Hürden durch eine fehlende Ausbildungsvergütung und oft lange Studiendauern, sowie eine zusätzliche Beschränkung für potentielle Berufseinsteiger durch die erforderliche Hochschulzugangsberechtigung. **Zum anderen fehlen akademisierten Therapeuten häufig klare Karriereperspektiven, wenn ein akademischer Abschluss nicht zu besseren beruflichen Aufstiegschancen und attraktiveren Aufgabengebieten in der direkten Patientenversorgung führt.** Des Weiteren stellt sich für bereits ausgebildete Hebammen und Heilmittelerbringer die Frage nach der Dauer und dem notwendigen Aufwand für die Nachqualifikation, um den vorhandenen Abschluss und die Berufserfahrung für einen akademischen Abschluss anerkennen zu lassen. Dennoch ist die zunehmende Akademisierung, wie sie beispielsweise im Bereich der Hebammen bereits umgesetzt wurde, ein wichtiges Signal für die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsfachberufe. Die Akademisierung der Heilmittelerbringer trägt nicht nur zu einer Steigerung der beruflichen Qualifikation bei, indem beispielsweise Kompetenzen in der Forschung und der evidenzbasierten Patientenversorgung erworben werden, sondern auch zu einer breiteren gesellschaftlichen Anerkennung der jeweiligen Berufe [127]. Durch die vollständige Akademisierung der Heilmittelerbringer ist zu erwarten, dass diese eine stärkere Lobby aufbauen können, welche ihre Interessen in Politik und Gesellschaft auf Augenhöhe mit anderen akademisierten Berufen vertreten kann. Dem Kompetenzzuwachs der Fachkräfte entsprechend erfordert ein akademischer Abschluss eine höhere Vergütung der erbrachten Leistungen, was die Attraktivität des Karrierewegs steigert. Zudem fördert die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und dient somit der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung, bei gleichzeitiger Steigerung der ökonomischen Effizienz, was dazu beitragen kann, Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren und Ärzte zu entlasten [127].

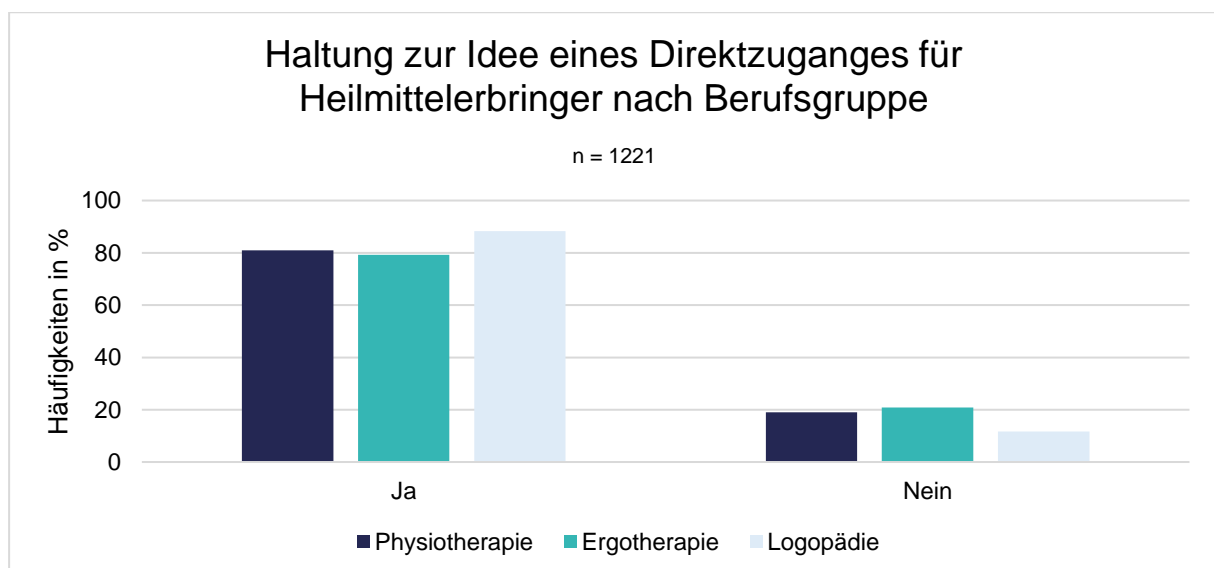
Handlungsempfehlungen:

- Die hohe Skepsis innerhalb der Hebammen und Heilmittelerbringer bezüglich der Akademisierung ihrer Berufsgruppen legt nahe, dass für eine erfolgreiche Akademisierung umfassende Dialoge zwischen den Berufsverbänden, den Fachkräften und den politischen Entscheidungsträgern notwendig sind, um einerseits Ängste abzubauen und um andererseits sicherzustellen, dass die Vorteile einer akademischen Ausbildung realisiert werden, ohne die Praxisnähe zu gefährden.
- Gleichzeitig ist es notwendig, neue, attraktive Aufgabenfelder und Karriereperspektiven für akademisierte Hebammen und Therapeuten im Gesundheitssystem und der

direkten Patientenversorgung zu etablieren, um potentielle Berufseinsteiger von einer akademischen Qualifikation zu überzeugen. Die vielfältigen, parallel existierenden Ausbildungs- bzw. Studienmöglichkeiten der Therapieberufe sollten, internationalen Entwicklungen entsprechend und dem Vorbild der Hebammen folgend, durch eine Neuauflage der Berufsgesetze und somit einer vollständigen Akademisierung vereinheitlicht werden.

- Bei der Berufsgruppe der Hebammen ist es notwendig, das Thema Nachqualifizierung von altrechtlich examinierten Hebammen, die noch nicht über einen Hochschulabschluss verfügen, aufzugreifen. Aktuell können gemäß Art. 63 Abs. 2 BayHSchG außerhalb des Hochschulbereichs erworbene Kompetenzen bis maximal zur Hälfte des Gesamtumfangs in einem Studiengang angerechnet werden. Im Hochschulinnovationsgesetz sind weitere 15 ECTS-Punkte vorgesehen. Vergleicht man allerdings den Lehrplan der Berufsfachschule für Hebammen mit den Inhalten der Bachelorstudiengänge, wird deutlich, dass lediglich gesundheitsökonomische und wissenschaftliche Fächer in der bisherigen schulischen Ausbildung nicht berücksichtigt wurden. Somit wäre es sinnvoll, mehr erworbene Kompetenzen aus der schulischen Ausbildung anzuerkennen und berufsbegleitende Nachqualifizierungsstudiengänge mit einer kürzeren Laufzeit zu etablieren. Durch diese Möglichkeit sichern sich die altrechtlich ausgebildeten Hebammen ebenfalls ihre Teilhabe an der weiteren Disziplinbildung und -entwicklung, was das Interesse an einem Bachelorstudiengang möglicherweise steigern würde. Dies betrifft die Nachqualifikation altrechtlich examinierter Heilmittelerbringer gleichermaßen.

5.6 Befürwortung Direktzugang



Die Ergebnisse der Befragung zum Interesse an der Möglichkeit eines Direktzuganges zeigen, dass die Mehrheit der befragten Fachkräfte aus den Bereichen Logopädie (88,3 %), Physiotherapie (81 %) und Ergotherapie (79,2 %) die Einführung eines Direktzuganges begrüßt. **Diese Zahlen spiegeln das zunehmende Interesse und die Bereitschaft der Heilmittelerbringer wider, ihre beruflichen Aufgaben eigenständig zu gestalten und mehr Verantwortung für Entscheidungsprozesse rund um die Patientenbehandlung zu übernehmen.** Ein Schritt der längst fällig erscheint, wenn man bedenkt, dass auch ärztliche Behandelnde nur verantworten können und sollten, was sie selbst tun oder unter eigener Aufsicht ausführen lassen [123]. Durch die Einführung des Direktzuganges könnte die Versorgung durch Heilmittelerbringer effizienter und flexibler gestaltet werden. Insbesondere für Patienten, die schnelle und direkte Hilfe benötigen, könnte der Wegfall der ärztlichen Verordnung eine Zeitersparnis und eine schnellere Behandlung ermöglichen. Auch für die Therapeuten selbst könnte dies zu einer Steigerung der beruflichen Zufriedenheit führen, da ihre berufliche Unabhängigkeit und Selbstbestimmung zunehmen wird. Zudem ist eine höhere Motivation der Patienten bzw. Klienten zu erwarten. Die Möglichkeit eines Direktzuganges der Heilmittelerbringer wirft jedoch auch Fragen zur praktischen Umsetzung auf. Die Einführung des Direktzuganges verlangt eine intensive Aufklärung und Fortbildung, um die Therapeuten auf ihre neue Verantwortung vorzubereiten. Auch die Zusammenarbeit mit Ärzten, welche traditionell für die Verordnung von Therapien verantwortlich sind, muss neugestaltet werden, um Konflikte und Missverständnisse zu vermeiden. Im Sinne der Patientenzentrierung ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team aus unterschiedlichen Kompetenzen und Berufsgruppen auf Augenhöhe von zentraler Bedeutung, um die bestmögliche Patientenversorgung sicherzustellen [123].

Ein weiterer Aspekt, der eng mit dem Thema Direktzugang verbunden ist, stellt die Streichung der Delegationshinweise in der Mutterschafts-Richtlinie im Jahr 2023 dar [46]. Dadurch ist das Missverständnis behoben worden, dass Hebammenleistungen nur nach ärztlicher Delegation durchgeführt werden können. Dies betont die eigenständige und eigenverantwortliche Arbeitsweise, die Hebammen eine Sonderstellung im Vergleich zu den anderen Gesundheitsfachberufen einbringt.

Handlungsempfehlungen:

- Mit der Blankoverordnung wird es Heilmittelerbringern, wie etwa Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, künftig ermöglicht, selbst über die Notwendigkeit und die Häufigkeit einer Therapie zu entscheiden. Diese Regelung, die seit 2024 für bestimmte ergotherapeutische und physiotherapeutische Behandlungen gilt, könnte das berufliche Verständnis und die Arbeitsweise in diesen Disziplinen erheblich verändern.

- Diese Entwicklungen im Bereich der Hebammenhilfe und der Heilmittelerbringer stehen im Einklang mit der wachsenden Forderung nach einer stärkeren Professionalisierung und Akademisierung dieser Berufe.
- In der Praxis bedeutet dies eine stärkere Autonomie und eine Reduzierung der Abhängigkeit von ärztlichen Verordnungen, was zu einer flexibleren und schnelleren Patientenversorgung führen könnte.
- Aus diesem Grund sollte die Umsetzung des Direktzuges für weitere Bereiche ermöglicht und die Abschaffung der Generalklausel des § 15 Absatz 1 Satz 2 SGB V sowie § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V vorangetrieben werden.

5.7 Relevanz telemedizinischer Leistungen (TML)

Die Daten zeigen, dass während der Pandemie (2020 bis Oktober 2022) ein bedeutender Anstieg in der Nutzung von Online-Angeboten zu verzeichnen war. Im Bereich der Hebammenhilfe nahmen 43,6% der Frauen an Online-Geburtsvorbereitungskursen teil, während 35,1% an Online-Rückbildungskursen teilnahmen. Für Einzelbetreuung war der Anteil der Online-Nutzung mit 50,1% sogar nahezu gleichauf mit der Präsenznutzung (49,9%). Dieser Anstieg kann als direkte Reaktion auf die durch die Pandemie bedingten Einschränkungen in der persönlichen Interaktion interpretiert werden. In der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie zeigte sich ebenfalls ein Anstieg der Nutzung von Online-Therapieangeboten, wenn auch in geringerem Maße als bei der Hebammenhilfe.

Die Daten zum Zeitraum nach der Pandemie (ab 2022) zeigen eine deutliche Reduktion der Nutzung von TML im Vergleich zu den Pandemie Jahren. Bei den Hebammenleistungen, etwa der Geburtsvorbereitung, nahmen nur noch 9,7% der Frauen an Online-Kursen teil. Bei den Heilmittelerbringern war die Nutzung von Online-Angeboten ebenfalls stark rückläufig. Diese Rückkehr zur traditionellen, persönlichen Betreuung könnte mehrere Gründe haben: Die anfängliche Notwendigkeit aufgrund der Pandemie ist weggefallen, und viele Patienten und Klienten scheinen den direkten persönlichen Kontakt mit ihren Therapeuten zu bevorzugen.

Die reduzierten Zahlen nach der Pandemie werfen die Frage auf, inwieweit TML eine nachhaltige, langfristige Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen kann. Die Vorteile von TML liegen auf der Hand: eine höhere Zugänglichkeit, insbesondere für Menschen in ländlichen Regionen, die Möglichkeit Wartezeiten zu verringern und die Versorgung zu flexibilisieren. Dies ist besonders für Patienten mit eingeschränkter Mobilität oder aus Gründen des Infektionsschutzes relevant. In der Hebammenhilfe etwa, die häufig in ländlichen Gebieten unterver-

sorgt ist, könnten Online-Angebote eine wichtige Rolle spielen. **Allerdings scheint die persönliche Interaktion in vielen Bereichen, insbesondere in der Heilmittelversorgung, nach wie vor als unverzichtbar.**

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die technische Infrastruktur und die digitale Kompetenz der Patienten und Leistungserbringer. Während junge und digital versierte Patienten die Möglichkeit, an Kursen oder Behandlungen online teilzunehmen, bevorzugen könnten, ist die Akzeptanz in älteren Altersgruppen möglicherweise geringer. Die datenschutzrechtlichen Bedenken und die Qualität der telemedizinischen Versorgung sind ebenso Themen, die berücksichtigt werden müssen.

Handlungsempfehlungen:

- Die Daten bestätigen, dass Telemedizin insbesondere während der Corona-Pandemie eine wertvolle Ergänzung zur traditionellen Versorgung darstellte. Für die Zukunft bleibt jedoch unklar, inwieweit die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung auch nach der Pandemie dauerhaft in den klinischen Alltag integriert wird.
- Besonders im Bereich der Hebammenhilfe und im Bereich Therapieangebote kann eine hybride Form, die digitale und persönliche Elemente kombiniert, langfristig sinnvoll sein.
- Dennoch bleibt die persönliche Betreuung, insbesondere bei komplexeren und individuelleren Bedürfnissen, ein unersetzlicher Bestandteil der Versorgung.

5.8 Verbreitung Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind je nach Berufsgruppe mehr oder weniger verbreitet. Während in der Ergotherapie und der Logopädie Selbstzahlerleistungen eher eine zweitrangige Rolle spielen, sind sie in der Hebammenhilfe und der Physiotherapie weit verbreitet.

Nur ein kleiner Teil der befragten Ergotherapeuten bietet beispielsweise Präventionskurse (2,6 %), Entspannungstechniken (5,1 %) oder Taping (7,2 %) an, welche privat abgerechnet werden. 20,8 % der befragten Logopäden bieten überhaupt Selbstzahlerleistungen an. Dies deutet darauf hin, dass in der Praxis der Ergotherapie und der Logopädie viele Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt werden, während nur eine Minderheit der Therapeuten den Bedarf für Zusatzleistungen sieht oder diese aufgrund von Ressourcenmangel oder anderen praktischen Gründen nicht umsetzt.

Die Physiotherapie zeigt mit einer Vielzahl an angebotenen Selbstzahlerleistungen (z. B. Präventionskurse, Sektoraler Heilpraktiker, Taping, Wellnessmassagen) eine größere Offenheit gegenüber IGeL. Besonders auffällig ist, dass 17,9 % der Physiotherapeuten den Status des „Sektoralen Heilpraktikers“ anbieten, was eine weitreichende eigenständige Tätigkeit außerhalb des GKV-Systems ermöglicht. Darüber hinaus bieten 30,6 % der befragten Physiotherapeuten Taping und 22 % Wellnessmassagen an. Diese Zahl lässt sich als Indikator für das wachsende Interesse der Patienten an präventiven und nicht-medizinisch notwendigen Dienstleistungen im Bereich der Physiotherapie deuten.

Ebenso zeigt sich im Bereich der Hebammenhilfe eine breitere Vielfalt an angebotenen Selbstzahlerleistungen. Dazu gehören unter anderem Akupunktur / Massagen / Taping / Osteopathie (46,1 %), Geburtsvorbereitungskurse mit Partner (23,6 %) und homöopathische oder naturheilkundliche Behandlungen (16 %). Diese Leistungen, die nicht zu den medizinisch notwendigen Heilmitteln gehören und daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, stellen für viele Hebammen eine Möglichkeit dar, ihre Dienstleistungen auf ein breiteres Spektrum auszuweiten. Interessanterweise wird die Nutzung dieser Zusatzangebote durch die befragten Hebammen relativ häufig angegeben, was darauf hindeutet, dass diese Leistungen von den Patienten gewünscht und nachgefragt werden. Für Hebammen könnte es eine Herausforderung sein, ihre eigene Praxis im Einklang mit den wissenschaftlichen Standards und den gesetzlichen Vorgaben zu gestalten, während gleichzeitig den Patientenwünschen nach zusätzlichen, nicht evidenzbasierten Angeboten nachgekommen wird.

Handlungsempfehlungen:

- Der Einsatz von IGeL birgt sowohl Chancen als auch Herausforderungen für die beteiligten Heilberufe. Einerseits können Selbstzahlerleistungen dazu beitragen, die finanzielle Unabhängigkeit der Therapeuten zu steigern und gleichzeitig den Patienten eine breitere Palette an therapeutischen Optionen zu bieten. Andererseits gibt es auch kritische Stimmen, die die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Absicherung und den Nutzen von IGeL hinterfragen.
- Besonders in Bezug auf nicht-evidenzbasierte Leistungen ist die Transparenz und Kommunikation mit den Patienten entscheidend.
- Ein weiterer Aspekt ist die Ungleichheit im Zugang zu solchen Leistungen, da sie in der Regel nur von Patienten in Anspruch genommen werden können, die über entsprechende finanzielle Ressourcen verfügen.

6 Fazit

Demografischer Wandel:

- 27 % der befragten Fachkräfte planen in den nächsten 10 Jahren (ca. 14 % in den nächsten fünf Jahren) den Übergang in den Ruhestand.
- Ein erheblicher Teil der qualifizierten Fachkräfte wird in naher Zukunft wegfallen, was ohnehin bestehende Engpässe im Gesundheitswesen weiter verschärft.
- Der demografische Wandel bedeutet eine veränderte Nachfrage nach Gesundheits- und Therapieleistungen.
- Eine überörtliche Bedarfsplanung analog des Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung kann zu einer Reduktion der Engpässe beitragen.

Höhere Arbeitszeiten:

- Zwischen 42,4 und 62,2 % der befragten Fachkräfte berichten von einer Steigerung oder deutlichen Steigerung der Arbeitszeit.
- 65 – 74,6 % der Befragten arbeiten mehr bzw. viel mehr, als sie möchten.
- Die Arbeitsbelastung in den Gesundheitsberufen ist hoch
- Viele Fachkräfte sind unter den bestehenden Arbeitsbedingungen überlastet.
- Ein erheblicher Anteil der Befragten äußert den Wunsch nach einer Arbeitszeitreduktion.

Steigende Arbeitsbelastung:

- In allen Berufsgruppen gibt die Mehrheit der Befragten an, dass ihre Arbeitsbelastung in den letzten fünf Jahren angestiegen oder deutlich angestiegen ist (Ergotherapeuten: 71 %, Podologen: 69,1 %, Ernährungsfachkräfte: 67,5 %, Logopäden: 66,8 %, Physiotherapeuten: 65,9 %, Hebammen: 59,1 %).
- Ein erheblicher Anteil der Hebammen und Heilmittelerbringer denkt sogar regelmäßig (siehe „manchmal“, „oft“, „sehr oft“) über einen Berufswechsel nach: Logopäden: 40,9 %, Hebammen: 39,8 %, Ernährungsfachkräfte: 37,8 %, Physiotherapeuten: 35,6 %, Ergotherapeuten: 31,4 %, Podologen: 21,8 %.
- Diese Ergebnisse spiegeln die steigende Unzufriedenheit und die wachsende Belastung in den Therapieberufen wider, die durch den Fachkräftemangel zusätzlich verstärkt wird.

Unzureichende Einkommenssituation:

- Fast die Hälfte der Befragten in den jeweiligen Berufsgruppen befindet sich unter einer Einkommensgrenze von 30 000 Euro jährlich: Ernährungsfachkräfte: 59,7 %, Podologen: 48,5 %, Logopäden 44,8 %, Ergotherapeuten 44,7 %, Hebammen 41,1 %, Physiotherapeuten 37,4 %.
- Durch vergleichsweise niedrige Gehälter verlieren die Therapieberufe im Heilmittelbeich die Attraktivität den Beruf zu erlernen und dauerhaft auszuüben, was zu enormen Nachwuchsproblemen führt.
- Niedrige Einkommens- und kaum vorhandene Karrieremöglichkeiten in der direkten Patientenversorgung verschlechtern die Berufszufriedenheit und die Langzeitperspektive der Heilmittelerbringer und Hebammen.

Akademisierung:

- Die Mehrheit der Befragten in allen Berufsgruppen zeigt kein Interesse an einem Bachelorstudiengang: Physiotherapeuten (81,3 %), Logopäden (80,5 %) und Ergotherapeuten (77 %).
- Für examinierte Fachkräfte fehlt die Attraktivität des Bachelorstudiums, was auf fehlende Karriereperspektiven und unzureichende finanzielle Entlohnung durch den Studienabschluss hinweist.
- Etwa die Hälfte der befragten Therapeuten mit Bachelorabschluss interessiert sich für einen Masterstudiengang: Ergotherapie (55,9 %), Logopädie (51,8 %) und Physiotherapie (49,4 %).
- Die Haltung zu einer vollständigen Akademisierung der befragten Berufsgruppen ist durchwachsen. Insgesamt sind über die Berufsgruppen hinweg etwa 30 % der Befragten für die vollständige Akademisierung, während 40 % diese ablehnen und weitere 30 % unsicher sind.
- Um Heilmittelerbringer und Hebammen von der vollständigen Akademisierung zu überzeugen, bedarf es klare Karriereperspektiven mit besseren beruflichen Aufstiegschancen und attraktiveren Aufgabengebieten in der direkten Patientenversorgung.
- Der Zugang zur Nachakademisierung bereits examinierter Hebammen und Heilmittelerbringer muss niedrigschwellig möglich sein.

Direktzugang:

- Die Mehrheit der befragten Fachkräfte aus den Bereichen Logopädie (88,3 %), Physiotherapie (81 %) und Ergotherapie (79,2 %) befürworten die Einführung eines Direktzuganges
- Dies zeigt das Interesse und die Bereitschaft der Heilmittelerbringer, ihre beruflichen Aufgaben eigenständiger zu gestalten und mehr Verantwortung für Entscheidungsprozesse rund um die Patientenbehandlung zu übernehmen.

7 Limitationen

Rekrutierung

Aufgrund eingangs erwähnter fehlender Regulierungs- und Registrierungsvorschriften für Heilmittelerbringer kann zum derzeitigen Zeitpunkt kein allumfassendes Monitoring für Hebammen und Heilmittelerbringer realisiert werden. Da es weder eine Verpflichtung zur Verbandsmitgliedschaft, noch ein zentrales Register gibt, war es nicht möglich jeden Therapeuten in Bayern zu erreichen. Um die Studienergebnisse nicht zu verfälschen, wurden keine materiellen oder immateriellen Anreize zur Studienteilnahme gestellt. Jede Studienteilnahme erfolgte rein auf freiwilliger Basis. Eine dadurch verringerte Teilnehmerzahl wurde in Kauf genommen.

Ein Aufruf zur Studienteilnahme über den GKV Spitzenverband selbst wurde nach mehrfachen Anfragen und schriftlichen Anträgen an den GKV Spitzenverband aufgrund von datenschutzrechtlichen Regularien abgelehnt.

Die Kontaktaufnahme zu den an bayerischen Gesundheitsämtern gemeldeten Heilmittelerbringern erfolgte regional unterschiedlich. Viele Gesundheitsämter antworteten stark verzögert oder erst nach mehrfacher Anfrage. Die Kontaktlisten der Heilmittelerbringer waren teilweise unvollständig und oder veraltet und nicht auf dem aktuellsten Stand. So kam es vor, dass bereits verstorbene oder sich im Ruhestand befindende Heilmittelerbringer kontaktiert wurden.

Zwar besteht für selbständig tätige Heilmittelerbringer eine Meldepflicht bei dem zuständigen Gesundheitsamt nach Art. 10 Abs. 3 GDG, allerdings umfasst diese keine Heilmittelerbringer im Angestelltenverhältnis [55]. Andere Gesundheitsfachberufe wie die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen gehen mit Gründung der Bundespflegekammer 2019 den freiwilligen Weg in eine zentrale Interessens- und Standesvertretung [128]. Die jeweiligen Berufsordnungen der freien Berufe der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Psychotherapeuten sowie Apotheker verpflichten zur Mitgliedschaft in ihrer Berufskammer, unabhängig von der Art des Beschäftigungsverhältnisses [129]. Ein berufsübergreifendes verpflichtendes Register analog der freien Berufe oder eine verpflichtende Mitgliedschaft in den jeweiligen Berufsverbänden kann hierbei Abhilfe schaffen und ein umfassendes Monitoring für Hebammen und Heilmittelerbringer ermöglichen.

Technische Limitationen

Die Befragung erfolgte rein in digitaler Form. Zu Beginn der Befragung kam es zu technischen Schwierigkeiten innerhalb der Fragebögen, wodurch ein erfolgreiches Absenden nach vollständiger Beantwortung der Fragen nicht möglich war. Da manche Teilnehmenden die Fragen möglicherweise nicht erneut ausgefüllt haben, kann man eine Abbruchquote der technisch fehlerhaften Fragebögen zu Beginn der Erhebung vermuten.

Die Teilnehmenden wurden vor der Umfrage gebeten, ein Pseudonym sowie ein Passwort zu erstellen. Dies ermöglicht ein erneutes Einloggen um die Befragung zu einem anderen Zeitpunkt fort zu setzen. Ein vergessenes Passwort kann auch dazu führen, dass nicht alle Fragebögen vollständig beantwortet wurden.

Die Befragungswebsite ist darauf ausgelegt, von allen internetfähigen Endgeräten angezeigt werden zu können und weist ein responsives Design auf, dennoch kann eine reibungslose Benutzung aufgrund persönlicher Einstellungen der internetfähigen Endgeräte nicht in jedem Fall garantiert werden und könnte in einem Studienabbruch resultieren.

Zur Minimierung technischer Limitationen wurde eine Studien-Mailadresse zur Kontaktaufnahme eingerichtet. Ebenfalls waren die Projektbeteiligten telefonisch über die Pforte der Frauenklinik als Ansprechpartner für die Studienteilnahme erreichbar.

Teilnehmende und Inhalte

Eine weitere Limitation stellt der Umfang der Befragung dar. Neben einfach beantwortbaren allgemeinen Fragen wurden auch spezifische Fragen, wie Anzahl der Therapien im Jahr oder Überstunden im Monat gestellt, die in Dokumentationsunterlagen nachgesehen werden müssen. In Verbindung mit dem modularen Aufbau, der jederzeit eine Pausierung der Befragung ermöglicht, kann es zu einem Studienabbruch oder zu übersprungenen Fragen kommen.

Befragungsform

Da es sich hierbei um ein Monitoring handelt, welches in regelmäßigen Abständen wiederholt werden soll, wurde die Befragung ausschließlich in digitaler Form durchgeführt. Dies ermöglicht eine einfachere Vergleichbarkeit, sollte die Befragung so oder in ähnlicher Form erneut durchgeführt werden. Durch eine ausschließlich digital durchgeführte Befragung werden Personen ohne Internetzugang von der Befragung technisch ausgeschlossen.

Befragungszeitraum

Einige Fragen bezogen sich auf den Zeitraum von 2017-2022 und schließen somit die Zeit der Corona-Pandemie mit ein. Diese Ausnahmesituation könnte die Ergebnisse in Hinblick auf ihre Repräsentativität verfälschen. Dementsprechend ist zu empfehlen eine derartige Befragung in regelmäßigen Abständen zu wiederholen.

8 Finanzierung und Durchführung

Die HELPER-Studie wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention in Auftrag gegeben. Die Finanzierung erfolgte im Rahmen des Forschungsvorhabens: „Fachkräftemonitoring für Hebammen und Heilmittelerbringer in Bayern“ über das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. Die Fördernummer lautet G31e-A0720-2022/1-87. Durchgeführt wurde die Studie von der Frauenklinik des Uniklinikums Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

9 Danksagung

Besonderer Dank gilt allen Hebammen und Heilmittelerbringern, die an der HELPER-Studie teilgenommen haben. Sie haben Zeit und Mühe auf sich genommen und durch ihre engagierte Teilnahme zum Erfolg des HELPER-Projektes erheblich beigetragen.

Die Autoren danken außerdem allen beteiligten Verbänden für Ihre Mitarbeit im HELPER-Projekt: Bayerischer Hebammenlandesverband e.V., Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) – Landesgruppe Bayern e.V., Bundesverband für Podologie e.V., Deutscher Verband für Podologie (ZFD) – Landesverband Bayern e.V., Verband Deutscher Podologen (VDP) e.V., Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs), Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD), LOGO Deutschland – Selbstständige in der Logopädie e.V., Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED), Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), BerufsVerband Oecotrophologie e.V. (VDOE), Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V. (QUETHEB) und der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. (VDD).

10 Literaturverzeichnis

- [1] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht (23621-0001)“. 2024. Zugegriffen: 12. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- [2] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Beschäftigungsverhältnis, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen (23621-0004)“. 2024. Zugegriffen: 12. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- [3] Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), „2024 - vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland“, Berlin, März 2024. Zugegriffen: 12. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/_jcr_content/par/publicationelement_1479644990/file.res/vdek_basisdaten_2024.pdf
- [4] Bayerisches Landesamt für Statistik, „Statistisches Jahrbuch für Bayern 2023 - III. Gesundheitswesen“. 2023. [Online]. Verfügbar unter: https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/jahrbuch/08_statistisches_jahrbuch_fuer_bayern_2023_gesundheitswesen.pdf
- [5] Bayerisches Landesamt für Hygiene und Lebensmittelsicherheit, „Themenfeld 08: Beschäftigte im Gesundheitswesen“, 08.22 Hebammen (m/w) in ambulanten und stationären Einrichtungen, Bayern, im Zeitvergleich. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/themenfeld08/indikator0822.htm>
- [6] GKV-Spitzenverband, „GKV-Kennzahlen“. Zugegriffen: 1. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp
- [7] Bundesgesundheitsministerium (BMG), „Gesetzliche Krankenversicherung“. Zugegriffen: 18. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf
- [8] DIHK-Gesundheitsreport, „Stimmung in der Gesundheitswirtschaft: heiter bis düster! DIHK-Gesundheitsreport | Sommer 2023“. 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.dihk.de/resource/blob/99144/bfdafc2d82faf27537886058b9b9d3d1/wirtschaftspolitik-gesundheitsreport-sommer-2023-data.pdf>
- [9] „Geburtenziffer 2023 auf 1,35 Kinder je Frau gesunken“, Statistisches Bundesamt. Zugegriffen: 1. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/07/PD24_274_12.html
- [10] Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg, „Geburten in Bayern“. Zugegriffen: 15. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.ifb.bayern.de/zahlenundfakten/neue/35644/index.php>
- [11] Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, „Fachkräfteengpassanalyse 2023“. 2024. Zugegriffen: 16. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html;jsessionid=E57BDCB7275C8D3915F413B125A97C53?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse
- [12] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2023. Gesamtbericht/Datenreport“, MAGS NRW, Landesberichterstattung, 2023. Zugegriffen: 24. April 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://broschuerenservice.mags.nrw/mags/shop/Landesberichterstattung_Gesundheitsberufe_Nordrhein-Westfalen_2023/0
- [13] K. Koch, A. Miksch, C. Schürmann, S. Joos, und P. T. Sawicki, „The German Health Care System in International Comparison“, *Deutsches Ärzteblatt international*, Apr. 2011, doi: 10.3238/arztebl.2011.0255.
- [14] Höppner, Heidi und Beck, Eva-Maria, „Endlich handfeste Informationen‘. Wissenschaftliche Auswertung der Brandbriefe“, *physiopraxis*, Bd. 5, Nr. 19, S. 10–11, 2019.

- [15] T. Berger, L. Zanner, und S. Hammer, „Befragung zur Abwanderung aus den Therapieberufen – Alarmierende Ergebnisse“, *ergopraxis*, Bd. 11, Nr. 04, S. 12–13, Apr. 2018, doi: 10.1055/s-0043-123545.
- [16] Statistisches Bundesamt, „Pressemitteilung Nr. N033 vom 7. Juni 2023“, Demografischer Wandel: Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren von 1950 bis 2021 von 10 % auf 22 % gestiegen. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD22_N033_12.html
- [17] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Bevölkerungsvorausberechnung“. Zugegriffen: 16. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/_inhalt.html
- [18] Bayerisches Landesamt für Statistik, „Personalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2042. Demographisches Profil für den Freistaat Bayern.“ Februar 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.statistik.bayern.de/mam/statistik/gebiet_bevoelkerung/demographischer_wandel/demographische_profile/09.pdf
- [19] Bundesministerium für Gesundheit, „Gesundheitsberufe“, BMG. Zugegriffen: 18. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html?mscl-kid=b896494dd0f511ec9bc8e37d75e4ab41>
- [20] *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 24d SGB V - Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe*. Zugegriffen: 23. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/24d.html>
- [21] *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 134a SGB V - Versorgung mit Hebammenhilfe*. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_134a.html
- [22] Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL)*, 1. Oktober 2024. Zugegriffen: 18. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3616/HeilM-RL_2024-04-18_2024-05-16_iK-2024-10-01.pdf
- [23] Wissenschaftsrat, Hrsg., „Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen“, 2023, doi: 10.57674/6EXF-AM35.
- [24] P. Franzkowiak, „Prävention und Krankheitsprävention“, *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*, 2022, doi: 10.17623/BZGA:Q4-I091-3.0.
- [25] GKV-Spitzenverband, „Zahlen, Daten, Fakten“. Zugegriffen: 23. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/gkv_kennzahlen_hebammen/gkv_kennzahlen_hebammen.jsp
- [26] *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - § 124 SGB V Zulassung*. Zugegriffen: 18. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/124.html>
- [27] GKV-Spitzenverband, „Heilmittelerbringerliste“. Zugegriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/heilmittelerbringer/heilmittelerbringer.jsp>
- [28] GKV-Spitzenverband, „Hebammenliste“. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/hebammenliste/hebammenliste.jsp>
- [29] Statistisches Bundesamt (Destatis), „Gesundheitsausgaben“. Zugegriffen: 27. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_167_236.html
- [30] GKV-Schätzerkreis, „GKV-Schätzerkreis schätzt die finanziellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2024 und 2025“. Zugegriffen: 3. August 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Presse/2024/20241016_PM_SK.pdf
- [31] N. Schmitt und D. Wende, *BARMER Heilmittelreport 2022*. DE: BARMER, 2023. Zugegriffen: 3. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Heil-und-Hilfsmittelreporte/2022/barmer-heilmittelreport-2022.pdf>

- [32] GKV-Spitzenverband, „GKV-Heilmittel-Schnellinformation für Deutschland nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V“. Zugegriffen: 1. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2023_04/Bundesbericht_HIS-Bericht_202304.pdf
- [33] C. Loytved und R. Schäfers, „Qualitätsbericht 2022. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland“. 2023. [Online]. Verfügbar unter: https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2022.pdf
- [34] Wissenschaftsrat und Geschäftsstelle / Head Office, „HQQplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem - Update: Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung (Studienbericht)“, [object Object], Köln, 2022. doi: 10.57674/V8GX-DB45.
- [35] *Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) Text von Bedeutung für den EWR*, Bd. 354. 2013. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <http://data.europa.eu/eli/dir/2013/55/oj/deu>
- [36] *Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG)*. 2019.
- [37] „HebStPrV - Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen“. Zugegriffen: 15. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/hebst-prv/BJNR003900020.html>
- [38] Gerber-Grote, Andreas und Bucher, Thomas, „Akademisierung der Gesundheitsfachberufe: Deutschland, quo vadis?“, *Die neue Hochschule*, Nr. 2, S. 14–17, 2023, doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7688634>.
- [39] „Beschäftigte nach Berufen (KldB 2010) (Quartalszahlen)“, Nürnberg, Juni 2024. Zugegriffen: 12. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fstatistik.arbeitsagentur.de%2FStatistikdaten%2FDetail%2F202312%2Fiia6%2Fbeschaefigung-sozbe-bo-heft%2Fbo-heft-d-0-202312-xlsx.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D1&wdOrigin=BROWSELINK
- [40] Bundesgesundheitsministerium (BMG), „Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, bessere Angebote für gesetzlich Versicherte. Terminservice- und Versorgungsgesetz“. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html?amp%3Bamp%3Bamp%3Bfbcll-wAR2r3GeKt-STk9LxYHDaIF-PCrj5qN3MWtkbF-v3GmFudybjLWX5jMf-juDM=&%3Bamp%3BcHash=bd01b5ba705a3b434fb3288bf0f0a705&%3BcHash=6024284b968ca0b0f1f9eb6314668d6e&cHash=85a9a926b977d94642057a8195941fd7>
- [41] Bundesgesundheitsministerium (BMG), „Eckpunktepapier. Sofortmaßnahmen zur Stärkung der Geburtshilfe“. 2. Januar 2019. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Eckpunktepapier_Sofortmassnahmen_Geburtshilfe.pdf
- [42] Bundesministerium für Gesundheit, „IGeL – Selbstzahler-Leistungen im Überblick“. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/individuelle-gesundheitsleistungen-igel>
- [43] Bundesgesundheitsministerium (BMG), „Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG)“. 2021. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DVPMG_BT_bf.pdf
- [44] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB), Hrsg., „Blankverordnung für Physiotherapie und Ergotherapie: Hinweise für Ärzte und Psychotherapeuten“. September 2024. Zugegriffen: 20. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Heilmittel_Blankverordnung.pdf
- [45] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), „Betreuung in der Schwangerschaft: G-BA stellt Eigenständigkeit der Hebammenhilfe in seiner Richtlinie durch redaktionelle Streichung

- klar“. 16. Februar 2023. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1094/>
- [46] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). 2023.
- [47] Bayerische Staatsregierung, „Pressemitteilung: Gerlach: Bayerns Förderprogramme für Hebammen sind auch 2025 erfolgreich – Bayerns Gesundheitsministerin zum Internationalen Hebammentag am 5. Mai“, Mai 2025. [Online]. Verfügbar unter: <https://isrg.bayern.de/gerlach-bayerns-foerderprogramme-fuer-hebammen-sind-auch-2025-erfolgreich-bayerns-gesundheitsministerin-zum-internationalen-hebammentag-am-5-mai/>
- [48] M. Albrecht, H. Bock, S. Loos, R. Ochmann, M. Sander, und E. Temizdemir, „Stationäre Hebammenversorgung“. 2019. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf
- [49] M. Sander, M. Albrecht, S. Loos, und V. Stengel, „Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern“, IGES-Institut, Berlin, Juli 2018. [Online]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e22175/e23263/e23264/e23266/attr_objs23269/IGES_HebammenversorgungimFreistaatBayern_Langfassung_072018_ger.pdf
- [50] *Bayerische Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (Bayerische Hebammenberufsordnung – BayHebBO)*. 2013. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayHebBO>true>
- [51] International Confederation of Midwives, „Grundlegende Kompetenzen für die Hebammentätigkeit. 2019 UPDATE.“ 2019. [Online]. Verfügbar unter: https://hebamme.ch/wp-content/uploads/2021/03/ICM-competencies-deutsch_final_web_23-12-20.pdf
- [52] J. auf dem Hövel, „Wie arbeiten Hebammen?“, Deutscher Hebammenverband. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://hebammenverband.de/hebamme-werden-und-sein/wie-arbeiten-hebammen>
- [53] *Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)*. 2011. Zugegriffen: 16. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/__1.html
- [54] Hemmerle Petra, Anja Pondorf, und René Ergenzinger, „Familienhebammen und Familien Gesundheits- und Kinderkranken pflegerinnen in Bayern Curriculum: Zertifizierte Weiterbildung für Hebammen und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen zu Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen in Bayern“. 2015. [Online]. Verfügbar unter: https://www.blja.bayern.de/imperia/md/content/blvf/bayerlandesjugendamt/fortbildung/curriculum_gemeinsame_weiterbildung_f__r_homepage_2015.pdf
- [55] „Bürgerservice - GDG: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz – GDG) Vom 10. Mai 2022 (GVBl. S. 182) BayRS 2120-12-G (Art. 1–33)“. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayGDG>true>
- [56] Bundesministerium für Gesundheit, „Wichtige Arbeit der Hebammen unterstützen“, BMG. Zugegriffen: 15. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammen>
- [57] GKV-Spitzenverband, „Hebammenhilfe-Vertrag“. Zugegriffen: 2. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/hebammen_geburtshaeuser/hebammenhilfevertrag/hebammenhilfevertrag.jsp
- [58] *Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V*. 2019. [Online]. Verfügbar unter: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.19.pdf
- [59] J. auf dem Hövel, „Das Studium“, Deutscher Hebammenverband. Zugegriffen: 15. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://hebammenverband.de/hebamme-werden-und-sein/das-studium>

- [60] Katholische Stiftungshochschule München, „Midwifery-Led Care (M.Sc.) - KSH“. Zugegriffen: 15. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.ksh-muenchen.de/hochschule/campus-muenchen/fakultaeten-muenchen/fakultaet-gesundheit-und-pflege-muenchen/masterstudiengaenge-fakultaet-gesundheit-und-pflege-muenchen/midwifery-led-care-msc/>
- [61] OTH Regensburg, *Hebammenwissenschaft studieren - Master of Science*. Zugegriffen: 28. Februar 2025. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.oth-regensburg.de/studien-gang/hebammenwissenschaft-studieren>
- [62] Friedrich-Alexander Universität, *M. Sc. Advanced Healthcare -- Interprofessionelle Gesundheitsversorgung*, 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.med.fau.de/studium/advanced-healthcare/>
- [63] Bayerisches Landesamt für Statistik, „Statistisches Jahrbuch für Bayern 2023 - IV. Bildung und Kultur“. 2023. [Online]. Verfügbar unter: https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/jahrbuch/09_statistisches_jahrbuch_fuer_bayern_2023_bildung_und_kultur.pdf
- [64] Laura Best, *Ergotherapeutische Beratungssituationen. Eine videobasierte Studie zur Interaktion von Client Reasoning und Professional Reasoning*. in Forschungsreihe der FH Münster. Wiesbaden: Springer, 2017. Zugegriffen: 25. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-18041-6.pdf>
- [65] Deutscher Verband der Ergotherapie e.V. (DVE), „Fachbereiche der Ergotherapie“. [Online]. Verfügbar unter: <https://dve.info/ergotherapie/fachbereiche>
- [66] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Gesetz über den Beruf der Ergotherapeutin und des Ergotherapeuten (Ergotherapeutengesetz - ErgThG)*. 1976. Zugegriffen: 25. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bearbthg/BJNR012460976.html>
- [67] GKV-Spitzenverband, „Anlage 2 Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie und deren Vergütung“. 1. Juni 2024. Zugegriffen: 25. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ergotherapie/20240531_Ergo_Anlage_2_Vertrag_nach_125_SGB_V_Verguetungsvereinbarung_BF.pdf
- [68] Bundesagentur für Arbeit, „Entgelt für den Beruf: Ergotherapeut/in“, Entgeltatlas. Zugegriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/beruf/8774>
- [69] D. Statistisches Bundesamt (Destatis), „Verdienste“, Verdienste nach Branchen und Berufen. Zugegriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/_inhalt.html
- [70] Bayerisches Landesamt für Statistik, „Statistisches Jahrbuch für Bayern 2023 - XX. Löhne und Gehälter“. 2023. [Online]. Verfügbar unter: https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/jahrbuch/25_statistisches_jahrbuch_fuer_bayern_2023_loehne_und_gehaelter.pdf
- [71] GKV-Spitzenverband, „GKV-Heilmittel-Schnellinformation für die KV Bayern nach § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V“. Zugegriffen: 27. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2023_04/HIS-Bericht-Bayern-KV71_202304.pdf
- [72] S. Buksch und N. Hoffmann, *BARMER Heilmittelreport 2019*, Bd. 19. in Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, vol. 19. DE: BARMER, 2019. Zugegriffen: 27. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/resource/blob/1029598/86314ad420aa5c1255b4d59921e9e340/barmer-heil-und-hilfsmittelreport-2019-data.pdf#page=38&zoom=100,89,162>
- [73] Bund-Länder Arbeitsgruppe und Verbändebeitragsleistung, „Schriftliche Beteiligung des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V.“ 27. Juni 2019. Zugegriffen: 27. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://dve.info/attachments/article/253/DVE%20Stellungnahme%20zur%20BL-AG%20%20Neuordnung%20der%20Gesundheitsberufe.pdf>
- [74] Wissenschaftsrat, Hrsg., „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“, 2012, Zugegriffen: 1. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf?__blob=publication-File&v=5

- [75] U. Walkenhorst, „Hochschulisch ausbilden – Akademische Lehre in der Ergotherapie“, in *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe*, Berlin: Springer, 2018, S. 88–97.
- [76] J. Berding, „Ergotherapie in Deutschland – Ein Beruf in der Sackgasse? Offener Brief von Professor*innen zum Welttag der Ergotherapie“. 27. Oktober 2020. Zugriffen: 1. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/News/2020/Offener_Brief_Welttag_der_Ergotherapie_27.10.20.pdf
- [77] Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) und Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST), Hrsg., „Stellungnahme zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ vom 5. März 2020. Juni 2020. Zugriffen: 1. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Stellungnahme-Eckpunkte-Gesamtkonzept-Gesundheitsfachberufe_HVG-u.-VAST_f.pdf
- [78] C. Winterholler, „Logopäden“, in *Rehabilitation*, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), Hrsg., in Springer Reference Medizin. , Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, S. 335–340. doi: 10.1007/978-3-662-54250-7_34.
- [79] Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), „Logopädie“. Zugriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.dbl-ev.de/logopaedie>
- [80] M. Rausch, K. Thelen, und I. Beudert, „Kompetenzprofil für die Logopädie“, Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), 2014.
- [81] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Hrsg., *Rehabilitation: vom Antrag bis zur Nachsorge: für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe*. in Springer Reference Medizin. Berlin: Springer, 2018. doi: 10.1007/978-3-662-54250-7.
- [82] K. Meyer, „Rechtliche Rahmenbedingungen der Igel-Leistungen“, gehalten auf der FreiberuflerInnensitzung, 32. dbl-Jahreskongress, 2003. Zugriffen: 5. Juni 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Beruf_und_Recht/igel_vortrag_meyer.pdf
- [83] S. Fleischer und M. Hess, „Diagnostik und Therapie von Stimmstörungen“, *HNO Nachrichten*, Bd. 46, Nr. 6, S. 26–33, Dez. 2016, doi: 10.1007/s00060-016-5169-9.
- [84] S. S. Hammer und A. Teufel-Dietrich, *Stimmtherapie mit Erwachsenen: Theorie und Praxis für Ausbildung, Studium und Lehre*. in Praxiswissen Logopädie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023. doi: 10.1007/978-3-662-66009-6.
- [85] Ackermann H. et al., *Neurogene Sprechstörungen (Dysarthrien), S1-Leitlinie*, 2018. Zugriffen: 24. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: www.dgn.org/leitlinien
- [86] U. Natke und A. Kohmächer, „Sprach- und Sprechstörungen“, in *Stottern*, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2020, S. 5–10. doi: 10.1007/978-3-662-60942-2_2.
- [87] DGPP, „Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. Interdisziplinäre S3-Leitlinie (AWMF-Registernr.: 049-015)“. AWMF online. [Online]. Verfügbar unter: https://dgpp.de/de/wp-content/files/S3_Sprachtherapie_2022-12.pdf
- [88] I. Noppenberger und S. Bohe, „Leitlinie ‚Neurogene Dysphagie‘“, *neuroreha*, Bd. 16, Nr. 01, S. 27–33, März 2024, doi: 10.1055/a-2231-8093.
- [89] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Gesetz über den Beruf des Logopäden (LogopG)*. 1980. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/logopg/BJNR005290980.html>
- [90] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 32 Heilmittel*. 1988. Zugriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_32.html
- [91] GKV-Spitzenverband, „Anlage 3a (notwendige Angaben auf der Heilmittelverordnung und einheitliche Regelungen zur Abrechnung ‚Ärzte‘) zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung“. 15. März 2021. Zugriffen: 7. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/sssst/anlagen/20210325_Heilmittel_Anlage_3a_notw_Angaben_auf_VO_Endfassung.pdf

- [92] GKV-Spitzenverband, „Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie und deren Vergütung“. 15. März 2021. Zugegriffen: 7. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/sssst/anlagen/20210325_Heilmittel_Anlage_1_Leistungsbeschreibung_Endfassung_.pdf
- [93] GKV-Spitzenverband, „Vereinbarungen im Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie“. Zugegriffen: 25. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/heilmittel/125_ssss/125_ssst.jsp
- [94] Bundesagentur für Arbeit, „Entgelt für den Beruf: Logopäde/Logopädin“, Entgeltatlas. Zugegriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/beruf/8758>
- [95] Andrea Waltersbacher, „Heilmittelbericht 2023/2024 Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie“, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin, Jan. 2024. Zugegriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.wido.de/fileadmin/Daten/Dokumente/Publicationen_Produnkte/Buchreihen/Heilmittelbericht/wido_hei_heilmittelbericht_2023_2024.pdf
- [96] Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), „Übersicht: Logopädie spezifische Studiengänge“. Zugegriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.dbl-ev.de/fileadmin/Ab_2022/Bildung/Ausbildung_und_Studium/02_2024_Uebersicht_Logopaedie_spezifische_Studiengaenge_.pdf
- [97] Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, „Schulsuche“. Zugegriffen: 19. Juli 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.km.bayern.de/schulsuche>
- [98] Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., „Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V“, Beruf und Bildung. Zugegriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung.html>
- [99] Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., „Was Physiotherapie ist und was sie leistet“. Zugegriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/berufsbild.html>
- [100] A. von Eisenhart Rothe, N. Kamm, A. von Eisenhart Rothe, D. Kolarzik, und S. Spoerhase, Hrsg., *Strategische Planung für die Physiotherapie-Praxis: Erfolgreich mit der Balanced Scorecard*, 1. Aufl. in edition physiopraxis. Stuttgart: Thieme, 2007.
- [101] *Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG)*. 1994. Zugegriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html>
- [102] GKV-Spitzenverband, „Anlage 1 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung“. Zugegriffen: 7. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20210721_Physiotherapie_Anlage_1_Leistungsbeschreibung_bf.pdf
- [103] GKV-Spitzenverband, „Anlage 2 Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung“. 1. Januar 2024. Zugegriffen: 25. September 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20231204_Physiotherapie_Aenderung_Anlage_2_Lesefassung_01.01.2024.bf.pdf
- [104] Bundesagentur für Arbeit, „Entgelt für den Beruf: Physiotherapeut/in“, Entgeltatlas. Zugegriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: .
- [105] Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., „Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V“, Studium Physiotherapie. Zugegriffen: 5. August 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung.html>
- [106] Physio Deutschland, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., „Studiengänge für Physiotherapie“. 1. Januar 2024. Zugegriffen: 28. Oktober 2024. [Online]. Verfügbar

- unter: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Studium/StudienganglisteWeb_Januar24.pdf
- [107] GKV-Spitzenverband, „GKV-Spitzenverband Heilmittelerbringerliste“, Heilmittelerbringerliste. [Online]. Verfügbar unter: <https://gkv-spitzenverband.de/service/heilmittelerbringer/heilmittelerbringer.jsp>
- [108] Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., „Homepage des Verbands der Diätassistenten“. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.vdd.de/>
- [109] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Gesetz über den Beruf der Diätassistentin und des Diätassistenten*. 1994. Zugegriffen: 14. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassg_1994/BJNR044610994.html#BJNR044610994BJNG000600310
- [110] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten (DiätAss-APrV)*. 1994. Zugegriffen: 14. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tassaprv/BJNR208800994.html
- [111] GKV-Spitzenverband, *Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung*. 2021. Zugegriffen: 15. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/ernaehrungstherapie/20220421_Lesefassung_Vertrag_Ernaehrungstherapie.pdf
- [112] Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., „Gemeinsame Pressemitteilung: Ernährungstherapie: Vereinfachte Empfehlung dank aktualisierter „Ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung“, Ernährungstherapie: Vereinfachte Empfehlung dank aktualisierter „Ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung“. Zugegriffen: 15. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.dge.de/presse/meldungen/2023/ernaehrungstherapie-vereinfachte-empfehlung-dank-aktualisierter-aerztlicher-notwendigkeitsbescheinigung/>
- [113] Bundesagentur für Arbeit, „Entgeltatlas“. [Online]. Verfügbar unter: <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/>
- [114] Berufsverband Oecotrophologie, „VDOE Studium: Oecotrophologie, Ernährung, Wirtschaft, Haushalt“. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.vdoe.de/studieren/>
- [115] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen (Podologengesetz - PodG)*. 2002. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/podg/BJNR332010001.html>
- [116] HK Hamburg, „IHK Hamburg, Existenzgründung: Medizinische Fußpfleger, Podologen oder kosmetische Fußpfleger“. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.ihk.de/hamburg/produktmarken/beratung-service/gruendung/gruender-abc/medizinische-fusspfleger-podologen-1152554>
- [117] GKV-Spitzenverband, *Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Podologie und deren Vergütung*. 2020. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/podologie/20240725_Vertrag_nach__125_Podologie_Lesefassung_b.pdf
- [118] Bundesministerium der Justiz, Bundesamt für Justiz, *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Podologinnen und Podologen (PodAPrV)*. 2001. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/podaprv/BJNR001200002.html>
- [119] VDP-Verband Deutscher Podologen, „VDP-Verband Deutscher Podologen - Studium“. Zugegriffen: 21. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.verband-deutscher-podologen.de/studium/>
- [120] C. Schirmer und S. Steppat, „Die Arbeitssituation von angestellten Hebammen in Kliniken“, Picker Institut, Karlsruhe, Feb. 2016. [Online]. Verfügbar unter: https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2016/DHV_Hebammenbefragung_Nov_2015_final.pdf

- [121] J. Hoebel, S. Müters, B. Kuntz, C. Lange, und T. Lampert, „Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale“, *Bundesgesundheitsbl.*, Bd. 58, Nr. 7, S. 749–757, Juli 2015, doi: 10.1007/s00103-015-2166-x.
- [122] D. Schaeffer, A. Haarmann, und L. Griese, „Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland“, Stiftung Gesundheitswissen, Berlin, Bielefeld, 2023.
- [123] N. Schmitt, A. Pfungsten, D. Hertle, und K. Bopp, *Die Ärzt:innen müssen es nicht alleine richten – Ein Sechs-Punkte-Plan für mehr Verantwortung und Augenhöhe für die Gesundheitsfachberufe*. DE: BARMER, 2023. Zugegriffen: 10. Mai 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.30433/GWA2023-138>
- [124] IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, „Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie“. 12. April 2017. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nichtaerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=14
- [125] Bundeszentrale für politische Bildung, „Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder“, 2020. Zugegriffen: 28. Februar 2025. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/kurzknapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61556/alter-der-muetter-bei-der-geburt-ihrer-kinder/>
- [126] Gemeinsamer Bundesausschuss, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)*, 20. Februar 2025. Zugegriffen: 20. August 2025. [Online]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3808/BPL-RL_2025-02-20_iK-2025-05-08.pdf
- [127] Deutsche Hochschulmedizin, „Positionspapier der Deutschen Hochschulmedizin (DHM) zum Studium der Gesundheitsfachberufe“. 13. Januar 2025.
- [128] BUNDESPFLEGEKAMMER e.V., „Bundespflegekammer“. [Online]. Verfügbar unter: <https://bundespflegekammer.de/startseite.html>
- [129] 128. Deutscher Ärztetag, *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte*. 2024.

11 Abkürzungsverzeichnis

BED: Bundesverband für Ergotherapeut; innen in Deutschland e.V.	44
BHLV: Bayerischer Hebammenlandesverband e.V.	44
dba: Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen, Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e.V.	29
dbl: Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.	29
dbs: Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V.	29
DGD: Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V.	44
DVE: Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	25
DVPMG: Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz	16
ErgThG: Ergotherapeutengesetz	24
FAU: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg	5
GB-A: Gemeinsamer Bundesausschuss	9
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung	5
GKV-Spitzenverband: Spitzenverband Bund der Krankenkassen	12
HeilM-RL: Heilmittelrichtlinie	9
HQGplus-Studie: Hochschulische Qualifikationen für das Gesundheitssystem	14
HVG: Hochschulverbund e.V.	26
ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health	23
ICM: International Confederation of Midwives	18
IGeL: Individuelle Gesundheitsleistungen	16
KG-Gerät: Gerätegestützte Krankengymnastik	32
MT: Manuelle Therapie	32
QUAG: Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.	13
QUETHEB: Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.	37
SGB: Sozialgesetzbuch	9
StMPG: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention	5
TML: Telemedizinische Leistungen	16
TSVG: Termin- und Versorgungsgesetzes	16
VAST: Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen	26
VDB-Physiotherapieverband e.V: Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbständigen in der Physiotherapie	33
VDD: verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.	37
vdek: Verband der Ersatzkassen e.V.	11
VDOE: Berufsverband Oecotrophologie e.V.	37

VDP: Verband Deutscher Podologen e.V.....	44
VFED: Verband für Ernährung und Diätetik e.V.....	37
VPT: Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe.....	33
ZFD: Deutscher Verband für Podologie e.V.....	44
ZNS: Zentrales Nervensystem.....	32
ZVK: Physio Deutschland - Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.....	33

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Folgen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen.....	8
Abbildung 2 Ziele der Prävention.....	10
Abbildung 3 Gesundheitspersonal – Anzahl der Heilmittelerbringer und Hebammen (2022)	11
Abbildung 4 Anteile der Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2022.....	12
Abbildung 5 Anteil akademisierter Heilmittelerbringer und Hebammen an sozialversicherungspflichtig Angestellten	15
Abbildung 6 Grundlegende Kompetenzen für die Hebammentätigkeit weltweit	18
Abbildung 7 Tätigkeiten von Hebammen nach der Bayerischen Hebammenberufsordnung .	19
Abbildung 8 Fachbereiche der Ergotherapie.....	23
Abbildung 9 Behandlungsfelder in der Logopädie.....	27
Abbildung 10 Fachbereiche der Physiotherapie	31
Abbildung 13 Darstellung der Stichproben der einzelnen Fragebögen	54

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Studiengänge zum Thema Diätetik in Bayern	38
Tabelle 2 Pretests der Fragebögen	46
Tabelle 3 Digitalisierung der Fragebögen	48
Tabelle 4 Erhebungszeiträume der einzelnen Berufsgruppen.....	49