



Christoph Dittmar

Notfallsanitäter zwischen Rettungssanitäter und Notarzt

Überlegungen zu einem neuen Beruf

disserta
Verlag

**Dittmar, Christoph: Notfallsanitäter zwischen Rettungssanitäter und Notarzt.
Überlegungen zu einem neuen Beruf, Hamburg, disserta Verlag, 2021**

Buch-ISBN: 978-3-95935-556-8

PDF-eBook-ISBN: 978-3-95935-557-5

Druck/Herstellung: disserta Verlag, Hamburg, 2021

Covermotiv: © pixabay.com

Gedruckt mit Genehmigung des Promotionsausschusses der Fakultät für Gesundheit,
Department für Humanmedizin der Universität Witten/Herdecke

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.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages
unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in
diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme,
dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei
zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können
Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und die Bedey Media GmbH, die Autoren
oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung
für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Alle Rechte vorbehalten

© disserta Verlag, Imprint der Bedey Media GmbH
Hermannstal 119k, 22119 Hamburg
<http://www.disserta-verlag.de>, Hamburg 2021
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Fragestellung	2
3	Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Sanitäterberufs und über heutige Berufe und Tätigkeiten im Rettungsdienst	3
3.1	Geschichtliche Entwicklung des Sanitäterberufs	3
3.1.1	Übersicht über Einrichtungen der zivilen Rettungsmedizin	3
3.1.2	Die Entwicklung des Rettungsdienstes seit 1945	4
3.1.3	Vom ersten Notarzt zum Rendezvous-System	5
3.1.4	Vom Transportsanitäter zum Notfallsanitäter	8
3.2	Berufe und Tätigkeiten im Rettungsdienst	12
3.2.1	Ärztlicher Bereich	12
3.2.1.1	Notarzt	13
3.2.1.2	Leitender Notarzt	15
3.2.1.3	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	15
3.2.2	Rettungsfachberufe	16
3.2.2.1	Rettungshelfer	16
3.2.2.2	Rettungssanitäter	17
3.2.2.3	Rettungsassistent	19
3.2.2.4	Notfallsanitäter	21
3.2.3	Berufsverbände und Landesorganisationen	27
4	Material und Methoden	29
4.1	Literaturrecherche und -auswertung	29
4.2	Befragung von nichtärztlichem Rettungsfachpersonal	30
4.2.1	Teilnehmer und Fragebögen	30
4.2.2	Auswertung der Fragebögen	32

5	Ergebnisse	33
5.1	Umsetzung des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) durch die Bundesländer	33
5.1.1	Baden-Württemberg	33
5.1.2	Bayern	35
5.1.3	Berlin	38
5.1.4	Brandenburg	40
5.1.5	Bremen	43
5.1.6	Hamburg	44
5.1.7	Hessen	46
5.1.8	Mecklenburg-Vorpommern	48
5.1.9	Niedersachsen	51
5.1.10	Nordrhein-Westfalen	53
5.1.11	Rheinland-Pfalz	55
5.1.12	Saarland	57
5.1.13	Sachsen	58
5.1.14	Sachsen-Anhalt	60
5.1.15	Schleswig-Holstein	62
5.1.16	Thüringen	64
5.1.17	Vergleich des Berufsbildes des Notfallsanitäters Bayern-Hessen	66
5.2	Ergebnisse der Befragungen von nichtärztlichem Rettungsfachpersonal	68
5.2.1	Auswertung der gesamten Stichprobe von 75 Befragten	68
5.2.1.1	Soziodemographische Daten	68
5.2.1.2	Daten zur Tätigkeit im Rettungsdienst	70
5.2.1.3	Änderungen seit Einführung des NotSanG	73
5.2.1.4	Fort- und Weiterbildung	74
5.2.1.5	Soziodemographische Daten	75
5.2.1.6	Daten zur Tätigkeit im Rettungsdienst	77
5.2.1.7	Änderungen seit Einführung des NotSanG	79
5.2.1.8	Fort- und Weiterbildung	83
5.3	Überblick über die aktuelle Rechtsprechung und deren Aufarbeitung	86
5.3.1	Ungleichbehandlung von Rettungsassistenten und Rettungsanitätern durch das NotSanG?	86

5.3.2	Vorerfahrungen als Rettungsassistent für die Zulassung zur Ergänzungsprüfung zum Notfallsanitäter	88
5.3.3	Übergangsregelung nach § 32 Abs. 2 NotSanG	90
5.3.4	Wiederholung der Ergänzungsprüfung	91
6	Diskussion.....	93
6.1	Schwierigkeiten bei der Etablierung des neuen Berufs Notfallsanitäter und der Bereitstellung akademischer Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten	93
6.2	Umverteilung der Aufgaben zwischen ärztlichem und nicht- ärztlichem Personal	98
6.3	Abgrenzung der drei Berufsgruppen Rettungsassistenten, Notfallsanitäter und Notärzte seit Inkrafttreten des NotSanG	100
6.4	Kompetenzübertragung auf Notfallsanitäter durch den ÄLRD.....	102
7	Zusammenfassung	108
8	Summary	110
9	Literaturverzeichnis.....	112
10	Anhang	123
10.1	Verzeichnis der Abkürzungen.....	123
10.2	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	128
10.3	Fragebogen.....	131
10.3.1	Rettungsassistenten	131
10.3.2	Rettungsassistenten.....	135
10.3.3	Notfallsanitäter	139
10.4	Derzeitig anerkannte Berufsfachschulen für Notfallsanitäter	143
	Danksagung.....	148

1 Einleitung

Bevor das neu geschaffene Notfallsanitätergesetz (NotSanG) am 01.01.2014 in Kraft trat, standen Fragestellungen zur Notkompetenz des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals in den einschlägigen Fortbildungsveranstaltungen im Fokus des Interesses der Veranstalter und der Teilnehmer. Heute sind den examinierten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zwar diverse heilkundliche Tätigkeiten grundsätzlich zugewiesen, es ist aber notwendig, dass diese Tätigkeiten vom ärztlichen Leiter zur Durchführung durch die Notfallsanitäter freigegeben werden (vgl. § 4 Abs. 2 Nr. 2 c NotSanG). Bereits im Jahr 2016 hat sich bei verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen gezeigt, dass im Hinblick auf das heilkundliche Tätigwerden von Notfallsanitätern hinsichtlich des rechtskonformen Vorgehens bei der Kompetenzübertragung an die Notfallsanitäter immer noch erhebliche Rechtsunsicherheiten sowohl bei den beteiligten Notfallsanitätern als auch den ärztlichen Leitern bestehen.

Im Rahmen dieser Arbeit soll deshalb in dieser relativ frühen Phase nach dem Inkrafttreten des NotSanG der Sachstand zur aktuellen Umsetzung des Gesetzes in die Praxis ermittelt werden. Es erscheint notwendig, zu einem Zeitpunkt, an dem zur Frage der Ausübung der Heilkunde durch Notfallsanitäter noch keine gesicherte Rechtsprechung vorhanden ist, die Problematik bei der Umsetzung zu strukturieren und die bereits gewonnenen Erfahrungen bei der einschlägigen Rechtsprechung zu beobachten.

Diese Dissertation knüpft inhaltlich an die Masterarbeit des Verfassers im Studiengang „Master in Health and Medical Management“ (MHMM) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg an (Dittmar, 2016). Während sich die Masterarbeit mit Ersthelfern und Betriebssanitätern beschäftigte, steht das Berufsbild des Notfallsanitäters im Mittelpunkt dieser Untersuchung. Notfallmedizin ist stets Teamarbeit. Es ist deshalb notwendig, das Berufsbild im Rahmen der angrenzenden nichtärztlichen (Rettungshelfer, Rettungssanitäter und Rettungsassistent) und ärztlichen Berufsbilder (Notarzt, leitender Notarzt und ärztlicher Leiter Rettungsdienst) zu betrachten.

2 Fragestellung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Beantwortung folgender Fragen:

1. Ist es durch die Schaffung des NotSanG zu einer Umverteilung der Aufgaben zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal im Rettungsdienst gekommen?

These ist, dass im Zuge der Ablösung des Rettungsassistenten durch den Notfallsanitäter die Aufgaben zwischen Ärzten und Sanitätern neu verteilt werden. Dies wird deshalb vermutet, weil invasive Eingriffe und heilkundliche Fähigkeiten den angehenden Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im Rahmen ihrer dreijährigen Berufsausbildung bundesweit vermittelt werden.

2. Wie grenzen sich seit Inkrafttreten des NotSanG die drei Berufsgruppen Rettungssanitäter, Notfallsanitäter und Notärzte voneinander ab?

In Zukunft werden drei Berufsgruppen im Rettungsdienst eine Rolle spielen: Dies sind erstens die Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter, die überwiegend als Fahrer eingesetzt werden. Zweitens sind dies die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, die die Rolle der Beifahrer einnehmen und für die Versorgung der Notfallpatienten zuständig sind. Drittens werden im Rettungsdienst der Zukunft in Deutschland weiterhin die Notärztinnen und Notärzte einen wesentlichen Anteil an der Versorgung der Notfallpatienten haben. Die neuen Grenzziehungen zwischen den genannten Berufen in rechtlicher und fachlicher Hinsicht sowie bezüglich der Berufspraxis sollen eruiert werden.

3. Inwieweit machen die ärztlichen Leiter von der Möglichkeit der heilkundlichen Kompetenzübertragung auf Notfallsanitäter Gebrauch?

Nicht in allen Bundesländern verbleibt dieser organisationsübergreifenden zentralen Leitungsperson ein eigenständiger Entscheidungsspielraum. Exemplarisch werden dazu einzelne Bundesländer betrachtet. Neben der berufspraktischen Seite der Kompetenzübertragung werden deren rechtliche und fachliche Aspekte beleuchtet. Im Anschluss wird die Frage der Übertragung heilkundlicher Kompetenzen auf den Notfallsanitäter vor dem Hintergrund medizinethischer Erfordernisse diskutiert.

3 Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Sanitäterberufs und über heutige Berufe und Tätigkeiten im Rettungsdienst

3.1 Geschichtliche Entwicklung des Sanitäterberufs

3.1.1 Übersicht über Einrichtungen der zivilen Rettungsmedizin

Die Geschichte der Notfallmedizin lässt sich in eine zivile und eine militärische Teilgeschichte unterteilen. Wenngleich das Sanitätswesen des Militärs ohne Zweifel die ältere Teildisziplin darstellt (Guth, 1990), gilt das Interesse der vorliegenden Untersuchung der zivilen Notfallmedizin.

Eine erste grobe Einteilung der zivilen Notfallmedizin nach dem Ort der Leistungserbringung erscheint sinnvoll. Hier ist zunächst der ambulante Bereich zu nennen: Ambulante Notfallmedizin fand und findet in ärztlichen Praxen, in Unfallambulanzen der chirurgischen Kliniken, in Unfallhilfsstellen, an Veranstaltungsorten sowie in Betrieben und Behörden statt. Die diesbezüglichen Leistungserbringer sind Vertreter der Krankenpflegeberufe sowie Sanitäter. Stationäre Notfallmedizin wird in den Krankenhäusern und Universitätskliniken bei Bedarf erbracht, entweder weil der Patient wegen eines medizinischen Notfalls eingeliefert wird oder weil er aus anderen Gründen bereits stationär in Behandlung ist. Für die Behandlung der Notfälle im Rahmen einer stationären Behandlung waren und sind die im Krankenhaus beschäftigten Ärzte und Angehörigen der Krankenpflegeberufe zuständig. Sanitäter haben bisher nur in Ausnahmefällen innerhalb von Krankenhäusern Dienst geleistet, z. B. im Rahmen von teilweise mehrmonatigen Praktika innerhalb der Ausbildung zum Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und (heute) Notfallsanitäter. In jüngerer Zeit ist zu beobachten, dass regelmäßig Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und Notfallsanitäter von Krankenhäusern zur Ergänzung der Pflegefachberufsangehörigen in entsprechend disponierten Abteilungen wie der Notaufnahme, den Aufwächerräumen sowie dem OP-Bereich gesucht und eingesetzt werden.

Neben den Einrichtungen der ambulanten und stationären notfallmedizinischen Versorgung ist die präklinische Versorgung zu nennen, in der der berufliche

Betätigungsbereich der Notfallsanitäter zu finden ist. Im Rahmen der präklinischen Notfallbehandlung ist das Behandlungsziel, die Vitalfunktionen des Patienten zu sichern und seine Transportfähigkeit herzustellen. Leistungserbringer sind hier insbesondere die Angehörigen der rettungsdienstlichen Fachberufe. Ort der Leistungserbringung war und ist i. d. R. der Ort des medizinischen Notfalls.

In der folgenden Abbildung 1 werden die Einrichtungen der zivilen Notfallversorgung zur Übersicht zusammengefasst.

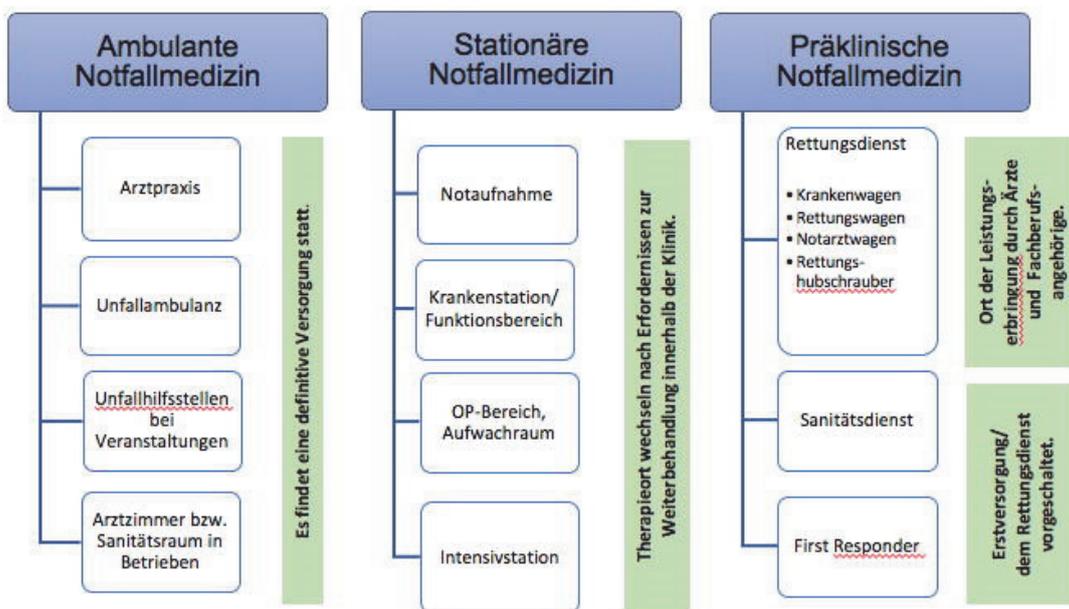


Abbildung 1: Übersicht über Leistungserbringer und Orte der zivilen Notfallmedizin

3.1.2 Die Entwicklung des Rettungsdienstes seit 1945

In den ersten 20 Jahren nach dem zweiten Weltkrieg lagen Rettungsdienst und Krankentransport in den drei Westzonen und in der neu entstandenen Bundesrepublik Deutschland im Wesentlichen in den Händen der vier Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund (ASB), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Johanniter-

Unfallhilfe (JUH) und dem Malteser-Hilfsdienst (MHD). Diese Organisationen entstanden Ende der 1940er und 1950er Jahre mit unterschiedlicher weltanschaulicher Ausrichtung. Während das zunächst von den Siegermächten verbotene DRK als nationale Rot-Kreuz-Gesellschaft, politisch und gesellschaftlich zur Neutralität verpflichtet war, stand der ASB den Gewerkschaften und der Arbeiterbewegung nahe. Die JUH war eine Gründung des Evangelischen Johanniter-Ordens und der MHD des Katholischen Malteser-Ordens.

Alle vier Organisationen waren und sind eingetragene Vereine und somit juristische Personen des privaten Rechts. Lediglich dem Bayerischen Roten Kreuz (BRK) als Landesverband des DRK wurde durch die Bayerische Landesregierung der bis heute geltende Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts verliehen. Aus dem öffentlich-rechtlichen Status des BRK ergeben sich sowohl haftungs- als auch strafrechtliche Besonderheiten; beispielsweise können zivilrechtliche Ansprüche gegen das BRK unter Umständen staatshaftungsrechtlich begründet werden. In strafrechtlicher Hinsicht kann z. B. das unbefugte Tragen von BRK-Dienstkleidung gem. § 132a StGB verfolgt werden (StGB, 1998).

Neben dem Rettungsdienst und Krankentransport erfüllen die vier genannten Organisationen von Beginn an zahlreiche weitere soziale Aufgaben, u. a. die Ausbildung der Bevölkerung in Erster Hilfe.

Die im Krankentransport und Rettungsdienst eingesetzten Mitarbeiter setzten sich von Anfang an sowohl aus ehrenamtlichem als auch aus hauptamtlichem Personal zusammen. Später kamen Zivildienstleistende hinzu, die zunächst 20 Monate und bis zur Aussetzung der Wehrpflicht und damit einhergehend der Aussetzung des Zivildienstes im Jahr 2012 sechs Monate Zivildienst leisteten. In verschiedenen Städten beteiligte sich die kommunale Feuerwehr an der Bereitstellung des Rettungsdienstes; dies ist bis heute der Fall.

3.1.3 Vom ersten Notarzt zum Rendezvous-System

In der frühen Bundesrepublik stand im Unfallrettungsdienst und Krankentransportwesen der Aspekt des Transportierens der verletzten oder erkrankten Person

im Vordergrund. Ansatzweise trat die Sicherung der Vitalfunktionen mit einfachen Mitteln als Arbeitsziel des Patiententransportes hinzu. Von einer Herstellung der Transportfähigkeit mit notfallmedizinisch-interdisziplinären Methoden konnte jedoch noch keine Rede sein. Diesbezügliche Ansätze entstanden im Jahr 1957, indem die Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg einen als „Klinomobil“ bezeichneten umgebauten Reisebus in den Dienst stellte (Luxem et al., 2016). Dieser Bus war mit einem kompletten Operationsteam und dem entsprechenden Equipment ausgestattet. Das Personal bestand aus einem Anästhesisten, einem Operateur, einer OP-Schwester sowie Assistenten. Gefahren wurde der Bus von der Heidelberger Berufsfeuerwehr, wo das Fahrzeug auch stationiert war (Kessel, 2008, Steininger, 2009).

Während das „Heidelberger Modell“ auf eine chirurgische Definitiv-Versorgung des Notfallpatienten abzielte, wurde in Köln zur selben Zeit ein anderes Konzept der Notfallbehandlung im präklinischen Bereich eingeführt: Ein „Notfallarztwagen“ sollte einen Arzt und Assistenzpersonal zur Notfallversorgung an den Ort des Geschehens bringen (Steininger, 2009). Behandlungsziel des „Kölner Konzeptes“ der Chirurgischen Universitätsklinik und des Verkehrswissenschaftlichen Instituts der Universität Köln war eine stabilisierende ärztliche Behandlung des Patienten am Unfallort mit dem Ziel, seine Transportfähigkeit herzustellen, um ihn anschließend unter Überwachung der Vitalfunktionen in die nächstgelegene geeignete Klinik zu transportieren (Steininger, 2009). Grundsätzlich wurde mit dem Kölner Modell das bis in die Gegenwart praktizierte einsatztaktische Modell der präklinischen Notfalltherapie am Ort des Ereignisses durch Notärzte und Angehörige der medizinischen Fachberufe geschaffen.

Abschließend seien noch auf der Basis des Kölner Modells entwickelte Modifizierungen und Weiterentwicklungen erwähnt (Kessel, 2008). Bei dem „Modell Gummersbach“ handelt es sich um die Anpassung des Kölner Modells an den Bedarf einer Mittelstadt im Jahr 1963. Initiator war Prof. Dr. Wolfgang Herzog, der seine Erfahrungen als ehemaliger Oberarzt der chirurgischen Universitätsklinik in Köln nunmehr in seiner Stellung als Chefarzt am Städtischen Krankenhaus in Gummersbach in den Aufbau des ersten deutschen Notarztsystems im ländlichen Raum einbringen konnte (Steininger, 2009). Das Fahrzeug des

Gummersbacher Modells war mit einem Arzt der chirurgischen Klinik, einem Sanitäter sowie einem Fahrer aus dem Kreis des Pflegepersonals der Klinik rund um die Uhr einsatzbereit. Herzogs besondere Innovation ist in der Tatsache zu sehen, dass er das Fahrzeug notärztlich mit dem diensthabenden Assistenzarzt der Klinik besetzte. Dies führte teilweise dazu, dass insbesondere nachts in der chirurgischen Klinik zeitweise kein Arzt anwesend war und andere Nachtdienst-Ärzte des Stadtkrankenhauses oder die Rufbereitschaft der Oberärzte zur Vertretung herangezogen werden mussten. Herzog wog dabei zwischen bestehenden Dienstanweisungen der Klinik und dem Gebot der Hilfeleistung bei präklinischen Notfallpatienten zugunsten der Notfälle ab. Diese Praxis war damals umstritten und wurde erst Jahre später durch ein entsprechendes Gerichtsurteil bestätigt (Steininger, 2009).

Als neuen Ansatz stellte Eberhard Gögler, ein Assistent des Erfinders des Klinomobils Prof. Dr. Bauer, den Heidelberger Arzteinsatzwagen mit der Funkrufbezeichnung „HD-10“ im Jahr 1964 vor. Damit stand dem Arzt ein mit ärztlichen Gerätschaften ausgestatteter PKW zur Verfügung. Mit dem Fahrzeug fuhren die Ärzte selbst zum Einsatzort und stießen zu dem Einsatzteam und dem Patienten. In Abgrenzung zu dem als „Kompaktsystem“ bezeichneten Vorgehen, bei dem der Arzt zusammen mit den Sanitätern im RTW oder KTW an der Einsatzstelle ankam, wurde diese neue Einsatztaktik des Zusammentreffens als „Rendezvous-System“ bezeichnet (Kessel, 2008). Dieses System hat sich in Deutschland bis heute für bodengebundene Notarzteinätze weitgehend durchgesetzt und gehalten. An zahlreichen Notarzt-Standorten fuhren die Notärzte bis in die 1980er Jahre selbst zum Einsatz. Das „NEF“ (Notarzteinsetzungsfahrzeug) wurde ihnen zum Beginn des Dienstes zur Verfügung gestellt und von ihnen dann an den Notarzt der nächsten Schicht weitergegeben. Später wurden die NEF von Fahrern gefahren, die diesen Dienst ehrenamtlich bzw. tagsüber unter der Woche hauptamtlich leisteten und leisten. Heute gehören auch private Unternehmen vielerorts zu den Leistungserbringern im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst.

3.1.4 Vom Transportsanitäter zum Notfallsanitäter

Die Entwicklung der Berufsqualifikationen im Rettungsdienst verlief nicht immer parallel zu den Innovationen im Bereich der Fahrzeuge, der Medizintechnik und der Weiterentwicklung der Einsatztaktik im landgebundenen Rettungsdienst. So gab es in den 1950er und 1960er Jahren nur selten dort, wo mehrere Organisationen den Rettungsdienst durchführten, einheitliche Notrufnummern. Ein erheblicher Teil der Transporte wurde mit ehrenamtlichem Personal durchgeführt. Lediglich tagsüber unter der Woche waren die Fahrzeuge mit hauptamtlichen männlichen Sanitätern besetzt. Sanitäterinnen waren damals noch nicht bekannt und weibliches Personal im Rettungsdienst etablierte sich erst ab Mitte der 1980er Jahre.

Weder regional noch innerhalb der einzelnen Organisationen war die Ausbildung für Sanitäter einheitlich geregelt. Der übliche Weg, um Berufssanitäter zu werden, war zunächst der ehrenamtliche Dienst in einer der vier Hilfsorganisationen. Dabei war es wichtig, eine Organisation zu wählen, die in der jeweiligen Region auch an der Durchführung des Rettungsdienstes beteiligt war. Der Besuch organisationsinterner Lehrgänge sowie eine mehrjährige Bewährung als ehrenamtlicher Helfer im Rettungs- und Sanitätsdienst folgten. Während dieser Zeit arbeitete der angehende Sanitäter nicht selten neben seinem eigentlichen Beruf pro Woche 20 Stunden und mehr ehrenamtlich im Rettungsdienst, i. d. R. nachts, an Wochenenden, an Feiertagen oder während des Erholungsurlaubs. Sobald eine Planstelle zur Besetzung anstand, durften sich die ehrenamtlichen Mitarbeiter bewerben, und solche Stellen waren in diesem Kreis sehr beliebt und begehrt.

Zur Ausbildung der Sanitäts- und Rettungsdienstmitarbeiter kann im Überblick folgender Entwicklungsverlauf festgestellt werden: Die Eingangsausbildung bestand aus einem Lehrgang in Erster Hilfe, der bis vor wenigen Jahren acht Doppelstunden umfasste. Die Ausbildungsinhalte der durchführenden Organisationen entsprachen sich weitgehend. Im zweiten Ausbildungsschritt musste eine Sanitätsausbildung absolviert werden. Diese Lehrgänge umfassten bis zu 60 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und wurden i. d. R. in den Abendstunden oder an den Wochenenden angeboten. Sie schlossen mit einer schriftlichen und prakti-

schen – teilweise auch mündlichen – Prüfung ab. Nicht selten bestanden Teilnehmer die Prüfung nicht und mussten den Lehrgang oder die Prüfung wiederholen. Der nächste Ausbildungsschritt nach der Sanitätsausbildung beinhaltete den Dienst als dritte Kraft auf Rettungsfahrzeugen. War nach dem Urteil der ausbildenden, erfahrenen Sanitäter und des zuständigen Wachleiters eine Einsatzreife erreicht, wurden die Kräfte als Fahrer bzw. Beifahrer im Unfallrettungsdienst und Krankentransport eingesetzt. Teilweise betrieben die Hilfsorganisationen auch zentrale Ausbildungseinrichtungen auf Landes- bzw. Bundesebene, in denen ergänzend Wochenlehrgänge im Unfallrettungsdienst und Krankentransport durchgeführt wurden. Die Bezeichnung der so ausgebildeten Sanitäter war „Transportsanitäter“.

Die Ausbildung der Sanitäter hinkte in den 1960er und 1970er Jahren deutlich hinter der Fortentwicklung der technischen Möglichkeiten der präklinischen Notfallmedizin hinterher. Wesentliche Ausbildungsinhalte beschränkten sich auf das Anlegen von – teilweise geradezu kunstvollen – Verbänden bei Verletzungen und den Umgang mit der Krankentrage. Im Rahmen eines Rettungskongresses des DRK in Berlin im Jahr 1966 forderte eine Resolution, die Ausbildung der Sanitäter weiterzuentwickeln, um den technischen und medizinischen Möglichkeiten gerecht zu werden. Konkret wurde darum ersucht, eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung zu erarbeiten und deren staatliche Anerkennung zu erwirken (Luxem et al., 2016). Im Jahr 1973 legte die Bundesregierung einen Gesetzesentwurf für eine zweijährige Berufsausbildung vor. Der Entwurf fand jedoch in der Länderkammer, dem Bundesrat, keine Mehrheit und wurde im Ergebnis verworfen. Die Bundesländer befürchteten durch die staatliche Anerkennung des Sanitäterberufs exorbitant steigende Personalkosten im Rettungsdienst. Darüber hinaus beanstandete der Bundesrat das Fehlen eines klar definierten Ausbildungsziels (Luxem et al., 2016).

Erst im Jahr 1977 stellte der Bund-Länder-Ausschuss Rettungswesen, das Vorläufergremium des heutigen Ausschusses Rettungswesen, ein Konzept über eine Ausbildung zum Rettungssanitäter vor (Krebs, 2017), welches neben bestimmten persönlichen, gesundheitlichen und schulischen Voraussetzungen der Bewerber eine 520 Stunden umfassende Ausbildung beschrieb: 160 Unterrichts-

einheiten (UE) theoretischer Lehrgang, 160 UE klinische Ausbildung und 160 UE Ausbildung auf einer Lehrrettungswache. Die Ausbildung endete mit einem 40 UE umfassenden Abschlusslehrgang mit schriftlicher, praktischer und mündlicher Abschlussprüfung (Berliner Feuerwehr).

In der Regel wurde im jeweiligem Landesrettungsdienstgesetz zunächst verbindlich festgelegt, welche Qualifikation vom Rettungsdienstpersonal gefordert wurde. Auf der Grundlage einer im Landesrettungsdienstgesetz festgelegten Ermächtigung wurde im zweiten Schritt eine Landesrettungssanitäter-Verordnung erlassen. In dieser wurde die 520-Stunden-Ausbildung für bestimmte rettungsdienstliche Funktionen festgeschrieben. Diese Ausbildung war die Regelqualifikation für alle rettungsdienstlichen Tätigkeiten mit Ausnahme der notärztlichen Aufgabenfelder. Rettungssanitäter ist bis heute die rettungsdienstliche Qualifikation, die in den Landesrettungsdienstgesetzen der einzelnen Bundesländer die Mindestvoraussetzung für zahlreiche Tätigkeiten im Rahmen des Rettungsdienstes ist (Krebs, 2017).

Über 12 Jahre nach Einführung der Rettungssanitäterausbildung trat am 1. September 1989 das Gesetz über das Berufsbild der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten in Kraft (RettAssG, 1989). Der neue Rettungsfachberuf sah eine zweijährige Ausbildung vor, bestehend aus einem Jahr theoretischer und praktischer Ausbildung in einer staatlich anerkannten Berufsfachschule für Rettungsassistenten mit abschließender Examensprüfung und ein nachfolgendes, auf einer Lehrrettungswache abzuleistendes Anerkennungsjahr. Mit einem Fachgespräch endete die Gesamtausbildung nach 2 Jahren. Inwieweit dieses Gespräch den Charakter einer Abschlussprüfung (mit ggf. allen Konsequenzen) hatte, war teilweise umstritten.

Von dem Inkrafttreten des Rettungsassistentengesetzes im Jahr 1989 bis zur Schaffung des Berufes des Notfallsanitäters bzw. der Notfallsanitäterin zum 01.01.2014 war ein weiter und nicht einfacher Weg zurückzulegen (Tabelle 1). Dem Interesse an einer kontinuierlichen Verbesserung der präklinischen Notfallmedizin stand die zu erwartende Steigerung der Personalkosten entgegen. Bereits auf dem 8. DRK-Rettungskongress in Dresden Im Jahr 1994 trat eine Arbeitsgruppe verschiedener Interessenvertreter zum Rettungsassistentengesetz

zusammen. In den Jahren 1996 und 2001 trat eine repräsentative Expertenkommission auf Schloss Reisenburg bei Ulm zusammen und unterbreitete der Politik eine Reihe von Vorschlägen zur Reform des Rettungsassistentengesetzes (RettAssG) in Form von Memoranden. Es wurde die Idee eines neuen RettAssG verfolgt und der Fachwelt ein konkreter Gesetzentwurf im Jahr 2002 in Mainz präsentiert. Bereits damals war von der Notwendigkeit einer dreijährigen Berufsausbildung ausgegangen worden. Jedoch dauerte es weitere 12 Jahre, bis das neue Notfallsanitätergesetz im Februar 2013 vom deutschen Bundestag verabschiedet wurde und schließlich am 1. Januar 2014 in Kraft trat (Bens und Lipp, 2014).

Tabelle 1: Chronologie des NotSanG (Bens und Lipp, 2014)

5/1994	8. DRK-Rettungskongress in Dresden
10/1996	Reisenburg I - 7 Jahre RettAssG – kritische Bestandsaufnahme
12/2001	Reisenburg II
2/2002	„Mainzer Gespräch“
5/2012	Referentenentwurf des NotSanG
10/2012	Regierungsentwurf des NotSanG
28.02.2013	Verabschiedung des NotSanG im Bundestag
22.03.2013	Zustimmung des Bundestags zum NotSanG
01.01.2014	Inkrafttreten des NotSanG

DRK = Deutsches Rotes Kreuz, NotSanG = Notfallsanitätergesetz, RettAssG = Rettungsassistentengesetz