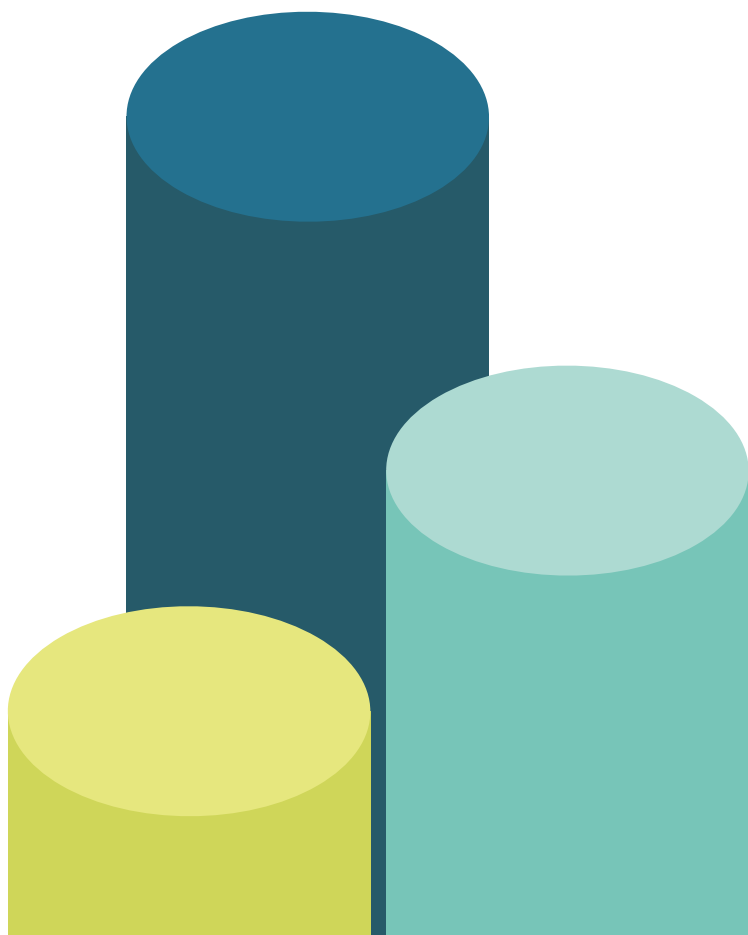


8. Statistisches Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2026

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



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

Bitte beachten Sie:

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

Impressum

Herausgegeben von:

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

Telefon: 0201 32068-647

E-Mail: s.schlueter@optadata-gruppe.de

URL: www.zukunftsstiftung.optadata.de

Chefredaktion:

Sebastian Schlüter, Nina Poddig

Beratung und Mitarbeit:

Armin Keivandarian, Jan Hellmig, Jannis Böhner (Hilfsmittel),
Julia Pichura (Heilmittel), Katharina Pohl (KI), Sonja Rumer (Rettungsdienste),
Stefan Moritz (Bewegungsdaten), Tim Breite (Pflege).

Satz, Grafik, Illustrationen:

BÜREAU – Raum für Gestaltung (bureau.de)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Warenzeichen und Handelsnamen in dieser Publikation sind geschützt.

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

ISBN Print: 978-3-87468-521-4

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



© Verlag Karl Maria Laufen
Oberhausen 2026
www.laufen-online.com

1. Auflage 2026

Druck:

Pustet, Regensburg



Vorwort



Liebe Leserin, lieber Leser,

die Gesundheitsbranche ist in Bewegung – und selten war es so wichtig, den Überblick zu behalten. Das vorliegende Jahrbuch liefert genau das: eine umfassende und tiefgreifende Momentaufnahme der Versorgung in Deutschland. Zahlen, Stimmen, Hintergründe – aktuell, verdichtet und auf einen Blick. Für alle, die sich strategisch mit der Zukunft des Gesundheitswesens beschäftigen, ist es inzwischen zu einer festen Orientierung geworden. Um so mehr freut es mich, in diesem Jahr einleitende Gedanken beisteuern zu dürfen.

Mein Blick richtet sich auf die Pflege. Dort bewegt sich aktuell viel – manches deutlich sichtbar, anderes eher leise, aber nicht weniger bedeutsam. Mit dem „Pflegekompetenzgesetz“ wurde 2025 politisch ein wichtiges Signal gesetzt: Pflegefachpersonen sollen

mehr Verantwortung übernehmen, bürokratische Hürden abgebaut und Handlungsspielräume erweitert werden. Die Reaktionen aus der Praxis waren gemischt – viele begrüßen die neue Richtung, andere fragen sich, ob die Umsetzung Schritt halten kann. Klar ist, die Pflege gewinnt angesichts des demografischen Wandels massiv an Bedeutung: Eine konstante Anzahl an Pflegekräften steht einer stark wachsenden Zahl Pflegebedürftiger gegenüber. Prognosen des Statistischen Bundesamtes gehen von bis zu 690.000 fehlenden Pflegekräften bis 2049 aus. Um dies zu bewältigen ist ein tiefgreifender Wandel nötig – strukturell, personell und digital.

In der täglichen Versorgung zeigt sich bereits heute eine große Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Pflegekräfte verbringen mehr als ein Drittel ihrer Arbeitszeit mit Aufgaben, die nicht der direkten Versorgung dienen – Dokumentation, Kommunikation, IT, Organisation. Das sorgt für Frust und kostet genau das, was gute Pflege eigentlich ausmacht: Zeit für Menschen. Wenn sie auf Praxistauglichkeit und echte Entlastung hin entwickelt wird, kann Digitalisierung hier ein Hebel sein.

Zu oft wird übersehen: Pflege ist mehr als ein Leistungserbringer – sie ist ein verbindendes Element im Gesundheitssystem. Pflegekräfte koordinieren Übergänge, halten Kontakt zu Angehörigen, Hausärzten, Krankenhäusern, Therapeut:innen, Sanitätshäusern und vielen mehr. Sie begleiten Menschen oft über Jahre – mit einem kontinuierlichen Blick auf Versorgungsverläufe, Bedarfe und Lücken. Während ein Arztbesuch im Schnitt rund sieben Minuten dauert,

ist die Pflege in den Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen tief eingebunden. Diese Nähe macht sie zu einem idealen Partner für digitale Prozesse – aber bislang spiegelt sich das weder in Technik noch in Strukturvorgaben ausreichend wider. Interoperabilität heißt das Stichwort, Leistungserbringer müssen bestmöglich vernetzt agieren können.

Zugleich wissen wir: Pflegekräfte sind keine IT-Spezialist:innen – und müssen es auch nicht werden. Digitale Helfer müssen so gestaltet sein, dass sie intuitiv nutzbar sind, erkennbaren Nutzen bringen und sich in die Ausbildung sowie den Arbeitsalltag integrieren lassen. Dafür braucht es gezielte Programme zur digitalen Kompetenzentwicklung, praxisnahe Forschung und Systeme, die wirklich unterstützen – nicht zusätzlich belasten.

Genau aus diesem Grund haben wir 2025 den Verband für digitale Standards in der Pflege (VdSP e.V.) gegründet – gemeinsam mit führenden Herstellern und Expert:innen aus der Versorgung. Wenn jede Organisation eigene Lösungen baut, entstehen neue Insellandschaften, daher ist unser Ziel die Digitalisierung der Pflege schneller und gemeinschaftlich voranzubringen. Nur durch offene Standards, gemeinsame Schnittstellen und herstellerübergreifende Zusammenarbeit kann Digitalisierung ihre Wirkung entfalten.

Wir stehen dabei erst am Anfang – und ohne gemeinsame Anstrengungen und einen echten Investitionsschub wird es nicht zügig vorangehen. Mit unserem Vorschlag für einen Pflege-Digital-Booster in Höhe

von 9 Milliarden Euro aus dem Sondervermögen des Bundes möchten wir die Diskussion konkret machen: Es geht um gezielte Investitionen in Technik, sichere IT-Infrastrukturen, digitale Qualifizierung und bessere Vernetzung. Die Pflege kann diesen Wandel nicht allein stemmen – dafür fehlen ihr unter den aktuellen Rahmenbedingungen schlichtweg die Ressourcen. Dass gezielte Förderung wirkt, zeigen die Erfahrungen aus dem Krankenhauszukunftsgesetz deutlich. Jetzt braucht es auch für die Pflege vergleichbare Impulse – praxisnah, breit wirksam und zukunftsgerichtet. Ich bin überzeugt: Wir stehen am Anfang einer tiefgreifenden Veränderung in der Versorgung. Digitalisierung und insbesondere KI werden helfen, das Altern besser zu gestalten, Versorgung gezielter zu steuern und Lebensqualität zu erhalten. Aber das geht nur, wenn Pflege dabei nicht als Nachgedanke behandelt wird – sondern als das, was sie ist: das Rückgrat unseres Gesundheitswesens.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre – mit neuen Perspektiven, spannenden Impulsen und vielleicht auch dem einen oder anderen Aha-Moment für Ihre Arbeit.



Dr. Carsten Steinhoff
Co-Vorstand,
Verband für digitale Standards in der Pflege (VdSP e. V.)
www.vdsp.org

Inhalt

1	Einleitung	14
2	Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2025	16
2.1	Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung – Dr. Jan Helmig, Dr. Armin Keivandarian	18
2.1.1	Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung	18
2.1.2	Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial	18
2.1.3	Telematikinfrastruktur und Pflichtenbindung: Digitalisierung als Governance-Instrument	18
2.1.4	eVerordnung und Hilfsmittelversorgung: Digitalisierung als Prozessstandardisierung	19
2.1.5	Pflegekompetenz, Professionalisierung und digitale Anschlussfähigkeit	19
2.1.6	Hebammen und Therapieberufe: Professionalisierung ohne digitale Kohärenz	20
2.1.7	Diskussion: Digitalisierung als professionspolitische Variable	20
2.1.8	Fazit: Perspektivwechsel als Voraussetzung versorgungsadäquater Digitalisierung	20
2.2	Einflüsse der künstlichen Intelligenz im deutschen Gesundheitswesen – Dr. Katharina Pohl	20
3	Gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen in Deutschland	24
3.1	Wenn digitale Helfer Menschlichkeit ermöglichen – VIVA!care als Brücke zwischen Nähe und Distanz – Dr. Bettina Horster	26
3.2	Innovativer Lösungsansatz für ein altbekanntes Problem – Wie die systemische Flexibilisierung das deutsche Gesundheitssystem verändern könnte – Steffen Branz	30
3.3	Zukunft gestalten: Digitale Dokumentationsprozesse in der Medizintechnik – Ein Praxisbeispiel aus der Diabetesversorgung – Dr. Ing. Maike Sauerhoff	36
3.4	Homecare-Therapiemanagement – zwischen Innovation und Realität – Dennis Giesfeldt	40
3.5	Hebammenzukunft 2035 – Warum die Zukunft der Hebammen eine Zukunftsfrage für die ganze Gesellschaft ist – Linda Kaiser	46
3.6	Hilfsmittel-Studie 2026 – Linda Kaiser	56
3.7	Professionelle Ernährungstherapie: Strukturen, Anforderungen und Perspektiven in der Versorgung – Sandra Strehle, Dr. Andrea Lambeck	60

4 Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken 64

4.1	Ärzte	66
4.2	Krankenhäuser	69
4.3	Apotheken	72
4.3a	Studium der Pharmazie und Pharmatechnik	77
4.3b	Versorgungsdichte Apotheken	78

5 Studium, Aus- und Weiterbildung 80

a. Heilmittel

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

Hinweis

Trotz Integration aller vier Jahrbücher zu einem Gesamtband (ab 2023), bleibt die schnelle Vergleichbarkeit erhalten:

Jahrbücher 2018–2022 → Jahrbücher 2023–2026

5.1.3 Homecare → 5b.1.3 Homecare

5 Studium, Aus- und Weiterbildung	
b. Hilfsmittel	94
5b.1 Orthopädietechnik	96
5b.1.1 Medizintechnik	97
5b.1.2 Rehatechnik	97
5b.1.3 Homecare	97
5b.2 Orthopädieschuhmacher	98
5b.3 Hörakustik	99
5b.4 Augenoptik	100
5b.5 Zweithaar-Spezialist	101
5b.6 Vergleich der Ausbildungszahlen	102
5 Studium, Aus- und Weiterbildung	
c. Pflege	108
5c.1 Gesundheits- und Krankenpflegehilfe	111
5c.2 Gesundheits- und Krankenpflege	112
5c.3 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	113
5c.4 Altenpflegehilfe	114
5c.5 Altenpflege	115
5c.6 Generalistische Pflege	116
5c.7 Versorgungsdichte - Pflegeschulen	117
5 Studium, Aus- und Weiterbildung	
d. Rettungsdienste und Krankentransporte	118
5d.1 Gesetzlicher Rahmen	120
5d.2 Hilfsorganisationen	121
5d.3 Rettungshelfer (RH)	121
5d.4 Rettungssanitäter (RettSan)	122
5d.5 Rettungsassistent (RA)	122
5d.6 Notfallsanitäter (NFS)	123
5d.7 Telenotarzt (TNA)	124
5d.8 Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)	124
5d.9 Mobile Retter (MR)	125
5d.10 Auszubildende in beruflichen Schulen	126
5d.11 Studium	128
5d.12 Weiterbildung	129
5d.13 Einfache Krankentransporte durch Taxifahrer	129

6 Basisdaten Gesundheitsberufe

a. Heilmittel	130
6a.1 Physiotherapie	134
6a.1.1 Personalstruktur	134
6a.1.2 Versorgungsdichte	138
6a.2 Ergotherapie	139
6a.2.1 Personalstruktur	139
6a.2.2 Versorgungsdichte	140
6a.3 Logopädie	141
6a.3.1 Personalstruktur	141
6a.3.2 Versorgungsdichte	142
6a.4 Podologie	143
6a.4.1 Personalstruktur	143
6a.4.2 Versorgungsdichte	144
6a.5 Geburtshilfe	145
6a.5.1 Personalstruktur	145
6a.5.2 Versorgungsdichte	146

6 Basisdaten Gesundheitsberufe

b. Hilfsmittel	148
6b.1 Orthopädietechnik und Rehathechnik	151
6b.1.1 Personalstruktur	151
6b.1.2 Anzahl der Betriebe	152
6b.1.3 Versorgungsdichte	153
6b.2 Medizintechnik	154
6b.2.1 Personalstruktur	154
6b.2.2 Anzahl der Betriebe	155
6b.2.3 Versorgungsdichte	156
6b.3 Orthopädieschuhmacher	157
6b.3.1 Personalstruktur	157
6b.3.2 Anzahl der Betriebe	158
6b.3.3 Versorgungsdichte	159
6b.4 Hörakustik	160
6b.4.1 Personalstruktur	160
6b.4.2 Anzahl der Betriebe	161
6b.4.3 Versorgungsdichte	162

6b.5	Augenoptik	163
6b.5.1	Personalstruktur	163
6b.5.2	Anzahl der Betriebe	164
6b.5.3	Versorgungsdichte	165
6b.6	Homecare	166
6b.6.1	Versorgungsdichte	167
6b.7	Zweithaar-Spezialisten	168
6b.7.1	Versorgungsdichte	169
6b.8	Sanitätshäuser	170
6b.8.1	Versorgungsdichte	171
6b.9	Wirtschaftliche Aufzählung	172

6 Basisdaten Gesundheitsberufe

c. Pflege 176

6c.1	Pflegeinfrastruktur	179
6c.1.1	Ambulante und stationäre Pflege	179
6c.1.2	Versorgungsdichte – Häusliche Pflegeeinrichtungen	184
6c.1.3	Versorgungsdichte – Stationäre Pflegeeinrichtungen	185
6c.2	Finanzielle Aufschlüsselung	186
6c.3	Pflegeberufe	188
6c.3.1	Gesundheits- und Krankenpflege	188
6c.3.2	Altenpflege	191
6c.3.3	Fach- und Fachkinderkrankenpflege	194
6c.4	Intensiv-, Tages- und Nachtpflege	195
6c.4.1	Intensivpflege	195
6c.4.2	Entwicklung des Intensivpflege-Index	195
6c.4.3	Tages- und Nachtpflege	196

6 Basisdaten Gesundheitsberufe

d. Rettungsdienste und Krankentransporte 198

6d.1	Beschäftigte im Rettungsdienst und Krankentransportwesen	202
6d.1.1	Personalstruktur im Rettungsdienst	202
6d.1.2	Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation	203
6d.1.3	Versorgungsdichte – Rettungsdienste	205
6d.2	Ausgaben und Leistungsfälle im Rettungsdienst	206

7	Verbände	
	a. Heilmittel	210
	7a.1 Aufgaben	211
	7a.2 Verbände in den verschiedenen Heilmittelberufen	211
	7a.3 Verbände und Interessenvertretung	212
	7a.4 Aktuelle Situation	212
7	Verbände, Innungen	
	b. Hilfsmittel	214
	7b.1 Orthopädie- und Rehathechnik	215
	7b.2 Medizintechnik/Homecare	216
	7b.3 Orthopädieschuhmacher	216
	7b.4 Hörakustik	217
	7b.5 Augenoptik	217
	7b.6 Zweithaar-Spezialisten	217
	7b.7 Herstellerverbände	217
7	Verbände	
	c. Pflege	218
	7c.1 Aufgaben der Berufsverbände	219
	7c.2 Aufgaben der Pflegekammern	220
7	Verbände, Hilfsorganisationen	
	d. Rettungsdienste und Krankentransporte	222
	7d.1 Arbeiter-Samariter-Bund – ASB	224
	7d.2 Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz – BKS	224
	7d.3 Deutscher Berufsverband Rettungsdienst – DBRD	224
	7d.4 Deutsche Lebensrettungsgesellschaft – DLRG	225
	7d.5 Deutsches Rotes Kreuz – DRK	225
	7d.6 Johanniter-Unfallhilfe – JUH	226
	7d.7 Malteser Hilfsdienst – MHD	226
	7d.8 Deutscher Feuerwehrverband – DFV	226
	7d.9 Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland (AGBF Bund)	226
	7d.10 Bündnis Pro Rettungsdienst	227
	7d.11 Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften – DGRe	227

8 Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse 228

Nur Online

8a	Heilmittel	234
8b	Hilfsmittel	240
8c	Pflege	284
8d	Rettungsdienste und Krankentransporte	304

9 Glossar 308

10 Abkürzungsverzeichnis 314

Hinweis

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

<https://od.link/jahrbucharchiv>



1

Einleitung

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

Mit dem Statistischen Jahrbuch zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland 2026 erhalten Sie erneut einen kompakten, datenbasierten Überblick über zentrale Entwicklungen und Strukturen der Gesundheitsversorgung – von den digitalpolitischen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen 2025 (inkl. relevanter Gesetzesvorhaben und Einflüsse der Künstlichen Intelligenz) bis hin zu den etablierten, jährlich fortgeschriebenen Übersichten zu Ärzteschaft, Krankenhäusern und Apotheken, Ausbildung und Studium, Basisdaten der Gesundheitsberufe sowie den maßgeblichen Verbänden.

Kapitel 2 analysiert die Entwicklungen des letzten Jahres und ordnet sie aus einer gesundheitsfachberuflichen Perspektive ein. Durch die verpflichtende Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur ab Juli 2025, wird die Pflege erstmals systematisch in digitale Prozesse eingebunden, schafft jedoch gleichzeitig neue organisatorische und dokumentarische Anforderungen, die hier diskutiert werden. Für Therapieberufe und Hilfsmittelversorger beschreibt das Kapitel eine Phase der „antizipierten Digitalisierung“, in der digitale Strukturen politisch geplant, aber noch nicht vollständig in der Versorgungspraxis umgesetzt sind. Gleichzeitig zeigt das Kapitel, dass gesetzliche Reformen zur Stärkung pflegerischer Kompetenzen digital noch nicht ausreichend unterstützt werden, wodurch eine Diskrepanz zwischen politischem Anspruch und technischer Infrastruktur entsteht. Ergänzend wird der zunehmende Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen beschrieben, etwa in der Diagnostik, Dokumentation, Prävention oder automatisierten Prozessunterstützung.

Eine besondere Rolle nimmt dabei Kapitel 3 ein: Anders als die regelmäßig aktualisierten Statistik- und Strukturkapitel versammelt es externe Fachbeiträge, die aktuelle Entwicklungen, Projekte und Praxisinitiativen aus unterschiedlichen Perspektiven greifbar machen. Hier kommen gezielt externe Autorinnen und Autoren zu Wort, die aktuelle gesundheitsfachpolitische Projekte und Entwicklungen anhand konkreter Beispiele greifbar machen. So zeigt **Dr. Bettina Horster** am Beispiel von VIVALcare, wie digitale Helfer nicht „Technik um der Technik willen“ sind, sondern ganz praktisch dazu beitragen können, Menschlichkeit zu

ermöglichen – indem sie Nähe dort unterstützen, wo Distanz im Versorgungsalltag oft unvermeidbar ist. **Steffen Branz** knüpft daran mit einem pointierten Perspektivwechsel an und erläutert, wie systemische Flexibilisierung als innovativer Lösungsansatz ein altbekanntes Strukturproblem adressieren und dabei das deutsche Gesundheitssystem spürbar verändern könnte.

Einen praxisnahen Einblick in die „Maschinenräume“ der Versorgung gibt **Dr.-Ing. Maïke Sauerhoff**: An einem Praxisbeispiel aus der Diabetesversorgung macht sie deutlich, welche Rolle digitale Dokumentationsprozesse in der Medizintechnik spielen – und wie sich Qualität, Nachvollziehbarkeit und Effizienz entlang der Versorgungskette verbessern lassen. **Dennis Giesfeldt** beleuchtet anschließend das Homecare-Therapiemanagement als Spannungsfeld zwischen Innovation und Realität: Welche Lösungen sind bereits da, wo hakt es in der Umsetzung – und welche Voraussetzungen braucht es, damit Innovation im Alltag tatsächlich ankommt? Mit Blick nach vorn entwirft **Linda Kaiser** in Hebammenzukunft 2035 ein Zukunftsbild, das die Hebammenversorgung als gesellschaftliche Schlüsselaufgabe versteht – und damit bewusst über Berufs- und Sektorengrenzen hinaus argumentiert; ergänzend vertieft sie mit der Hilfsmittel-Studie 2026 aktuelle Befunde und Entwicklungen rund um die Hilfsmittelversorgung. Den Abschluss bildet die Perspektive der Ernährung: **Sandra Strehle** und **Dr. Andrea Lambeck** ordnen die professionelle Ernährungstherapie in der Versorgung ein, beschreiben Strukturen und Anforderungen und zeigen zugleich auf, welche Perspektiven sich für eine stärkere, qualitätsgesicherte Verankerung ergeben.

Die Gliederung des Jahrbuchs verfolgt erneut das Ziel, einen gezielten und schnellen Zugriff auf relevante Informationen zu ermöglichen. Neben Überblicken zu aktuellen Entwicklungen der Digitalisierung sowie zu gesundheitsfachpolitischen Projekten bietet der Band detaillierte Analysen der statistischen Entwicklungen in den gesundheitsfachberuflichen Handlungsfeldern.

2

Digitalpolitische Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen 2025

Dr. Jan Helmig,
Geschäftsführer der opta data Gruppe

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

Dr. Katharina Pohl,
Leitung der KI-Zentrale der opta data Gruppe



2.1	<u>Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung – Dr. Jan Helmig, Dr. Armin Keivandarian</u>	18
2.1.1	<u>Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung</u>	18
2.1.2	<u>Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial</u>	18
2.1.3	<u>Telematikinfrastruktur und Pflichtanbindung: Digitalisierung als Governance-Instrument</u>	18
2.1.4	<u>eVerordnung und Hilfsmittelversorgung: Digitalisierung als Prozessstandardisierung</u>	19
2.1.5	<u>Pflegekompetenz, Professionalisierung und digitale Anschlussfähigkeit</u>	19
2.1.6	<u>Hebammen und Therapieberufe: Professionalisierung ohne digitale Kohärenz</u>	20
2.1.7	<u>Diskussion: Digitalisierung als professionspolitische Variable</u>	20
2.1.8	<u>Fazit: Perspektivwechsel als Voraussetzung versorgungsadäquater Digitalisierung</u>	20
2.2	<u>Einflüsse der künstlichen Intelligenz im deutschen Gesundheitswesen – Dr. Katharina Pohl</u>	20

2.1 Versorgungsforschung jenseits ärztlicher Zentrierung –

Dr. Jan Helmig,
Dr. Armin Keivandarian

2.1.1 Einordnung: Digitalisierung als Strukturvariable der Versorgung

Bereits in den vergangenen Jahren haben wir uns immer wieder an dieser Stelle mit dem Verlauf der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens befasst und die Frage aufgeworfen, wie sich dieser Prozess auf die Praxis der gesundheitsfachberuflichen LeistungserbringerInnen auswirkt. Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass in der Versorgungsforschung die Digitalisierung häufig als infrastrukturelle oder prozessuale Variable behandelt wird: als Mittel zur Effizienzsteigerung, zur Verbesserung von Informationsflüssen oder zur Reduktion sektoraler Brüche. Diese Perspektive greift jedoch zu kurz, wenn Digitalisierung primär aus ärztlich-krankenhauszentrierten Versorgungsmodellen heraus gedacht wird.

Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht – insbesondere der Pflege, der Therapieberufe, der Hebammen sowie der Hilfsmittelleistungserbringer – ist Digitalisierung kein bloßes Werkzeug, sondern eine strukturierende Kraft, die Rollen, Verantwortlichkeiten und Handlungsspielräume in der Versorgung neu ordnet. Das Jahr 2025 stellt hierfür einen empirisch wie politisch bedeutsamen Referenzpunkt dar: Erstmals werden Gesundheitsfachberufe systematisch und flächendeckend in digitale Infrastrukturen eingebunden.

Dieser Beitrag versteht Digitalisierungspolitik 2025 daher nicht als technischen Fortschritt, sondern als **Versorgungsintervention**, deren Effekte nur aus einer multiprofessionellen, gesundheitsfachberuflich informierten Perspektive angemessen analysiert werden können.

2.1.2 Die elektronische Patientenakte als versorgungsstrukturelles Artefakt mit Verbesserungspotenzial

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) im Opt-out-Modell wird 2025 eine zentrale digitale Versorgungsstruktur etabliert. Aus Sicht einer gesundheitsfachberuflichen Versorgungsforschung ist dabei weniger die technische Implementierung relevant als die implizite Versorgungslogik, die der ePA eingeschrieben ist. Die ePA folgt weiterhin einem primär medizinisch-diagnostischen Paradigma. Pflegefachliche Assessments, therapeutische Zielsysteme oder versorgungspraktische Entscheidungen von Hilfsmittelakteuren sind strukturell nach wie vor nachgeordnet. Für die Versorgungsforschung ergibt sich daraus ein zentraler Befund: Die ePA integriert Gesundheitsfachberufe zunächst theoretisch, funktional, ohne ihre professionsspezifischen Wissensformen gleichwertig abzubilden.

Damit reproduziert die ePA bestehende Hierarchien der Versorgung – nun in digitaler Form. Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht entsteht eine asymmetrische Teilhabe: Zugang zu Informationen soll dann gegeben sein, epistemische Deutungshoheit bleibt aber ungleich verteilt. Die ePA fungiert somit als digitales Steuerungsinstrument, das professionsspezifische Perspektiven selektiv sichtbar macht. Hier besteht aus Sicht der Autoren ein klares Verbesserungspotenzial.

2.1.3 Telematikinfrastruktur und Pflichtenbindung: Digitalisierung als Governance-Instrument

2.1.3.1 Pflege: Von der Versorgungsrealität zur digitalen Verpflichtung

Die verpflichtende TI-Anbindung der Pflege ab Juli 2025 ist ein paradigmatisches Beispiel für Digitalisierung als Governance-Mechanismus. Pflegeeinrichtungen werden nicht aufgrund eines nachgewiesenen digitalen Mehrwerts eingebunden, sondern aufgrund ihrer systemischen Relevanz für Versorgungskontinuität.

Diese Entwicklung ist ambivalent: Einerseits wird Pflege erstmals als gleichwertiger Akteur digital adressiert.

Andererseits erfolgt die Einbindung top-down, ohne dass pflegerische Versorgungslogiken den Ausgangspunkt der digitalen Architektur bilden. Digitalisierung wirkt hier weniger als Ermöglichungsstruktur, sondern als regulatorische Rahmensetzung, die neue Dokumentations- und Kommunikationspflichten erzeugt.

2.1.3.2 Therapieberufe und Hilfsmittelakteure: Antizipierte Digitalisierung

Im Bereich der Therapieberufe und der Hilfsmittelversorgung zeigt sich 2025 eine andere Dynamik. Hier ist Digitalisierung politisch antizipiert, aber noch nicht vollständig implementiert. Diese Phase der „vorgezogenen Digitalisierung“ ist versorgungsforschungsrelevant, da sie Unsicherheiten erzeugt und Anpassungsleistungen einfordert, ohne bereits stabile digitale Routinen zu etablieren. Mit Blick auf die Involvierung der adressierten Berufsgruppen ist das zu kritisieren.

Gesundheitsfachberufe werden damit in eine Übergangslage gedrängt: Sie sollen digitale Anschlussfähigkeit herstellen, ohne dass digitale Prozesse bereits in ihre Versorgungsrealität integriert sind. Digitalisierung wird so zu einer latenten Strukturbedingung, die Handeln beeinflusst, ohne konkret operationalisiert zu sein.

2.1.4 eVerordnung und Hilfsmittelversorgung: Digitalisierung als Prozessstandardisierung

Die elektronische Verordnung von Hilfsmitteln stellt aus gesundheitsfachberuflicher Perspektive einen besonders instruktiven Untersuchungsgegenstand dar. Hier treffen digitale Standardisierung, ökonomische Steuerung und fachliche Versorgungspraxis unmittelbar aufeinander.

Aus analytischer Perspektive lässt sich konstatieren, dass die eVerordnung Prozesse transparenter und vergleichbarer machen will und soll. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass individuelle, funktionale Versorgungsentscheidungen zugunsten standardisierter Kategorien zurückgedrängt werden. Für Hilfsmittelleistungserbringer verändert sich damit nicht nur der administrative Ablauf, sondern potenziell auch

die fachliche Entscheidungshoheit, was konsequenterweise zu Lasten der Qualität in der Hilfsmittelversorgung gehen würde. Dies bleibt aus Sicht der Hilfsmittelerbringung aufmerksam zu beobachten. Stellen wir Steuerungsziele und intendierte Wirkungsweise der europäischen Verordnung zur Errichtung eines europäischen Gesundheitsdatenraums (kurz: EHDS) dagegen, lässt sich ein widersprüchlicher Trend in der deutschen Entwicklung erkennen. Denn der EHDS macht unmissverständlich klar, dass von allen LeistungserbringerInnen erwartet wird, perspektivisch die Dokumentation, Befundung und Versorgungssachverhalte in die „Patient Summary“ der Patientinnen und Patienten zu schreiben.¹

2.1.5 Pflegekompetenz, Professionalisierung und digitale Anschlussfähigkeit

Mit der Stärkung pflegerischer Kompetenzen durch gesetzliche Reformen wird 2025 ein zentrales Anliegen der Pflegewissenschaft aufgegriffen: die Ausweitung eigenständiger Verantwortungsbereiche. Aus versorgungsforschungs- und gesundheitsfachberuflicher Sicht ist jedoch entscheidend, dass diese Kompetenzzuwächse digital nicht ausreichend abgebildet sind.

Eigenständige pflegerische Versorgung erfordert digitale Systeme, die pflegerische Entscheidungen dokumentierbar, kommunizierbar und evaluierbar machen. Die bestehende digitale Infrastruktur erfüllt diese Anforderungen bislang nur unzureichend. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen professionellem Anspruch und digitaler Realität, die die Wirksamkeit der Reformen begrenzen kann. An dieser Stelle verweisen die Autoren auf den 5-Punkte Plan des neu gegründeten Verbands für digitale Standards in der Pflege (VdSP e.V.), der Ende 2025 an das Bundesgesundheitsministerium übergeben wurde. Neben einem umfassenden Investitionsprogramm in die Digitalisierung der Pflege in Höhe von 9 Mrd. Euro aus dem Sondervermögen des Bundes, fordert der Verband auch eine zentrale Position der Pflege in der Gesamtarchitektur der Telematikinfrastruktur in Deutschland.²

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

² Vgl. hierzu www.vdsp.org

2.1.6 Hebammen und Therapieberufe: Professionalisierung ohne digitale Kohärenz

Die fortschreitende Akademisierung der Hebammen sowie der Therapieberufe ist aus versorgungswissenschaftlicher Sicht ein zentraler Treiber für evidenzbasierte Versorgung. Digitalisierung müsste diese Entwicklung unterstützen, indem sie wissenschaftliche Dokumentation, Outcome-Messung und interprofessionelle Kommunikation ermöglicht.

2025 zeigt sich jedoch eine strukturelle Inkohärenz: Digitale Systeme sind kaum an die Bedarfe akademisierter Gesundheitsfachberufe angepasst. Deshalb muss auf diese Lücke aufmerksam gemacht werden, denn dieser Umstand beeinflusst langfristig die Qualität und Nachhaltigkeit multiprofessioneller Versorgung.

2.1.7 Diskussion: Digitalisierung als professionspolitische Variable

Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht lässt sich Digitalisierungspolitik 2025 als professionspolitische Intervention interpretieren. Sie verändert nicht nur Prozesse, sondern auch Machtverhältnisse, Verantwortlichkeiten und Sichtbarkeit in der Versorgung.

Aus Sicht der Autoren ergibt sich vor diesem Hintergrund vor allem für die Versorgungsforschung daraus ein klarer Auftrag: Digitalisierung darf nicht ausschließlich anhand von Effizienz- oder Implementationsindikatoren bewertet werden. Sie muss hinsichtlich ihrer Effekte auf professionsspezifische Handlungsspielräume, Versorgungsqualität und interprofessionelle Gleichstellung untersucht werden.

Die mit dem Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in Kraft getretene Fristverschiebung zur Anbindung der Gesundheitsfachberufe auf den 01. Oktober 2027 ist in diesem Kontext nicht das richtige Signal in Richtung der betroffenen Berufsgruppen und Versorgungsbereiche.

2.1.8 Fazit: Perspektivwechsel als Voraussetzung versorgungsadäquater Digitalisierung

Die Digitalisierungspolitik des Jahres 2025 integriert Gesundheitsfachberufe strukturell stärker als zuvor, bleibt jedoch konzeptionell hinter einem multiprofessionellen Versorgungsverständnis zurück. Aus gesundheitsfachberuflicher Sicht ist dies kein Randaspekt, sondern ein zentrales Qualitätskriterium zukünftiger Versorgung.

Eine angemessene Analyse digitaler Transformation erfordert es daher den Perspektivwechsel weg von ärztlich-zentrierten Modellen hin zu einer **gesundheitsfachberuflich pluralen Betrachtung**. Erst wenn Digitalisierung die Vielfalt professioneller Wissensformen abbildet, kann sie ihr Versprechen einer „besseren Versorgung“ einlösen.

2.2 Einflüsse der künstlichen Intelligenz im deutschen Gesundheitswesen – Dr. Katharina Pohl

Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Während erste Anwendungen bereits in Krankenhäusern, Praxen und Pflegeeinrichtungen genutzt werden, befinden sich viele Bereiche noch am Anfang.

Aus rein technischer Perspektive bieten sich für das Gesundheitswesen vielfältige Möglichkeiten, die große Chancen versprechen, aber auch mit Risiken und Unsicherheiten verbunden sind. KI kann Prozesse vereinfachen, Fachkräfte entlasten und neue Formen der Versorgung ermöglichen. Damit diese Potenziale ausgeschöpft werden können, ist es jedoch notwendig, auch die Herausforderungen sowie die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen im Blick zu behalten.

Was ist künstliche Intelligenz?

Künstliche Intelligenz beschreibt Systeme, die aus Daten lernen und Aufgaben übernehmen können, die

bisher menschliches Denken erfordert haben. Anders als bei klassischer Software folgt KI keinen starren, festgelegten Regeln, sondern entwickelt anhand von Beispielen eigene Muster und Handlungsweisen. Im Alltag begegnet uns KI beispielsweise in Form von Empfehlungssystemen beim Online-Shopping, Assistenzsystemen im Auto oder neuerdings als Chatbots. Beispiele aus dem Gesundheitswesen reichen von der Analyse von Verordnungen oder medizinischer Bilder wie MRT-Aufnahmen über die Verarbeitung von Sprachaufnahmen bis hin zu selbstlernende Orthesen.

Chancen

Während wir im Alltag häufig schon KI bewusst oder unbewusst nutzen, werden im Gesundheitswesen erste Leuchtturmprojekte sichtbar, die deutlich machen, wie sehr diese Technologie die Fachkräfte unterstützen kann.

In der Radiologie und Pathologie wird die Verarbeitung und Auswertungen von medizinischen Bildern bereits erprobt. Die KI-Systeme können in kürzester Zeit Auffälligkeiten erkennen und die behandelnden Ärzte bei der Diagnosestellung unterstützen. Auch Sprachmodelle, die auf großen Textmengen trainiert wurden, eröffnen neue Möglichkeiten. Sie können gesprochene Sprache verstehen, verschriftlichen, analysieren und weiterverarbeiten. Die Durchbrüche der Sprachmodelle legen die Basis für die automatische Bearbeitung bisher bürokratischer Prozesse und manueller Dokumentationen. Erste KI-Lösungen in diesem Bereich ermöglichen beispielsweise eine automatische Dokumentation durch Sprachaufnahme von Anamnesegesprächen. Pflegekräfte und Therapeuten könnten davon profitieren, dass sie ausgewählte bürokratische Prozesse automatisieren können. Zusätzlich ermöglicht die Verarbeitung großer Datenmengen individualisierte Therapieplanungen. KI kann dabei helfen, maßgeschneiderte Reha-Programme zu entwickeln oder neue digitale Hilfsmittel, wie selbstlernende Orthesen, zur Verfügung zu stellen. Schließlich zeigt sich das Potenzial auch in der Prävention. KI kann Muster in Patientendaten erkennen, die auf erhöhte Risiken hinweisen, beispielsweise eine drohende Sturzgefahr in der Pflege oder der bevorstehende Ausbruch einer chronischen Erkrankung.

Wie sich KI-Unterstützung ganz konkret im Arbeitsalltag zeigen kann, lässt sich am Beispiel der KI-gestützten Telefonie im Sanitätshaus verdeutlichen. Speziell ausgerichtete Sprachmodelle können Anrufe automatisch entgegennehmen, Anliegen der Kunden verstehen und passende Antworten liefern. Auf diese Weise lassen sich erste Anfragen, Terminvereinbarungen oder Rückfragen zu Hilfsmittel-Bestellungen ohne manuelle Bearbeitung lösen. Bei komplexeren Anliegen wird der Anruf automatisch an geschulte Fachkräfte weitergeleitet, die auf Basis der vorstrukturierten Gesprächsdaten gezielt antworten können. Dadurch werden auf der einen Seite Mitarbeiter im Sanitätshaus entlastet und gewinnen wertvolle Zeit für die persönliche Beratung ihrer Kunden. Auf der anderen Seite profitieren die Kunden, indem ihre Anliegen rund um die Uhr bearbeitet werden, ohne lange Wartezeiten und unabhängig von Öffnungszeiten.

Risiken

Die neuen Möglichkeiten, die durch den Einsatz von KI entstehen, bringen auch einige Herausforderungen mit sich. KI-Systeme lernen auf Basis von Daten und entwickeln selbstständig Regeln, nach denen sie handeln. Dieses Prinzip birgt die Gefahr des Kontrollverlustes und führt zu einer Intransparenz, die gerade im Gesundheitswesen kritisch zu hinterfragen ist. Sowohl Patienten als auch Fachkräfte müssen nachvollziehen können, warum eine Entscheidung getroffen oder eine Diagnose gestellt wird. Hinzu kommt, dass KI-Systeme, die aus unausgewogenen Daten gelernt haben, die Gefahr mit sich bringen, dass bestimmte Patientengruppen benachteiligt werden. Daher ist es wichtig, KI-Lösungen sowie die zum Lernen verwendeten Daten gründlich zu testen und die Erklärbarkeit von Entscheidungen so transparent wie möglich zu gestalten. Hinzu kommt die besondere Sensibilität der Daten, mit denen gearbeitet wird. Gesundheitsdaten müssen bestmöglich geschützt werden. Schließlich dürfen auch die Risiken im Bereich der Cyber-Sicherheit nicht unterschätzt werden. Systeme, die große Mengen wertvoller Daten verarbeiten, können Ziel von Angriffen werden und müssen deshalb höchsten Sicherheitsanforderungen entsprechen.

Politische Rahmenbedingung

Als neue Technologie, die insbesondere große Datenmengen verarbeitet, gelten verschiedene regulatorische Anforderungen. Neben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) hat die EU sich entschieden, in Form einer europäischen KI-Verordnung (EU AI Act) Regularien für den verantwortungsvollen Umgang mit KI zu definieren. Dafür werden die KI-Systeme in verschiedene Risikoklassen eingeordnet und mit verschiedenen Anforderungen verknüpft. Je höher die Risiken für die Menschen, desto strenger sind die Auflagen. Diese reichen von Transparenzpflichten über umfangreiche Dokumentationen und Tests bis hin zu Verboten bestimmter Anwendungen. Im Gesundheitswesen greifen außerdem bereits bestehende Regularien wie die europäische Medizinprodukte-Verordnung (MDR). Diese stellt sicher, dass nur geprüfte Produkte auf den Markt kommen. Wie das Zusammenspiel zwischen EU AI Act und MDR aussehen wird, ist noch nicht abschließend geklärt. Klar ist jedoch schon heute, dass ein verbindlicher Rechtsrahmen entstehen wird, der Herstellern, Leistungserbringern und Einrichtungen klare Vorgaben für die Nutzung von KI macht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Künstliche Intelligenz zwar kein Allheilmittel ist, aber das Potenzial hat, die Gesundheitsversorgung und den Alltag der Leistungserbringer spürbar zu verbessern. Entscheidend für den Erfolg sind neben einer verantwortungsvollen Entwicklung von KI-Lösungen und klaren, rechtlichen Rahmenbedingungen, dass in die notwendige Infrastruktur sowie die Weiterbildung der Fachkräfte investiert wird. Vor allem ist auch wichtig, dass diejenigen, die unmittelbar mit den Patientinnen und Patienten arbeiten, von Anfang an in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Nur wenn Leistungserbringer aktiv mitgestalten, kann KI ihr volles Potenzial entfalten und dazu beitragen, die Versorgung in Deutschland effizienter, sicherer und patientenzentrierter zu machen.

Quelle:

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

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

Notizen:

5d

Studium, Aus- und Weiterbildung Rettungsdienste und Krankentransporte

Sebastian Schlüter,
wissenschaftlicher Mitarbeiter, opta data Zukunfts-Stiftung

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



5d.1	Gesetzlicher Rahmen	120
5d.2	Hilfsorganisationen	121
5d.3	Rettungshelfer (RH)	121
5d.4	Rettungssanitäter (RettSan)	122
5d.5	Rettungsassistent (RA)	122
5d.6	Notfallsanitäter (NFS)	123
5d.7	Telenotarzt (TNA)	124
5d.8	Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)	124
5d.9	Mobile Retter (MR)	125
5d.10	Auszubildende in beruflichen Schulen	126
5d.11	Studium	128
5d.12	Weiterbildung	129
5d.13	Einfache Krankbeförderung durch Taxifahrer	129

5d.1 Gesetzlicher Rahmen

Gesetzliche Grundlagen der Ausbildung

Das am 22. Mai 2013 verabschiedete Notfallsanitätergesetz (NotSanG) ist am 1. Januar 2014 in Kraft getreten und bildet die bundesrechtliche Grundlage für den Beruf zur/zum „Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“. ¹

Das Gesetz wird ergänzt durch die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäter (NotSan-APrV), in der Mindestanforderungen für Theorie, Praxis und die staatliche Prüfung geregelt sind. ²

Zielsetzung (§ 1 NotSanG) ist u. a., „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand rettungsdienstlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, persönliche, soziale und methodische Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung und teamorientierten Mitwirkung insbesondere bei der notfallmedizinischen Versorgung und dem Transport von Patienten zu vermitteln“. ³

Ausbildungsdauer, Inhalte und Struktur

Die reguläre Ausbildung zum Notfallsanitäter dauert in Vollzeit drei Jahre. In Teilzeit ist eine längere Ausbildungsdauer (z. B. bis fünf Jahre) möglich.

Die Inhalte umfassen eine ausgewogene Mischung aus schulischer Theorie, praktischen Einsätzen in einer Lehrrettungswache sowie Krankenhauspraktika in verschiedenen Fachabteilungen (z. B. Anästhesie, Intensivmedizin, Pädiatrie).

Zudem regelt die NotSan-APrV beispielsweise, dass wenn die praktische Ausbildung nicht vollständig in einer interdisziplinären Notaufnahme erfolgen kann, mindestens 80 Stunden in einer internistischen Notaufnahme und 40 Stunden in einer chirurgischen Notaufnahme absolviert werden müssen.
Gesetze im Internet

Übergangsregelung vom früheren Berufsbild

Das frühere Berufsbild der Rettungsassistenten wurde durch das NotSanG abgelöst. § 32 NotSanG enthält Übergangsvorschriften für Rettungsassistenten, die Qualifikationen zum Notfallsanitäter erwerben wollten.

Ursprünglich sah § 32 Abs. 2 eine Frist von sieben Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes (also bis Ende 2020) vor; durch Änderung am 4. April 2017 wurde diese auf zehn Jahre verlängert, sodass die Übergangsregelungen bis zum 31. Dezember 2023 genutzt werden konnten.

Daraus folgt: Rettungsassistenten konnten – je nach Berufserfahrung – entweder eine Ergänzungsprüfung oder Vollprüfung ablegen, um die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“ führen zu dürfen.

Es gilt demnach nicht 2022 als generelles Ende, sondern konkret der 31. Dezember 2023 als Fristende für die Nutzung der Übergangsregelung.

Hochschulzugänge und akademische Ausbildungen

Das NotSanG erlaubt unter bestimmten Voraussetzungen Modell- und Forschungsvorhaben zur akademischen Qualifikation im Bereich Rettungswesen.

In der Praxis existieren inzwischen Studiengänge (z. B. Bachelor of Science) mit Schwerpunkt Rettungs- und Notfallmanagement, Gesundheitswissenschaften oder Einsatzmanagement, die auf der beruflichen Qualifikation aufbauen und weiterführende Kompetenzen vermitteln (z. B. in Krisen-, Notfall- oder Katastrophenmanagement). Hierbei darf jedoch nicht die gesetzlich geforderte Ausbildung zum Notfallsanitäter gefährdet werden.

Besonderheiten und Hinweise zur Umsetzung

Die Ausbildung ist Schul- und Ländersache: Obwohl das NotSanG bundesweit gilt, erfolgt die Umsetzung, Genehmigung und Ausgestaltung durch die Länder. Daher bestehen Unterschiede bei Trägern, Bezeichnungen und Zuständigkeiten.

Es existieren erhebliche praktische Anforderungen: Die angehenden Notfallsanitäter müssen in realen Einsatzsituationen mitwirken (z. B. auf einer Lehrrettungswache).

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

2 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV), BMG 2013.

3 Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters* (Notfallsanitätergesetz – NotSanG 2013).

Der Beruf setzt neben medizinischem Fachwissen auch hohe Anforderungen an Persönlichkeitsentwicklung, Teamfähigkeit und soziale sowie methodische Kompetenzen – wie im Gesetz gefordert – voraus.

Für die Übergangsregelung gilt: Wer die Frist nicht genutzt hat, kann nicht mehr über diese Route in die Qualifikation gelangen; damit ist der Berufsweg über Rettungsassistent zum Notfallsanitäter zum 31. 12. 2023 praktisch geschlossen.

5d.2 Hilfsorganisationen

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

Als sog. Hilfsgesellschaften erlangten sie durch Artikel 26 des Genfer Abkommen I vom 12. August 1949 staatliche Anerkennung. Ursprünglich waren sie für die „Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der bewaffneten Kräfte im Felde“⁴ zuständig.

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

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

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

5d.3 Rettungshelfer (RH)

Die Ausbildung zum Rettungshelfer umfasst mindestens 320 Stunden.

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

Diese bundesweit nicht einheitlich geregelten Ausbildungsinhalte und Verteilung der Stunden sind somit Ländersache. In manchen Bundesländern wird jedoch auf das Klinikpraktikum zugunsten weiterer

Stunden auf der Rettungswache verzichtet, so dass der spätere Einsatzort vorbestimmter ist.

Der RH ist nicht eigenverantwortlich tätig und assistiert höher qualifiziertem Fachpersonal wie dem Rettungsassistenten, Rettungsassistenten oder dem Notfallsanitäter in einem Krankentransport- (KTW) oder Rettungswagen (RTW).⁵

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

4 Genfer Abkommen I vom 12. August 1949.

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

5d.4 Rettungssanitäter (RettSan)

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

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

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

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

zum Rettungssanitäter ausgestellt. Im Unterschied zum Rettungshelfer ist der Rettungssanitäter nicht nur intensiver geschult, sondern darf den höherqualifizierten Rettungsassistenten oder Notfallsanitätern in der Notfallpatientenversorgung bei der „Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen und der Herstellung der Transportfähigkeit“ des Patienten assistieren. Sie können als Fahrer oder Beifahrer im Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), im KTW, RTW und Notarztwagen (NAW) eingesetzt werden.⁶ Je nach Einsatzort und Bundesland muss ein RettSan pro Jahr mind. 30 Stunden Fortbildung im Rettungsdienst nachweisen.

5d.5 Rettungsassistent (RA)

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

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

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

Alle die, die jedoch mindestens drei Jahre als Rettungsassistent praktisch tätig waren, dürfen dann die „neue“ Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ führen, wenn sie zur Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung zum NFS an einer weiteren Ausbildung von 480 Stunden teilgenommen haben. Bis zum Ende dieser Übergangsfrist gilt jedoch, dass jemand, der weniger als drei Jahre als RA tätig war oder nach der Ausbildung zum Rettungsassistenten keine praktische Tätigkeit als Rettungsassistent nachweisen kann, zur Vorbereitung auf die Ergänzungsprüfung an einer weiteren Ausbildung von 960 Stunden teilgenommen haben muss (NotSanG §32)⁷.

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

7 Quelle: Bundesamt für Justiz, Notfallsanitätergesetz – NotSanG

5d.6 Notfallsanitäter (NFS)

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

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

Gegenüber dem RA hat der NFS bedeutend mehr Qualifikation und Kompetenz erworben und wird eigenverantwortlich neben dem Notarzt (NA) in allen Bereichen des Rettungsdienstes eingesetzt, z. B. auf KTW, RTW, NAW und NEF.⁸ Der NFS zählt im Gegensatz zum RettSan zum Rettungsfachpersonal mit erhöhten Kompetenzen und ist somit das Berufsbild mit der höchsten Qualifikation.

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

„Bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen, auch teleärztlichen Versorgung, dürfen Notfallsanitäterin-

nen und Notfallsanitäter heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver Art, dann eigenverantwortlich durchführen, wenn

1. sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und
2. die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.“⁷

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

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

⁸ Nach Flake, Frank; Boris A. Hoffmann (Hrsg.): Leitfaden Rettungsdienst, München und opta data Institut e.V. 2019, 6. Auflage, 2017.

5d.7 Telenotarzt (TNA)

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

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

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

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

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

5d.8 Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)

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

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

hochwertige medizinische Betreuung in Regionen mit begrenzter medizinischer Infrastruktur gewährleistet wird und durch frühzeitige Interventionen unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden sollen. Neben der Akutversorgung unterstützt der GNS Patienten dabei, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, indem er sie über Gesundheitsfragen informiert und bei Entscheidungen unterstützt. Die Implementierung des Gemeinde-Notfallsanitäters ist somit ein innovativer Ansatz oder Versuch, um den Herausforderungen des demografischen Wandels und des Ärztemangels in ländlichen Gebieten zu begegnen.⁹ (mehr dazu in Kapitel 10).

⁹ www.gemeindenotfallsanitaeter.de (Stand: 16.01.2025).

5d.9 Mobile Retter (MR)

Bei einem plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand entscheidet jede Minute über Leben und Tod. In Deutschland erleiden jedes Jahr über 70.000 Menschen einen Herz-Kreislauf-Stillstand außerhalb des Krankenhauses, nur etwa zehn Prozent überleben. Gleichzeitig trifft der Rettungsdienst im Durchschnitt erst nach rund neun Minuten am Notfallort ein – zu spät, um ohne frühzeitige Wiederbelebung schwere Hirnschäden sicher zu vermeiden.

Hier setzt das Ehrenamt der „Mobilen Retter“ an: Medizinisch qualifizierte Freiwillige lassen sich per App orten und von der Leitstelle 112 parallel zum Rettungsdienst alarmieren. Dank ihrer räumlichen Nähe sind sie im Mittel bereits nach gut viereinhalb Minuten vor Ort und können sofort mit Herzdruckmassage und weiterer Basisreanimation beginnen. Studien zeigen, dass sich durch den Einsatz solcher Smartphone-basierten Ersthelfer-Alarmierungssysteme sowohl die Entlassungsrate aus dem Krankenhaus als auch das gute neurologische Behandlungsergebnis nach außerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand deutlich verbessern.

Tragende Säule des Modells sind qualifizierte Ehrenamtliche. Als Mobile Retter engagieren sich insbesondere Angehörige von Feuerwehr und Hilfsorganisationen, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Rettungsdienstmitarbeitende sowie andere medizinisch geschulte Personen. Sie arbeiten unentgeltlich, werden vor der Freischaltung geschult – einschließlich rechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – und erhalten regelmäßig Fortbildungen und Einsatznachsorgeangebote. Die Initiative Mobile Retter e. V. sowie beteiligte Organisationen wie DRK und ASB unterstützen Kommunen aktiv bei Rekrutierung, Betreuung, Motivation und Bindung dieser Freiwilligen und betreiben ein systematisches Ehrenamtsmanagement.

Seit der Pilotphase 2013 hat sich das Konzept bundesweit verbreitet: In mehr als 40 Regionen können inzwischen über acht bis zehn Millionen Einwohnerinnen und Einwohner auf ein Netz aus mehreren Zehntausend registrierten Mobilen Rettern zurückgreifen; die Ehrenamtlichen wurden bereits in zehntausenden Einsätzen alarmiert. Im Schnitt treffen sie mehrere Minuten vor dem Rettungsdienst ein und überbrücken so die kritischsten Momente bis zur professionellen Versorgung.

Auf Bundesebene wird die Smartphone-basierte Ersthelfer-Alarmierung inzwischen auch als Bestandteil der Versorgungsforschung und der Digitalisierung des Rettungswesens diskutiert. Das Bundesgesundheitsministerium hat das System in einer Ressortforschungsstudie als Modell zur Einbindung zivilgesellschaftlichen Engagements in die kardiale Notfallversorgung untersucht. Parallel unterstützt die ADAC Stiftung mit einem App-Finder den flächendeckenden Einsatz und die Vernetzung solcher Systeme. Damit steht das Ehrenamt der Mobilen Retter exemplarisch für eine neue Form digital unterstützter Nachbarschaftshilfe, die sowohl medizinische Outcomes verbessert als auch bürgerschaftliches Engagement stärkt.*

* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/mr-sbea.html> (Stand: 28.11.2025).

5d.10 Auszubildende in beruflichen Schulen

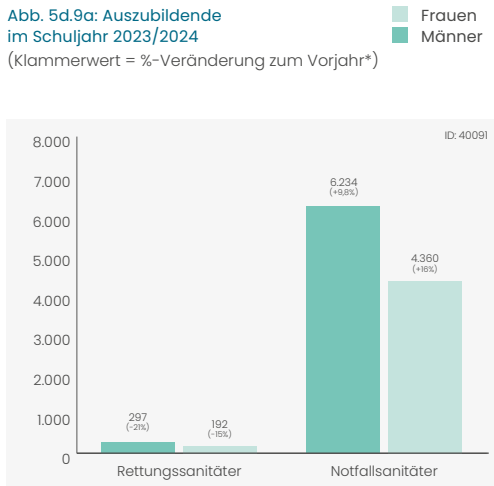
Die zuvor beschriebenen Berufsbilder resultieren aus unterschiedlichen beruflichen Ausbildungen, Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die Zahl der Auszubildenden ist mittlerweile wieder auf dem Niveau von vor 2015 angelangt und steigt weiter, nachdem das Notfallsanitätergesetz die Ausbildung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

Im Schuljahr 2023/2024 befanden sich insgesamt 10.594 (+563) Schüler in der Ausbildung zum Rettungs- oder Notfallsanitäter (siehe Abb.5d.9a), wohingegen die Anzahlen der Auszubildenden zum Rettungsassistent im Vergleich zum Vorjahr nun negativ sind. Der Trend verschiebt sich weiterhin in Richtung des Ausbildungsberufs zum Notfallsanitäter, wobei der Trend weniger stark ist als zum Vorjahr (Männer+9,8%, Frauen +16%).

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

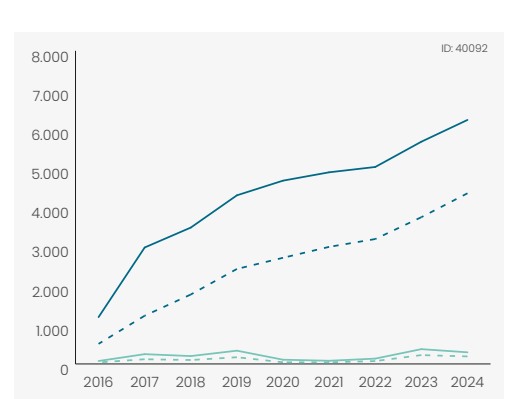
Den Einschnitt, den das NotSanG 2014 brachte, spiegelt sich somit auch in den Schülerzahlen wieder (siehe Abb. 5d.9b). Ab 2015 wurden keine Rettungsassistenten mehr ausgebildet und nur noch vorab geschlossene Ausbildungsverträge beendet, wohingegen der Ausbildungsberuf zum Notfallsanitäter erst ab 2015 begonnen werden konnte. Die Geschlechterverhältnisse 2023/2024 bewegen sich sowohl bei den Rettungsassistenten, als auch bei den Notfallsanitätern weiter in Richtung Ausgewogenheit. Bei den Rettungsassistenten sind es noch 59% Männer gegenüber dem Stand 2015/2016 (66%/33%). Die Notfallsanitäter nähern sich einem ausgewogenen Verhältnis etwas schneller an. Lag der Wert 2015/2016 noch bei 70%/30%, so liegt er acht Jahre später schon bei 59%/41%.

Abb. 5d.9a: Auszubildende im Schuljahr 2023/2024
(Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Abb. 5d.9b: Schülerentwicklung 2016 bis 2024



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

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

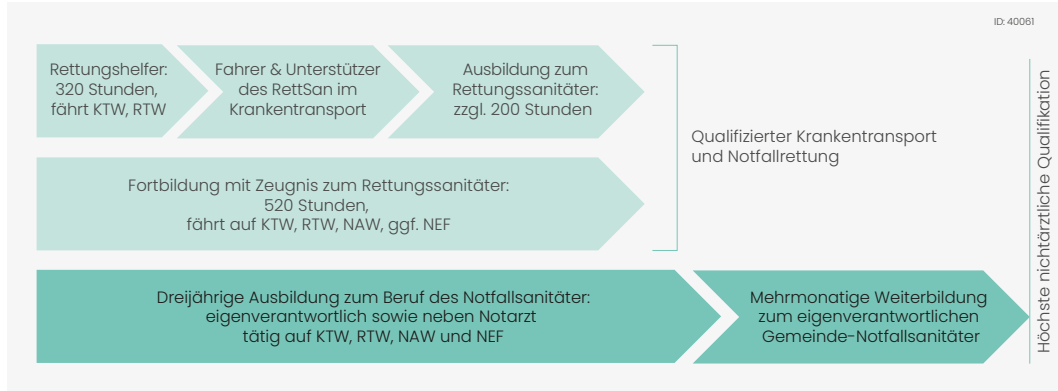
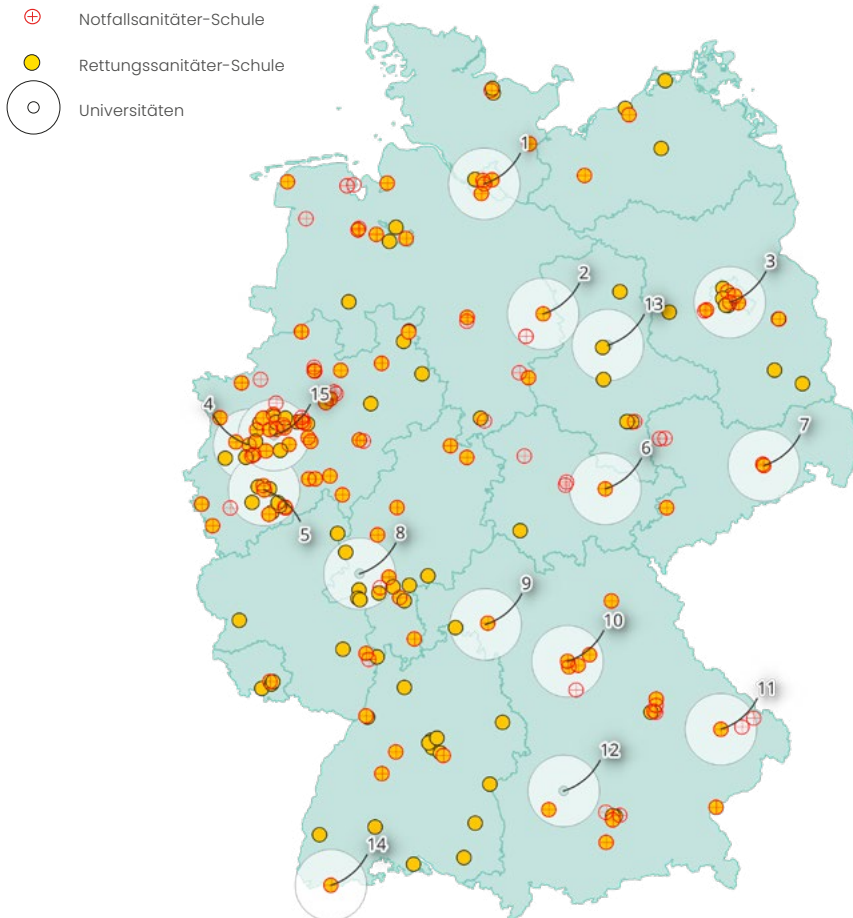


Abb. 5d.9d: Ausbildungs- und Studienstandorte in Deutschland 2025

ID: 40077



Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

5d.11 Studium

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

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

ren Bachelor of Science- oder Bachelor of Engineering-Abschluss zu machen. Freie, öffentliche oder private Hochschulen und Universitäten bieten unterschiedliche Studiengänge im Bereich des Rettungswesens mit unterschiedlichen Schwerpunkten an.

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

Studiengang	Semester	Standorte
1 Rescue Management (B.Sc.)	9	MSH Medical School Hamburg University of Applied Sciences and Medical University
Notfall- und Krisenmanagement (M.Sc.)	6	MSH Medical School Hamburg University of Applied Sciences and Medical University
Gefahrenabwehr (B.Eng.)	7	Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
2 Berufspädagogik und Management im Gesundheitswesen (B.Sc.)	6	Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften - Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel
3 Krisen-, Konflikt- und Katastrophenkommunikation (M.A.)	4	Akkon Johanniter University of Applied Science
Management in der Gefahrenabwehr (B.Sc.)	8	Akkon Johanniter University of Applied Science
Internationale Not- und Katastrophenhilfe (B.A.)	6	Akkon Johanniter University of Applied Science
Führung in der Gefahrenabwehr und im Krisenmanagement (M.Sc.)	5	Akkon Johanniter University of Applied Science
Medizin- und Notfallpädagogik (B.A.)	7	Akkon Johanniter University of Applied Science
4 Pädagogik für den Rettungsdienst (B.Sc.)	6	Fliedner Fachhochschule Düsseldorf
5 Rettungsingenieur (B.Eng.)	7	TU Köln Campus Südstadt
6 Rettungswesen/Notfallversorgung (B.Sc.)	8	Ernst-Ebbe-Hochschule Jena
7 Notfallsanitäter (B.Sc.)	9	Dresden International University
8 Krisen- und Notfallmanagement (M.Sc.)	4	Carl Remigius Medical School Idstein
9 Digitales Rettungsmanagement (B.Sc.)	7	Technische Hochschule Würzburg/Schweinfurt
10 Berufspädagogik für Gesundheit Fachrichtung Rettungswesen (B.Sc.)	8	Wilhelm Loehe Hochschule
11 Pädagogik im Rettungswesen (B.Sc.)	11	Technische Hochschule Deggendorf
12 Rettungsingenieurwesen (B.Eng.)	7	Technische Hochschule Augsburg
13 Sicherheit und Gefahrenabwehr (B.Sc. Und M.Sc.)	7	h² - Hochschule Magdeburg, Stendal
14 Rescue Management (B.Sc.)	?	Fachhochschule des Mittelstandes Bad Säckingen
15 Rescue- and Crisis Management (B.Sc.)	6	Steinbeis Transfer Institut NRW Essen

5d.12 Weiterbildung

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

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

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

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

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

5d.13 Einfache Krankenförderung durch Taxifahrer

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

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

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

6d

Basisdaten Gesundheitsberufe Rettungsdienste und Krankentransporte

Sebastian Schlüter,
wissenschaftlicher Mitarbeiter, opta data Zukunfts-Stiftung

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

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



6d.1	Beschäftigte im Rettungsdienst und Krankentransportwesen	202
6d.1.1	Personalstruktur im Rettungsdienst	202
6d.1.2	Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation	203
6d.1.3	Versorgungsdichte – Rettungsdienste	205
6d.2	Ausgaben und Leistungsfälle im Rettungsdienst	206

Die zum 01.12.2025 veröffentlichte Statistik des Verbands der Deutschen Ersatzkassen (vdek) weist eine Gesamtanzahl von 15.993 Leistungserbringern im Rettungsdienst und Krankentransport in Deutschland nach. In der multiperspektivischen Tabelle 6a,b werden die Statistiken des VDEK in Relation zur Bevölkerungs- und Flächenstatistik von „Statista“ u.a. ins Verhältnis gesetzt und um eigene Berechnungen ergänzt. Daraus ergibt sich eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Bundesländer und deren Versorgungsqualitäten für Rettungs- und Krankentransportdienste. Da die vdek-Statistik jedoch nicht zwischen Rettungsdiensten (z.B. Berufsfeuerwehren und Krankenhäusern) und planbaren Krankentransportdiensten differenziert, können diese Versorgungsdienste nur zusammen betrachtet werden. Das ist vor allem bei der Betrachtung des neuen durchschnittlichen Versorgungsradius zu berücksichtigen.

Das abgebildete Ranking nach Anzahl der Versorgungsdienste verteilt sich erwartungsgemäß recht unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. Mit nun 3.737 Leistungserbringern liegt Nordrhein-Westfalen weiterhin im Ranking ganz vorne, gefolgt von Niedersachsen mit 1.792. Dies ist entspricht wider Erwarten nicht der entsprechenden Bevölkerungsverteilung, denn Niedersachsen belegt "nur" den vierten Platz im Bevölkerungsranking, nach Baden-Württemberg und Bayern. Auf der anderen Seite weisen Bundesländer mit einer relativ hohen Bevölkerungszahl wie Berlin oder Hamburg deutlich weniger (<290) Leistungserbringer auf, was sich durch die geringere Fläche des Bundeslandes und die Art der Leistungserbringung erklärt. Abb.6d.a zeigt nun fünf unterschiedliche Rankings der Bundesländer an, die hier jedoch von oben nach unten die meisten Rettungs- und Krankentransportdienste auflistet. Um die Balkendiagramme einigermaßen erkennbar zu gestalten, sind die Anzahlen der Rettungs- und Krankentransportdienste sowie die Menschen pro Rettungs- und Transportdienste absolut, die zur Bevölkerung in Tausend und die Fläche in km² muss mit dem Faktor 10 multipliziert werden, angegeben. Der zu geringe Versorgungsradius wird der absoluten Entfernung in Kilometern angegeben.

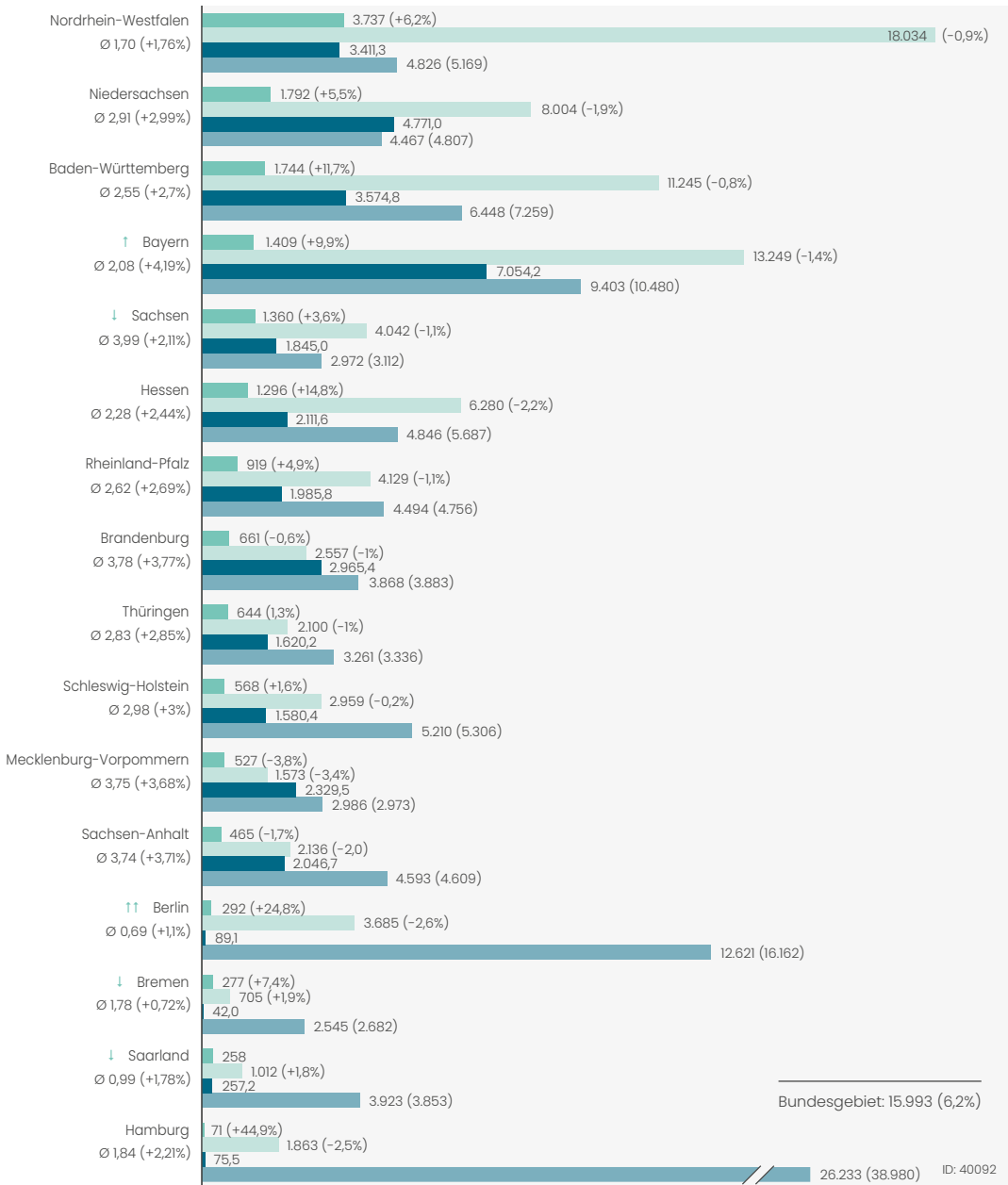
Durch diese Betrachtung können jedoch die fünf unterschiedlichen Werte in sich und im Verhältnis untereinander verglichen werden, so dass bspw. gut zu erkennen ist, dass im flächengrößten Bundesland Bayern nur die zweitmeisten Menschen leben, aber nur die fünftmeisten Rettungs- und Transportdienste mit dem dritthöchsten Wert an Einwohnern pro Rettungs- und Transportdienst existieren, die zudem den größten Versorgungsradius aufweisen.

Betrachtet man jedoch das Verhältnis von Menschen zu Rettungs- und Krankentransportdiensten pro Bundesland, so stehen nicht wie zu erwarten alle flächenmäßig kleinen Bundesländer wie Hamburg, Berlin, Bremen oder das Saarland an den obersten Stellen, sondern auch Flächenländer wie bspw. Mecklenburg-Vorpommern. Betrachtet man nun Mecklenburg-Vorpommern exemplarisch, ist das Ergebnis gar nicht so überraschend, denn auf 23.295 km² Fläche wohnen nur 1,57 Millionen Menschen, was es zum am dünnsten besiedelten Bundesland macht. Aber genau deshalb muss das Bundesland auch mehr Rettungs- und Krankentransportdiensten vorhalten, so dass die gesetzlich festgelegten Rettungszeiten bis zum Eintreffen eines Rettungsdienstes eingehalten werden. Das flächenmäßig kleinste Bundesland Bremen (Platz 16) versorgt mit 277 Rettungs- und Krankentransportdiensten (Platz 13) 704.881 Menschen (Platz 16), was jedoch das beste Verhältnis von 2.545 Menschen pro Rettungsdienst ergibt. In der Gesamtbetrachtung lässt sich feststellen, dass bis auf die Bundesländer Bremen und Saarland allesamt einen Verlust an Bevölkerung zu verzeichnen haben, im Gegenzug dazu bis auf Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt einen Zuwachs an Rettungs- und Krankentransportdiensten aufzuweisen haben, weshalb die Werte „Menschen pro Rettungs- und Krankentransportdienst“ bis auf Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland auch geringer, also positiver (Annahme: je weniger Menschen pro Rettungsdienst, desto besser und schneller die Versorgung) geworden sind.

Abb. 6d.a: Anzahl Rettungs- und Krankentransportdienste pro Bundesland 2025

(Klammerwert = Veränderung zum Vorjahr*)

- Anzahl Rettungs- und Krankentransportdienste (Rankingsortierung)¹
- Bevölkerung in Tsd.²
- Fläche in km² x 10
- Menschen pro Rettungs- und Krankentransportdienste
- ∅ Durchschn. Versorgungsradius in Kilometern je Rettungs- und Krankentransportdienste



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: vdek

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

1 vdek: https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_heil_hilfsmittel.html (Stand: 16.12.2025).2 statista: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71085/umfrage/verteilung-der-einwohnerzahl-nach-bundeslaendern/> (Stand: 16.12.2025).

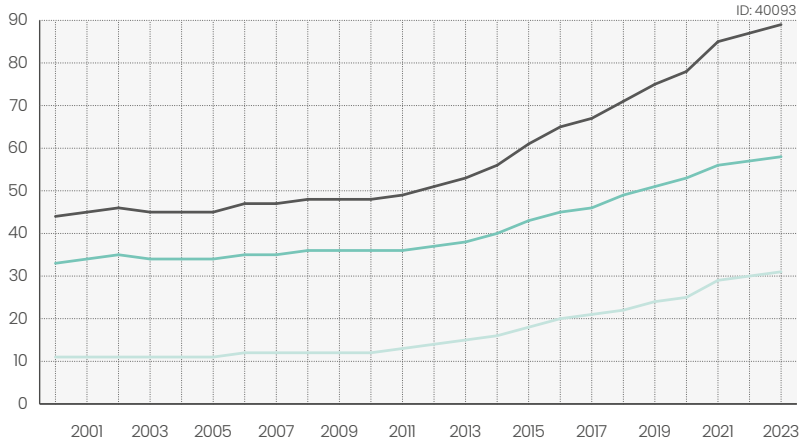
6d.1 Beschäftigte im Rettungsdienst und Krankentransportwesen

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

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

Abb. 6d.1a: Beschäftigte Fachkräfte im Rettungsdienst 2000 bis 2023 (in Tausend)

Gesamt: —
Männer: —
Frauen: —



opta data Zukunfts-Institut / Quelle: Destatis

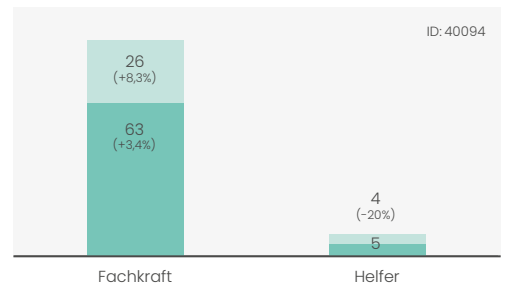
6d.1.1 Personalstruktur im Rettungsdienst

Qualifikation und Beschäftigung nach Geschlecht

Die Anzahl der Beschäftigten in Einrichtungen des Rettungsdienstes betrug im Jahr 2023 rund 99.000, die sich aufteilen in 89.000 Fachkräfte und rund 9.000 Helfer. Knapp 29% der Fachkräfte sind weiblich, während der Anteil der Helferinnen auf 44% gesunken ist.

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

Abb. 6d.1b: Qualifikation im Rettungsdienst nach Geschlecht 2023 (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Institut / Quelle: Destatis

Krankentransportes und der Notfallrettung“ erbringen. Somit arbeiten noch 9.000 Personen in anderen Bereichen des Rettungsdienstes und Krankentransportwesens. Von den rund 99.000 Beschäftigten in Rettungsdiensten, arbeiten etwa ein Drittel in Teilzeit. Der Anteil der vollzeitbeschäftigten Frauen beträgt

¹ Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022.

27%. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier erneut eine leicht positive Veränderung zu verzeichnen. Der Männeranteil bei den Vollzeitbeschäftigten liegt somit bei 73%. 69% der Beschäftigten im Rettungsdienst sind Männer, von denen 23% teilzeit- oder geringfügig beschäftigt sind.

Altersstruktur

Im Berufsfeld der Rettungsdienste ist der Trend zu erkennen, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl der Beschäftigten signifikanter sinkt als in anderen Berufsgruppen. Die am stärksten vertretene Altersgruppe mit jetzt 37.000 Beschäftigten sind die unter 30-Jährigen. Schon 12.000 weniger sind in der nächsten Klasse der 30-39-Jährigen beschäftigt. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen kann man hier nicht von einem bemerkbaren Nachwuchsproblem sprechen. Der stark körperbetonte und stressige Beruf macht sich somit auch in den nächsten Klassen bemerkbar. Über ein Drittel (37%) der Beschäftigten teilen sich auf die drei weiteren Altersgruppen auf. Mit 4.000 Beschäftigten sind die über 60-Jährigen am geringsten vertreten. Der einzige Zuwachs ist in der Gruppe der unter 30-jährigen zu finden. Sie wuchs im Vergleich zum Vorjahr um 1.000 tätige Beschäftigte an.

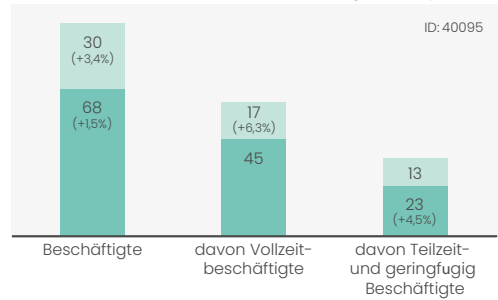
6d.1.2 Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation

Betrachtet man die offiziellen Beschäftigtenzahlen von angestellten Helfern in rettungsdienstlichen Einrichtungen, so ist die Anzahl bei den Frauen zum Vorjahr erstmals um 1.000 gesunken. 2023 wurden demnach weiterhin 5.000 Männer als Helfer statistisch erfasst.

Erstmals im Jahr 2018 änderten sich die Beschäftigtenzahlen der Frauen: 2018 waren noch 3.000 weibliche Rettungsdiensthelfer in Einrichtungen des Rettungsdienstes tätig. Nach 2020 wuchs die Anzahl der weiblichen Rettungshelfer sogar um 2.000 gestiegen, sank in 2023 jedoch wieder um 1.000.

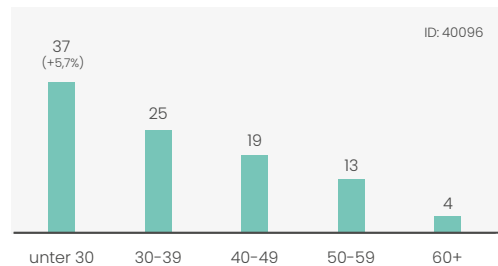
Ein etwas anderes Bild zeigt sich bei den Fachkräften. Die Anzahl der Beschäftigten steigt bei beiden Geschlechtern seit dem Indexjahr 2013 konstant an und ist bei den Männern seitdem um mehr als 65% gestiegen, wohingegen sich die Anzahl an weibli-

Abb. 6d.1c: Beschäftigte im Rettungsdienst nach Geschlecht 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



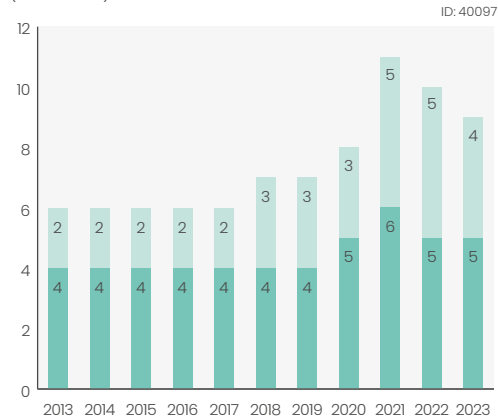
opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Abb. 6d.1d: Alter des Personals im Berufsfeld der Rettungsdienste 2023
(in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

Abb. 6d.1e: Beschäftigte nach Qualifikation – Helfer 2023
(in Tausend)



opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

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

chen Rettungsfachkräften mehr als verdoppelt hat. Obwohl die Zahl der weiblichen Fachkräfte prozentual stärker gewachsen ist, hat sich das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Fachkräften nicht in gleichem Maße angeglichen. Allerdings hat es sich im Vergleich zu 2013 um knapp 7% verbessert. 2013 lag das Verhältnis noch bei 1:5 (20,8%) und knapp 10 Jahre später schon bei 1:4 (27%).

Einrichtungen

Der mit Abstand größte Anteil des Fachkräftepersonals im Rettungsdienst (knapp 73%) arbeitet primär in einer auf den Rettungsdienst fokussierten Einrichtung. Insgesamt arbeiten 1.000 mehr Frauen und 1.000 mehr Männer in den Rettungsdiensten als im Vorjahr. Einen weiteren Zuwachs hat im Vergleich zum Vorjahr keine andere Einrichtung zu verzeichnen.

Abb. 6d.If: Beschäftigte nach Qualifikation – Fachkräfte 2023 (in Tausend)

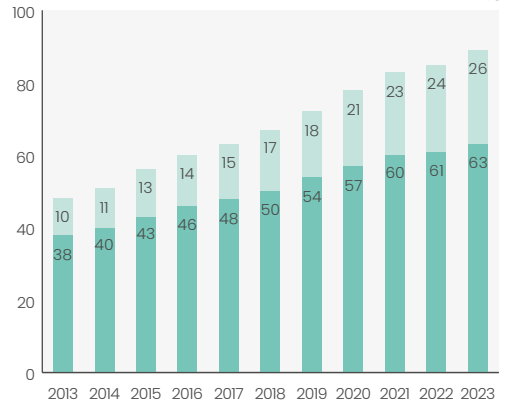
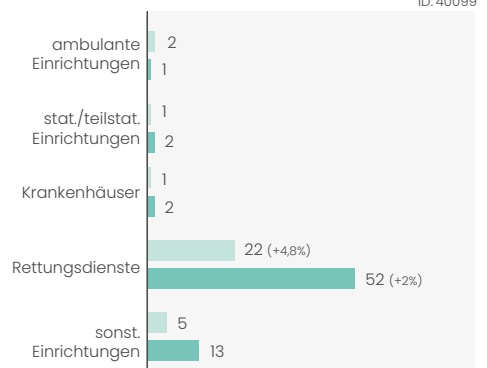


Abb. 6d.Ig: Rettungsdienstpersonal nach Einrichtung 2023 (Fachkräfte) (in Tausend, Klammerwert = %-Veränderung zum Vorjahr*)

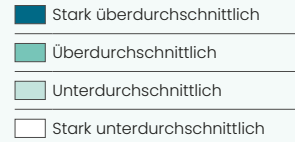


opta data Zukunfts-Stiftung / Quelle: Destatis

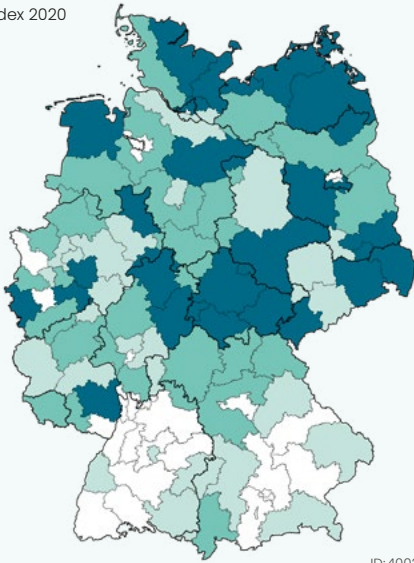
6d.1.3 Versorgungsdichte – Rettungsdienste

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

Abstufung

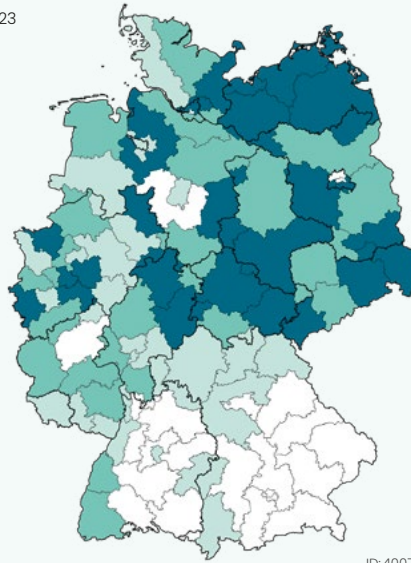


Index 2020



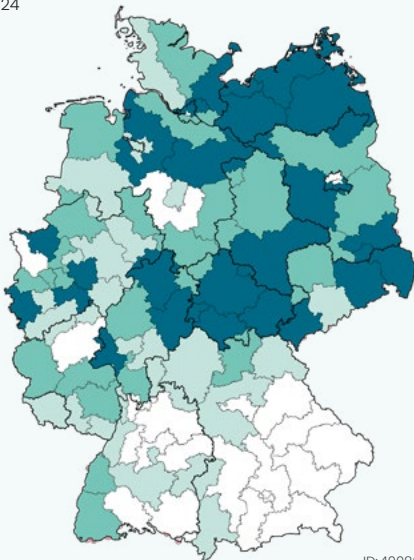
ID:40028

2023



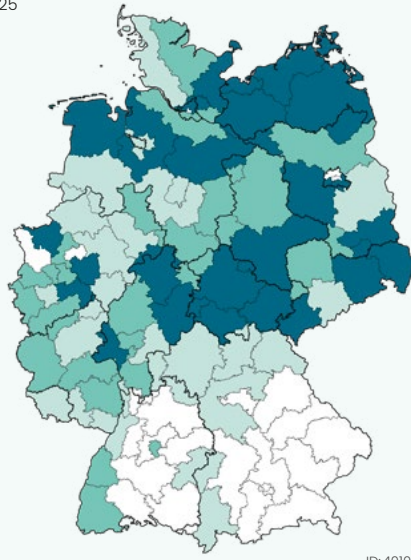
ID:40071

2024



ID:40086

2025



ID:40100

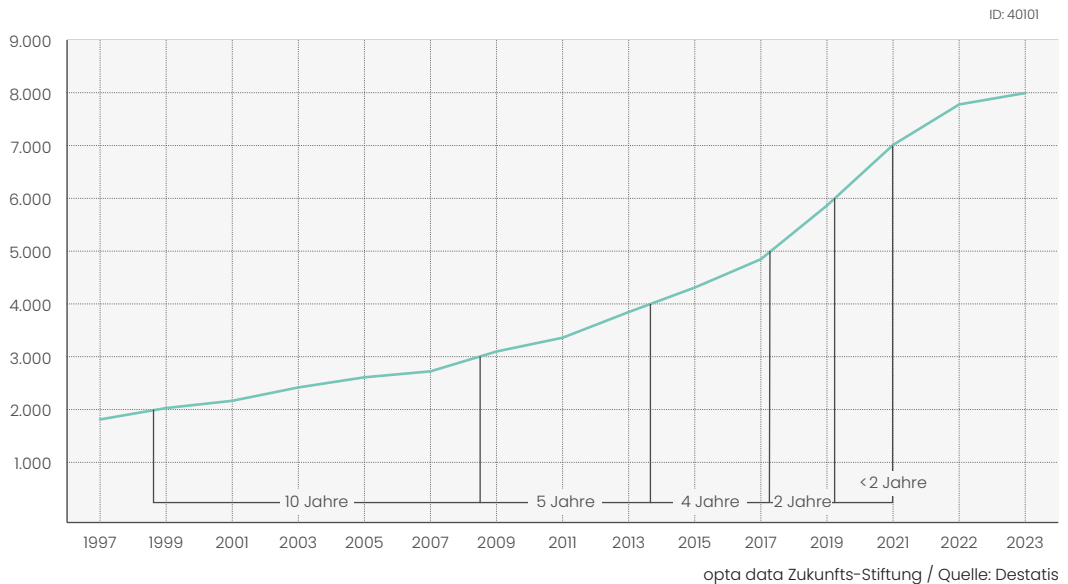
Die Verteilung wurde so klassifiziert, dass jede Abstufung dieselbe Anzahl Postleitzahlgebiete beinhaltet.

Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung

6d.2 Ausgaben und Leistungsfälle im Rettungsdienst

Die Ausgaben für Leistungen im, vom und durch den Rettungsdienst wachsen stetig an. Beliefen sich die Ausgaben 1997 noch auf ca. 1,812 Mrd. Euro, so wurde die zwei Milliarden-Grenze bereits ein Jahr später überschritten. Danach dauerte es fast zehn Jahre (2008), um die drei Milliarden-Grenze zu passieren. Dass die Ausgaben immer schneller ansteigen verdeutlicht der nächste Milliardenprung. Dieser wurde bereits nach weniger als sechs Jahren 2014 erreicht. Die fünf Milliarden Euro-Stufe wurde bereits 2018 überschritten. Schon zwei Jahre später belaufen sich die Ausgaben 2020 bereits auf über 6,5 Milliarden Euro. Dass die zeitlichen Abstände hier immer geringer werden, verdeutlicht der aktuelle Wert aus 2023, der bereits jetzt schon knapp unter der 8 Mrd.-Grenze mit 7.994 Mrd. € liegt.

Abb. 6d.2a: Gesundheitsausgaben für Rettungsdienste 2023
(in Millionen Euro)



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

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

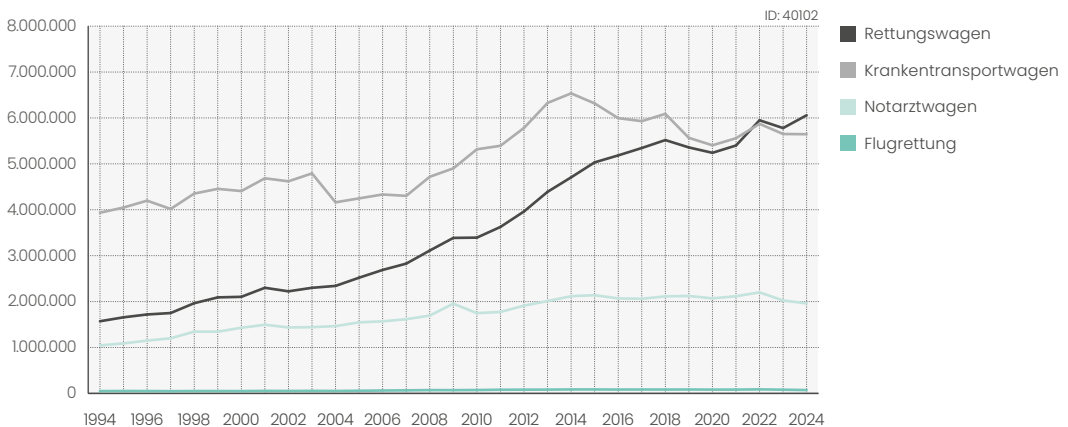
Die Gründe für den enormen Anstieg der Ausgaben im Rettungsdienst (Abb. 6d.2b) liegt in den konstant steigenden Leistungsfällen nach Transportmitteln (ohne Taxi und Mietwagenfahrten). Während die Krankentransportwagenfahrten im Vergleich zu 1994 "nur" um 1,7 Millionen Fahrten oder 43% gestiegen sind, sind die Leistungsfälle der Rettungswagen regelrecht explodiert. Waren es 1994 lediglich 1,57 Millionen Einsätze, so sind es 2024 nahezu 6,1 Millionen, was einem Zuwachs von 385% entspricht. Innerhalb eines Jahres – von 2023 auf 2024 – ist diese Zahl sogar noch einmal um 4,8% gestiegen.

Im aktuell vorliegenden Bericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund) sind zwei Tendenzen zu erkennen: Zum einen steigen die Gesamtzahlen (ohne Taxi) von 2023 auf 2024 um ca. 200.000 Fälle, die Anzahl der Leistungsfälle mit Rettungswagen um knapp 280.000 wohingegen alle anderen Leistungsfälle der Flugrettung, Krankentransportwagen und Notarztwagen sinken. Das gilt nicht nur für die Gesamtmenge, sondern wie die Abb. 6d.2c deutlich zeigt, auch die Tendenzen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Die seit 2020 wieder konstant steigenden Leistungsfälle begründen sich

vermutlich einerseits durch die Corona-Pandemie, aber auch durch die allgemeine gesellschaftliche Tendenz² zu schnell den Notruf zu wählen und somit einen Leistungsfall eines Rettungswagens zu erzeugen, obwohl in sehr vielen Fällen kein akuter Notfall vorlag. Diese, auch in den Medien häufig thematisierte gesellschaftliche Entwicklung, scheint u.a. neben dem Ende der Pandemie seit 2022 etwas rückläufig zu sein, was neben der Optimierung der Einsatzfahrten durch koordinierte Leitstellen und der Notrufnummern 112 und 116117 dazu führt, dass die Leistungsfälle in 2023 sanken, seitdem aber wieder ansteigen.

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

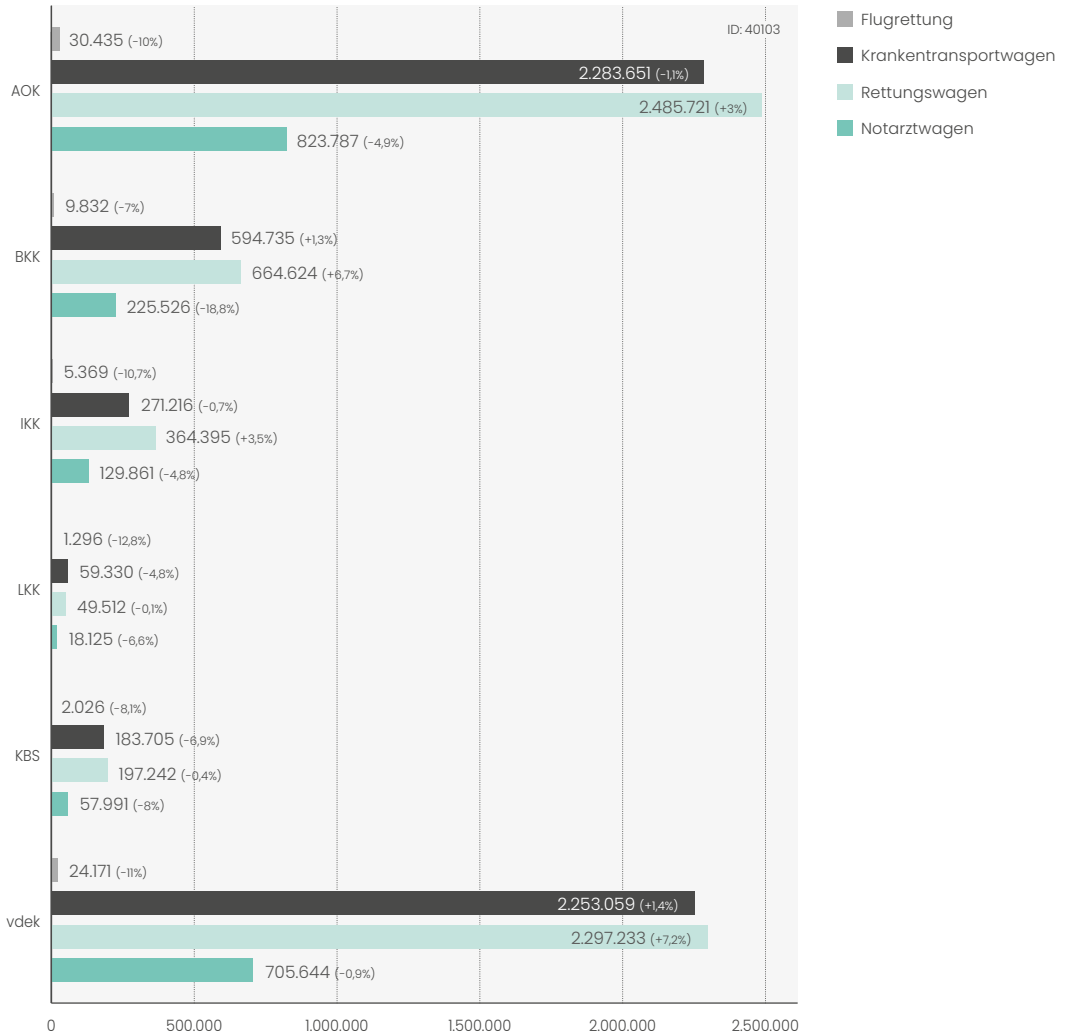
Abb. 6d.2b: Anzahl Leistungsfälle bei Rettungsfahrten nach Transportmitteln 1994 bis 2024



Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung / GBE-Bund

2 <https://www.deine-gesundheitswelt.de/presse/pressemitteilungen/31-08-2023-pressemitteilung-nicht-immer-gleich-den-notarzt-rufen> (Stand: 16.12.2025).

Abb. 6d.2c: Anzahl Leistungsfälle bei Rettungsfahrten nach Transportmitteln pro gesetzlicher Krankenkasse 2024



Quelle: opta data Zukunfts-Stiftung / GBE-Bund

Vergleicht man die möglichen Einsatzgründe zwischen Krankentransportwagen (KTW) und Rettungswagen (RTW), so kann das unterschiedliche Gründe und Ursachen haben.

Ursachen für den konstanten Anstieg an RTW-Einsätzen können sein:

- Der Notruf 112 wird als niedrighschwellige medizinische Anlaufstelle genutzt, es gibt weniger Hausärzte und dort lange Wartezeiten
→ tendenziell wird „zur Sicherheit“ der Rettungsdienst gerufen.
- Alternde Bevölkerung
→ Mehr Stürze, akute Verschlechterungen, multimorbide Verläufe
→ deutlich mehr echte Rettungseinsätze.
- Keine Genehmigungspflicht
→ Bei Notfällen ist die Lage oft klar und es wird über die 112 der RTW gerufen. Hier entscheidet keine Krankenkasse, ob die Notwendigkeit besteht.
- Leitstellenpriorisierung: lieber RTW als Risiko
→ In unklaren Situationen (z.B. „Schwindel“, „Bauchschmerzen“, „Kind krank“) disponieren Leitstellen oft RTW, weil unklare Symptome potenziell ernst sein können.

Das Ergebnis dieser Gründe ist, dass die RTW-Einsätze bundesweit seit Jahren stärker zunehmen.

Ursachen für unterschiedlich hohe KTW-Zahlen (Rückgang und regionale Unterschiede)

- Genehmigungspflicht durch Krankenkassen
→ KTW-Fahrten müssen beantragt und medizinisch begründet sein. Viele Fahrten werden heute strenger geprüft und häufiger abgelehnt.
- Ambulantisierung
→ Viele Untersuchungen finden inzwischen ambulanz statt oder werden durch mobile Dienste abgedeckt, was weiterhin zu weniger Fahrten führt.
- Digitalisierung (Videosprechstunden, Telemedizin)
→ Weniger Routinearztbesuche = Rückgang bei „Bagatell-KTW“-Fahrten.
- Krankenhausstrukturen
→ Wo Krankenhäuser schließen oder fusionieren, entstehen mehr RTW/Verlegungen mit höherem medizinischen Bedarf – aber nicht zwingend mehr KTW-Anlässe.

Resultat: KTW-Zahlen sind vielerorts stabil oder rückläufig, während RTW-Einsätze steigen.

Warum wird welches Fahrzeug „früher“ oder „häufiger“ eingesetzt?

Kriterium	KTW	RTW
Dringlichkeit	niedrig	hoch
Medizinische Ausstattung	Basis	erweiterte Notfallmedizin
Transportart	sicherer Transport	Lebensrettung + Transport
Alarmierungsgrund	planbare Termine, Verlegung	akuter Notfall, unklare Lage
Genehmigung (Kasse)	erforderlich	nicht erforderlich
Entscheider	Arzt/Kasse/Einrichtung	Leitstelle (112)
Der wichtigste Faktor:	Unklare Lage → RT	klare Lage → KTW

Leitstellen sind verpflichtet, im Zweifel das höhere Versorgungsniveau zu wählen. Wenn die Situation telefonisch nicht eindeutig einzuordnen ist, entscheidet man sich fast immer für den RTW, weil:

- die Möglichkeit auf einen echten Notfall besteht,
- der RTW diagnostisch und therapeutisch überlegen ist,
- spätere Hilfeverzögerungen medizinisch und rechtlich zu riskant wären.

Ein KTW wird nur disponiert, wenn die Lage eindeutig nicht zeitkritisch ist und eine medizinisch notwendige Beförderungen ohne akute Gefährdung durchgeführt werden muss/kann. Der RTW ist ein hochqualifiziertes Notfallfahrzeug für akute, unklare und lebensbedrohliche Situationen.

Diese unterschiedlichen Aufgaben dieser beiden Einsatzfahrzeuge führt zwangsläufig zu unterschiedlichen Einsatzhäufigkeiten, unterschiedlichen Steigerungsraten und unterschiedlichen Trends. Laut GBE-Bund sind die Leistungsfälle in den letzten zehn Jahren (2014-2024) bei den KTW-Fahrten von 6.535.864 auf 5.645.696 (-13,7%) gesunken, wohingegen sie bei den RTW-Einsätzen von 4.705.794 auf 6.058.727 (+28,8%) gestiegen sind.

7d

Verbände, Hilfsorganisationen Rettungsdienste und Krankentransporte

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



Die Bedeutung der deutschen Hilfsorganisationen und Verbände für das Rettungswesen

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

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

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

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

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

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

Die Hilfsorganisationen sind ein unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Rettungswesens. Ohne ihren Beitrag würde die Versorgungssicherheit, insbesondere in Krisenzeiten und angesichts der steigenden Belastungen, nicht gewährleistet sein. Die Politik muss ihre Bedeutung anerkennen und sie bei der Bewältigung der aktuellen Herausforderungen stärker unterstützen, um die flächendeckende Notfallversorgung nachhaltig zu sichern, dennoch mangelt es, wie in anderen Gesundheitsfachberufen auch, an gut ausgebildetem Nachwuchs oder erfahrener Personal. Umso erfreulicher ist die steigende Akzeptanz des Berufsbildes und die steigenden Zahlen im Ausbildungsberuf als Notfallsanitäter bei jungen Erwachsenen. Im Ausbildungsjahr 2023/2024 befanden sich über 11.000 (+10% ggü. Vorjahr) Schülerinnen und Schüler im ersten Lehrjahr einer rettungsfachlichen Ausbildung, mit stark steigender Tendenz im Vergleich zu den Vorjahren. Das ist zwar eine ermutigende Entwicklung, kompensiert aber immer noch nicht die dünnen Personaldecken in den Verbänden, Hilfsorganisationen und Feuerwehren.

7d.1 Arbeiter-Samariter-Bund – ASB

Der Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V. (ASB) ist ein gemeinnütziger, eingetragener Verein und eine deutschlandweit tätige Hilfs- und Wohlfahrtsorganisation mit Sitz in Köln. Die parteipolitisch und konfessionell unabhängige Organisation gliedert sich strukturell in den Bundesverband, 16 Landesverbände sowie zahlreiche Regional-, Kreis- und Ortsverbände. Hinzu kommen rund 130 gGmbHs und GmbHs.

Insgesamt engagieren sich beim ASB über 50.000 hauptamtliche und etwa 20.000 freiwillige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Finanziert wird der ASB hauptsächlich durch Spenden, Fördergelder und Mitgliedsbeiträge. Der Verband zählt rund 1,4 Millionen Mitglieder, deren Beitragshöhe frei wählbar ist.

Die Schwerpunkte der Arbeit des ASB liegen in den Bereichen Pflege, Kinder- und Jugendhilfe, Teilhabe, Rettungsdienst, Erste Hilfe, Katastrophenschutz sowie Auslandshilfe. Als anerkannte Hilfsorganisation bietet der ASB vielfältige Aus- und Fortbildungsprogramme an, unter anderem Erste-Hilfe-Kurse, Schulungen für den Rettungs- und Sanitätsdienst sowie Qualifizierungen im Bereich Katastrophenschutz.

Darüber hinaus leistet der ASB weltweit humanitäre Hilfe in zahlreichen Projekten in über 30 Ländern. Als Wohlfahrtsverband konzentriert sich der ASB besonders auf die Altenhilfe und -pflege, die Kinder-, Jugend- und Behindertenhilfe sowie auf Programme zur Förderung von sozialer Teilhabe und Inklusion.¹

7d.2 Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz – BKS

Der Bundesverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e.V. (BKS) wurde 1985 unter dem Namen „Bundesverband eigenständiger Krankentransport- und Sanitätsdienstleister“ gegründet. Er ist heute ein bundesweiter Dachverband für private Rettungsdienste mit Hauptsitz in Berlin.

Der BKS vertritt die Interessen seiner 150 Mitgliedsunternehmen mit insgesamt über 6.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich des Rettungsdienstes, Krankentransports und Katastrophenschutzes. Geleitet wird der Verband von einem Vorstandsgremium, dem neben dem Präsidenten auch zwei Vizepräsidenten angehören.

Als Dachverband ist der BKS in 16 Landes- und Regionalverbände privater Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen eingebunden. Finanziert wird der Verband durch Fördergelder und jährliche Mitgliedsbeiträge.

Die zentralen Leistungen des BKS umfassen die Interessenvertretung seiner Mitglieder gegenüber Politik, Verwaltung und Kostenträgern, die Beratung und Betreuung in fachlichen und rechtlichen Fragen, die Information zu aktuellen Entwicklungen im Rettungswesen sowie die Unterstützung bei der Erstellung von Abschlussarbeiten und wissenschaftlichen Projekten im Bereich Rettungsdienstmanagement.

Darüber hinaus engagiert sich der Verband für die Verbesserung der Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes und bringt seine Expertise in Ausschüssen und Gremien auf Landes- und Bundesebene ein.²

7d.3 Deutscher Berufsverband Rettungsdienst – DBRD

Der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst e.V. (DBRD) ist die maßgebliche Interessenvertretung für das Rettungsfachpersonal in Deutschland – gegründet am 21. November 2006 und mit Sitz in Lübeck. Zwischenzeitlich zählte der Verband über 15.600 Mitglieder (Stand: Juli 2024), was ihn zu einer der größten Fachvertretungen im Rettungsdienst macht. Organisatorisch gliedert sich der DBRD in Vorstand, Beirat, ärztlichen Beirat und die Mitgliederversammlung – ergänzt durch regionale Landesgruppen und thematische Sektionen. Finanzieren lässt sich der Verband durch Mitgliedsbeiträge, Fördermitglieder und projektbezogene Einnahmen; hinzu kommen Erlöse aus eigenen Kurs- und Fortbildungsaktivitäten.

¹ <https://www.asb.de> (Stand: 05.12.2025).

² <https://www.bks-rettungsdienst.de> (Stand: 05.12.2025).

Ziel des DBRD ist eine moderne, qualitativ hochwertige, richtlinienbasierte und einheitliche präklinische Notfallversorgung in Deutschland. Dafür spricht er sich für klare Kompetenzregelungen, einheitliche Aus- und Fortbildungsstandards und eine vernünftige Personalausstattung im Rettungsdienst aus.

In den letzten Jahren hat der Verband seine Aktivitäten deutlich ausgeweitet: So bietet er über seine DBRD Akademie eine breite Palette zertifizierter Fort- und Weiterbildungen an – darunter Kurse wie PHTLS, AMLS, 12-Leads und TECC –, sofern internationale Standards und aktuelle rettungsmedizinische Leitlinien berücksichtigt werden. Zudem veröffentlicht der DBRD regelmäßig aktualisierte Musteralgorithmen; die neueste Version 10.0 erschien Anfang 2025 und erweitert u.a. die Therapieoptionen bei Herzrhythmusstörungen. Auch organisatorisch reagiert der DBRD auf aktuelle Herausforderungen: So erschien im Sommer 2025 erstmals ein spezieller Algorithmus, der sich gezielt an Rettungssanitäter:innen richtet – mit klar strukturierten Handlungspfaden, um Einsätze auch dann sicher und patientengerecht durchzuführen, wenn weitere Rettungsmittel verzögert eintreffen.

Parallel engagiert sich der Verband auf politischer Ebene: Er ist regelmäßig in politische und berufspolitische Gremien eingebunden, nimmt an Gesetzgebungsverfahren teil und bringt Stellungnahmen zu Reformen der Notfallversorgung ein. Besonders aktuell ist seine Kritik an der schleppenden Umsetzung von Reformvorhaben im Rettungsdienst – so etwa in einem offenen Brief Anfang 2025, in dem der DBRD konkrete Forderungen hinsichtlich Personalausstattung, Ausbildung und Rechtsklarheit artikuliert.

Insgesamt positioniert sich der DBRD heute nicht mehr nur als Interessenvertretung, sondern als maßgeblicher Gestalter der Rettungsdienstlandschaft in Deutschland – mit Fokus auf Qualität, Sicherheit, Fortbildung und gesellschaftlicher Anerkennung für Rettungsfachkräfte.³

7d.4 Deutsche Lebensrettungsgesellschaft – DLRG

Die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft e.V. ist eine gemeinnützige Wasserrettungs- und Hilfsorganisation, welche 1913 gegründet wurde. Sie hat ihren Sitz in Bad Nenndorf und ist mit seinen ca. 600.000 Mitgliedern die größte, freiwillige Wasserrettung weltweit. Die Verbandsstruktur des DLRG setzt sich aus den Landes-, Bezirks-, Kreis- und Stadtverbänden zusammen. Die Ortsgruppen sind die Träger der praktischen Arbeit, sie sind die eigentlichen Vereine in der DLRG mit separaten Vorständen. Die DLRG finanziert sich als größtenteils ehrenamtliche Organisation durch Spenden und Mitgliederbeiträge. Das hauptsächliche Ziel der DLRG ist die Bekämpfung des Ertrinkungstodes durch Aufklärung, Aus- und Fortbildung in der Selbstrettung und im Rettungsschwimmen sowie eines flächendeckenden Wasserrettungsdienstes. Zudem spielt die Ausbildung im Erste-Hilfe-Bereich und die Kinder- und Jugendarbeit der DLRG-Jugend eine wichtige Rolle. Abhängig von der jeweiligen Ländergesetzgebung kommen spezifische Tätigkeiten im Katastrophenschutz der Länder hinzu.⁴

7d.5 Deutsches Rotes Kreuz – DRK

Das 1921 gegründete gemeinnützige Deutsche Rote Kreuz e.V. gehört zum Verbund der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung. Das in Berlin ansässige DRK verfügt über drei Millionen Mitglieder in Deutschland und ca. 15 Millionen Helfern und Mitgliedern weltweit, die sich in unterschiedlichen Arbeitsbereichen haupt- oder ehrenamtlich oder als Fördermitglieder engagieren. Zu den wichtigsten nationalen Aufgaben gehören neben der akuten Notfallhilfe in Großschaden- oder Katastrophenfällen auch die Kinder-, Jugend-, Familien und Altenhilfe sowie Gesundheits- und Suchtdienste und die Ausbildung im Jugendrotkreuz. Das DRK ist auch international sehr aktiv und engagiert sich bspw. im Katastrophenschutz in Afghanistan oder organisiert humanitäre Hilfe in Somalia und der Ukraine. Die Mitglieder, haupt- und ehrenamtlich Beschäftigten des DRK sind in einer föderalen Struktur organisiert. Neben dem Bundes-

3 <https://www.dbrd.de> (Stand: 05.12.2025).

4 <https://www.dlrg.de> (Stand: 05.12.2025).

verband existieren weitere 19 Landesverbände inkl. Schwesternschaften, die sich wiederum in ca. 480 Kreisverbände bzw. 31 Schwesternschaften und mehr als 4.500 Ortsvereine aufteilen.⁵

7d.6 Johanniter-Unfallhilfe – JUH

Die Johanniter-Unfallhilfe entstammt ursprünglich dem Johanniterorden und wurde 1952 als evangelische Hilfsorganisation ein Jahr vor der katholischen Schwesterorganisation, dem Malteser Hilfsdienst, gegründet. Anlass der Gründung waren die dramatisch ansteigenden Unfallzahlen im Straßenverkehr. Heute liegt der Fokus der Johanniter ähnlich wie bei den anderen Hilfsorganisationen im ehren- und hauptamtlichen Rettungs- und Sanitätsdienst, im Katastrophenschutz, in sozialen Aufgaben und Dienste in der Kranken- und Altenpflege und der Erste-Hilfe-Ausbildung vornehmlich junger Menschen, aber auch in internationaler Flüchtlingshilfe. Die JUH zählt nach eigenen Angaben mit ca. 33.000 hauptamtlich Beschäftigten und 44.000 ehrenamtlichen Helfern und knapp 1,2 Millionen Fördermitgliedern auch zu den größten europäischen Hilfsorganisationen. Organisatorisch gliedert sich die JUH in neun Landesverbände, die in weiteren Orts-, Kreis- und Regionalverbände organisiert sind.⁶

7d.7 Malteser Hilfsdienst – MHD

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

weiterhin Hilfe für die Menschen in der Ukraine und Menschen auf der Flucht durch Organisation von Finanz- und Sachspenden sowie Hilfsgütertransporte.⁷

7d.8 Deutscher Feuerwehrverband – DFV

Der Deutsche Feuerwehrverband e. V. ist eine gemeinnützige Dachorganisation der deutschen Feuerwehren mit Sitz in Berlin. Seine Anfänge findet der Verband 1853, neugegründet wurde er abermals am 12. Januar 1952 in Fulda. Seit 1990 gehören zu dem Verband der deutschen Feuerwehren alle 16 Landesfeuerwehren, die Bundeswehr-Feuerwehren sowie der Berufs- und Werkfeuerwehren, Angehörige der Jugendfeuerwehr zählen ebenfalls zu den etwa 1,4 Millionen Feuerwehrangehörigen. Als Spitzenverband vertritt er die Interessen des deutschen Feuerwehrwesens u. a. im Deutschen Bundestag, in Gremien und Ausschüssen. Die Verbandsstruktur setzt sich aus der Delegiertenversammlung, welche das oberste Verbandsorgan darstellt, dem Präsidialrat, dem Präsidium sowie dem Beirat zusammen. Finanziert wird der DFV durch Beiträge seiner ordentlichen Mitglieder, zudem kann der Verband durch Fördermitgliedschaften unterstützt werden.⁸

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

Die AGBF Bund ist eine sich selbst tragende Vereinigung im Deutschen Städtetag und schließt alle zurzeit 111 Berufsfeuerwehren zusammen und wurde 1952 in Mannheim gegründet. In jedem der 16 Bundesländer vertreten die jeweiligen Leiter der Berufsfeuerwehren das Bundesland im AGBF Bund. Zu den wichtigsten Aufgaben des AGBF Bund zählt vor allem die Kommunikation unter den Berufsfeuerwehren und darüber hinaus mit allen freiwilligen Feuerwehren in Deutschland. Dabei steht der Erfahrungsaustausch und die Koordination zu den wichtigsten Fragen des Feuerwehrwesens, wie zum Beispiel des Rettungsdienstes, des Katastrophenschutzes und der Gefahrenabwehr auf dem Gebiet des Umweltschutzes, untereinander im Vordergrund. Die

5 <https://www.drk.de> (Stand: 05.12.2025).

6 <https://www.johanniter.de> (Stand: 05.12.2025).

7 <https://www.malteser.de> (Stand: 05.12.2025).

8 <https://www.feuerwehrverband.de> (Stand: 05.12.2025).

kommunikative Arbeit beinhaltet auch den Austausch mit ausländischen, europäischen Feuerwehren, um bspw. eine vergleichbare Qualität in der Ausbildung von Feuerwehr- und Rettungskräften herzustellen. Der AGBF Bund stimmt sich in Grundsatzfragen auch eng mit dem Deutschen Feuerwehrverband (DFV) und dem Deutschen Städtetag ab.⁹

7d.10 Bündnis Pro Rettungsdienst

Das Bündnis hat sich im Herbst des Jahres 2022 neu gegründet. Im Kern handelt es sich um eine Bestrebung die Notfallversorgung zu reformieren und gemeinsam alle relevanten Akteure der ambulanten, stationären und rettungskundlichen Notfallversorger in Deutschland zu beteiligen. Mitwirkende Unterstützer des Bündnisses sind¹⁰:

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

7d.11 Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften – DGR

Die Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften wurde 2019 noch unter dem Namen "Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaft im Rettungsdienst" gegründet. Ziel ist es, die Forschungsaktivitäten durch ein Netzwerk aus Hochschulen, Forschenden, Lehrenden, Leitenden und Notfallsanitäter innerhalb der Rettungswissenschaften herauszubilden, um eine nachhaltige Entwicklung der neuen Disziplin Rettungswissenschaften zu ermöglichen. Die Versorgung durch den Rettungsdienst soll damit entscheidend nachhaltiger, patientenorientierter und professioneller werden. Ende 2024 verzeichnet die DGR 532 Mitglieder.¹¹

⁹ <https://www.agbf.de> (Stand: 05.12.2025).

¹⁰ <https://pro-rettungsdienst.org> (Stand: 05.12.2025).

¹¹ <https://www.dgre.org> (Stand: 05.12.2025).

8

Abrechnungsbarometer – Bewegungsdatenanalyse

Stefan Moritz,
Data Scientist der opta data Gruppe



8a	Heilmittel	234
8b	Hilfsmittel	240
8c	Pflege	284
8d	Rettungsdienste und Krankentransporte	304

Hinweis

Das Kapitel 8 mit den Analysegrafiken zu den Bewegungsdaten der einzelnen Berufsgruppen, finden Sie als kostenlosen Download unter:

<https://od.link/jahrbucharchiv>

Die folgenden Seiten 230 bis 235 sollen Ihnen einen ersten Eindruck der Inhalte vermitteln.



Mit dem opta data Abrechnungsbarometer wird eine jährlich fortgesetzte Betrachtung zur Entwicklung von Versorgungsdienstleistungen durch die sonstige Leistungserbringer vorgelegt. Diese Betrachtungsweise bezeichnen wir im vorliegenden Zusammenhang als Bewegungsdatenanalyse, insofern das Rezeptaufkommen eine fortlaufend dynamische Größe ist und die Häufigkeit ausgestellter Rezepte im Zeitverlauf variiert. Die dazu notwendigen Daten stammen von der opta data Finance GmbH, die sie der opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH für diesen und andere gemeinnützige, wissenschaftliche Zwecke in Form anonymisierter Datensammlungen jährlich zur Verfügung stellt. Die Auswertung wird mit den folgenden Jahresausgaben auch in diesem Jahr fortgeschrieben. Die jährliche Betrachtung der anonymisierten Versorgungsdaten stellt den basisempirischen Input der Jahrbücher dar, sodass die dauerhafte Beobachtung der Entwicklungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Heilmittel, Hilfsmittel, ambulante Pflege und Kranken- und Rettungstransporte) institutionalisiert werden kann. Die regelmäßig wiederkehrende Betrachtung der Versorgungsdaten ermöglicht eine dynamische Perspektive auf die Versorgungsfelder der Gesundheitsfachberufe. Damit lassen sich Veränderungen in den Therapie- bzw. Versorgungstrends identifizieren und – mit Blick nach vorne – können sich auch neue interessante Fragestellungen ergeben.

Aufgrund der strukturellen Unterschiede hinsichtlich Zusammensetzung und Kennzeichnung innerhalb der Versorgungsbereiche, sowie Unterschieden in den zur Verfügung stehenden Datengrundlagen, werden jeweils verschiedene Betrachtungslogiken herangezogen.

Heilmittel

Im Versorgungsbereich Heilmittel werden Index-Zeitreihen für die zwölf am häufigsten versorgten Leistungsarten ausgewiesen. Die Leistungsarten ergeben sich aus der zweiten und dritten Stelle der Positionsnummer laut GKV Heilmittelverzeichnis. Der Index bezieht sich hierbei auf das Abrechnungsvolumen (in €) der sonstigen Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der Basiswert (100%) wird auf das erste Quartal 2018 festgelegt – alle folgenden Quartalswerte verstehen sich relativ zum Basiswert. Zu jeder Index-

Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der Indexwerte über die Zeit).

Hilfsmittel

Im Versorgungsbereich Hilfsmittel wird jede Produktgruppe des GKV Hilfsmittelverzeichnisses in zwei untereinanderstehenden Grafiken veranschaulicht. Die erste Grafik zeigt die quartärlische Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina über die letzten sechs Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit). Die jeweils zweite Grafik soll einen tieferen Blick in die Produktgruppen ermöglichen. Zu diesem Zweck werden hier innerhalb jeder Produktgruppe je fünf Zeitreihen für die umsatzstärksten (*im Kalenderjahr 2024) Produktuntergruppen dargestellt. Die Produktuntergruppen ergeben sich aus den ersten sechs Stellen der Positionsnummer laut GKV Hilfsmittelverzeichnis. Zusätzlich zum GKV Hilfsmittelverzeichnis werden auch Produktuntergruppen berücksichtigt, die aus gesonderten Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen resultieren.

Pflege

Im Versorgungsbereich Pflege werden Abrechnungsvolumina je Patient/Leistungserbringer (jeweils in €) in der zeitlichen Entwicklung über die letzten sechs Jahre dargestellt. Berücksichtigt werden hierbei Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB V sowie SGB XI. Diese beiden Bereiche werden sowohl gemeinsam als auch getrennt ausgewiesen. Aufgrund der starken Unterschiede bei der Pflegeversorgung in den einzelnen Bundesländern, werden außerdem separate Zeitreihen für jedes Bundesland dargestellt. Außerdem dienen Balkendiagramme dem direkten Bundeslandvergleich für das Kalenderjahr 2024. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der jeweiligen Kennzahlen über die Zeit).

Rettungsdienste und Krankentransporte

Im Versorgungsbereich Rettungsdienste und Krankentransporte werden Zeitreihen für die sechs wichtigsten Transportleistungen, sowie eine Zeitreihe aller Trans-

portleistungen ausgewiesen. Die Zeitreihen zeigen die quartärlche Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina (in €) über die letzten sechs Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit).

Dem Leser soll mit dem Kapitel ein grober Überblick über die Versorgungsentwicklung der unterschiedlichen Leistungen gegeben werden, so dass er ggf. die Möglichkeit bekommt, die Erfahrungen aus seinem Betrieb im Kontext der Entwicklung des gesamten Marktes in einen übergeordneten Kontext einzuordnen.

Serviceangebot

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

Weitere Informationen zum Thema Datenanalyse, Bewegungsdaten oder Marktanalysen stehen auf der Website www.optadata.de/analytics.

Auf Grundlage von Abrechnungsinformationen, wird eine fortlaufende Betrachtung zur Entwicklung von Versorgungungen durch die sonstige Leistungserbringer vorgelegt. Diese Betrachtungsweise bezeichnen wir im vorliegenden Zusammenhang als Bewegungsdatenanalyse, insofern das Rezeptaufkommen eine fortlaufend dynamische Größe ist und die Häufigkeit ausgestellter Rezepte im Zeitverlauf variiert. Die dazu notwendigen Daten stammen von der opta data Finance GmbH, die sie in Form anonymisierter Datensammlungen jährlich zur Verfügung stellt. Die Auswertung wird mit den folgenden Jahresausgaben auch in diesem Jahr fortgeschrieben. Die jährliche Betrachtung der anonymisierten Verordnungsdaten stellt den basisempirischen Input der Jahrbücher dar, sodass die dauerhafte Beobachtung der Entwicklungen in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Heilmittel, Hilfsmittel, ambulante Pflege und Kranken- und Rettungstransporte) institutionalisiert werden kann. Die regelmäßig wiederkehrende Betrachtung der Versorgungsdaten ermöglicht eine dynamische Perspektive auf die Versorgungsfelder der Gesundheitsfachberufe. Damit lassen sich Veränderungen in den Therapie- bzw. Versorgungstrends identifizieren und – mit Blick nach vorne – können sich auch neue interessante Fragestellungen ergeben.

Aufgrund der strukturellen Unterschiede hinsichtlich Zusammensetzung und Kennzeichnung innerhalb der Versorgungsbereiche, sowie Unterschieden in den zur Verfügung stehenden Datengrundlagen, werden jeweils verschiedene Betrachtungslogiken herangezogen.

Im Versorgungsbereich Heilmittel werden Index-Zeitreihen für die zwölf am häufigsten versorgten Leistungsarten ausgewiesen. Die Leistungsarten ergeben sich aus der zweiten und dritten Stelle der Positionsnummer laut GKV Heilmittelverzeichnis. Der Index bezieht sich hierbei auf das Abrechnungsvolumen (in €) der sonstigen Leistungserbringer mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der Basiswert (100%) wird auf das erste Quartal 2018 festgelegt – alle folgenden Quartalswerte verstehen sich relativ

zum Basiswert. Zu jeder Index-Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der Indexwerte über die Zeit).

Im Versorgungsbereich Hilfsmittel wird jede Produktgruppe des GKV Hilfsmittelverzeichnisses in zwei untereinanderstehenden Grafiken veranschaulicht. Die erste Grafik zeigt die quartärlie Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina über die letzten 5 Jahre. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfache lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit). Die jeweils zweite Grafik soll einen tieferen Blick in die Produktgruppen ermöglichen. Zu diesem Zweck werden hier innerhalb jeder Produktgruppe je 5 Zeitreihen für die umsatzstärksten (*im Kalenderjahr 2022) Produktuntergruppen dargestellt. Die Produktuntergruppen ergeben sich aus den ersten 6 Stellen der Positionsnummer laut GKV Hilfsmittelverzeichnis.

Im Versorgungsbereich Pflege werden Abrechnungsvolumina je Patient/Leistungserbringer (jeweils in €) in der zeitlichen Entwicklung über die letzten 5 Jahre dargestellt. Berücksichtigt werden hierbei Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB V sowie SGB XI. Diese beiden Bereiche werden sowohl gemeinsam als auch getrennt ausgewiesen. Aufgrund der starken Unterschiede bei der Pflegeversorgung in den einzelnen Bundesländern, werden außerdem separate Zeitreihen für jedes Bundesland dargestellt. Außerdem dienen Balkendiagramme dem direkten Bundeslandvergleich für das Kalenderjahr 2025. Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der jeweiligen Kennzahlen über die Zeit).

Im Versorgungsbereich Krankentransporte und Rettungsdienste werden Zeitreihen für die fünf wichtigsten Transportleistungen, sowie eine Zeitreihe aller Transportleistungen ausgewiesen. Die Zeitreihen zeigen die quartärlie Entwicklung der QKV Abrechnungsvolumina (in €) über die letzten 5 Jahre.

Zu jeder Zeitreihe wird zusätzlich eine Trendlinie eingezeichnet (*errechnet durch einfach lineare Regression der Abrechnungsvolumina über die Zeit).

Dem Leser soll mit dem Kapitel ein grober Überblick über die Versorgungsentwicklung der unterschiedlichen Leistungen gegeben werden, so dass er ggf. die Möglichkeit bekommt, die Erfahrungen aus seinem Betrieb im Kontext der Entwicklung des gesamten Marktes in einen übergeordneten Kontext einzuordnen.

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

8d

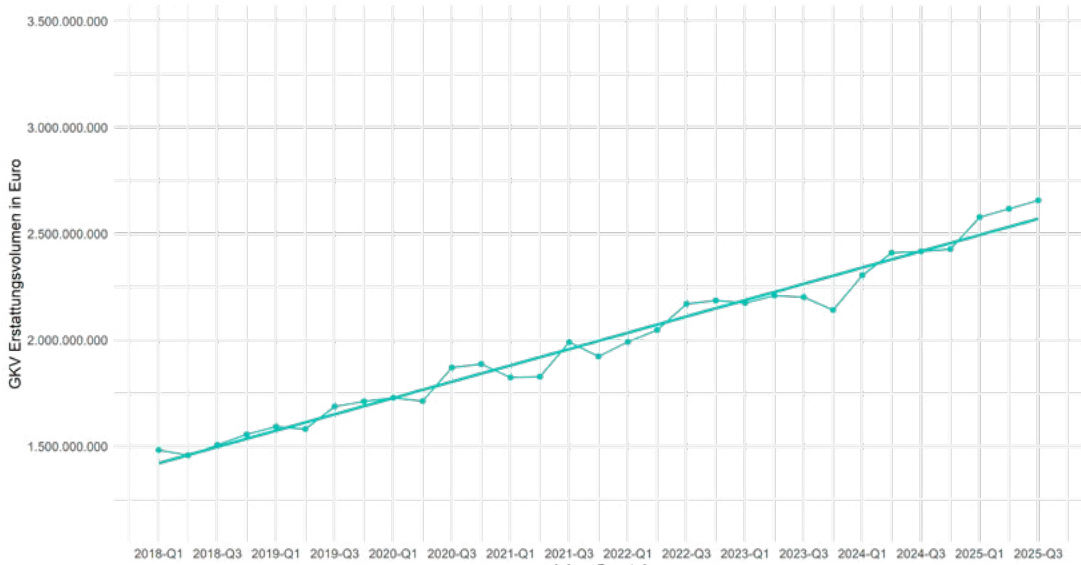
Rettungsdienste und Krankentransporte

Stefan Moritz,
Data Scientist der opta data Gruppe

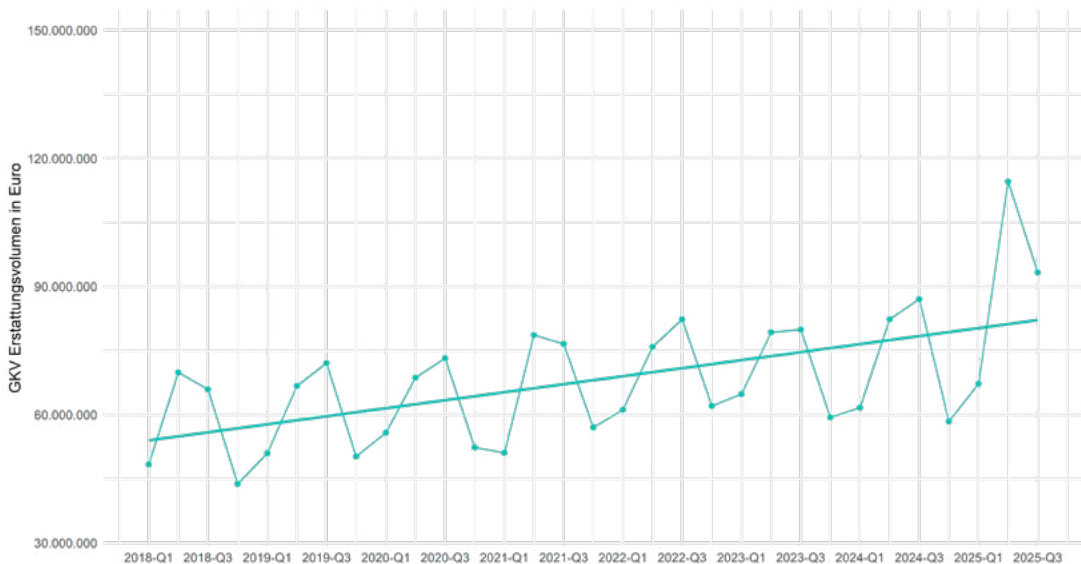
Im Versorgungsbereich Rettungsdienste und Krankentransporte werden Zeitreihen für die fünf wichtigsten Transportleistungen, sowie eine Zeitreihe aller Transportleistungen ausgewiesen. Die Zeitreihen zeigen die quartärlie Entwicklung der GKV Abrechnungsvolumina (in €) über die letzten 5 Jahre. Zu jeder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

Entwicklung Abrechnungsvolumen in den unterschiedlichen Leistungsarten

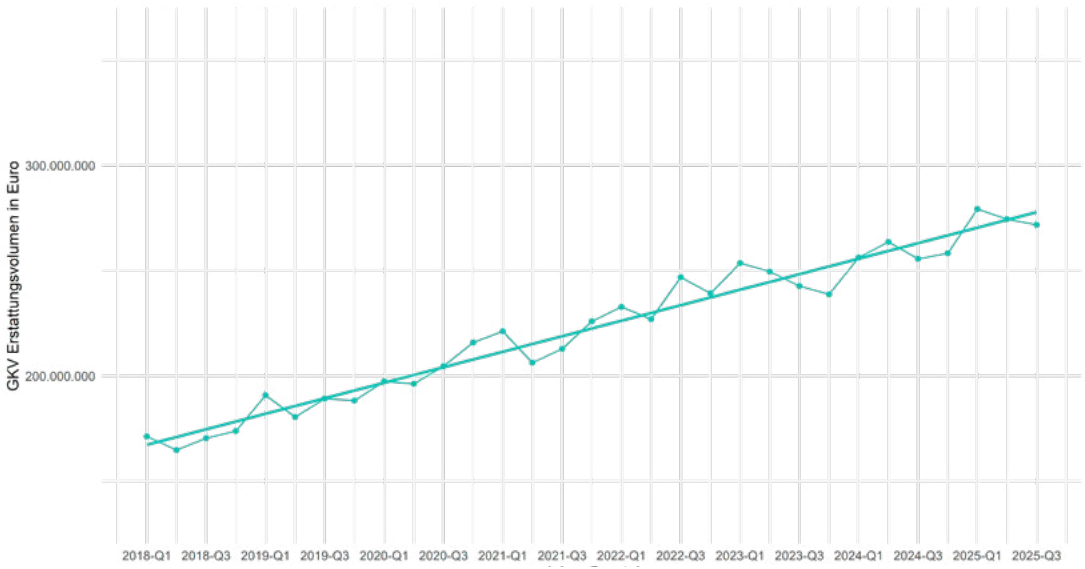
Alle Transportleistungen



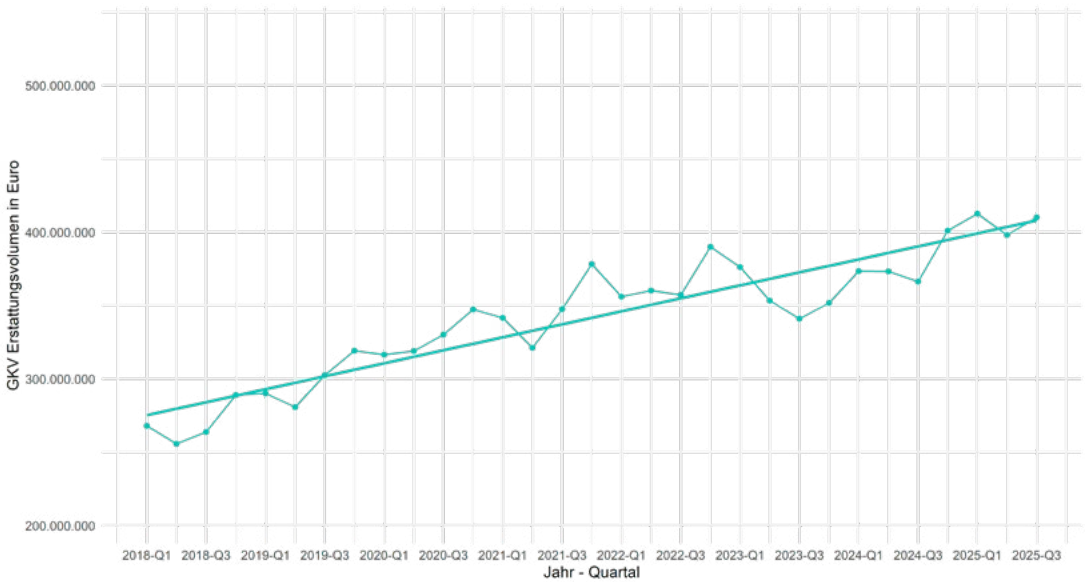
Flugrettung



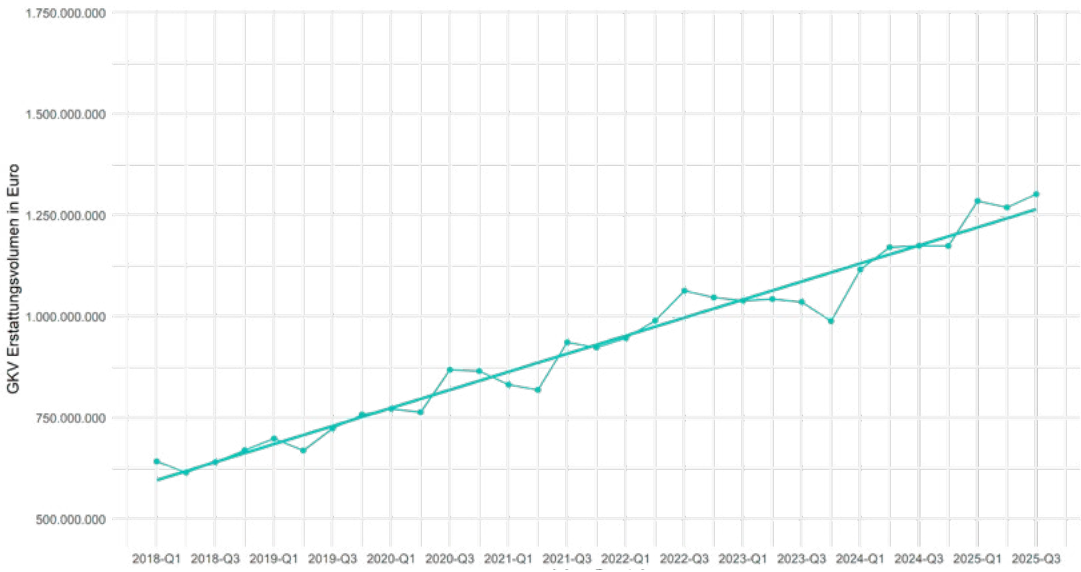
Krankentransportwagen



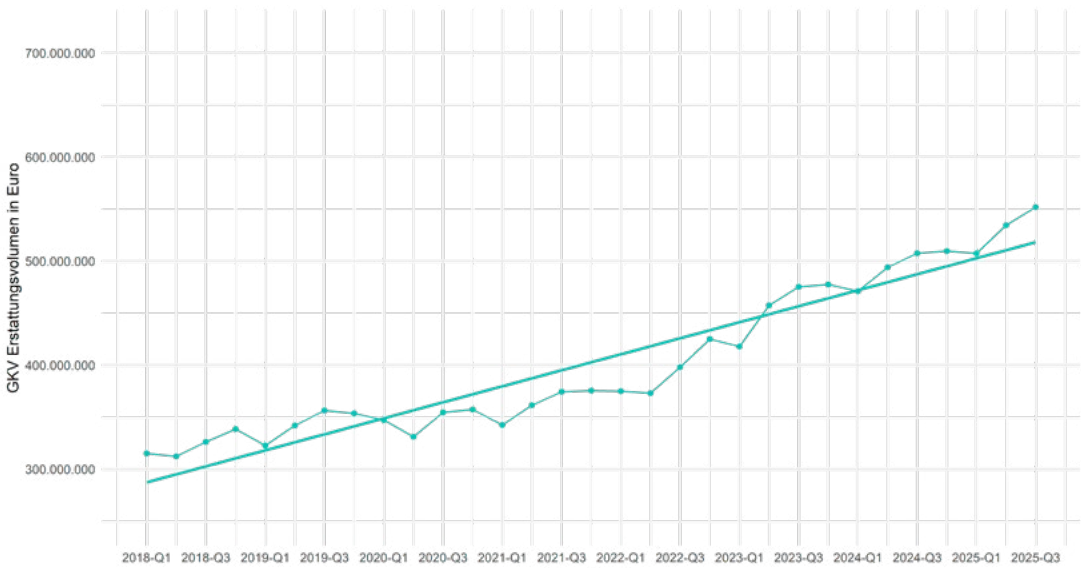
Notarzwagen



Rettungswagen



Taxen und Mietwagen



9

Glossar

Rettungsdienste

Arztbegleiteter Patiententransport³

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

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)¹

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

Berg- und Höhlenrettung³

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

Bodengebundener Rettungsdienst⁵

Der Rettungsdienst ist in Deutschland aufgeteilt in fünf Rettungsdienstbereiche: Bodengebundener Rettungsdienst, Luftrettung, Bergrettungsdienst, Höhlenrettung und Wasserrettung. Zum bodengebundenen Rettungsdienst, der die Aufgabe der Notfallrettung und des Krankentransportes hat, zählen medizinisches Personal mit Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzt-

einsatzfahrzeug sowie Krankentransportwagen. Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes sind zumeist die Landkreise und die kreisfreien Städte.

Durchführende des Rettungsdienstes³

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

Eigenerledigung, Inhouse-Vergabe²

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

Fehlfahrten

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

Gemeinde-Notfallsanitäter (GNS)

Die Weiterbildung zum Gemeinde-Notfallsanitäter erfolgt in einem mehrmonatigen Lehrgang. Dabei werden etwa 500 Stunden in Vollzeit, mit aufeinander abgestimmten praktischen und theoretischen Unterrichtsphasen absolviert. Inhalte der theoretischen

Ausbildung sind z.B. Kenntnisse über Schnittstellen, chronische Erkrankungen, Pharmakologie, Wundmanagement und vieles mehr.⁹

Großschadensereignis⁷

Ein größeres Notfallereignis unterhalb der Katastrophenschwelle.

Hilfsfrist⁵

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

Integrierte Regionalleitstellen⁶

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

Intensivtransporthubschrauber (ITH)³

Luftfahrzeuge, die in erster Linie für den artzbegleiteten Transport von Intensivpatienten eingesetzt werden. Die Norm DIN 13230-4 regelt die Ausstattung des ITH.

Intensivtransportwagen (ITW)³

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

Konzession²

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

Krankenkraftwagen (KKW)³

Straßenfahrzeuge, die zum Transport von Kranken oder Verletzten verwendet werden und nach den

Zulassungsdokumenten als Krankenkraftwagen ausgewiesen sind.

Krankentransport, qualifiziert (KT)³

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

Krankentransport, nichtqualifiziert

Nichtqualifizierte Transporte werden zumeist durch reguläre Taxiunternehmen durchgeführt, denn hier wird kein medizinischen Fachpersonal benötigt. Die Fahrgäste brauchen während einer bspw. „Patientenfahrt“ weder eine medizinischen Betreuung noch die medizinischen Ausstattung eines Krankenkraftwagens. Ist ein Patient nicht gehfähig (z. B. aufgrund einer vorhandenen Grunderkrankung), so muss der Transport sitzend in einem Tragestuhl oder liegend auf einer Trage durchgeführt werden. Oft werden diese Fahrten aber auch von Transport- und Taxiunternehmen durchgeführt, die über spezielle Fahrzeuge verfügen. Nichtqualifizierte Krankentransporte werden auch Patientenfahrtdienst, Krankenfahrt oder Patientenfahrten genannt.

Krankentransportwagen (KTW)³

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

Leitender Notarzt (LNA)¹

Der Leitende Notarzt hat eine Zusatzqualifikation zu erwerben und muss im Besitz des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ oder des speziellen Zusatzes „Rettungsmediziner“ sein. Der LNA ist im Großschadensfall vor Ort zuständig für den reibungslosen organisatorischen Ablauf. In manchen Landesgesetzen ist die Aufgabe des LNA zusammen mit dem OrgLRD konkret definiert, in anderen Bundesländern ist die Aufgabe dagegen nicht klar zugewiesen. Der LNA muss zudem über Detailkenntnisse des regionalen Rettungsdienstbereichs verfügen und anwenden können.

Leitstellendisponent (LSD)¹

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

Luftrettung³

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

Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV)⁶

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

Mobile Retter (MR)

MR sind qualifizierte Ersthelfer (z. B. medizinisch geschultes Personal), die per App in der Nähe eines medizinischen Notfalls alarmiert werden, um noch vor dem Rettungsdienst lebensrettende Maßnahmen einzuleiten. Ihre Aufgabe ist es, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Stillständen die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu überbrücken und so die Überlebenschancen deutlich zu erhöhen.

Notarzt (NA)¹

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

Notarzt-Einsatzfahrzeug (NEF)³

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

Notarztwagen (NAW, Pos. 1)³

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

Notdienst³

Mitwirkung von Notärzten in der Notfallrettung.

Notfallmedizinische Versorgung³

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

Notfallpatient³

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

Notfallrettung³

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

Notfallsanitäter (NFS)¹

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

Notfalltransport³, Rettungseinsatz⁴

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

Nutzer des Rettungsdienst⁵

Person, die Leistungen des Rettungsdienstes in Anspruch nimmt.

Öffentlicher Rettungsdienst³

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

Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgLRD)¹

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

Organisierte Erste Hilfe³

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

Patientenrückholung³

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

Privater oder gewerblicher Rettungsdienst²

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

Rettungsdienstbereich⁵

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

Rettungssanitäter (Rettsan)¹

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

Rettungsassistent (RA)¹

Die Ausbildung des RA umfasst zwei Jahre in theoretischer und praktischer Ausbildung im ersten Lehrjahr und einem anschließenden Praktikum auf einer Lehrrettungswache. Seit 2015 wurde der RA durch den Notfallsanitäter (NFS) ersetzt. Der RA konnte in allen Bereichen des Rettungsdienstes im Rahmen seiner Kompetenz und Ausbildungsinhalten eingesetzt werden, u. a. als Fahrer von RTW, NAW oder Verantwortlicher auf dem KTW.

Rettungshelfer (RH)¹

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

Rettungsmittel/Rettungsfahrzeuge¹

Grundlage für das Verständnis über die einzusetzenden Rettungsmittel geben die beiden europaweit gültigen Normen DIN EN 1789 „Rettungsfahrzeuge und deren Ausrüstung Krankenkraftwagen“ und DIN EN 1865 „Festlegungen für Krankenkraftwagen und andere Krankentransportmittel im Krankenkraftwagen“. Rettungsfahrzeuge sind die nach dem Landesrettungsdienstplan zum Einsatz im Rettungsdienst bestimmten boden- und luftgebundenen Rettungstransportmittel.

Rettungstransporthubschrauber³

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

Rettungswache⁶

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

Rettungswagen (RTW)

Der RTW ist ein speziell ausgestattetes Einsatzfahrzeug zur notfallmedizinischen Versorgung und zum Transport von Patientinnen und Patienten. Seine Aufgabe ist es, vor Ort lebensrettende Maßnahmen durchzuführen, den Zustand zu stabilisieren und den sicheren Transport in eine geeignete medizinische Einrichtung zu gewährleisten.

Sanitätsdienst bei Veranstaltungen³

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

Sekundärtransport⁸

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

Submission²

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

Telenotärzte (TNA)

Sind Notärztinnen und Notärzte, die per Video- und Datenübertragung Rettungskräfte aus der Leitstelle heraus medizinisch beraten und anleiten. Ihre Aufgabe ist es, ärztliche Expertise schnell verfügbar zu machen, Behandlungsentscheidungen zu unterstützen und Notärzte vor Ort gezielt zu entlasten.

Unternehmer³

Unternehmer ist, wer Genehmigungsleistungen erbringt.

Verlegungsarzt³

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

Verlegungsarzt-Einsatzfahrzeug³

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

Wasserrettung³

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

-
- 1 Flake, Frank; Boris A. Hoffmann (Hrsg.): Leitfaden Rettungsdienst, 6. Auflage 2017, Elsevier, München.
 - 2 Vergaberecht Rettungsdienst. Nach diesen Modellen vergeben Träger die Leistungen. Forum-Verlag Herkert GmbH, Merching 13.07.2017.
 - 3 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 22. Juli 2008 (GVBl. S. 429) BayRS 215-5-1-I, zuletzt geändert durch §1 Abs. 167 der Verordnung vom 26. Mai 2019 (GVBl. S. 98).
 - 4 Wissenschaftliche Dienste: Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen. WD 9 – 3000 – 105/14. 2016.
 - 5 Rettungsdienstgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (RettdG LSA) vom 18. Dezember 2012, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (GVBl. LSA S. 76, 80).
 - 6 Gesetz über den Rettungsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz – BbgRettG) vom 14. Juli 2008 (GVBl./08, [Nr. 10], S.186) geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (GVBl./18, [Nr. 36]).
 - 7 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I S. 646) zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. September 2018 (GVBl. S. 580).
 - 8 Schleswig-Holsteinisches Rettungsdienstgesetz (SHRDG) vom 28. März 2017 letzte berücksichtigte Änderung: §§ 5 und 12 geändert (Art. 8 Ges. v. 12.12.2018, GVOBl. S. 896).
 - 9 https://rettungslandschaft.steiger-stiftung.de/acn_gns-unterschied/ 16.01.2025

10

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Beschreibung	Seite
ABDA	Bundesverband Deutscher Apothekerverbände	72–76
ABVP	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.	220
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil-Club	125
AES	Advanced electronic signature (Fortgeschrittene elektronische Signatur)	38
AGBF Bund	Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren in der Bundesrepublik Deutschland e.V.	226
AGOS	Arbeitsgemeinschaft Orthopädieschuhtechnik	216
AI	Artificial Intelligence	
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	208
AR	Augmented Reality	55
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund e.V.	120
AVG	Anbieterverband qualitätsorientierte Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V.	220 ff
B.A.	Bachelor of Arts	128
B.Eng.	Bachelor of Engineering	128
B.Sc.	Bachelor of Science	128
bad	Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen e.V.	220
BAGEH	Bundesarbeitsgemeinschaft	121
BÄK	Bundesärztekammer	66 ff
BeKD	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.	220
BHP	Berufsverband Heil- und Pflegeberufe e.V.	220
biha	Bundesinnung der Hörakustiker KdöR	217
BIV-OT	Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik	20, 56, 215
BKK	Betriebskrankenkasse	208
BKS	Berufsverband eigenständiger Rettungsdienste und Katastrophenschutz e.V.	224
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	19

Abkürzung	Beschreibung	Seite
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	219
bvitg	Bundesverband Gesundheits-IT e.V.	20
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie e.V.	48
BVZ	Bundesverband der Zweithaarspezialisten e.V.	168, 217
CCC	Chaos Computer Club	18
CRM	Customer Relationship Management	38 ff
DBA	Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen Lehrervereinigung Schlawflhorst-Andersen e.V.	211
DBFK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	30, 219
DBfPP	Deutscher Berufsverband für Pflegeberater und Pflege e.V.	220
DBL	Deutscher Verband für Logopädie e.V.	211 ff
DBRD	Deutscher Berufsverband Rettungsdienste e.V.	224
DBS	Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V.	211 ff
DFeuG	Deutsche Feuerwehr-Gewerkschaft	227
DFV	Deutscher Feuerwehrverband e.V.	226
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.	47 ff
DGRe	Deutsche Gesellschaft für Rettungswissenschaften e.V.	227
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.	47 ff
DiGa	Digitale Gesundheitsanwendungen	18
DiGiG	Digital-Gesetz	18
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungsgesellschaft	225
DPR	Deutscher Pflegerat e.V.	219
DRK	Deutsches Rotes Kreuz	120 ff
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung	20
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.	211 ff

Abkürzung	Beschreibung	Seite
EHDS	European Health Data Space	19
eIDAS	EU-weiter Rechtsrahmen für elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste	39
ePA	Elektronische Patientenakte	13, 18, 43
ERP	Enterprise Resource Planning, wie SAP	38
EU AI Act	European Union Artificial Intelligence Act	22
eurocom	Europ. Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel	217
E-Zert	Plattform qualifizierte Ernährungstherapie & Ernährungsberatung e.V.	61 ff
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr	121
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes	69, 71, 207
GDAG	Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz	19
GDNG	Gesundheitsdatennutzungsgesetz	18
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	48, 57, 61, 66, 76, 172, 210, 215, 230, 234, 242, 306
HC-U	Homecare-Unternehmen	166 ff
HKP	Häusliche Krankenpflege	42
HR	Human Ressource (meistens Personalabteilung)	38
HWK	Handwerkskammer	151, 168
ICM	International Confederation of Midwives (Internationaler Hebammenverband)	51
IKK	Innungskrankenkasse	208
JUH	Johanniter-Unfallhilfe	212, 226
KBS	Knappschaft Bahn-See	208
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung	66 ff
KI	Künstliche Intelligenz	21, 26
KK	Krankenkasse	
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen	38
KTW	Krankentransportwagen	121 ff, 209, 311
LFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V.	221

Abkürzung	Beschreibung	Seite
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse	208
M.Sc.	Master of Science	
MDR	Medical Device Regulation (Medizinprodukte-Verordnung)	22
MHD	Malteser-Hilfsdienst e.V.	121, 226
MPBetreibV	Medizinprodukte-Betreiberverordnung	37
MPG	Medizin-Produktgesetz	37
MR	Mobile Retter	125
MRT	Magnet-Resonanz-Thomographie	21
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum	68 ff
NA	Notararzt	123 ff, 312
NAW	Notarztwagen	122 ff, 312
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug	122 ff, 311
NFS	Notfallsanitäter	122 f, 312
NotSan-APrV	Ausbildungs- und Vergütungsverordnung für Notfallsanitäter	120
NotSanG	Notfallsanitäter Gesetz	120 ff, 312
oddc	opta data Digital Communication GmbH	51
odZ	opta data Zukunfts-Stiftung	57
oS.	ohne Spezialisierung	102
PfIBG	Pflegeberufegesetz	110 ff
PKA	Pharmazeutisch kaufmännische Angestellte	73
PTA	Pharmazeutisch technische Angestellte	72 f
QES	Qualified electronic signature (Qualifizierte elektronische Signatur)	37 f
QTSP	Qualified Trust Service Provider (Qualifizierter Vertrauensdiensteanbieter)	38
QUETHEB	Deutsche Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten und Ernährungsberater e.V.	62
RA	Rettungsassistent	120 ff, 312
RetSan	Rettungssanitäter	122 ff, 312
RH	Rettungshelfer	122 ff, 203, 312

Abkürzung	Beschreibung	Seite
RTW	Rettungswagen	121 ff, 207 ff, 310
SES	Simple electronic signature (Einfache elektronische Signatur)	38
SGB	Sozial Gesetzbuch	
SHV	Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.	211 ff
SpiOST	Spitzenverband Orthopädie- Schuhtechnik e.V.	216
TI	Telematikinfrastruktur	13 ff, 20 ff, 42 ff, 58, 213, 220
TNA	Telenotarzt	124
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz	211
UNFPA	United Nations Population Fund (Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen)	51
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)	58
VDAB	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	220
VDB	Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie e.V.	211 ff
VDD	Verband der Diätassistenten e.V.	62, 89, 211
vdek	Verband der Ersatzkassen e.V.	76, 132, 150, 178, 200 f, 208
VDOE	Berufsverband Oecotrophologie e.V.	61 f, 88 f, 211
VDP	Verband deutscher Podologen e.V.	211
VdPB	Verband der pflegeberufe e.V.	220
VdPP	Verband der Pflegeberufe- und Pflegefachkräfte e.V.	220
VDS	Verband der Schwesternschaften vom DRK e.V.	220
VdSH	Verband für digitale Standards im Heilmittelbereich e.V.	211 ff
VdSP	Verband für digitale Standards in der Pflege e.V.	5, 14, 220
VFED	Verband für Ernährung und Diätetik e.V.	211
VKAD	Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.	220
VPSD	Verband der Pflege- und Sozialberufe in Deutschland e.V.	220

Abkürzung	Beschreibung	Seite
VPT	Verband Physikalischer Therapie e.V.	211 f
VPU	Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und medizinischen Hochschulen Deutschlands e. V.	219
VVHC	Verband Versorgungsqualität Homecare e.V.	40, 56, 216
WHO	World Health Organization	51
WvD	Bündnis "Wir versorgen Deutschland" e.V.	42, 216
ZDH	Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.	102 ff, 151 ff, 215
ZFD	Deutscher Verband für Podologie e.V.	211
ZVA	Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen e.V.	217
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.	211 f
ZVOS	Zentralverband Orthopädieschuhtechnik e.V.	216
ZVS	Stiftung für Hochschulzulassung	77

Chronik der gesundheitsfachberuflichen Versorgung

Alle Titel der Reihe „Statistische Jahrbücher zur gesundheitsfachberuflichen Lage in Deutschland“ aus dem vormaligen opta data Institut für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen e. V., werden seit der Ausgabe 2023 von der opta data Zukunfts-Stiftung gGmbH veröffentlicht.

Die digitalen Versionen aller Ausgaben können kostenlos auf der Website der Zukunfts-Stiftung heruntergeladen werden: <https://od.link/jahrbucharchiv>

2018/19



2020



2021



2022



2023



2024



2025





ISBN Print:
978-3-87468-521-4



Transport- und Rettungsdienste

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

Verabschieden Sie sich von Zettelwirtschaft und Tabellen:

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



Jetzt alle
Vorteile
entdecken

opta data