

1 Einführung

Janina Würtenberger

Die bisherige Ausbildung zur Rettungsassistentin und zum Rettungsassistenten wird durch die Ausbildung zum Notfallsanitäter und zur Notfallsanitäterin ersetzt. Das Rettungsdienstsystem befindet sich im Wandel. Tiefgreifende Veränderungen sowohl in der Ausbildung als auch in der Ausübung notfallmedizinischer Versorgung sind die Folge. Begreifbar wird der Prozess vor allem unter Berücksichtigung der Berufsgeschichte des Rettungsdienstes. Zunächst findet daher ein geschichtlicher Rückblick statt. Anschließend wird das neue Berufsbild im europäischen Vergleich eingeordnet und Aufgaben und Ziele der neuen Ausbildung insbesondere im Hinblick gesellschaftlicher Veränderungen und im Hinblick auf den demographischen Wandel werden benannt.

1.1 Historie – Ein geschichtlicher Rückblick

In den letzten Jahrzehnten konnte die Medizin enorme Fortschritte vorweisen. Auch das Rettungsdienstsystem entwickelte sich im 20. Jahrhundert stetig weiter. Angefangen mit einem einfachen Krankentransport und basalen Maßnahmen der Ersten Hilfe bis hin zu einem differenzierten Rettungsdienst mit einem der weltweit aufwändigsten präklinischen Versorgungssysteme.

Die Notwendigkeit, Verletzte und Erkrankte am Notfallort zu behandeln und zu transportieren, ist keine Erscheinung moderner Gesellschaftsformen. Bereits im 14.–16. Jahrhundert findet man Anweisungen zum »Tragen von Hand, mit Rossbahren, Notbahren von Spießen und zu Schiff« der Schweizer Eidgenossenschaft. Erste zivile Ordnung war beispielsweise die 1727 im Rahmen der Pestvorsorge erlassene Wiener Pestordnung. Noch bis 1772 gab es sogenannte »Krüppelfuhren«, bei denen Erkrankte von einer Gemeinde zur anderen abgeschoben wurden. Bis zum 19. Jahrhundert war der Krankentransport in Deutschland allerdings wenig organisiert, wenngleich es bereits im 18. Jahrhundert die Erkenntnis gab, dass Menschenleben mithilfe von Wiederbelebungsmaßnahmen erhalten bleiben können. Beispielsweise wurde von Ludwig XV schon im Jahr 1740 der Avis zur Hilfeleistung bei Ertrinkenden erlassen, dass Menschen wiederbelebt werden dürfen (vgl. Online112, 2013). Auch empfahl die Royal Humane Society im Jahre 1774 die Mund-zu-Mund- und eine Blasebalgbeatmung, da sie »vielen nütze und niemandem schade«.

Die Wurzeln des geregelten, modernen Rettungsdienstes liegen in dem militärischen Krankentransportwesen aus dem 19. Jahrhundert. Zum Beispiel erließ das Preußische Kultusministerium 1813 eine Anweisung zur zweckmäßigen Behandlung und Rettung von Scheintoten oder durch plötzliche Zufälle verunglückter Personen (vgl. Online112, 2013). Die Durchführung übernahmen die Berufsfeuerwehr, Verbände wie der Arbeiter-Samariter-Bund und das Deutsche Rote Kreuz sowie freiwillige Rettungsgesellschaften oder auch private Unternehmer.

1908 wurde in Frankfurt der erste internationale Rettungskongress abgehalten, auf dem die Grundforderung für eine »präklinische Notfallversorgung« bekannt gegeben wurde. Da die finanziellen Mittel begrenzt waren, wurden diese Aufgaben ausschließlich von samaritanen Organisationen unter Mitarbeit von freiwilligen Helferinnen und Helfern durchgeführt. Der Heidelberger Chirurg Martin Kirschner kam 1938 bei dem 62. Deutschen Chirurgenkongress zu dem Entschluss, dass die Ärztin/der Arzt so schnell wie möglich zu der Patientin und dem Patienten gelangen muss. Hierfür entwickelte er in Zusammenarbeit mit Siemens den ersten Monitor und den ersten Operationswagen (vgl. Online112, 2013).

In den 1960er Jahren geriet das Gesundheitswesen unter immer stärker werdenden Druck. Mit der wachsenden Mobilität erhöhten sich die Unfallzahlen. Viele Menschen kamen bei Verkehrsunfällen zu Schaden und verstarben noch am Unfallort. Der Ruf wurde laut, verletzten Menschen direkt am Einsatzort fachkompetente medizinische Versorgung zu gewährleisten. Ärzte und Hilfsorganisationen suchten hierfür Lösungen. Besonders Städte wie Heidelberg, Köln und München waren stark an der Gestaltung beteiligt. In der Folge entstand ein neues präklinisches Versorgungsparadigma (vgl. Nößler, 2012). Ausgehend von einem auf schnellen Transport ausgelegten »Load-and-go«-System mit begrenzten materiellen Ressourcen und niedrigem notfallmedizinischen Ausbildungsstand wurden Strukturen, Organisationsformen, Ausstattungsstandards und die personellen Voraussetzungen geschaffen, um eine schnelle, qualifizierte Hilfe vor Ort gewährleisten zu können. Ziel des neuen Paradigmas war die Stabilisierung vital bedrohter Patientinnen und Patienten und qualifizierte medizinische Versorgung an der Einsatzstelle sowie während des Transports, z.B. wurde dazu in Heidelberg 1964 der Arzteinsatzwagen eingeführt. Bei Bedarf wurde damit eine Ärztin/ein Arzt im Rendezvous-System an den Notfallort zugebracht, die/der dort zusammen mit der Besatzung des Rettungswagens eine schnellstmögliche ärztliche Versorgung gewährleistete (vgl. Online112, 2013).

Der wachsende Stellenwert notfallmedizinischer Versorgung schlug sich auch auf die Gesetzgebung nieder. So etablierten die Bundesländer 1974 verschiedene Rettungsdienstgesetze. In diesen waren beispielsweise die am Rettungsdienst beteiligten Organisation und Hilfsfristen vorgegeben. Ein einheitliches Ausbildungs- und Berufsprofil gab es lange Zeit trotz des wachsenden Stellenwertes der Notfallrettung nicht. Erst 1977 verabschiedete der Bund-Länder-Ausschuss das »520-Stunden-Programm zur Ausbildung der Rettungssanitäter« als erste bundesweit einheitliche Richtlinie zur Qualifizierung von Personal im Rettungs-

dienst. Diese Empfehlung galt von diesem Zeitpunkt an 12 Jahre lang als Mindestanforderung an Rettungsfachpersonal (vgl. Domres & Lipp, 2000, S. 134). Unter der Regierung des damaligen Bundeskanzlers Helmut Kohl verabschiedete der Bundestag am 15. Juli 1989 ein Gesetz für das erste geschützte Berufsbild mit zweijähriger Ausbildung im Rettungswesen, die Rettungsassistentin/den Rettungsassistenten.

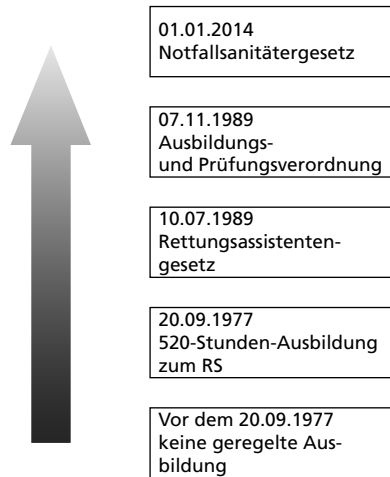


Abb. 1: Der Weg zum Notfallsanitätergesetz (in Anlehnung an: Lipp & Domres, 2000, S. 135)

Seit seiner Einführung stand das Rettungsassistentengesetz stark in der Kritik. Das Berufsziel, das Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten als »Helferin/Helfer der Ärztin/des Arztes« bezeichnete, unterstellte ihnen nur ein geringes Maß an selbstständigem Handlungsspielraum. In der Realität sind sie allerdings häufig vor der Notärztin/dem Notarzt an der Einsatzstelle und gezwungen, die Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen des Arztes mit u.U. invasiven Maßnahmen notfallmedizinisch zu versorgen. Unter anderem fehlte es in dem Rettungsassistentengesetz an dieser Stelle an konkreten Regelungen, so dass Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten häufig in einer Grauzone agierten. Die Ausbildung zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin, die seit dem 01.01.2014 das Berufsbild der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten ablöst, stellt nun neue Weichen in der notfallmedizinischen Versorgung. Die drei Jahre dauernde Ausbildung soll den Auszubildenden in Zukunft die notwendige berufliche Handlungskompetenz vermitteln, Notfallpatientinnen und -patienten mit deutlich mehr Eigenständigkeit und Handlungsspielraum auf hohem Niveau zu versorgen.

1.2 Ein neues Berufsbild in der EU: Der Notfallsanitäter und DQR/EQR

Mit Einführung des Notfallsanitätergesetzes gibt es im Rettungsdienst wesentliche Änderungen, so auch in der Verortung des Berufsbildes in die Berufsbildungslandschaft sowohl in Deutschland als auch in Europa. Eine Herausforderung in der Erstellung curricularer Vorgaben für die Ausbildung zum Notfallsanitäter und zur Notfallsanitäterin liegt in der Einordnung der Kompetenzen der neuen dreijährigen Ausbildung in den europäischen und in den nationalen Vergleich mit anderen Berufsgruppen, insbesondere innerhalb der Gesundheitsfachberufe. Für eine Verbesserung der Mobilität und der Vergleichbarkeit von Bildungsniveaus in Europa wurde mit dem Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) ein Instrument geschaffen, um nationale Referenzen zu entwickeln. Der EQR stellt die Grundlage für eine gemeinsame bildungspolitische Zusammenarbeit auf der gesamten EU-Ebene dar, welcher einen Bezug zur Entwicklung, Förderung und Aufrechterhaltung der Wissensbasis nach sich zieht. Hierbei wird mithilfe von acht Niveaustufen eine Transparenz und Vergleichbarkeit der Kompetenzen und Qualifikationen geschaffen. In diesen acht Niveaustufen werden die Grundlagen von den Lernergebnissen qualitativ definiert. »Ziel des EQRs ist die Verständigung auf einen allgemeinen bildungsbereichsübergreifenden Referenzrahmen auf europäischer Ebene« (KMK). Dies ermöglicht eine Gegenüberstellung sowohl nationaler als auch sektoraler Qualifikationen der Mitgliedstaaten. Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen dienen dem EQR als Beschreibungskategorien für die Ausführung der Niveaustufen. Unter Kompetenzen werden in diesem Prozess die Handlungskompetenzen verstanden, insbesondere die Kompetenz der Verantwortung und Selbstständigkeit.

In Bezug zu dem EQR wurde 2013 der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) eingeführt; dieser hat eine Probelaufzeit von fünf Jahren. Ebenso wie der EQR stellt der DQR eine gewisse Transparenz und Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene sicher. Hierfür werden die Lernergebnisse der akademischen und beruflichen Bildung bildungsbereichsübergreifend dargestellt (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013). Der DQR hat sowohl für die Lernenden, Berufstätigen, Unternehmen als auch für die Bildungseinrichtungen einen Nutzen. Das bestehende System der Zugangsberechtigung wird mit dem DQR nicht abgelöst, sondern dient vielmehr dazu, das Bildungssystem besser zu verstehen und handhabbarer zu machen. Ebenso stellt er eine orientierende Funktion für den Arbeitsmarkt dar. Unter anderem strebt der DQR folgende Ziele an:

- das deutsche Qualifikationssystem transparent zu machen,
- Verdeutlichung der Gleichwertigkeit von allgemeiner, beruflicher und hochschulischer Bildung sowie Weiterbildung,
- Verdeutlichung von Unterschieden der jeweiligen Qualifikationen,
- Chancenförderung in Deutschland und Europa sowie Verbesserung der Mobilität und

- Anerkennung auch von Ergebnissen des informellen Lernens (vgl. Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, 2013).

Zur Veranschaulichung wird eine tabellarische Übersicht gegeben (►Tab.1), welche die Niveaus von Stufe 1–8 unter Berücksichtigung der für das jeweilige Niveau benötigten Qualifikationen darstellt.

Tab. 1: DQR und Einstufung des Rettungsassistenten und des Notfallsanitäters (in Anlehnung an: DQR Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, Anlage (2013), S. 2)

Niveau	Qualifikation	
1	Berufsausbildungsvorbereitung Maßnahmen der Arbeitsagentur (BvB) Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	
2	Berufsausbildungsvorbereitung Maßnahmen der Arbeitsagentur (BvB) Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) Einstiegsqualifizierung (EQ) Berufsfachschule (Berufliche Grundbildung)	
3	Duale Berufsausbildung (2-jährige Ausbildungen) Berufsfachschule (Mittlerer Schulabschluss)	RetttAss
4	Duale Berufsausbildung (3- und 3½-jährige Ausbildungen) Berufsfachschule (Assistentenberufe) Berufsfachschule (vollqualifizierende Berufsausbildung nach BBiG/HwO)	NotSan
5	IT-Spezialist (Zertifizierter)* Servicetechniker (Geprüfter)*	
6	Bachelor Fachkaufmann (Geprüfter)* Fachschule (Staatlich Geprüfter ...)* Fachwirt (Geprüfter)* Meister (Geprüfter)* Operativer Professional (IT) (Geprüfter)*	
7	Master Strategischer Professional (IT) (Geprüfter)*	
8	Promotion	

*Weitere Qualifikationen der beruflichen Aufstiegsfortbildungen werden den verschiedenen Niveaus zugeordnet, nach dem im »Gemeinsamen Beschluss« beschriebenen Verfahren des DQRs.

Die Übersicht zeigt, dass die bisher ausgebildeten Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten mit zweijähriger Ausbildung auf dem Niveau 3 einzustufen sind, die neue dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter und zur Notfallsanitäterin formal auf Niveau 4 eingeordnet werden kann. Niveau 4 des DQR besagt, dass die Absolventinnen und Absolventen »über Kompetenzen zur selbständigen

Planung und Bearbeitung von fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen« (DQR Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, Anlage (2013), S. 34). Diese Eingruppierung muss in den Kompetenzbeschreibungen eines Curriculums erkennbar und ableitbar sein.

1.2.1 DQR-Einstufung der Gesundheitsfachberufe

Martin Ohder

Die formale Zuordnung von Ausbildungen in die DQR-Stufen wurde durch das Expertenvotum zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens (2010) für den Bereich Gesundheit durch die AG Gesundheit beurteilt. Dabei kam die AG Gesundheit zu folgenden Ergebnissen:

- In vielen Ausbildungen im Gesundheitswesen finden sich kompetenz- und outputorientierte Curricula nur selten
- In Bezug auf die allgemein bildenden Abschlüsse mit einer Zuordnung der allgemeinen Hochschulreife zu Niveaustufe 5 wird eine Überbewertung gegenüber dualen oder fachschulischen Ausbildungen gesehen
- Eine Zuordnung z. B. der Physiotherapie auf Niveaustufe 4 kann im Vergleich zur allgemeinen Hochschulreife sowohl im Bereich Fachkompetenz als auch im Bereich Sozialkompetenz nicht nachvollzogen werden. Die Zuordnung der allgemeinen Hochschulreife zu Niveaustufe 5 wertet dadurch die dualen oder fachschulischen Ausbildungen ab.

Beispielhaft wurden durch die AG Gesundheit sowohl die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung als auch die Ausbildung zur Physiotherapeutin und zum Physiotherapeuten mehrheitlich der Niveaustufe 5 zugeordnet. Es wurden drei Beurteilungen vorgenommen. Die erste Beurteilung erfolgte anhand bundesweiter Regelungen (z. B. Krankenpflegegesetz). In dieser Überprüfung kam die AG Gesundheit zur Einstufung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung auf Niveaustufe 4. In der zweiten Überprüfung wurde der Ausbildungsgang der Gesundheits- und Krankenpflege auf komplexe Inhalte hin analysiert und im Hinblick auf vertieftes, integratives fachtheoretisches und wissenschaftlich fundiertes Wissen auf Stufe 5 eingeschätzt. In der dritten Überprüfung wurde exemplarisch der bayrische Lehrplan analysiert. Die AG Gesundheit kam zu dem Ergebnis, dass die hier aufgeführten Anforderungen an eine Pflegekraft (z. B. Selbstständigkeit, Verantwortung und nach nicht klaren Vorgaben handeln zu müssen) nahe an Niveaustufe 6 heranreichen, jedoch nicht in allen Kompetenzbereichen. Ein ähnliches Ergebnis erzielte die Überprüfung bei der Ausbildung zur Physiotherapeutin und zum Physiotherapeuten, die im Hinblick auf die »Handlungskompetenz in einzelnen Aspekten bzw. in der Selbstkompetenz auch vollständig Stufe 6 zugeordnet werden« (BMBF, 2010, 36).

Die Ergebnisse der AG Gesundheit zeigen den Trend der Gesundheitsfachberufe, ein hohes Maß an Verantwortung zu übernehmen und unterstreichen den

Anspruch der Berufe an die Berufsausübung, in Situationen zu agieren, die nicht vollständig planbar sind und damit ein Handeln nach nicht klaren Vorgaben voraussetzen. Ein ähnliches Bild zeichnet sich für die zukünftigen Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen ab. So wird die Einstufung der neuen Ausbildung ähnlich wie in Pflege- und Therapieberufen zu diskutieren sein und nicht formal auf Niveaustufe 4 reduziert bleiben können.

1.3 Demografischer Wandel und Notfallversorgung der Bevölkerung

Die Bevölkerungsstruktur Deutschlands steht einem wesentlichen Wandel gegenüber. Die Bevölkerung wird in den kommenden Jahren älter, die Anzahl der geborenen Kinder wird zunehmend geringer und die Gesellschaft vielfältiger. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts sinkt die Gesamtbevölkerungszahl bis zum Jahr 2050 um 7 Millionen Menschen in Deutschland auf insgesamt circa 75 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Diese demografische Entwicklung wird langfristig eine grundlegende Veränderung innerhalb Deutschlands herbeiführen. Ergebnisse der zehnten Bevölkerungsvorausschätzungen des Statistischen Bundesamtes von 2003 zeigen, dass sich der Anteil der unter 20-Jährigen von 21,3 % auf 16 % innerhalb der nächsten 50 Jahre verringert. Hingegen nimmt der Anteil der über 60-Jährigen in dieser Zeit exponentiell zu – von heute guten 23 % auf circa 37 % (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2006). Die Zusammensetzung der Bevölkerung wird demnach von einer Pyramide zu einer urnenähnlichen Form (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009, S. 15 ff.). Diese Form entsteht bei einer sinkenden Geburtenzahlen und einem damit verbunden Bevölkerungsrückgang. Abbildung 2 zeigt den Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands aus den Jahren 1910, 1950, 2008 und die Vorausrechnung für das Jahr 2060 des Statistischen Bundesamts im Vergleich.

Des Weiteren kommt es im Hinblick auf die demografische Entwicklung auch zu einer steigenden Lebenserwartung und die Zahl der erwerbstätigen Personen in Deutschland wird bis zum Jahr 2040, im Vergleich zur momentanen Situation, um circa 15–30 % sinken. Es ist anzunehmen, dass diese gesellschaftlichen Veränderungen mit einem steigenden Einsatzaufkommen im Rettungsdienst und einem sich wandelnden Einsatzspektrum einhergehen werden. Mit zunehmendem Alter entstehen vermehrt Defizite des Herz-Kreislauf-Systems, der Körperkraft, des Hör- und Sehvermögens, der Beweglichkeit etc. Dies führt unter anderem zu einer Zunahme von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates, einem erhöhten Sturzrisiko im Alter sowie zu einem hohen Risiko, an Diabetes Typ 2 sowie an Herz-Kreislauferkrankungen zu leiden (vgl. Thiel & Burkhardt, 2012). Für die Zukunft bedeutet dies, dass durch den steigenden Anteil der älteren Menschen vermehrt die Hilfe des Rettungsdienstes in Anspruch genommen wird.

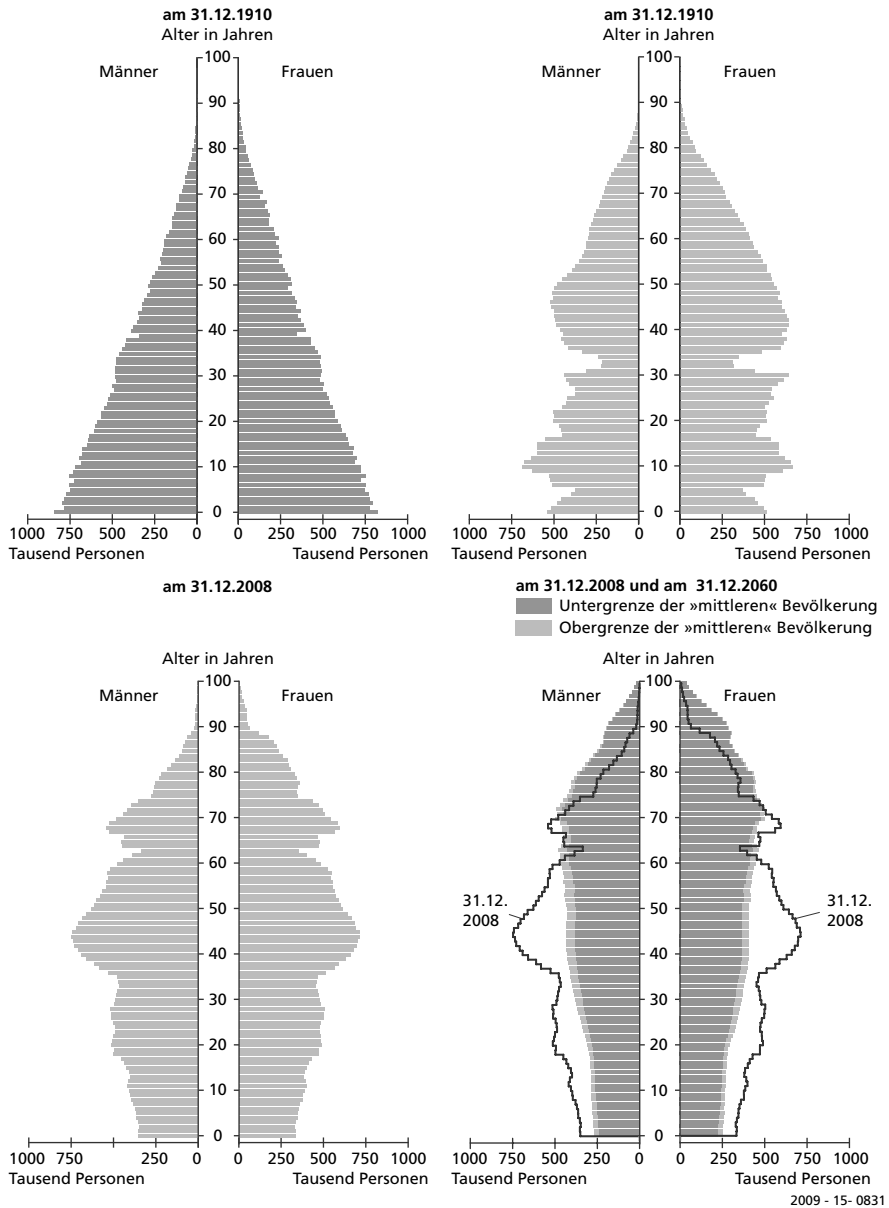


Abb.2: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 15) © Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2014

Der Rettungsdienst ist dabei ein wesentlicher Bestandteil der Notfallversorgung in Deutschland und hat die Gesundheitsvorsorge und Gefahrenabwehr zur Aufgabe. Die Qualität der Notfallversorgung ist elementar für die medizinische Betreuung der Patientinnen und Patienten. Des Weiteren hat jede Person ein

Anrecht auf eine qualifizierte, fachgerechte, hilfsfristorientierte und flächendeckende Behandlung im Notfall.

Dem Altern der Gesellschaft durch die steigende Lebenserwartung steht eine sinkende Anzahl der Erwerbstätigen mit Zunahme der älteren Bevölkerung und Rückgang der Geburtenrate gegenüber. Durch diese gegenläufigen Tendenzen werden immer weniger Beschäftigte im Gesundheitswesen eine immer größere Anzahl von Patientinnen und Patienten versorgen müssen. So steigt seit dem Jahr 2000 der Bedarf an Rettungsfachpersonal kontinuierlich an. Laut der Aussage des Statistischen Bundesamts waren 2011 rund 55 000 Menschen im Rettungsdienst beschäftigt, davon circa 12 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeit. Hierbei ist zu beachten, dass bei der benannten Anzahl keine Differenzierung in Rettungshelferinnen/Rettungshelfer, Rettungssanitäterinnen/Rettungssanitäter, Rettungsassistentinnen/Rettungsassistenten, ehrenamtlich Beschäftigte sowie studentische Aushilfe stattfindet (vgl. Niehues, 2014, S. 27). Wenn die Anzahl erwerbstätiger Personen und Schulabsolventinnen und -absolventen als potenzielle Berufseinsteiger im Rettungsdienst sinkt, ist künftig mit einem Mangel an Rettungsfachkräften zu rechnen. Verstärkt wird dieser Trend durch eine mögliche Abwanderung von Schulabsolventinnen und -absolventen in den Hochschulsektor. Insbesondere ländliche Teilgebiete stehen dem Problem der unzureichenden Versorgungsstruktur gegenüber. Verstärkt wird die Problematik durch die Ausdünnung anderer Gesundheitsleistungen besonders in ländlichen Gebieten. Unter anderem die Landarztproblematik führt oftmals dazu, dass ältere Menschen vermehrt auf den Rettungsdienst angewiesen sind. Die oben benannte Problemstellung ergibt sich aus der sogenannten »Landarztflucht« und aus dem Schließen von Arztpraxen aufgrund von Alter sowie fehlender Nachfolge durch junge Ärztinnen/Ärzte. Unter diesem Aspekt ist davon auszugehen, dass sich neben der Steigerung der Einsatzzahlen auch das rettungsdienstliche Einsatzspektrum verändern wird. Es wird neben den akuten Notfällen zunehmend, eine sich durch die Veränderung der gesundheitsbezogenen Infrastruktur ergebende, »Lotsenfunktion« des Rettungsdienstes im Gesundheitswesen geben. Soziale Brennpunktsituationen, durch psychische Störungen bedingte Indikationen und subakute Beschwerden, die bisher in den hausärztlichen Versorgungsbereich gefallen sind, werden verstärkt durch den Rettungsdienst gelöst werden müssen (vgl. Albrecht & Gutsche, 2010, S. 13).

Besonders vor dem Hintergrund des demografischen Wandels muss die notfallmedizinische Versorgung aller Menschen in Deutschland gesichert sowie Personalressourcen effektiver eingesetzt werden. Deshalb ist es wichtig, das Rettungsdienstpersonal so zu qualifizieren, dass ein eigenständiges, medizinisches Handeln an Patientinnen und Patienten mit Rechtsicherheit ausgeübt werden darf. Mit dem Notfallsanitätergesetz findet eine Modernisierung und inhaltliche Aufwertung des Berufsbildes statt. In Zukunft sollen Notfallsanitäter und Notfallsanitäterinnen einen großen Beitrag dazu leisten, eine zuverlässige und qualifizierte notfallmedizinische Versorgung in ganz Deutschland zu garantieren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S.1f). Die dafür benötigten, im Vergleich zur Rettungsassistentenausbildung teilweise neuartigen Kompetenzen müssen in der Ausbildung abgebildet und vermittelt werden.

Abbildung 3 gibt einen Überblick bezüglich der Herausforderungen und der Wirkung des demografischen Wandels.

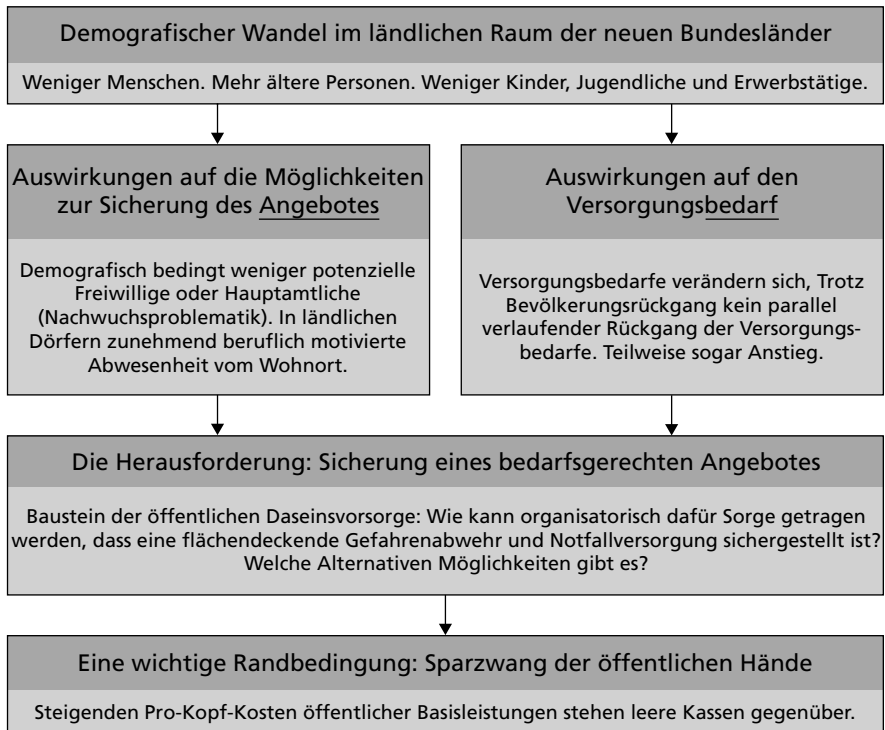


Abb.3: Wirkungsmodell und Strukturierungshilfe (Albrecht & Gutsche, 2010)

1.4 Notfallsanitäter – Ein neues Berufsbild mit neuen Anforderungen

Bezogen auf die Ausbildung stellt das neue Berufsbild die Lehrkräfte an den Schulen, ebenso wie an die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter an den Ausbildungsorten Klinik und Rettungswache vor große Herausforderungen. Im Folgenden werden Aufgaben und Ziele näher erläutert.

1.4.1 Aufgaben und Ziele des Berufes

Die Einführung der Ausbildung zum Notfallsanitäter/zur Notfallsanitäterin ist eine Aufwertung der notfallmedizinischen Versorgungsstrukturen und eine Re-