

## Klinikausbildung für Notfallsanitäter – Wo stehen wir und wie geht es weiter?

L. Hannappel<sup>1</sup> · J. Wnent<sup>1,2,3</sup> · P. Sefrin<sup>4</sup> · D. Hahnen<sup>5</sup> · A. Gries<sup>6</sup> · R. Rossaint<sup>7</sup> ·  
G. Geldner<sup>8</sup> · J.-T. Gräsner<sup>1</sup>

# BDAktuell DGAInfo

- 1 Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- 2 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
- 3 School of Medicine, University of Namibia, Windhoek, Namibia
- 4 Deutsches Rotes Kreuz, Präsidium
- 5 Bildungszentrum EUREGIO, Malteser Hilfsdienst
- 6 Zentrale Notaufnahme, Universitätsklinikum Leipzig
- 7 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
- 8 Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.

### Zusammenfassung

Mit der Einführung des Berufsbildes des Notfallsanitäters sind die Anforderungen an die ausbildenden Institutionen, und hier besonders an die Kliniken und Krankenhäuser, gestiegen. Im Ausbildungsabschnitt Krankenhaus verbringen die Auszubildenden 720 Stunden. Hier liegt der Schwerpunkt auf der Anästhesie, Intensivmedizin und der Notaufnahme. In einem interdisziplinären und interprofessionellen Workshop haben die DGAI und der BDA im Februar 2019 den aktuellen Sachstand zur Notfallsanitäterausbildung in der Klinik erhoben. Eine Darstellung aus der Sicht der verschiedenen Stakeholder bildete die Diskussionsgrundlage für die weitere Bearbeitung der Themen. Es konnte gezeigt werden, dass im Bereich der Klinikausbildung in den verschiedenen Bereichen Initiativen zur Optimierung der Ausbildung angelaufen sind. Es wurde aber auch herausgearbeitet, dass ein Abgleich der Anforderungen mit den Möglichkeiten der Ausbildung in der Klinik dringend erforderlich ist. Eine Harmonisierung der Ausbildung innerhalb der Bundesrepublik wird dringend empfohlen, um eine hochwertige und vergleichbare Qualität der Notfallsanitäterausbildung gewähren zu können.

### Hintergrund

Mit Schaffung des neuen Berufsbildes „Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“ ergaben sich in den letzten Jahren deutlich

gesteigerte Anforderungen an die beteiligten Ausbildungsbereiche. Neben Rettungs- bzw. Berufsfachschulen und Lehr-Rettungswachen sind insbesondere die klinischen Ausbildungsstätten als nun dritter Lernort mit einem Anteil von 720 Stunden Ausbildungszeit deutlich mehr gefordert, als es noch im Rahmen der Rettungsassistentenausbildung der Fall war.

Nachdem nun die ersten Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ihre drei Jahre umfassende Vollausbildung abgeschlossen haben, war aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) ein guter Zeitpunkt, die jeweiligen Ausbildungseinheiten zu evaluieren. In Abstimmung mit Professor Lechleuthner aus Köln, der den Pyramidenprozess für die Ausbildung und Berufsausbildung des Rettungsfachpersonals als Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e.V. (BV-ÄLRD) koordiniert, wurde eine gemeinsame Evaluation des Ausbildungsabschnitts Krankenhaus geplant. Gemeinsam mit dem Institut für Rettungs- und Notfallmedizin (IRuN) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) haben DGAI und BDA eine Konferenz „Klinikausbildung für Notfallsanitäter – wo stehen wir und wie geht es weiter?“ im Februar 2019 in Kiel ausgerichtet. Um dieses wichtige Zukunftsthema der Notfallversorgung in Deutschland um-

#### Schlüsselwörter

Notfallsanitäterklinikausbildung – Notfallsanitäterausbildung – Notfallsanitäterausbildung – Notfallsanitäterausbildung

fassend zu diskutieren, wurde bundesweit und interdisziplinär dazu eingeladen.

DGAI und BDA vertreten zusammen mehr als 26.965 Anästhesistinnen und Anästhesisten in Deutschland. Sie stellen die mit Abstand größte Gruppe von Notärztinnen und Notärzten und sind an zahlreichen Stellen auch in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Rettungsdienstpersonal involviert. Insbesondere im klinischen Ausbildungsabschnitt der Notfallsanitäterausbildung fallen große Anteile auf die von ihnen verantworteten Bereiche OP, Anästhesie und Intensivmedizin. Im Hinblick auf die zu erlernenden Fertigkeiten der angehenden Notfallsanitäter sind Maßnahmen aus diesen Bereichen zahlreiche der von Seiten des Pyramidenprozesses geforderten Skills.

Der Pyramidenprozess wurde durch den BV-ÄLRD unter Beteiligung namhafter Fachleute gesteuert und empfiehlt Notfallmedikamente und invasive Maßnahmen für Notfallsanitäter. Der Pyramidenprozess gibt Notfallmedikamente und Maßnahmen vor, damit Notfallsanitäter während der Ausbildung die entsprechende Qualifikation erhalten.

Gemeinsam mit Rettungs- bzw. Berufsfachschulen, Rettungsdiensten, Krankenhausgesellschaften, zuständigen Fachministerien und Aufsichtsbehörden sowie insbesondere medizinischen Fachgesellschaften haben IRuN, DGAI und BDA eine Analyse der abgelaufenen klinischen Ausbildungsabschnitte, einen Soll-/Ist-Vergleich des im Pyramidenprozess aufgeführten Kompetenzerwerbs und eine Betrachtung der klinischen Ausbildungskapazitäten für die Zukunft diskutiert sowie die gegenseitigen Erwartungen erörtert.

## Methodik

Die Konferenz „Klinikausbildung für Notfallsanitäter – wo stehen wir und wie geht es weiter?“ wurde federführend durch das IRuN in Kooperation mit der DGAI und dem BDA in Kiel durchgeführt. Bundesweit sind rund 100 Personen aus den o.g. Bereichen eingeladen

worden, 40 haben teilgenommen. Seit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes (NotSanG) [1] war dies die erste systematische und interdisziplinäre Evaluation zu diesem Teil der Ausbildung.

Es handelte sich nicht um eine wissenschaftliche Erhebung bzw. Analyse, sondern um ein zielorientiertes Arbeitstreffen, dessen Ergebnisse hier dargestellt werden. Aussagen, Bewertungen und Forderungen spiegeln nicht die Gesamtheit der Klinikausbildung für Notfallsanitäter wider, bilden aber eine grobe Erfassung des Ist-Stands im gesamten Bundesgebiet unabhängig von Zielgruppe, Bundesland oder berufsspezifischer Motivation ab.

Nach einer thematischen Einführung erfolgte eine gemeinsame Orientierung zu den Anwesenden (repräsentierter Bereich, Befassung mit der Thematik und Erfahrung mit dem Pyramidenprozess). Anschließend wurde der Status quo aus verschiedenen Perspektiven präsentiert:

- Darstellung empfohlener Kompetenzen für Notfallsanitäter und die Qualifikation im Krankenhaus
- Vorstellung des Netzwerks „Notfallsanitäter Klinikausbildung“ und des Curriculums in Schleswig-Holstein [2]
- Bestandsaufnahme aus Sicht eines Ärztlichen Leiters Rettungsdienst
- Bestandsaufnahme aus Sicht eines Rettungsdienstes
- Bestandsaufnahme aus Sicht eines Notfallsanitäters
- Bestandsaufnahme aus Sicht einer Rettungsdienstschule
- Bestandsaufnahme aus Sicht eines Krankenhauses.

Maßgebliche Diskussionsgrundlage für die Konferenz war die gezielte Beleuchtung der Handlungskompetenzen. Hierzu erfolgte der Austausch strukturiert anhand von Leitfragen in Kleingruppen, fokussiert auf die Einsatzbereiche Notaufnahme, Anästhesie, Intensivstation, Normalstation, Psychiatrie und Gynäkologie sowie in mehreren Runden, sodass alle Teilnehmenden an verschiedenen Themen mitwirken konnten. Auf Basis der Leitfragen, wie die Handlungskompetenzen geschult werden, ob die Inhalte vermittelbar sind, ob die

Auszubildenden die Handlungskompetenzen erreichen und der Frage nach fehlenden bzw. zu vielen Inhalten der Klinikausbildung, wurden erste Ergebnisse erzielt und vorgestellt. In einer darauf folgenden Analyse wurden die Zwischenergebnisse auf Kompatibilität mit den eigenen Einschätzungen, auf Widersprüche, auf Erwartungen für die Zukunft und auf weiter zu bearbeitende Themen überprüft und gegebenenfalls entsprechend ergänzt.

## Ergebnisse

Die Bestandsaufnahmen zum Status quo des klinischen Ausbildungsabschnitts in der Notfallsanitäterausbildung der verschiedenen Akteure haben verdeutlicht, dass eine große Heterogenität in Bezug auf Zuständigkeiten und Umsetzung von Maßnahmen der eigentlich bundeseinheitlichen Maßnahmenkataloge besteht. In den einzelnen Bundesländern gibt es große Unterschiede hinsichtlich der Vergütung der Krankenhäuser für die Ausbildung von Notfallsanitäter-Auszubildenden, die sich zwischen wenigen Euro bis z.B. 15,62 Euro/Stunde in Schleswig-Holstein bewegen und Einfluss auf die Ausbildung sowie die Betreuung der Auszubildenden hat. Vorgaben wie Rahmenlehrpläne, über die Länder hinweg verbindliche Curricula und selbst Bestimmungen für die praktische Tätigkeit von Notfallsanitätern im rettungsdienstlichen Einsatz sind nicht vorhanden. Bundeseinheitliche Regelungen zur Umsetzung sind aus Sicht der Teilnehmenden dringend empfohlen und eine Vereinheitlichung in zumindest jedem Bundesland (anstatt jedem einzelnen Rettungsdienstbereich) unbedingt anzustreben. Hinzu kommt eine Varianz im Umgang mit den Ausbildungsinhalten beim Einsatz im Stadtgebiet gegenüber dem im ländlichen Bereich. In weniger dicht besiedelten Gegenden wird aufgrund mangelnder Notarztressourcen von den Notfallsanitätern meist mehr erwartet als in städtischen Gebieten, wo Ausbildungsinhalte als nicht notwendig erachtet und entsprechende Kompetenzen weniger bis gar nicht vermittelt werden. Eine regelmäßige Abstimmung

und Kontrolle der Lehrinhalte zwischen Kliniken, Vertretern der Schulen, Ausbildern und Vertretern der Rettungsdienste sowie ÄLRD ist unbedingt notwendig.

Wesentliche Ergebnisse aus der kontroversen Diskussion der Konferenz im Februar 2019 kommen aus allen vertretenen Disziplinen und betreffen alle angesprochenen Fachbereiche. Besonders oft wurde darauf aufmerksam gemacht, dass im Rettungsdienst zu praktizierende Maßnahmen den Lehrenden in den Kliniken unbekannt sind (und somit nicht vermittelt werden). Dies zeigt sich besonders in der Zuordnung der Auszubildenden in der Klinik, welche vornehmlich zum Bereich der Pflege erfolgt. Da die Notfallsanitäter jedoch ärztlich delegierte Maßnahmen erlernen sollen, ist eine Zuordnung zum (not-)ärztlichen Bereich notwendig. Es muss zudem stärker darauf geachtet werden, dass die Auszubildenden in den Kliniken erfahrene Notärzte bzw. rettungsdienstlich erfahrene Praxisanleiter sind. Sowohl der allgemeine Wunsch nach mehr bzw. geeigneter Praxisbegleitung als auch der formulierte Bedarf einer Prüfung des Kompetenzerwerbs im klinischen Ausbildungsabschnitt waren Konsens aller Konferenzteilnehmenden. Mittels eines Qualitätsmanagements in diesem Bereich ließe sich besser bewerten, ob die Auszubildenden die angestrebte Notfallmedizinische Versorgung einschließlich ihrer Struktur und Organisation auf dem erwarteten hohen Niveau beherrschen, was letztlich eine insgesamt bessere Versorgung der ihnen anzuvertrauenden Patienten bedeuten würde.

Für den Einsatzbereich der Notaufnahme wurden die Maßnahmen der empfohlenen Handlungskompetenzen für Notfallsanitäter in Frage gestellt. Ein Diskussionsergebnis ist, dass das Vermitteln von Basismaßnahmen vielmehr Aufgabe der Rettungsdienstschulen als der Notaufnahme sei. Die praktischen Fähigkeiten sollen geübt werden, zusätzlich der Dienstablauf einer Notaufnahme kennengelernt werden. Eine Überprüfung bzw. Überarbeitung der „richtigen“ Maßnahmen bei gleichzeitig

mehr zur Verfügung stehender Zeit und ausreichend Personalressourcen vor Ort wird dringend empfohlen.

Im Bereich der Anästhesie fiel auf, dass die Vermittlung von Kompetenzen wie z.B. Thoraxentlastungspunktionen und anästhesiologischer Praxis bei Kindern insgesamt fehlt. Dies wird durch sehr unterschiedlich wahrgenommene Kompetenzziele verdeutlicht. Es ist außerdem zu klären, ob die Anzahl der zum Erlernen bestimmter Techniken notwendigerweise durchzuführenden Maßnahmen in der Klinik tatsächlich durchgeführt werden kann. Am Beispiel des Atemwegsmanagements wird deutlich, dass diese Maßnahmen zwar möglich, nicht aber überall gleichermaßen umsetzbar sind. Darüber hinaus wird im Rettungsdienst häufig anderes Material verwendet, als in den Kliniken (z.B. supraglottische Atemwegshilfen), was nicht zur erfolgreichen Kompetenzvermittlung führen kann. Zudem ist eine Differenzierung bezüglich des Kompetenzniveaus der rettungsdienstlichen Auszubildenden (Notfallsanitäter) und Praktikanten (Rettungssanitäter etc.) hinsichtlich ihrer Aufgaben und Lernziele in den Krankenhäusern nötig. Der Wunsch nach geeigneten Ausbildungsplätzen hebt eine Anpassung auch in diesem Bereich hervor.

Unklare Kompetenzziele werden auch im Kontext des Einsatzbereichs Intensivstation betont. Hier wird zudem gefordert, das Thema der Angehörigengespräche bei Therapieabbruch bzw. Sterben auf der Intensivstation mit in das Curriculum aufzunehmen. Die Normalstation hingegen wird als nicht notwendig für die Handlungskompetenzen der Notfallsanitäter bewertet. Alternativ wäre zu überlegen, ob noch nicht berücksichtigte Funktionsbereiche oder eine Palliativstation ein effektiverer Lernort wären; im Falle des Einsatzes auf Normalstationen wäre zumindest eine intensive Motivationsbegründung für die Auszubildenden notwendig.

Sehr positiv wurde die klinische Ausbildung im Fachbereich der Psychiatrie bewertet. Die Auszubildenden profitieren vom hohen Interesse von Seiten der

Kliniken, die Vermittlung der Handlungskompetenzen aktiv mit umzusetzen, und dem praktischen Umgang mit dieser Patienten Klientel.

Die Vermittlung von Handlungskompetenzen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. bei geburtshilflichen Notfällen wird hingegen problematisch angesehen. In sehr vielen Fällen sind diese Kompetenzen trotz des hohen Bedarfs kaum bzw. gar nicht vermittelbar oder gar möglich, weil z.B. keine Zustimmung der Patientinnen vorliegt, Zeit und Ressourcen nicht ausreichend sind (z.B. keine Praxisanleiter) und/oder in der Pädiatrie nur hospitiert werden kann, was keinesfalls ausreichend ist. Hier behindern Ängste der Patienten und mangelnde Aufklärung der Fachkräfte die Ausbildungsziele und zu erwerbenden Fertigkeiten der auszubildenden Notfallsanitäter. Sozialkompetenzen, denen im pädiatrischen Bereich eine besondere Bedeutung zukommt, können so nicht erlangt werden. Um Kompetenzen im Umgang mit (Klein-)Kindern (zunächst allgemein) zu erlernen, wurde die Idee eines Vorpraktikums in einer Kindertagesstätte genannt.

Dem Einsatz von Simulationstrainings und Virtual Reality-Simulation wird eine zunehmend höhere Bedeutung zugesprochen. Sowohl einzelne Maßnahmen, die wie beschrieben nicht ausreichend im klinischen Alltag vermittelt werden können, als auch Zwischenfallszenarien und Managementkompetenzen könnten so weiter gestärkt werden. Im besten Fall jedoch ersetzen Simulationsszenarien nicht die Ausbildungsbereiche des klinischen Abschnitts, sondern stellen eine wertvolle Ergänzung im Sinne der Ausbildungsziele dar.

### Diskussion und Schlussfolgerung

Diskussionsbedarf und inhaltliche Widersprüche im Bereich des klinischen Ausbildungsabschnitts gibt es besonders hinsichtlich der Bedeutung und Rolle des Pflegeeinsatzes bzw. des Einsatzes auf einer Normalstation. Unklar ist außerdem der Anspruch der Notfallsanitäter an die Ausbildung im Vergleich zur Ausbildungsleistung der Kliniken.



Erwartung und Umsetzbarkeit liegen oft weit auseinander, die definierten Ausbildungsziele entsprechen nicht den in der Realität im Rettungsdienst angewandten Maßnahmen (vgl. Einsatz und Bedeutung supraglottischer Atemweghilfen). Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl die Finanzierung als auch die Curricula in den Bundesländern sehr verschieden gehandhabt werden, was selbst bei ansonsten möglicherweise hervorragenden Voraussetzungen den Ausbildungserfolg maßgeblich beeinflusst.

Die Aufnahme des dritten Lernorts Krankenhaus in das Ausbildungscurriculum wird grundsätzlich sehr positiv gesehen. Als klares Statement fordern die Konferenzteilnehmenden trotzdem eine politische Entscheidung und Überarbeitung der Handlungskompetenzen für Notfallsanitäter (im klinischen Ausbildungsabschnitt). Eine bundeseinheitliche Regelung zur Finanzierung (der klinischen Ausbildung) sowie ein bundeseinheitliches Curriculum sind unbedingt notwendig. Darüber hinaus sollte die Kompetenzvermittlung im Sinne von Qualitätsmerkmalen bzw. definierter Standards und der Optimierung von klinischen Ausbildungsstrukturen vereinheitlicht, eine Verknüpfung gelernter Inhalte mit dem „wahren Leben“ angestrebt und Simulationskurse flächendeckend (nicht nur in der Notfallsanitäterausbildung) etabliert werden. Noch ungeklärt ist die Frage der bisher nur punktuell gegebenen Realisierung von Simulationsmöglichkeiten, die besonders für die finanzielle Umsetzbarkeit noch dringend zu beantworten ist. Den Ausbildungsinhalten gebühre zudem eine höhere Transparenz, und eine Verbesserung der Ausbildung insgesamt

sollte von den ÄLRD als ihre Aufgabe und Verantwortung anerkannt werden.

Höchste Priorität und dringend weiter zu bearbeiten ist das Konzept der Pädiatrie und Gynäkologie. Eine (erweiterte) Information in den Kliniken zum Berufsbild des Notfallsanitäters, Definition und Klärung von Kompetenzstufen, gezielte Praxisanleitung und Möglichkeiten zur Teilnahme an Simulationstrainings könnten hier wertvolle Maßnahmen zur Verbesserung sein. Der Fokus auf Handlungsorientierung im Curriculum und die Verzahnung der drei Bereiche Schule, Klinik und Rettungswache wären zudem gewinnbringende Veränderungen für die Auszubildenden. Zu diskutieren ist weiterhin eine Optimierung der Stundenaufteilung innerhalb der klinischen Einsatzbereiche. Vorgeschlagen wird eine Reduktion im Bereich der Anästhesie zugunsten des Bereichs Notaufnahme. Das übergeordnete Ziel sollte dennoch das bundeseinheitliche Curriculum sowie die bundeseinheitliche Finanzierung sein.

Abschließend sind noch einige Ideen als Kriterien für eine mögliche Evaluation des klinischen Ausbildungsabschnitts für Notfallsanitäter zu nennen. Eine Bewertung im Sinne einer Überprüfung (mit Noten) erscheint notwendig und sinnvoll. Diese könnte mittels Kompetenztest oder z.B. einer praktischen Prüfung am Simulator erfolgen. Darüber hinaus können sich die Auszubildenden anhand einer Checkliste der Kompetenzziele besser orientieren. Strukturen und Prozesse sollten nicht nur gestärkt, sondern auch transparenter kommuniziert werden. Eine Form von „Peer Review“, das Einfordern von Rückmeldungen der Auszubildenden zur Ausbildungsqualität in der Klinik und eine gezielte Befragung

nach einem Jahr Berufstätigkeit bieten die Möglichkeit, Schwachstellen noch während der Ausbildung zu korrigieren und die Ausbildungsziele entsprechend zu fokussieren. Die Akzeptanz der zu erlernenden Handlungskompetenzen wird so erhöht und „lessons learned“ den anderen Auszubildenden zugänglich gemacht.

### Danksagung

Die Autoren danken allen Teilnehmenden der Veranstaltung für die offene, zielorientierte und produktive Diskussion des Themas Notfallsanitäterausbildung in der Klinik.

### Literatur

1. Notfallsanitätergesetz vom 22. Mai 2013 (BGBl. I S. 1348), das zuletzt durch Artikel 40 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist
2. Gräsner J-T, Wnent J, Becker-Jensen G, Sauer T: Curriculum für die praktische Ausbildung von Notfallsanitätern am UKSH. Kiel: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein 2015.

### Korrespondenz- adresse



**Leonie Hannappel,  
MDM**

Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Arnold-Heller-Straße 3, Haus 808  
24105 Kiel, Deutschland  
Tel.: 0431 500 31520  
E-Mail: Leonie.Hannappel@uksh.de